Protokoll für eine standardisierte psychosoziale Beratung und Intervention in Barnahus

Handlungsempfehlungen zur psychosozialen Beratung und Intervention bei Kindern und Jugendlichen
nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt
im Kontext Barnahus

PROMISE ELPIS

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Clinic of Child and Adolescent Psychiatry,
Psychosomatics and Psychotherapy
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Dr. med. Kerstin Stellermann-Strehlow
Specialist in Child and Adolescent Psychiatry
kerstin.stellermann-strehlow@charite.de

Dr. med. Astrid Helling-Bakki
Specialist in Pediatrics and Adolescent Medicine
Senior Advisor
astrid-christina.helling-bakki@charite.de

Rebecca Menhart
Research Associate
Psychological Psychotherapist in Training (TP/PA)
Section for Trauma Consequences and Child Protection
rebecca.menhart@charite.de

Dr. pol. Rita Horvay
Research Associate
rita.horvay@charite.de

Sarah Nopper
Student Assistant
sarah.nopper@charite.de

Prof. Dr. med. Sibylle M. Winter
PROMISE Elpis Project Lead
Deputy Clinic Director of the Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy
University Professor of Trauma Consequences and Child Protection
Head of the Child Protection Outpatient Clinic and Childhood-Haus Berlin
Head of the Trauma Outpatient Clinic
Head of the Child Protection Team
sibylle.winter@charite.de

Co-funded by the European Union
PROMISE Elpis Project
2023-2025

Co-funded by the European Union

Promise Elpis Consortium:

Disclaimer

Die in diesem Protokoll enthaltenen Empfehlungen für die psychosoziale Beratung und Intervention für Kinder und Jugendliche nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt (Online Child Sexual Abuse = OCSA) beruhen auf dem aktuellen Forschungsstand sowie auf etablierten professionellen Standards. Sie dienen der fachlichen Orientierung und ersetzen im Einzelfall nicht die therapeutische Beurteilung.

Trotz sorgfältiger Aufbereitung der Inhalte übernehmen die Autoren keine Haftung für die Vollständigkeit, Richtigkeit oder die uneingeschränkte Anwendbarkeit der Empfehlungen auf jede konkrete Situation. Die Verantwortung für die Umsetzung und Anwendung der beschriebenen Maßnahmen liegt bei den jeweiligen Fachkräften.

Die Originalversion des Textes wurde in Englisch verfasst und im Anschluss von zertifizierten Übersetzungsdiensten in die Sprachen des Konsortiums (Deutsch, Finnisch, Schwedisch) übersetzt.

Inhalt

Die Verfasserinnen des Protokolls:

Die Verfasserinnen des Protokolls:

Charité-Team PROMISE Elpis:

Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow, Dr. Astrid Helling-Bakki, Rebecca Menhart, Dr. Rita Horvay, Sarah Nopper, Prof. Dr. Sibylle M. Winter

Leiterin des EU-Projektes PROMISE Elpis: Prof. Dr. Sibylle M. Winter, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Vorwort

Dieses Protokoll zur psychosozialen Beratung und Intervention für Kinder, die von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffen sind, ist das Ergebnis eines zweijährigen Prozesses einer interdisziplinären Forschungsgruppe an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, die Teil des EU-finanzierten Forschungsprojektes PROMISE Elpis war.

Vor dem Hintergrund der schnell wachsenden digitalen Globalisierung, der zunehmenden Zahl von Vorfällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und der Tatsache, dass diese zu ebenso schwerwiegenden psychischen Problemen führen können wie sexuelle Offline-Gewalt, müssen alle mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Fachkräfte über technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und das damit verbundene Risiko der sexuellen Ausbeutung informiert sein. Selbst beim Barnahus-Modell fehlt eine standardisierte, interdisziplinäre Anleitung zur Unterstützung der von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffenen Kinder und ihren sicheren primären Bezugspersonen (Haldorsson, 2018). In Deutschland ist Barnahus unter dem Markennamen „Childhood-Haus“ bekannt.

Das Ziel von PROMISE Elpis ist die Unterstützung interdisziplinärer Teams mit praktischen Anleitungen in Bezug auf die Versorgung von Kindern und Familien, die von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffen sind. Im Projekt PROMISE Elpis arbeiten Fachleute aus verschiedenen Bereichen eng zusammen, von Forensik über die Medizin und Soziologie bis hin zur Psychologie. PROMISE Elpis konzentriert sich auf die von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffenen Kinder. Die Entwicklung von Präventions-, Therapie- und juristischen Maßnahmen für Täter:innen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt ist von wesentlicher Bedeutung, aber nicht Bestandteil von PROMISE Elpis.

Die Protokolle „Standardisierte psychosoziale Beratung und Intervention in Barnahus“ und „Medizinische Versorgung“ sind miteinander verknüpft und sollten zusammengelesen werden.

Wir möchten uns bei allen Fachkräften bedanken, insbesondere bei Frau Eberstein, die mit ihrer Expertise und ihrem Engagement wesentlich zur Entwicklung dieses Protokolls beigetragen haben. Besonderer Dank gilt den betroffenen Kindern und Jugendlichen, deren Erfahrungen uns den Weg zur Weiterentwicklung der bestehenden Unterstützungsangebote zeigen.

Zudem sind wir sehr dankbar, dass wir an dem EU-finanzierten Forschungsprojekt PROMISE Elpis teilnehmen konnten und vertrauen darauf, dass das Protokoll einen Teil der Versorgungslücke in Bezug auf die medizinische Versorgung von betroffenen Kindern und deren Familien nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt füllt.

1 Ziel des Protokolls

Dieses Protokoll soll interdisziplinären Teams eine strukturierte Anleitung für psychosoziale Beratung und Interventionen in Fällen von technologie gestützter sexualisierter Gewalt an Kindern geben. Es soll ein standardisiertes, qualitätsgesichertes Vorgehen, Orientierung in komplexen oder kritischen Situationen, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Rechtssicherheit und -schutz sowie Wissenstransfer und transparente Dokumentation des Prozederes gewährleisten.

2 Aufbau des Protokolls

Das Protokoll umfasst zunächst die zugrundeliegende Terminologie und den wissenschaft-lichen Hintergrund – es beschreibt die Notwendigkeit und den erforderlichen Inhalt eines Protokolls zur Unterstützung von Kindern, die von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffen sind, in interdisziplinären Teams in Barnahus-Einrichtungen. Der zweite Abschnitt beginnt mit der Einführung von Fallbeispielen, die im weiteren Verlauf des Protokolls als praktische Beispiele im Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Theorie verwendet werden. Es beschreibt außerdem die Grundprinzipien des Protokolls. Der dritte Abschnitt enthält praktische Leitlinien für die Einbeziehung psychosozialer Interventionen in die psychosoziale Versorgung der von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffenen Kinder durch das interdisziplinäre Team von Barnahus und die kooperierenden Partner:innen.

Dieses Protokoll ist zusammen mit dem Protokoll zur „medizinischen Beratung“ zu lesen. Die Kapitel 3 bis 7 sind in beiden Dokumenten inhaltlich identisch und bilden die Grundlage der weiteren Ausführungen. Die psychosoziale Unterstützung ist ein wichtiger Bestandteil eines ganzheitlichen Gesundheitsversorgungsansatzes. Daher sollten alle Fachkräfte in Barnahus-Einrichtungen Kenntnisse über einen psychosozialen und traumasensiblen Ansatz verfügen und wissen, wie und wann sie für medizinische Untersuchungen weiter verweisen müssen.

3 Abkürzungen und Symbole

ACE	Adverse Childhood Experience (Belastende Kindheitserlebnisse)
APA	American Psychological Association (Amerikanische Psychologenvereinigung)
BKA	Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium der Justiz
CATS-2	The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (Trauma-Screen 2 für Kinder und Jugendliche)
CO:RE	Children Online: Research and Evidence
CRIES	Children's Revised Impact of Event Scale (Revidierte Skala der Auswirkungen von Ereignissen bei Kindern)
CROPS	The Child Report of Posttraumatic Symptoms (Kinderfragebogen zu posttraumatischen Symptomen)
CSA	Child Sexual Abuse (Sexualisierte Gewalt an Kindern)
CTQ	Child Trauma Questionnaire (Fragebogen zum Thema Trauma bei Kindern)
DGKiM	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
ECPAT	End Child Prostitution, Child Pornography & Trafficking of Children for Sexual Purposes (Arbeitsgemeinschaft zum Schutz der Kinder vor sexueller Ausbeutung)
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
mhGAP	Mental Health Gap Action Program (Aktionsprogramm zur Schließung von Lücken in der psychischen Gesundheitsversorgung)
NCA	The National Children's Alliance (Nationale Kinderallianz)
NCMEC	National Center of Missing & Exploited Children (Nationales Zentrum für vermisste und ausgebeutete Kinder)
OCSA	Online Child Sexual Abuse (technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern)
PROPS	Parental Report of Posttraumatic Symptoms (Elternfragebogen zu posttraumatischen Symptomen)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
tfCBT	Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie)
UBSKM	Unabhängige Beauftragte für Fragen des Sexuellen Kindesmissbrauchs
UNCRC	United Nations Convention on the Rights of the Child (VN Kinderrechtskonvention)
UNGA	United Nations General Assembly (Generalversammlung der Vereinten Nationen)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Internationales Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Fallbeispiel

Praktischer Tipp

Nicht vergessen

4 Terminologie

In diesem Kapitel werden häufig verwendete Begriffe im Zusammenhang mit dem Protokoll erläutert. Die kapitelspezifische Terminologie wird gegebenenfalls zu Beginn des Abschnitts definiert.

4.1 Kind

Im vorliegenden Protokoll wird die Definition des Begriffs „Kind“ verwendet, die in der Lanzarote-Konvention (2016), die den rechtlichen Standard für den Schutz von Kindern vor sexualisierter Gewalt setzt, festgelegt ist. Das Übereinkommen von Lanzarote definiert ein Kind als eine „Person unter 18 Jahren“.

4.2 Gesundheit

Gesundheit wird definiert als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und der Fähigkeit, sich an wechselnde Bedingungen anzupassen.“ (WHO, 1948). Gesundheit ist also ein positives Konzept, welches sowohl die sozialen und persönlichen Ressourcen als auch die körperlichen Fähigkeiten betont. Die Verbesserung der Gesundheit ist eine gemeinsame Aufgabe von Gesundheitsdienstleistern, Mitarbeiter:innen des öffentlichen Gesundheitswesens und einer Vielzahl anderer Akteure in der Gemeinschaft, die zum Wohlergehen von Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen beitragen können (Durch et al., 1997).

4.3 Sexuelle Gesundheit

Die WHO definiert sexuelle Gesundheit als einen Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Dieses bedeutet nicht nur das Fehlen von Krankheiten, Funktionsstörungen oder anderer Einschränkungen. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, die frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt sind. Um sexuelle Gesundheit zu erreichen und zu erhalten, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden (WHO, 2006).

4.4 Alter der sexuellen Mündigkeit

Das Übereinkommen von Lanzarote verweist in Artikel 18 auf die „Volljährigkeit für sexuelle Handlungen“ gemäß der Entscheidung des Vertragsstaats bezüglich dieses Alters. Darüber hinaus kam ECPAT, eine Kampagne, an der 135 zivilgesellschaftliche Organisationen aus 111 Ländern beteiligt sind, die sich für die Beendigung der sexuellen Ausbeutung von Kindern einsetzen, zu dem Schluss, dass das gesetzlich festgelegte Alter der sexuellen Mündigkeit ein Verbot darstellt, ein Kind unterhalb dieser Altersgrenze in sexuelle Aktivitäten zu involvieren, und dass die Zustimmung des Kindes rechtlich irrelevant ist. Die Kampagne unterstreicht, dass kein Kind in der Lage sein kann, die eigene Ausbeutung oder sexualisierte Gewalterfahrungen rechtlich zu billigen. Darüber hinaus sollten die Staaten alle Formen der sexuellen Ausbeutung und der sexualisierten Gewalt von Kindern bis zum Alter von 18 Jahren unter Strafe stellen und jede mutmaßliche „Zustimmung“ zu ausbeutenden oder missbräuchlichen Handlungen als null und nichtig betrachten (Greijer et al., 2025).

4.5 Sexualisierte Gewalt an Kindern

Es existieren mehrere Definitionen von sexualisierter Gewalt an Kindern (Wortlaut englische Textversion: Child Sexual Abuse – CSA). Manche beschränken sich auf sexualisierte Gewalt mit Körperkontakt, während andere umfassender sind und auch Formen ohne Körperkontakt einbeziehen, indem sie sexualisierte Gewalt als jede sexuelle Handlung definieren, die einer minderjährigen Person durch Bedrohung, Gewalt, Einschüchterung oder Manipulation angetan wird. Das Spektrum der sexuellen Aktivitäten umfasst somit Streicheln, Aufforderung an ein Kind, sich sexuell zu berühren oder von ihm berührt zu werden, Geschlechtsverkehr, Vergewaltigung, Inzest, Sodomie, Exhibitionismus, Ausbeutung von Kindern für Prostitution und exploitative Materialien oder das Anlocken von Kindern im Internet durch Cyberkriminelle (Collin-Vézina & Daigneault, 2013). Die WHO (1999) definiert sexualisierte Gewalt an Kindern als die Beteiligung eines Kindes an sexuellen Handlungen, die das Kind nicht vollständig versteht, für die es keine informierte Zustimmung geben kann oder auf die es entwicklungsmäßig nicht vorbereitet ist und dazu keine Zustimmung geben kann. Solche Aktivitäten verstoßen gegen die Gesetze oder soziale Tabus der Gesellschaft. Sexualisierte Gewalt ist gekennzeichnet durch die Interaktionen zwischen einem Kind und einem Erwachsenen oder einem anderen Kind, das aufgrund seines Alters oder seiner Entwicklung eine Position der Verantwortung, des Vertrauens oder der Macht innehat, wobei die Aktivität darauf abzielt, die Bedürfnisse des Letzteren zu befriedigen oder zu erfüllen.

4.6 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern

Der Begriff „technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern“ (Wortlaut englische Textversion: Online Child Sexual Abuse - OCSA) wird im Folgenden gemäß der Definition in den Luxemburger Leitlinien verwendet (Greijer et al., 2025). Er beschreibt den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) bei sexualisierter Gewalt an Kindern. Dazu gehört auch die Nutzung von IKT zur Erleichterung der sexualisierten Gewalt, z. B. Online-Grooming unter Nutzung von IKT zum Austausch und damit Wiederholung von sexualisierter Gewalt, der anderswo begangen wurde, z. B. durch Bilder und Videos von sexualisierter Gewalt. Dies steht im Einklang mit der Terminologie des VN-Übereinkommens gegen Internetkriminalität, welches „Materialien über sexualisierte Gewalt oder die sexuelle Ausbeutung von Kindern“ als Inhalte definiert, die Personen unter 18 Jahren darstellen, beschreiben oder repräsentieren (Generalversammlung der Vereinten Nationen [UNGA], 2024).

Im Jahr 2025 veröffentlichte ECPAT die zweite Auflage der „Terminology Guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse“. Sie empfiehlt, den englischen Begriff Online Child Sexual Abuse (OCSA) als „ICT facilitated child sexual exploitation and sexual abuse“ oder „online child sexual exploitation“ zu bezeichnen. Der Grund dafür ist die Klarheit in Bezug auf die Zustimmung und die Übertragung der Verantwortung für die sexuelle Ausbeutung auf den/die Täter:in (Greijer et al., 2025). Der Deutsche Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen hat eine Risikoanalyse für verschiedene Formen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern entwickelt und ist zu dem Schluss gekommen, dass alle Formen zu sexualisierter Gewalt an Kindern führen können und jegliche Formen von sexualisierter Gewalt IKT beinhalten können. Sie empfehlen daher auch die Verwendung von „ICT facilitated child sexual exploitation and sexual abuse“ oder „online child sexual exploitation“ anstelle des Begriffs OCSA – auf Deutsch: technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern.

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern kann alle Aktivitäten von sexualisierter Gewalt beinhalten. Sexualisierte Gewalt kann online stattfinden, und die Technologie kann genutzt werden, um Offline-Gewalt zu bahnen. Das Wissen über die verschiedenen Arten von (technologiegestützter) sexualisierte Gewalt an Kindern (Tabelle 1) ist wichtig für die Beurteilung und Behandlung von Personen, die von dieser betroffen sind oder Gefahr laufen, Opfer zu werden.

Sexualisierte Gewalt kann körperlichen Kontakt beinhalten, einschließlich Übergriffe durch Penetration (z. B. Vergewaltigung oder Oralsex) oder nicht-penetrierende Handlungen wie Masturbation, Küssen, Reiben und Berührungen über der Kleidung, aber auch berührungslose Handlungen wie die Einbeziehung von Kindern in die Betrachtung oder Herstellung sexueller Bilder, das Beobachten sexueller Handlungen, die Ermutigung von Kindern zu sexuell unangemessenem Verhalten oder das Grooming eines Kindes in Vorbereitung auf sexua-lisierter Gewalt.

Tabelle 1:

Die verschiedenen Phänomene von (technologiegestützter) sexualisierter Gewalt an Kindern.

Phänomen	Erläuterung
Cybermobbing, Cyberaggression und Hassrede	Aggressives Verhalten und Nachrichten
Nicht einvernehmlicher Cybersex / Online-Sex (unerwünschte sexuelle Annäherungsversuche)	Online-Kommunikation mit sexuellen Absichten, einschließlich sexueller Handlungen, z. B. beim Live-Streaming
Cyberstalking	Obsessive Online-Verfolgung
Darstellungen von sexualisierter Gewalt an Kindern	Dazu gehören auch Darstellungen von Kindern als Sexualobjekte oder Hardcore-Pornografie
Geschlechtsspezifische Gewalt	Gewalt aufgrund des biologischen oder sozialen Geschlechts einer Person
Grooming und sexuelle Belästigung	Online-Anbahnung von sexuellen Über-griffen, die online oder offline stattfinden können
Kritik, Anfeindungen, Drohungen, Bestrafung, Zensur als Folge von Meinungsäußerungen	Kann als geschlechtsspezifische Gewalt betrachtet werden, wenn negative Konsequenzen nach Meinungsäußerungen allgemein und individuell auf Personen eines bestimmten Geschlechts abzielen; kann auch Doxing umfassen
Vortäuschen des Bestehens einer romantischen Beziehung („Loverboy“)	Vortäuschen einer romantischen Beziehung, um emotionale Abhängigkeit zu schaffen, die zu Prostitution und Ausbeutung führt
Material zu sexualisierter Gewalt/ Pornografie	Erstellung von Material zu sexualisierter Gewalt / Pornografie und der Zugang dazu für Kinder
Posierte Darstellung mit klarer sexueller Ausrichtung	Inhalte, die Kinder in geschlechtsstereotypen Posen zeigen, bis hin zur sexualisierten Selbstdarstellung; sollte auch im Zusammenhang mit exzessiver Selbstdarstellung betrachtet werden
Sexuelle Erpressung („Sextortion“)	Eine Form der Erpressung, bei der der/die Täter:in dem Opfer mit der Veröffentlichung von Nacktfotos oder Videos des Opfers droht
Sexting, das nicht einvernehmlich oder unter Druck erfolgt	Versenden und Austauschen sexuell eindeutiger Bilder von Personen, die in Unkenntnis der Sachlage zugestimmt haben oder unter Druck gesetzt worden sind
Sexuelle Ausbeutung und Gewalt	Kann digital unterstützt werden und sowohl online als auch offline stattfinden
Vulgäre sexuelle Angebote zugänglich machen	Schockierende Darstellungen, einschließlich sexueller Handlungen, oft verbunden mit der Aufforderung, diese anzusehen oder zu verbreiten

Anmerkung. Adaptiert aus dem *Instrument zur Risikobewertung sexualisierter Gewalt im digitalen Umfeld*, 2022, vom Nationalen Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, 2022,(https://ecpat.de/wp-content/uploads/2023/08/Instrument_Risikobewertung-DE.pdf). Gemeinfrei.

5 Wissenschaftlicher Hintergrund

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Epidemiologie, die wissenschaftliche Literatur, die offiziellen Leitlinien und der Bedarfsermittlung in interprofessionellen Teams im Zusammenhang mit Barnahus hinsichtlich technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern.

5.1 Epidemiologie der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern

Das Internationale Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF, 2024) unterscheidet zwischen Gewalt mit körperlichem Kontakt und Gewalt ohne körperlichen Kontakt. Gewalt mit körperlichem Kontakt umfasst z. B. Vergewaltigung und sexuelle Nötigung, Gewalt ohne körperlichen Kontakt umfasst verbale und Online-Gewalt. In ihrem Bericht von 2024 über sexualisierte Gewalt stellen sie fest, dass etwa 650 Millionen Mädchen und Frauen als Kind sexualisierte Gewalt erlebt haben, davon 370 Millionen mit körperlichem Kontakt (z. B. Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) und ohne Kontakt (verbal und online), 280 Millionen nur ohne körperlichen Kontakt. Im Vergleich dazu erlebten 410 bis 530 Millionen Jungen und Männer als Kind sexualisierte Gewalt mit und ohne körperlichen Kontakt und 170 bis 220 Millionen nur ohne körperlichen Kontakt. Eine von fünf Mädchen/Frauen und jeder siebte Junge/Mann erlebte sexualisierte Gewalt ohne körperlichen Kontakt. Diese Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit globaler evidenzbasierter Präventions- und Versorgungs-programme im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt ohne körperlichen Kontakt – einschließlich technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern. Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung hat Zugang zum Internet, wobei Kinder ein Drittel der Online-Nutzer:innen ausmachen (Greijer, 2025). Ein höherer Prozentsatz der Kinder mit Internetzugang kommt aus Ländern mit hohem Einkommen (Kardefelt-Winther & Maternowska, 2020) und bietet sowohl erhebliche Chancen als auch potenziellen Schaden (Ólafsson et al., 2014). Sexualisierte Gewalt ist ein allgegenwärtiges, ständig wachsendes Problem, wobei die Zahl der Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern weltweit rasch ansteigt (Ali et al., 2023). Im Jahr 2023 verzeichnete das Bundeskriminalamt einen Anstieg der Fälle von sexualisierter Gewalt an Kindern in Deutschland um 5,5 % im Vergleich zum Vorjahr (Bundeskriminalamt [BKA], 2024). Bei der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern wurde ein Anstieg um 7,4 % verzeichnet. Diese Form der Gewalt hat sich seit 2019 von 12.262 auf 45.191 gemeldete Fälle in Deutschland verdreifacht, wobei mit einer deutlich höheren Dunkelziffer zu rechnen ist (BKA, 2023). Auch die britische Internet Watch Foundation (IWF) wies in ihrem Jahresbericht 2023 darauf hin, dass 23 % der gemeldeten Websites Bilder von sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung oder sexueller Folter von Kindern enthalten (IWF, 2023).

Fast die Hälfte der Kinder (41 %), die bei diesen Straftaten abgebildet werden, sind zwischen 7 und 10 Jahre alt – ein Anstieg um 25 % im Vergleich zu 2022 (Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), 2025). Die NCMEC-„CyberTipline"-Meldestelle verzeichnete im Jahr 2023 mit 2.401 Fällen, die Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren betrafen, ein besonders hohes Aufkommen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an kleinen Kindern (National Center for Missing & Exploited Children [NCMEC], 2024). Finkelhor et al. (2024) stellten fest, dass die Einbeziehung von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern in Erhebungen die Gesamtprävalenz von sexualisierter Gewalt an Kindern von 13,5 % auf 21,7 % erhöhte. Bei den Frauen stieg die Prävalenz von 19,8 % auf 31,6 %, bei den Männern von 6,2 % auf 10,8 %. Zu diesem Anstieg trugen vor allem der nicht-einvernehmliche Austausch von Bildern und sexuellen Online-Interaktionen mit wesentlich älteren erwachsenen Täter:innen bei (Finkelhor et al., 2024). Die steigende Zahl der Fälle ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich die Art und Weise, wie Kinder online kommunizieren, verändert hat, was es für Personen, die Zugang zu gefährdeten Kindern suchen, einfacher macht (Ali et al., 2023). Die Anonymität des Cyberspace bietet den Täter:innen ein Umfeld für sexualisierte Gewalt an Kindern, welches die Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden erschweren kann (Huikuri, 2023). Kinder verbringen immer früher Zeit im Internet, und Jugendliche verbringen oft eine beträchtliche Zeit unbeaufsichtigt im Internet, ohne dass ihre Erziehungsberechtigten von ihren Online-Aktivitäten wissen, was die Erkennung von Anzeichen für technologiegestützte sexualisierte Gewalt durch die Erziehungsberechtigten beeinträchtigen kann (Huikuri, 2023). Dieser Anstieg geht einher mit einer zunehmenden Verbreitung von „selbst erstellten" Bildern, bei denen Kinder im Internet dazu gebracht oder erpresst werden, digitales sexualisiertes Material von sich selbst zu erstellen und online zu teilen (Bracket Foundation et al., 2024).

Nicht vergessen!

Das größte Risiko für sexuelle Ausbeutung und sexualisierte Gewalt besteht in folgenden Bereichen:

- Grooming und sexuelle Belästigung
- Sexuelle Erpressung
- Geschlechtsspezifische Gewalt
- Cyberstalking

Oft als Folge von:

- Nicht-einvernehmlichem Cybersex / Online-Sex
- Sexting ohne Zustimmung/unter Druck
- Vorgeben, in einer Liebesbeziehung zu sein (Loverboy)
- Cybermobbing/Cyberaggression/Hassrede
- Posieren mit eindeutig sexuellem Fokus/CSA-Material

5.2 Systematische Übersicht

In einer systematischen Übersichtsarbeit (Menhart et al., 2025) wurden fünf Datenbanken (Cochrane, ERIC, PsycINFO, PubMed, Web of Science) durchsucht und 20.007 Studien zu medizinischen und psychosozialen Maßnahmen für Kinder nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt ermittelt. 53 Artikel wurden extrahiert, nachdem mehrere voneinander unabhängige Forschende die Artikel unabhängig voneinander geprüft hatten. Diese umfassten 17 medizinische und 36 psychosoziale Studien. Eine explorative Meta-Analyse wurde mit 31 psychosozialen Studien berechnet.

Die 53 Studien befassten sich lediglich mit Versorgungsangeboten nach sexualisierter Gewalt, ohne die digitale Komponente. Auffällig ist, dass es zwar wissenschaftliche Literatur zu Präventionsstrategien in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern gibt (Patterson et al., 2022), aber keine eindeutigen medizinischen und psychosozialen Interventionen nach dieser, zusätzlich wird diese Form der Gewalt nicht von den Versorgungsangeboten nach sexualisierter Gewalt unterschieden. Die systematische Forschung kam zu dem Schluss, dass zusätzlich zur Entwicklung und Bewertung von Maßnahmen nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern ein interdisziplinärer Ansatz in Betracht gezogen werden muss. Die Strafverfolgung sollte - wie medizinische und psychosoziale Verfahren auch – versuchen die Verbreitung von digitalem sexualisierten Gewaltmaterial einzudämmen.

5.3 Zusätzliche Literatur

Die Sekundärliteratur enthält aufschlussreiche Daten über die medizinische und psychosoziale Versorgung sowie präventive Maßnahmen, die im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern eine zentrale Rolle spielen; spezifische Maßnahmen für bestimmte Formen der technologiegestützten Gewalt müssen jedoch noch entwickelt und evaluiert werden. Selbst wenn Präventionsstrategien für diese spezifische Form von technologiegestützter sexualisierter Gewalt existieren, bleibt die Frage, ob Kinder und Jugendliche das erworbene Wissen auch anwenden (Patterson et al., 2022). Die Entwicklung und Umsetzung von Schulungsprogrammen für Fachleute ist ebenfalls von entscheidender Bedeutung, da solche Programme ein tiefes Verständnis für die spezifische Dynamik und die Herausforderungen im Zusammenhang mit Online-Grooming vermitteln. Darüber hinaus haben Informations- und Kommunikationstechnologien einen zunehmenden Einfluss auf die sexuelle Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen. Daher ist es wichtig, spezielle

technologische Instrumente zu entwickeln und zu nutzen, um die Wirksamkeit von Maßnahmen zu erhöhen, die nicht nur auf Online-Grooming, sondern auch auf andere Formen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt abzielen (Quayle & Cooper, 2015). Die enge Zusammenarbeit zwischen Strafverfolgungsbehörden und dem allgemeinen sozialen Dienst ist von größter Bedeutung für erfolgreiche Interventionen. Die interdisziplinäre Zusammen-arbeit ist für eine effiziente Koordinierung sowohl der rechtlichen Maßnahmen als auch der psychosozialen Unterstützung der Opfer von wesentlicher Bedeutung. Diese gezielten, koordinierten und interdisziplinären Ansätze, die sowohl technologische als auch psychosoziale Strategien umfassen, zielen darauf ab, die schwerwiegenden Folgen von Online-Grooming und anderen Formen der digitalen Ausbeutung zu minimieren und dadurch den Schutz gefährdeter Jugendlicher zu verbessern (Bryce & Fraser, 2014; Quayle & Cooper, 2015). Bei den spezifischen Artikeln, die sich mit Interventionen nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern befassen, liegt der Schwerpunkt vor allem auf psychologischen, psychosozialen und rechtlichen Interventionen sowie auf präventiven Maßnahmen und technologiebasierten Ansätzen (Quayle & Cooper, 2015; Whittle et al., 2012; McTavish et al., 2019; Quayle et al., 2015). Medizinische Interventionen werden in der Regel im breiteren Kontext von sexualisierter Gewalt, diskutiert, aber weniger spezifisch in Bezug auf technologiegestützter sexualisierter Gewalt. Dimitropoulos et al. (2021) fanden heraus, dass Fachkräfte bei der Erkennung von und Reaktion auf sexualisierte Gewalt von einer besseren Ausbildung, mehr Selbstvertrauen und weniger Hindernissen berichteten als im Vergleich zu technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern. Beim Online-Grooming beispielsweise ist es entscheidend, die Anzeichen von Grooming-Versuchen frühzeitig zu erkennen und schnell zu reagieren. Dies erfordert eine gezielte Schulung von Eltern, Lehrer:innen und allen Fachleuten, die mit Kindern zu tun haben, damit sie die subtilen Anzeichen des Online-Groomings frühzeitig erkennen können. Darüber hinaus spielen spezialisierte Unterstützungsangebote, die den betroffenen Jugendlichen unmittelbare emotionale und psychologische Hilfe bieten und dadurch die negativen Folgen des Groomings abmildern, eine zentrale Rolle (Bryce & Fraser, 2014). Eine Möglichkeit besteht darin, junge Menschen über das Online-Grooming aufzuklären. Calvete et al. (2022) untersuchten die Wirksamkeit einer kurzen (weniger als eine Stunde dauernden) Aufklärungsmaßnahme zum Online-Grooming, indem sie zeigten, dass sich die Interaktionen von Jugendlichen mit Erwachsenen, die sie sexuell bedrängten, sowie ihr potenzielles Sexualverhalten den Erwachsenen gegenüber reduzierten. Es wurde festgestellt, dass ein Wissenszuwachs auch über einen Zeitraum von sechs Monaten erreicht werden konnte (Calvete et al., 2022).

5.4 Offizielle Leitlinien

Bei einer systematischen Überprüfung und kritischen Bewertung von Leitlinien zu sexualisierter Gewalt an Kindern aus europäischen Ländern (Otterman et al., 2024) im Vergleich zur WHO (2017; 2019) als Goldstandard wurden zwei als die besten

bewertet: Moldawiens (Moldova, 2021) und die so genannten AWMF-Leitlinien aus Deutschland (Blesken, 2019). Keine der drei Leitlinien schließt technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern mit ein. Das Protokoll zu sexualisierter Gewalt der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) (2023) sowie die deutschen Leitlinien erwähnen technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern (OCSA) in der Definition von sexua-lisierter Gewalt als potenziellen Risikofaktor, präzisieren aber keine Verfahren.

Darüber hinaus nennt die National Children's Alliance (NCA) mit Sitz in den USA spezifische Kriterien, die von sog. Children's Advocacy Center (vergleichbar zu Barnahus) erfüllt werden sollten, diese beinhalten aber auch noch keine Vorgaben in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern. In der NCA (2023) wird die Online-Übertragung von Live-Videos, die bestochene Kinder bei sexuellen Handlungen zeigen, als Beispiel für technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern genannt. Ihre nationalen fakultativen Standards enthalten jedoch keine detaillierten Leitlinien für die Beurteilung und Behandlung von Kindern, die Opfer von technologiegestützter sexualisierter Gewalt geworden sind, und auch keine Verfahren für den Umgang mit Fällen, in denen ein solcher Verdacht aufkommt.

Bislang wurde noch keine Leitlinie für einen evidenzbasierten Versorgungsansatz im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern veröffentlicht. ECPAT International hat zwei Handbücher mit Schwerpunkt auf diese Terminologie ent-wickelt, die oft als Luxemburg Leitlinien bezeichnet werden und in verschiedenen Sprachen als Download zur Verfügung stehen: https://ecpat.org/luxembourg-guidelines/, im Jahr 2025 neu aufgelegt.

5.5 Stimmen von Fachleuten

Im Rahmen der Bedarfsermittlung wurden Expert:innen in verschiedenen Settings interviewt.

5.5.1 Exemplarische Interviews im Barnahus – „Childhood-Haus" Deutschland

Bislang gibt es vor allem lokale oder nationale Versorgungsprozesse und -strukturen, die in verschiedenen Barnahus-Einrichtungen in ganz Europa umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund wurden die organisatorischen Abläufe und interdisziplinären Verbindungen zur medizinischen und psychosozialen Versorgung im deutschen Barnahus-Modell (Markenname „Childhood-Haus") exemplarisch analysiert. Diese Expert:innen-Interviews wurden im Winter 2023/24 mit 22 Kolleginnen und Kollegen geführt, welche im psychosozialen oder medizinischen Kontext des deutschen Barnahus-Modells arbeiten. Die Ergebnisse sind bedingt auf andere Länder übertragbar und stimmen mit den Ergebnissen der „Voices of Professionals", einem weiteren Teilergebnis von PROMISE Elpis, überein.

Ergebnisse der Expert:innen-Interviews

Derzeit gibt es keine standardisierten internationalen Verfahren, um technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern innerhalb von Barnahus gezielt zu adressieren.

Die wichtigsten Ergebnisse:

- Es gibt weder ein gemeinsames Verständnis von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern, noch gibt es in den Childhood-Häusern spezifische Leitlinien oder Protokolle für den Umgang mit diesen Fällen. Die derzeitigen Verfahren beruhen weitgehend auf individuellen Erfahrungen.
- Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern wird in den vorgestellten Fällen in der Regel als sekundäres Phänomen wahrgenommen, meist in Verbindung mit anderen Formen von Gewalt.
- Eine körperliche Untersuchung wird in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern nur selten als notwendig erachtet; der Schwerpunkt liegt auf Beratung und Psychoedukation.
- Die Vorbereitungen für forensische Befragungen werden sorgfältig durchgeführt (z. B. Deaktivierung des Aufnahmelichts der Kamera, da es ein möglicher Trigger sein kann), sind aber nicht zentrumsübergreifend standardisiert.

Herausforderungen:

- Es fehlt an sektorübergreifenden Standards, insbesondere für den rechtssicheren Umgang mit digitalen Beweismitteln.
- Unterschiedliche Zuständigkeiten der Kooperationspartner im Kontext Childhood-Haus (Kliniken, Jugendhilfe, Polizei, Justiz) erschweren die einheitliche, auf das Kind ausgerichtete Versorgung.
- Verzögerungen bei der Fallerkennung bzw. -annahme als übersehene Zielgruppe können eine frühzeitige psychotherapeutische Stabilisierung erschweren.

Wünsche:

- Entwicklung und Umsetzung verbindlicher Kooperationsvereinbarungen und klar definierter sektorübergreifender Verfahren.
- Einbeziehung von psychotherapeutischem Fachwissen in die Fallbesprechungen und Gewährleistung langfristiger psychosozialer Unterstützung in Fällen von technologie-gestützter sexualisierter Gewalt an Kindern.
- Das Anbieten interdisziplinärer Schulungen zu technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und rechtssicheren Interventionsverfahren für alle beteiligten Berufsgruppen.

5.5.2 Europäische interdisziplinäre Perspektiven

Im Rahmen des EU-Projekts PROMISE Elpis interviewte und befragte ein Projektpartner Fachleute in interdisziplinären Teams in europäischen Barnahus-Einrichtungen im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern (Voices of Professionals). Zu den konsultierten Fachkreisen gehörten

Strafverfolgungsbehörden, Polizei, Kinderpsychiatrie, Sozialdienste und Fachkräfte im Barnahus. Ihre wichtigsten Erkenntnisse waren:

- Es besteht Bedarf einer effizienten Datenerhebung über Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern.
- Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern werden häufig unter Fällen von sexualisierter Gewalt zusammengefasst.
- Die Entwicklung maßgeschneiderter Ressourcen erfordert verlässliche Daten und ein Verständnis über technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern.
- Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern sollten eine Ziel-gruppe von Barnahus sein.
- Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern, die nicht zur Zielgruppe gehören, erschweren diesen den Zugang zu Versorgungs- und Unterstützungsangeboten
- Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern werden von medizinischen Fachleuten kaum beachtet.
- Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern ist nicht Teil der interinstitutionellen Vereinbarungen
- Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern - und Fälle von sexualisierter Gewalt überschneiden sich.
- Es besteht Bedarf an Leitlinien im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und Barnahus, insbesondere: Forensische Befragungsprotokolle, Beurteilung von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und Kinderschutz, Krisenhilfe, therapeutische Interventionen, Anleitung zur Kommunikation mit Kindern und Bezugspersonen

6 Fallstudien

In diesem Kapitel werden drei fiktionalisierte Fallbeispiele unterschiedlicher Altersgruppen vorgestellt. Sie wurden ausgewählt, um die Theorie dieses Protokolls zu unterstützen und zu unterstreichen. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Während des Protokolls werden auf der Grundlage dieser Fallstudien praktische Ratschläge in Bezug auf die Theorie gegeben.

6.1 Vorpubertärer Junge

STEVEN IST EIN 8-JÄHRIGER JUNGE aus einer großen Stadt in Deutschland. Er kam mit der Polizei zum Barnahus, nachdem er in der Schule erzählt hatte, dass seine Familie zu Hause manchmal Filmabende veranstaltet. Zuerst dachte die Lehrerin, damit sei gemeint, dass die Familie des Jungen Filme anschaut. Bald aber wurde ihr klar, dass sie selbst Filme machten. Die Lehrerin fragte Steven, ob er diese Familienaktivität

mag, und bemerkte, dass er sich „seltsam verhielt“. Steven errötete und hatte Mühe, zu sprechen. Er murmelte: „Ich mag es nicht, nackt zu sein.“ Die Lehrerin schaltete den Sozialarbeiter der Schule ein, der sich an das Jugendamt wandte. Steven war sehr verängstigt. Er verstand nicht, warum er plötzlich im Büro des Direktors warten musste, und fragte sich, ob er etwas falsch gemacht hatte. Nachdem die Polizei vom Jugendamt kontaktiert worden war, wurde Steven zum Barnahus gebracht.

6.2 Mädchen zu Beginn der Pubertät

ELSA IST EIN 13-JÄHRIGES MÄDCHEN und lebt mit ihrer Mutter und ihrer Katze Pepper in einer kleinen Stadt in Deutschland. Elsas Mutter ist Krankenschwester und arbeitet oft Spätschicht. Ihr Vater lebt in England. Elsa ist klug, spielt gerne Schach, sie möchte Ingenieurin werden. Sie hat nicht viele Freund:innen. In letzter Zeit verbrachte Elsa die meiste Zeit im Internet und postete regelmäßig Videos und Bilder von LetsPlay (ein Video, das das Durchspielen eines Videospiels dokumentiert) auf TikTok. Ihr Profilname war mit Discord (plattform-übergreifende Kommunikationssoftware) verknüpft. Sie genoss ihre Online-Welt und freundete sich mit mehreren anderen Spieler:innen an. Elsa kam zum Barnahus, nachdem ihre Mutter bemerkt hatte, dass Elsa aufgewühlt und stiller als sonst war. Auf die Frage, ob es ihr gut gehe, sagte Elsa ihrer Mutter, dass sie Angst habe, weil ein Freund von ihr wollte, dass sie ihm Oben-ohne-Bilder schickt. Als sie beim Barnahus ankamen, wurden Elsa und ihre Mutter vom Casemanager/einer koordinierenden psychosozialen Fachkraft begrüßt.

6.3 Mädchen am Ende der Pubertät

SANNA IST EIN 17-JÄHRIGES MÄDCHEN aus einer mittelgroßen Stadt in Deutschland. Seit über 18 Monaten ist sie mit dem gleichaltrigen Frank zusammen. Sie lernte Frank auf einer Schulparty kennen und die ersten sechs Monate hatten sie eine tolle Beziehung. Sie hatten gemeinsame Freunde und Interessen. Im Laufe ihrer Beziehung wurden die beiden sexuell immer aktiver. In gegenseitigem Einvernehmen machten sie Sexting und schickten sich Fotos in Badekleidung und Unterwäsche. Nach einem Jahr wollte Sanna die Beziehung beenden. Sie sprach mit Frank, aber er wollte die Trennung nicht akzeptieren. Er begann, ihr häufig zu schreiben und tauchte in Sannas Fitnessstudio oder ihrem Lieblingscafé auf. Er begann, sie zu stalken. Sanna fühlte sich nicht mehr sicher, wenn sie irgendwohin allein hinging. Aufgrund psychosomatischer Symptome begann sie die Schule zu vermeiden. Ihre Eltern bemerkten ihr verändertes Verhalten, sprachen mit ihr über ihre Beobachtungen und Sanna öffnete sich ihnen. Auf deren Rat hin schickte sie Frank eine Nachricht, in der sie ihn aufforderte, sie nicht mehr zu kontaktieren und zu stalken. Ein paar Wochen lang hörte es auf. Aber dann begann er, sie zu erpressen. Er drohte damit, ihre Fotos auf Instagram und Snapchat zu veröffent-lichen, wenn sie sich nicht mit ihm

treffen würde. Sanna fühlte sich hilflos und begann wieder, die Schule und soziale Aktivitäten zu meiden. Sie hatte Albträume und begann, in den sozialen Medien nach Bildern von sich zu suchen. Sie war verängstigt und schämte sich. Sie ignorierte seine Nachrichten. Eines Tages erhielt sie eine SMS von einer Freundin, die ihr einen Screenshot von einem Foto schickte, auf dem sie "oben ohne" in ihrem Zimmer war und das sie Frank geschickt hatte, als sie noch zusammen waren. Es wurde auf Instagram unter einem unbekannten Account gepostet. Sie war sehr aufgebracht. Sie vertraute ihren Eltern genug, um ihnen von der Erpressung zu erzählen. Ihre Eltern waren zunächst schockiert und verärgert – sie hatten mit ihren Kindern mehrmals über die Risiken der sozialen Medien gesprochen, auch über die Gefahren des Versendens von Bildern. Aber nach ein paar Minuten beruhigten sie sich wieder. Sie wussten nicht, was sie tun sollten, und beschlossen gemeinsam mit Sanna, sich an das Barnahus zu wenden.

7 Grundprinzipien der Protokolle

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die grundlegenden Prinzipien des Protokolls. Bei Kindern, die im Barnahus vorgestellt werden, besteht der Verdacht, dass sie sexualisierte Gewalt erlebt haben, die möglicherweise mit Online-Ausbeutung einherging oder darin mündete. Daher muss die Erfassung technologiegestützten sexualisierten Gewalterfahrungen der Kinder Teil jeder Vorstellung in einem Barnahus sein. Dieses Kapitel enthält grundlegende Hinweise zu den allgemeinen, psychosozialen Handlungsempfehlungen im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und ist nicht auf eine bestimmte Berufsgruppe beschränkt.

7.1 Einbeziehung von Kindern:

Das Lundy-Modell (Lundy, 2007) konzeptualisiert Artikel 12 der VN-Kinderrechtskonvention (Abbildung 1) und zeigt, dass Kindern ein sicherer, integrativer Raum und die Möglichkeit gegeben werden muss, ihre Erfahrungen zu verstehen und auszudrücken. Die Kinder sollen ermutigt werden, sich zu äußern, die Fachleute und Bezugspersonen müssen den Erfahrungen der Kinder zuhören, und es muss darauf reagiert werden. Im Barnahus-Qualitätsstandard 1 ist die Einbeziehung von Kindern verankert und es ist auch ein Grundprinzip der VN-Konvention über die Rechte des Kindes (UNICEF, 1989). Die Erfüllung des Barnahus-Qualitätsstandards 1 ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit mit Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern.

Darüber hinaus hat PROMISE Elpis ein separates Protokoll zur Sicherstellung der Einbeziehung von Kindern bei Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern entwickelt, das über das Barnahus-Netzwerk abgerufen werden kann.

Abbildung 1
Lundy's Modell der Einbeziehung.

Anmerkung: Angelehnt an *The National Framework for Children and Young People's Participation in Decision Making* vom Department of Children, Equality, Disability, Inclusion and Youth (DCEDIY), 2021(https://hubnanog.ie/participation-framework/).

7.2 Aversive Kindheitserfahrungen (ACE)

Aversive Kindheitserfahrungen (Adverse Childhood Experiences, ACEs) werden in drei Gruppen eingeteilt: Gewalt, Vernachlässigung und dysfunktionaler Haushalt. Jede Kategorie ist, wie in Abbildung 2 dargestellt, in mehrere Unterkategorien unterteilt.

Abbildung 2

Überblick über ACEs.

Gewalt	Vernachlässigung	Dysfunktionales Zuhause	
Physisch	Physisch	Psychische Erkrankung	Inhaftierte Verwandte
Emotional	Emotional	Häusliche Gewalt	Drogenmissbrauch
Sexualisiert		Scheidung	

Anmerkung: In Anlehnung an die Studie „Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study" von Felitti et al., 1998, *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258 (https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).

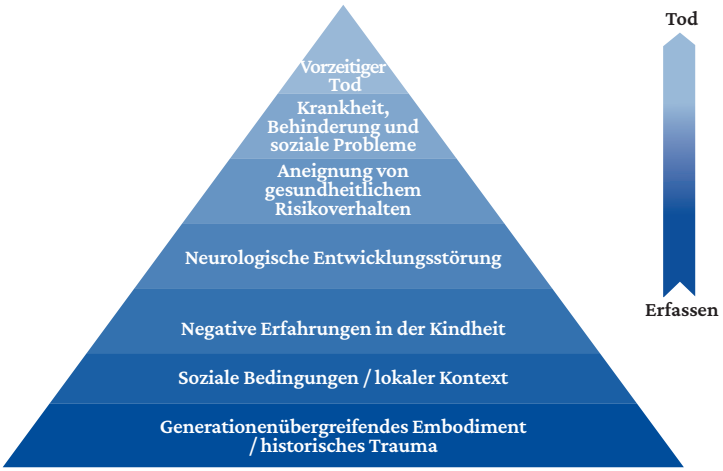
Die CDC-Kaiser-Permanente-ACE Studie (Felitti et al., 1998) hat gezeigt, dass Fälle von ACE in der gesamten Bevölkerung verbreitet sind, dass aber einige Menschen aufgrund der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, in denen sie aufgewachsen sind, vulnerabler für ACEs sind. Zwei Drittel (67 %) der Studienpopulation erlebten mindestens ein ACE-Ereignis, und 12,7 % erlebten vier oder mehr solcher Ereignisse.

Der ACE-Score hat korrespondierende Auswirkungen auf die spätere körperliche und mentale Gesundheit sowie das Wohlbefinden. Personen mit vier ACEs haben zum Beispiel ein viermal höheres Risiko, an Depressionen zu erkranken, und ein zwölfmal höheres Risiko für Suizidversuche. Die Lebenserwartung von Menschen mit sechs ACEs ist um 20 Jahre reduziert (Brown et al., 2009).

Die Pyramide in Abbildung 3 zeigt, wie sich ACEs auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern muss als eine Form von ACE angesehen werden, da sie emotionale, sexualisierte und körperlichen Gewalt umfassen kann und als solche bewertet werden muss. Gleichzeitig besteht bei Kindern mit anderen Formen von ACE ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden – einschließlich technologiegestützter sexualisierter Gewalt. Die Aufklärung über die Kinderrechte, einschließlich der digitalen Rechte sowie der auf gesundheitliche Versorgung, muss Bestandteil der Einschätzung von Fällen im Zusammenhang oder nach ACEs sein.

Abbildung 3

ACE-Pyramide.



Mechanismus, durch den negative Kindheitserfahrungen über die gesamte Lebensspanne Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden nehmen

Anmerkung: Angelehnt an die Studie *„About the CDC-Kaiser ACE"* der Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention (CDC), 2021 (https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html).

7.3 (Risiko-)Bewertung der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern

Auf der Grundlage des Luxemburg Leitfadens (Greijer, 2016) hat der Deutsche Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen ein Risikoeinschätzungsinstrument für verschiedene Arten von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern entwickelt, das die Bedeutung der Bewertung der Variationen der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern unterstreicht, da diese häufig den Übergang zu sexualisierter Gewalt bilden (Deutscher Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, 2022).

(Link: https://ecpat.de/wp-content/uploads/2023/08/Instrument_Riskassessment-EN.pdf)

Nicht vergessen!

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern beginnt oft mit einem nicht strafbaren Kontakt im Internet.
Alle Formen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern können zu sexueller Ausbeutung und sexualisierter Gewalt führen.

Hohe Risiken sind:
Sexuelle Erpressung, Grooming, sexuelle Belästigung, Cyberstalking und geschlechtsspezifische Gewalt

Die paneuropäische Plattform „Children Online: Research and Evidence“ (CO:RE) hat erkannt, dass Online-Risiken entstehen, wenn ein Kind gefährdenden Inhalten ausgesetzt ist, gefährdende Kontakte knüpft, an gefährdendem Verhalten teilnimmt oder von gefährdenden Verträgen ausgenutzt wird, wie die folgende Grafik von CO:RE (Abbildung 4) zeigt, die diese spezifischen Risiken mit ihren verschiedenen Ursachen, Folgen und übergreifenden Risiken aufschlüsselt (Livingstone & Stoilova, 2021).

Wie in Abbildung 4 illustriert, haben alle Kinder und Jugendliche, die über Erfahrungen von sexualisierter Gewalt berichten, ein hohes Risiko, vor oder nach dieser technologiegestützte sexualisierte Gewalt erlebt zu haben und zu erleben (z. B.: digitales Material der sexualisierten Gewalterfahrung, Erpressung).

Abbildung 4

Online-Risiken: Die 4 Cs von CO:RE.

CORE	Inhalt Das Kind beschäftigt sich mit potenziell schädlichen Inhalten oder ist diesen ausgesetzt	Kontakt Das Kind erfährt einen potenziell schädlichen Kontakt mit einem Erwachsenen oder wird von diesem angesprochen	Durchführung Das Kind wird Zeuge, Teilnehmer oder Opfer eines potenziell schädlichen Verhaltens von Gleichaltrigen	Vertrag Das Kind ist Teil eines potenziell schädlichen Kontaktes oder wird von diesem ausgenutzt
Aggressiv	Gewalttätige, blutige, grafische, rassistische, hasserfüllte oder extremistische Informationen und Mitteilungen	Belästigung, Stalking, hasserfülltes Verhalten, unerwünschte oder übermäßige Überwachung	Mobbing, hasserfüllte oder feindselige Kommunikation oder Aktivitäten von Gleichaltrigen, z. B. Trollen, Ausgrenzung, Beschämung	Identitätsdiebstahl, Betrug, Phishing, Trickbetrug, Hacking, Erpressung, Sicherheitsrisiken
Sexuell	Pornografie (schädlich oder illegal), Sexualisierung der Kultur, unterdrückende Körperbildstandards	Sexuelle Belästigung, sexuelles Grooming, Sextortion, die Erstellung und Weitergabe von CSA-Material	Sexuelle Belästigung, nicht einvernehmliche sexuelle Kommunikation, negativer sexueller Druck	Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung, Streaming von CSA (gegen Bezahlung)
Werte	Fehlinformationen/ Desinformation, nicht altersgerechtes Marketing oder nutzergenierierte Inhalte	Ideologische Überredung oder Manipulation, Radikalisierung und Anwerbung von Extremisten	Potenziell schädliche Nutzergemeinschaften, z. B. selbstverletzendes Verhalten, Impfgegner, negativer Gruppenzwang	Glücksspiel, Filterblasen, Mikro-Targeting, dunkle Muster, die Überzeugung oder Kauf beeinflussen
Über-greifend	**Verletzung der Privatsphäre** (zwischenmenschlich, institutionell, kommerziell) **Risiken für die körperliche und geistige Gesundheit** (z. B. sitzende Lebensweise, übermäßiger Bildschirmkonsum, Isolation, Angstzustände) **Ungleichheiten und Diskriminierung** (Einschluss/Ausschluss, Ausnutzung von Schwäche, algorithmische Verzerrung /Prädiktive Analytik)			

Anmerkung: Nach dem Vorbild von *„The 4 Cs: Classifying Online Risk to Children,"* von Livingstone, S., & Stoilova, M., 2021, CO:RE – Children Online: Research and Evidence (https://doi.org/10.21241/ssoar.71817).

Fallbeispiel: Sprechen über Online-Aktivitäten – Steven (8 J.)

CM: „Ich würde wirklich gerne mehr über dich erfahren“
S: (*nimmt Blickkontakt auf*)
CM: „Erzählst du mir ein wenig über dich?“
Steven beginnt über die Schule, seine Hobbys und Freunde zu sprechen.
CM: „So cool.“ „Ich weiß, dass einige Kinder in deinem Alter auch schon Computerspiele spielen.“
S: (*schaut neugierig*)
CM: „Spielst du Spiele?“
S: „Ja – wir haben eine Nintendo zu Hause.“
CM: „Was ist dein Lieblingsspiel?“
S: „Super Mario.“
CM: „Das kenne ich – gefällt es dir?“
S: „Ja, ich mag es. Ich bin der Beste in meiner Familie.“

Nicht vergessen!

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt ist eine interdisziplinäre Aufgabe.
Technologiegestützte sexualisierte Gewalt sollte in jedem vorgestellten Fall eruiert werden.

Praktischer Tipp

Mögliche Fragen:
Hast du ein Smartphone oder eine Nintendo Switch zu Hause?
Kennst du VR-Brillen?
Wofür verwendest du es?
Ist es dir schon einmal passiert, dass du von einem Fremden über diese Medien kontaktiert wurdest?
Hast du dich jemals verängstigt oder unsicher gefühlt?
Hat jemand nach privaten Informationen oder Bildern von dir gefragt?
Welcher Art?
Was ist damit passiert?

7.4 Digitales Material als Beweismittel

Es gilt zu bedenken, dass im Fall von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern digitales Material auf unterschiedliche Weise (Messenger-Dienste, soziale Medien, Darknet) existieren und weiterverbreitet werden kann. Dieses

lässt die technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern fortbestehen und verhindert ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle, so dass das Opfer oft mit Scham- und Schuldgefühlen zurückbleibt. Die sofortige Einschaltung der Polizei im Zusammenhang mit der Dokumentation und Sicherung solchen Materials ist sehr zu empfehlen – sowohl zum Schutz des Kindes als auch um ein Gefühl der Kontrolle zu schaffen. In einigen Ländern vermitteln die Strafverfolgungsbehörden insbesondere Kindern ein Gefühl von Recht und Unrecht, von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit, das dazu beitragen kann, die potenziell traumatische Erfahrung zu verarbeiten, auch wenn der Ausgang der Ermittlungen noch offen ist. Digitale Materialien können u.a. (Deepfake-)Videos, Bilder, Chat-Nachrichten, E-Mails, Beiträge in sozialen Medien, Audioaufnahmen, Screenshots, gefälschte Profile, Streaming-Inhalte, in der Cloud gespeicherte Dateien, Spielekommunikation, Foren- oder Darknet-Inhalte, Memes oder GIFs, gehackte oder durchgesickerte private Inhalte, KI-generierte Inhalte umfassen. In den einzelnen Ländern gibt es unterschiedliche Gesetze für den Umgang mit digitalem Gewaltmaterial, und dieses Protokoll erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit der genannten Materialien.

Nicht vergessen!

Fachkräfte in diesem Bereich müssen wissen, welche nationalen Rechtsvorschriften für den Umgang mit digitalem Material bei sexualisierter Gewalt an Kindern gelten.

Praktischer Tipp

Machen Sie sich Notizen zu:
Was: Die getroffenen Maßnahmen.
Wann: Das Datum des Vorfalls.
Wo: Die verwendete digitale Plattform.
Wer: Jegliches Wissen über den/die potenzielle:n Straftäter:in
Wie: Die Art des Kontakts und der Inhalt.

Zeitnahe Kontaktaufnahme mit der Polizei!

7.5 Allgemeine interdisziplinäre Maßnahmen im Barnahus in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern

Die Goldstandard-Empfehlung der WHO, die moldawische und die deutsche Leitlinie im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt sprechen sich für folgende Punkte aus, die mit dem Fokus auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern angepasst wurden:

Nicht vergessen!

Unmittelbar:

- Ruhig bleiben
- Altersgerechtes Umfeld (Barnahus-Standard 4)
- Priorisierung der sofortigen Erstversorgung und des medizinischen Bedarfs (z. B. schwere Verletzungen, Vergiftungen)
- Sicherstellung, dass keine Eigen- und/oder Fremdgefährdung vorliegt
- Klärung, ob die Person weiterhin von technologiegestützter sexualisierter Gewalt oder sexualisierter Gewalt betroffen ist
- Mit dem Einverständnis des Kindes Informationen über die technologiegestützte sexualisierte Gewalt an die Betreuungsperson weitergeben

Praktischer Tipp

Anwendung von Stress- und Emotionsregulierungstechniken wie Atem- und Erdungstechniken für Fachkräfte und Patient:innen:
z.B.: **Atemtechnik:**
Einatmen: Atme tief durch die Nase ein
Halte den Atem an: Atem anhalten
Ausatmen: Langsam und kontrolliert durch den Mund ausatmen
Oder finde fünf blaue (oder grüne, oder gelbe ...) Gegenstände in deinem Zimmer
Oder ein Symbol in Sichtweite haben, das eine glückliche Erinnerung darstellt (eine Muschel, ein Magnet, eine Postkarte ...)

- Information des Kindes / der Bezugsperson über Sicherheitsstrategien im Internet (Altersbeschränkungen, elterliche Kontrolle, Schutz persönlicher Daten etc.) Z. B. https://www.unicef.org/protection/violence-against-children-online; www.klicksafer.de
- Informieren Sie das Kind über seine digitalen Rechte (https://childrens-rights.digital; https://www.dkhw.de)

Nicht vergessen!

Die Rechte der Kinder sind auch Teil der digitalen Welt und umfassen:
- Zugang zu digitalen Medien
- Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit
- Recht auf Privatsphäre
- Schutz vor Gewalt und Ausbeutung

Es ist wichtig, die Kontaktaufnahme mit der Polizei anzubieten (je nach den polizeilichen Meldemodalitäten in ihrem Land) und die Dringlichkeit der Einschaltung der Polizei für die Dokumentation der oben genannten Materialien zu betonen insb. in Bezug auf:
- Dokumentation des Kontakts
- Weitere Ermittlungsmaßnahmen
- Falls erforderlich, weitere Gefahrenabwehr

Im Verlauf der Begleitung:
- Versorgen Sie sichere Bezugspersonen mit Informationen, um mögliche Emotionen, Symptome und Verhaltensweisen zu verstehen, die das Kind oder die Bezugsperson selbst in den kommenden Tagen oder Monaten empfinden und zeigen könnten.
- Falls erforderlich, bieten Sie eine Krisenintervention (Protokoll PROMISE Elpis Krisenintervention) oder weitere Diagnostik und Behandlung (Barnahus Qualitätsstandards 7 und 8) an.
- Stellen Sie den Kontakt der Klient:innen zu psychosozialen Diensten / Opferhilfsange-boten her – siehe PROMISE Elpis-Protokoll zur Zusammenarbeit mit Opferhilfsorg-anisationen.
- Bahnen Sie geeignete interdisziplinäre Entscheidungen zur Durchführung von Untersuchungen und Ermittlungen (interdisziplinäre Fallbesprechung).
- Führen Sie eine umfassende Bewertung der körperlichen, sexuellen (Barnahus-Qualitätsstandard 7) und emotionalen Gesundheit (Barnahus-Qualitätsstandard 8) durch.
- Holen Sie das Einverständnis zur Aufnahme von Fotos und/oder Videos im Barnahus ein.
- Erklären Sie, wie die Fotos oder Videos im Barnahus verwendet werden sollen.
- Behandeln Sie alle gesammelten Informationen vertraulich.
- Erläutern Sie, wann weitere psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden sollte (z. B.: Zunahme der Symptome, Vermeidung altersgemäßer Aktivitäten, Übererregbarkeit, Regression).
- Empfehlen Sie den Klient:innen, das digitale Material als Beweismittel zu behandeln.
- Raten Sie den Klient:innen, sich dringend mit der Polizei in Verbindung zu setzen, um Beweismittel zu sammeln und zu sichern.
- Geben Sie den Ratschlag, ggf. die Plattform, auf der digitales Material ohne Einverständnis veröffentlicht wurde, zu kontaktieren und über den Verstoß zu informieren.

Nicht vergessen!

ACHTUNG: In einigen Ländern ist es selbst Bezugspersonen nicht erlaubt, ein Foto der Datei zu machen, diese per E-Mail oder Mobilnachricht zu versenden oder Kopien auf ihrem Gerät zu speichern.

8 Praktische Anwendungen des psychosozialen and traumasensiblen Ansatzes im Barnahus im Zusammenhang mit technologiesgestützter sexualisierter Gewalt an Kindern

Dieses Kapitel führt in psychosoziale Interventionen im Allgemeinen und zu technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern im Besonderen ein. Es bietet einen Überblick über die psychologischen Grundlagen für die traumasensiblen Empfehlungen, einschließlich einer kurzen Einführung in die Psychotraumatologie und die Grundbedürfnisse, bevor der Fokus auf die Besonderheiten im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern gelegt wird.

8.1 Allgemeine psychosoziale Interventionen

Das Kapitel gibt eine Einführung in die Grundlagen psychosozialer Interventionen und traumabewusster Versorgung, einschließlich eines traumasensiblen Ansatzes, der von allen im Barnahus tätigen Fachkräften angewandt werden sollte.

8.1.1 Definition von psychosozialen Interventionen

Psychosoziale Interventionen sind „alle zwischenmenschlichen oder informationellen Aktivitäten, Techniken oder Strategien zur Verbesserung der Gesundheit, der Funktionsfähigkeit und des Wohlbefindens“ (WHO, 2020). Sie setzen auf psychologische oder soziale Maßnahmen und sind nicht psychopharmakologischer Natur. Sie streben nach Veränderungen der

psychologischen, sozialen, biologischen und/oder funktionalen Ergebnisse (Dua et al., 2011) und müssen nicht von einem:einer ausgebildeten Psychotherapeut:in (WHO, 2008) oder Berater:in durchgeführt werden.

8.1.2 Evidenz für psychosoziale Interventionen

Die Forschung zur Evidenz von psychosozialen Interventionen ist aufgrund der Vielfalt der angebotenen Programme und Umstände begrenzt. Die Übersichtsarbeit von Barbui et al. (2020) über die Evidenz für psychosoziale Interventionen in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen wies auf eine signifikante Evidenz für psychosoziale Interventionen hin, z. B. reduzierten psychosoziale Gruppeninterventionen in humanitären Einrichtungen für Kinder die Symptome von PTBS. Die WHO-Studie „mental health gap action program (mhGAP)“ hat gezeigt, dass psychosoziale Interventionen, einschließlich der Schulung von Bezugspersonen, erfolgreich sind (Dua et al., 2011). Barbui et al. (2020) betonen die Notwendigkeit, nicht-psychische Gesundheitsfachleute in psychosozialen Interventionen zu stärken, da die Programme eine hohe Akzeptanz in der Gesellschaft genießen und eine Möglichkeit bieten, die Lücke in der psychosozialen Versorgung zu schließen - wie es sowohl in der mhGAP-Studie der WHO als auch in der klinischen Leitlinie der WHO zur Behandlung von Kindern, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, empfohlen wird.

8.1.3 Psychosoziale Interventionen bei Trauma, einschließlich technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern

Alle Interaktionen und Interventionen im Barnahus sollten auf einen psychosozialen Versorgungsansatz abzielen, unabhängig davon, welche Berufsgruppen an den einzelnen Interaktionen beteiligt sind. Dieser Ansatz umfasst psychosoziale Interventionen, präventive Maßnahmen und die traumainformierte Versorgung (WHO, 2008).

8.2 Allgemeine traumainformierte Versorgung

Trauma-informierte Versorgung ist Teil psychosozialer Interventionen und beschreibt einen systematischen Rahmen, der Betroffene unterstützt, einen traumasensiblen Ansatz beinhaltet und nicht auf eine bestimmte Gruppe von Fachkräften beschränkt ist. Die EU-Studie über geschlechtsspezifische Gewalt empfiehlt, dass **alle Fachleute, die mit Menschen arbeiten, befähigt werden sollten, bei ihren Interaktionen einen traumasensiblen Ansatz anzuwenden** – nicht nur Fachleute aus dem sozialen und psychologischen Bereich. Ein traumasensibler Ansatz legt den Fokus auf zwischenmenschliche Interaktionen und verfolgt das Ziel, Resilienz zu stärken, Retraumatisierung im Rahmen einer kindzentrierten Versorgung zu vermeiden und die langfristige Heilung zu fördern.

8.3 Allgemeine Psychotraumatologie

Fischer & Riedesser (2009) definieren psychisches Trauma als „Diskrepanzerfahrung zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welche mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Schutzlosigkeit und Verlassenheit einhergeht und zu einer nachhaltigen Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses führt“. Die ans Barnahus verwiesenen Kinder und Jugendlichen sind dem Risiko ausgesetzt, eine potenziell traumatische Erfahrung erlebt zu haben.

8.3.1 Trauma-Symptome – Stress-Symptome

Stresssymptome können sich auf verschiedene Bereiche des Lebens eines Menschens auswirken, einschließlich des Körpers, der Emotionen, des Verhaltens und der Denkprozesse. Das Erkennen dieser Symptome auf verschiedenen Ebenen ist entscheidend für das Verständnis, wie sich Stress auf die allgemeine Gesundheit auswirkt. Weitere Informationen über die ärztliche Beratung und Untersuchung, z. B. bei selbstverletzendem Verhalten oder bei Deprivationssymptomen, finden Sie im „Protokoll zur medizinischen Versorgung“.

Nicht vergessen!

Typische Stresssymptome zeigen sich auf körperlicher, emotionaler, verhaltensbezogener und kognitiver Ebene.

Abbildung 5 gibt einen Überblick über die möglichen Symptome:

Abbildung 5

Überblick über die Stress-Symptome.

Physisch	Emotional	Verhalten	Kognitiv
Schreckhaftigkeit	Scham	Weinen	Anhaltende Besorgnis
Bauchschmerzen oder Verdauungsprobleme	Schuld	Unruhe	Verwirrung
Kopf- oder Muskelschmerzen	Überforderung/ Erschöpfung	Rückzug	Geminderte Aufmerksamkeit
Müdigkeit	Dissoziation	Isolation	Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens
Antriebsschwankungen	Wut	Ausbrüche	Wiedererleben des Ereignisses
Schwindel	Innere Unruhe	Vermeiden von Orten oder Menschen	Flashbacks
Hyperarousal	Angst	Still/Zurückhaltend	Albträume
Hypoarousal	Trauer	Übermäßiges Schlafen	Selbsthass
Erhöhter Herzschlag	Traurigkeit/Depression	Übermäßiges Essen	
Schwitzen	Hilflosigkeit	Exzessives Sportverhalten	
Erröten	Aggressivität		
	Selbstverletzung		
	Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch		

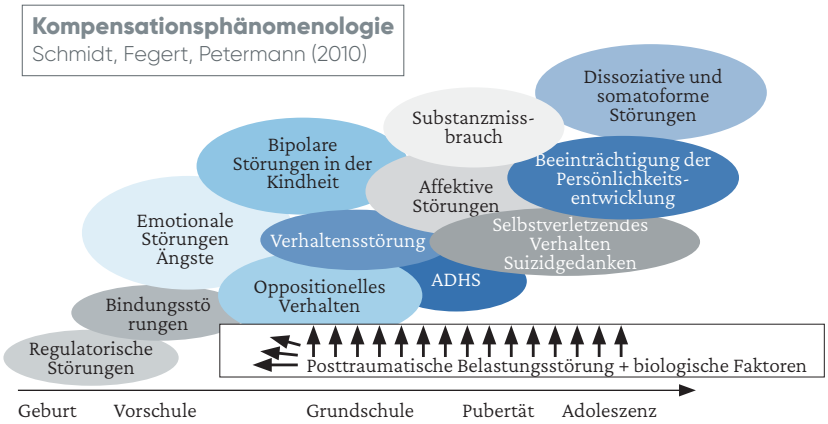
Nicht vergessen!

Stressbedingte Symptome können zu somatischen Krankheiten und Diagnosen führen. Dies sollte bei medizinischen Konsultationen berücksichtigt werden.

Es muss bedacht werden, dass das physische und psychische Entwicklungsalter einen Einfluss auf die Stressreaktion hat. So hat ein Baby noch wenig motorische Fähigkeiten und kann den Triggern daher nicht ausweichen oder diese vermeiden. Es kann zum Beispiel nur weinen oder nicht weinen. Die unmittelbare und langfristige Auswirkung traumatischer Erfahrungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und ihre sozialen Systeme sowie auf ihre körperliche und soziale Entwicklung wurde in den letzten Jahren durch evidenzbasierte Forschung belegt (Felitti et al., 1998; Schmid et al., 2010). In der folgenden Abbildung 6 fassen Schmid et al. (2010) die mögliche Entwicklung psychiatrischer Störungen als Folge von posttraumatischem Stress zusammen. In der zugehörigen Veröffentlichung beschreiben sie die Symptome als Kompensierungsphänomene, die durch die stressorbedingten Symptome verursacht werden.

Abbildung 6

Überblick über die Phänomenologie der Kompensierung.



Anmerkung: Angelehnt an „Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra, von Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F., 2010, Kindheit und Entwicklung, 19(1), 47-63 (https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000008).

8.4 Allgemeine traumaspezifische (einschließlich psychologische) Angebote

Traumaspezifische Dienstleistungen sind klinische Interventionen, die sich auf trauma-assoziierte Symptome bei Einzelpersonen und Gruppen konzentrieren. Dazu gehören Krisenintervention und Trauma-Therapie. Krisenintervention bietet eine professionelle Beziehung, Psychoedukation („abnormale Reaktionen auf abnormale Situationen sind normal"), Ressourcenaktivierung (psychosoziale Unterstützung, Gleichgewicht zwischen Routine und Entspannung, Essen, Schlaf, Übungen), Selbstkontrolle und liefert selten die Indikation für eine Medikation (siehe Protokoll zur medizinischen Unterstützung und Protokoll zur Krisenintervention). Informationen zur Validierung, Co-Regulation und Psychoedukation von Klient:innen über traumaassoziierte Symptome und technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern finden Sie im Protokoll zur Krisenintervention und im Barnahus-Qualitätsstandard 8.

8.4.1 Trauma-informierte Versorgung und traumasensibler Ansatz

Stress und Traumata entstehen, wenn die Grundbedürfnisse nicht erfüllt oder verletzt werden. Traumainformierte Versorgung und ein traumasensibler Ansatz müssen bei der Beurteilung und in der Interaktion mit Patient:innen und Bezugspersonen sensibel auf die Grundbedürfnisse eingehen, um ein resilientes Outcome zu unterstützen.

8.4.2 Grundbedürfnisse

In diesem Kapitel werden die Grundbedürfnisse, darunter die Maslowsche Bedürfnishierarchie sowie die Grundbedürfnisse nach Grawe erläutert. Anschließend werden ihre Bedeutung für den traumasensiblen Ansatz dargestellt.

8.4.2.1 Die Maslowsche Bedürfnishierarchie

Die Bedürfnishierarchie von Abraham Maslow (1943) beschreibt fünf Stufen menschlicher Bedürfnisse: von den Grundbedürfnissen am unteren Ende bis zu den komplexeren Bedürfnissen am oberen Ende (Abbildung 7). Zu den primären Grundbedürfnissen gehören physiologische Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Wärme und Ruhe/Schlaf. Sobald diese befriedigt sind, können Sicherheit und soziale Bedürfnisse angesprochen werden. Fehlt es an einem der Grundbedürfnisse, kann die nächste Stufe der Pyramide nicht erreicht werden. Die physiologischen, sicherheitsbezogenen und sozialen Bedürfnisse sind wesentlich und müssen im Rahmen der Versorgung berücksichtigt und erfüllt werden, um ein sicheres und vertrauenswürdiges Umfeld zu schaffen. Das kann das Anbieten von Wasser und Nahrung sein wie auch eine altersgerechte, individuell zugeschnittene Kommunikation über die nächsten Schritte für die betroffene Person und ihre sichere Bezugsperson.

Abbildung 7

Maslowsche Bedürfnishierarchie

Anmerkung: Angelehnt an „A Theory of Human Motivation," von Maslow, A.H., 1943, *Psychological Review, 50*, 370–396 (http://dx.doi.org/10.1037/h0054346).

Im Rahmen der Versorgung müssen diese sogenannten „defizitären Bedürfnisse" und deren sukzessiver Charakter berücksichtigt und erfüllt werden, um eine sichere und vertrauenswürdige Umgebung zu schaffen.

Praktischer Tipp

Bedenken Sie die Ausgangssituation der Betroffenen!
Grundbedürfnisse erfüllen:

- Wasser, etwas zu essen
- Tagesrhythmus und Routinen des Kindes beachten (z. B.: Mittagsschlaf, Schulzeiten)

Sorgen Sie für ein Gefühl von:

- Sicherheit
- Schritt-für-Schritt-Erklärung, was wann, wo, wie und mit wem geschieht

Fallbeispiel: Anbahnung von Kontakten in Barnahus – Steven (8 J.)

Im Barnahus wird Steven von einem Case Manager (CM) empfangen.

CM: „Hallo, mein Name ist …“ „Ich bin Case Manager im Barnahus.“ „Meine Aufgabe ist es, alle Abläufe hier zu organisieren und dir alles zu erklären.“ (Rolle und Funktion erklären – Transparenz) „Wie heißt du?“

S: „Steven.“

CM: „Hallo Steven, schön, dich kennenzulernen.“ „Ich kann mir vorstellen, dass das alles im Moment ziemlich überwältigend ist.“ (Respekt und Wertschätzung)

S: (*nickt*)

CM: „Und ich sehe, dass du mit der Polizei und einem Sozialarbeiter gekommen bist.“ „Wartest du bitte ein paar Minuten hier, während ich kurz bei der Polizei nachfrage, wer hier zuständig ist?“

S: (nickt)

CM: „Danke, Steven.“ „Sieh mal, hier sind ein paar Snacks und ein paar Getränke.“ (physisches Grundbedürfnis, aber auch Kontrolle durch Entscheidungen). „Möchtest du welche?“ „Und magst du Comics?“ (Grundbedürfnis nach Vergnügen und sozialer Interaktion) „Mal sehen, ob ich meinen Favoriten finde.“

CM: „Ich bin in höchstens fünf Minuten zurück – hier ist die Uhr.“ (Grundbedürfnis der Orientierung)

(*CM verlässt den Raum, um sich über die rechtliche Situation im Zusammenhang mit Gesprächen mit Minderjährigen ohne Anwesenheit einer sicheren Bezugsperson zu informieren. Polizei und Sozialdienste stellen sicher, dass die gesetzliche Vormundschaft an die Sozialdienste übertragen wurde. CM kehrt nach vier Minuten zu Steven zurück*)

CM: „Hey Steven – ich bin wieder da.“ „Oh, ich sehe, du hast einen Snack gegessen. Hat es dir geschmeckt?“ „Und was hältst du von dem Comic?“

S: „Danke.“ „Es ist in Ordnung … was hat die Polizei gesagt?

CM: „Ich kann mir vorstellen, dass du besorgt und etwas verwirrt bist.“ (Validierung) „Sie sagten mir, dass sie deine Eltern informiert haben und dass es in Ordnung wäre, wenn ich bereits mit dir spreche – wenn dir das recht ist.“ (Einholung der Zustimmung)

S: (*nickt*)

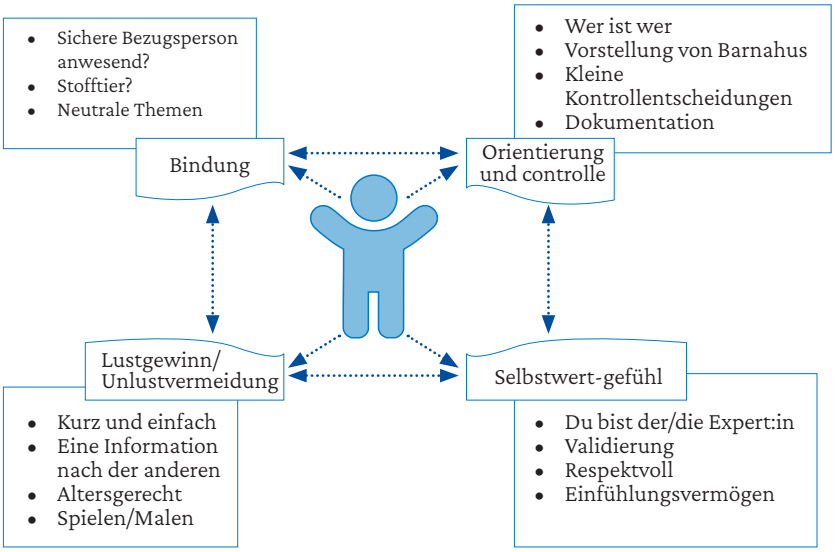
CM: „Aber bevor wir uns unterhalten – willst du das Haus sehen und herausfinden, was wir machen?“ (Orientierung und Transparenz)

8.4.2.2 Die psychologischen Grundbedürfnisse nach Grawe

In seiner Konsistenztheorie hat Klaus Grawe bei der Verbindung von Neurowissenschaft mit der Psychotherapie vier menschliche Grundbedürfnisse identifiziert (Ghadiri et al., 2012). Die Grundbedürfnisse umfassen: Bindung, Kontrolle, Selbstwertgefühl und Lustmaxim-ierung. Diese vier psychologischen Grundbedürfnisse sind nicht hierarchisch angeordnet (Abbildung 8). Unerfüllte Bedürfnisse äußern sich durch Gefühle des Mangels, die zu einem Gefühl der Sinnlosigkeit führen – im Gegensatz zu einem Gefühl der Fülle, das entsteht, wenn die Bedürfnisse angemessen befriedigt werden (Grawe's Konsistenztheorie). Das Bedürfnis nach Sicherheit und Bindung ist mit den Maslowschen Grundbedürfnissen nach Sicherheit und sozialer Interaktion verknüpft (siehe *(Abbildung A einfügen)*). Das Verhalten einer Person richtet sich stets darauf aus, ein Bedürfnis zu befriedigen.

Abbildung 8

Beispiele für die psychologischen Grundbedürfnisse nach Grawe



Anmerkung. Angelehnt an „*Four Basic Human Needs at the Heart of Neuroscience*", S. 72, von Ghadiri A., Habermacher, A., Peters, T. (2012). In: Neuroleadership. Management for Professionals. Springer, Berlin, Heidelberg. (https://doi.org/10.1007/978-3-642-30165-0_4).

Nicht vergessen!

Ein anhaltender Mangel an grundlegender Versorgung erhöht die Anfälligkeit für psychische Störungen ebenso wie unbeachtete physiologische Grundbedürfnisse die Anfälligkeit für körperliche Erkrankungen steigern.

Fallbeispiel: Altersgerechte Wahl und Zustimmung – Elsa (13 J.)

CM: „In Ordnung.“ „Jetzt, wo du das Barnahus gesehen hast und ein wenig über die Leute weißt, die hier arbeiten, würde ich gerne mehr über dich erfahren, Elsa.“
E: (*stellt Blickkontakt her*)
CM: „Du bist dreizehn, richtig?“
E: (*nickt*)
CM: „Du bist also ein junger Teenager.“ „Wow.“ „Ich würde gerne mit dir und deiner Mutter zu einem späteren Zeitpunkt einzeln sprechen, aber für den Moment – wie möchtest du anfangen?“
CM: „Willst du deine Mutter dabei haben?“ (Wahlmöglichkeit und Zustimmung)
E: (*sieht ihre Mutter an*) „Ja, das will ich –- ich weiß gar nicht, warum ich hier bin.“
CM: „Okay.“ „Das muss ziemlich irritierend sein, irgendwo zu sein und nicht zu wissen, warum.“ (Validierung)
„Was hat deine Mutter gesagt, wohin ihr geht?“

8.4.3 Resilienz

Gemäß der Definition der American Psychological Association (APA) bezieht sich Resilienz auf den Prozess und das Ergebnis der erfolgreichen Anpassung an herausfordernde Lebenserfahrungen.

Wilson und Wilson definierten sieben Faktoren, die Resilienz fördern (Wilson & Wilson, 2018):

- Kontrollerleben (wer, wo, wie lange, Stoppsignal)
- Selbstauskunft („Du bist der Experte deiner selbst“)
- Gruppengefühl, Gefühl als Überlebender
- Erleben eigener Strategien, Ressourcen (Validierung, wie hast du den Mut gefunden, mit mir zu sprechen – einem Fremden)
- Altruismus, prosoziales Verhalten
- Die Fähigkeit, im Trauma und in der Zukunft einen Sinn zu sehen
- Soziale Interaktion (alltägliche Aktivitäten, psychosoziale Interventionen, Selbsthilfegruppen)

Das Konzept der Resilienz steht in engem Zusammenhang mit Antonovkys Konzept der Salutogenese, das drei Hauptelemente umfasst, die eine gesunde Entwicklung ermöglichen: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit (Vinje et al., 2022).

Fallbeispiel: Stärkung der Ressourcen. Psychoedukation – Sanna (17 J.)

CM: „Du hast mir also schon ein wenig von dir erzählt, während ich dir das Barnahus gezeigt habe, und ich muss gestehen – ich bin sehr neugierig, mehr über deine interessanten Hobbys zu erfahren." „Aber ich nehme an, das ist nicht der Grund, warum du hier bist." „Wie kann ich dir helfen?" (Resilienzfaktor Selbsteinschluss)

S: (*blickt zu Boden, vermeidet den Kontakt, sieht ihre Eltern an*)

Mutter: „Du schaffst das, Sanna." „Das ist nichts, wofür du dich schämen musst."

S: (*seufzt und atmet tief durch*) „Ich habe einen Fehler gemacht."

CM: „Okay. Wie kommt das?"

S: „Nun, ich war mit diesem Jungen zusammen … (Sanna erzählt, wie sie Frank kennengelernt hat und dass am Anfang alles gut war …)

Aber nach der Sommerpause war ich nicht mehr verliebt und es hat mir keinen Spaß mehr gemacht, Zeit mit ihm zu verbringen – also habe ich mit ihm Schluss gemacht … Zumindest habe ich es versucht."

CM: „Du hast es versucht?"

S: „Nun, er hat mich nicht gelassen." „Er rief andauernd an und schrieb SMS." „Er hat versucht, mich davon zu überzeugen, dass wir zusammenbleiben sollten, und dann fing er an, an Orten zu sein, an denen ich bin und er normalerweise nicht ist."

CM: „Oh, das muss irritierend, ja sogar beängstigend gewesen sein."

S: „Ja, ich hatte Angst." „Irgendwann wollte ich das Haus nicht mehr alleine verlassen." „Ich habe meine Freund:innen nicht gesehen, bin nicht zur Schule gegangen." „Ich fühlte mich krank."

CM: „Verfolgt zu werden, ist eine schwere Belastung für Körper und Geist." (Psychoedukation) „Es war ein kluger Schachzug, eine unsichere Situation zu vermeiden, indem du das Haus verlässt …" (Normalisierendes stabilisierendes Verhalten)

S: (*schaut überrascht*)

CM: „Klug, aber nicht durchführbar für mein Leben." „Aber das Wichtigste ist, dass du dich nicht unsicher fühlst." „Was hast du gemacht?"

S: „Ich habe mit meinen Eltern gesprochen." „Sie halfen mir, ihm zu schreiben, damit er aufhört, mich zu verfolgen."

CM: „Gut gemacht!" „Ihr seid ein gutes Team?" (Ressourcenorientiert)

Alle drei nicken. (Grundbedürfnis Bindung gestärkt)

CM: „Das ist großartig." „Die Familie kann eine solche Ressource sein." „Hat er aufgehört?"

S: „Ja, und ein paar Wochen lang war alles wieder normal. Ich bin zur Schule gegangen, habe meine Freunde getroffen." (…)

S: „Ich habe ihn ignoriert." „Aber ich habe angefangen, die sozialen Medien immer wieder zu überprüfen, um sicherzugehen, dass dort nichts zu finden ist." „Ich war so besorgt und kam mir so dumm vor … Meine Eltern sagten mir, ich solle vorsichtig sein – aber … aber ich vertraute ihm." (*beginnt zu weinen*)

CM: „Das muss weh getan haben." (*reicht ihr die Taschentücher*) „Ich kann sehen, dass es dich immer noch bewegt." (Validierung von Emotionen)

S: (*sie nickt*). „Das Schlimmste war, als meine Freundin Anna mir einen Screenshot von einem Bild von mir auf Instagram schickte."

CM: „War es einer von denen mit Sexting?"

S: „Ja. (*seufzt*) Ich war so dumm." „Ich hätte es wissen müssen …"

CM: „Weißt du, Sanna, manchmal wissen wir erst im Nachhinein, dass eine Entscheidung nicht gut war." „Und manchmal fühlt sich etwas in dem Moment richtig an – du warst verliebt. Du hast ihm vertraut." „Wusstest du, dass er deine Fotos gegen deinen Willen veröffentlichen würde?"

S: „Nein …"

CM: „Sein Handeln verstößt gegen das Gesetz." „Er darf deine Bilder nicht ohne deine Zustimmung veröffentlichen." „Und ja, diese Bilder zu versenden, war vielleicht nicht die beste Idee, aber du hast ihm vertraut. Und weißt du, worauf ich stolz bin? Dass du – als du gemerkt hast, dass er deine Bilder verbreitet hat – den Mut hattest, mit deinen Eltern zu reden, und jetzt hast du sogar den Mut, mir davon zu erzählen."

8.5 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern und Trauma

Die Forschung zeigt, dass die Traumasymptome bei Kindern, die technologiegestützte sexualisierte Gewalt erfahren haben, genauso schwer oder sogar schlimmer sein können als bei Kindern, die außerhalb des Internets viktimisiert werden (Joleby, et al., 2017; Joleby, et al., 2020). Darüber hinaus haben Jonsson & Svedin (2017) gezeigt, dass von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffene Kinder verschiedene negative Gefühle wie Schuld, Scham, Verrat, Bedrohung, Angst und Unruhe erleben und oft mit der Verunsicherung umgehen müssen, dass ie sexualisierte Gewalt auf unbestimmte Zeit andauern kann.

Nicht vergessen!

Erfahrungen technologiegestützter sexualisierter Gewalt können folgendes hervorrufen: Schuldgefühle (als ob es die eigene Schuld wäre)

- Scham (*sich dumm fühlen*)
- Verrat (*Enttäuschung durch Freund:innen und Eltern*)
- Bedrohung (*von Täter:in bedroht werden*)
- Furcht (*was mit dem digitalen Material passieren wird*)
- Ängste (*wer hat das digitale Material, wer hat es gesehen*)
- Unendlichkeit (*die Gewalt ist fortwährend*)

Sie benötigen daher eine modifizierte Traumabehandlung für Kinder, die von technologie-gestützte sexualisierte Gewalt betroffen sind. Die Übersichtsarbeit in Form eines systema-tischen Reviews von Menhart et al. (2025) hat gezeigt, dass es nur wenige Untersuchungen darüber gibt, welche Art therapeutischer und praktischer Begleitung in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern erforderlich und welche wirksam ist. Weitere Forschung zu diesen Themen ist dringend notwendig.

Nicht vergessen!

Erfahrungen technologiegestützter sexualisierter Gewalt können zu schwerwiegenden und mitunter sogar stärkeren Traumasymptomen führen als sexualisierte Gewalt.

Fallbeispiel: Umgang mit digitalem Material und Scham- und Schuldgefühlen – Elsa (13 J.)

E: (*leise, mit einem Hauch von Schuldgefühlen in ihrer Stimme*) „Ich wollte meinen Internet-Freund nicht verlieren." „Er war der Einzige, der mich verstanden hat." „Aber jetzt … jetzt habe ich Angst, dass jede:r die Bilder sehen wird." „Was ist, wenn sie überall verbreitet werden?"

CM: (*in einem beruhigenden Ton*) „Elsa, du hast viel Mut bewiesen, indem du hierhergekommen bist. Das ist der erste Schritt zur Lösung des Problems." „Es ist wichtig, zu wissen, dass du nicht allein bist (Resilienzfaktor ist hier die Zugehörigkeit zu einer Gruppe), und dass es Hilfe gibt, um mit dieser Situation umzugehen. Was hältst du davon, darüber zu sprechen?"

E: (*zuckt mit den Schultern und schaut nach unten*)

„Ich fühle mich schuldig und schäme mich." „Ich wollte das nicht, aber ich habe auch Angst vor dem, was passiert, wenn es online gestellt wird … Was kann ich tun, um zu verhindern, dass es viral geht?"

CM: „Das ist verständlich, Elsa." „Du hast nichts falsch gemacht."

CM: „Ich habe dir versprochen, dass ich ehrlich bin. Und was die Bilder angeht, das kann man nicht wirklich aufhalten." „Aber wir können dir dabei helfen, die Unterstützung der Polizei zu bekommen, um so viel wie möglich zu machen."

E: (*beruhigt sich ein wenig und sieht CM an*) „Du bist nicht allein, Elsa." „Wir arbeiten zusammen daran, um dir zu helfen."

E: (*schaut sieht auf, nickt - seufzt*) „Aber … wie kann ich sicherstellen, dass die Bilder nicht viral gehen?" „Ich möchte nicht, dass alle in der Schule sie sehen."

CM: „Wir können mit der Polizei besprechen, was man tun kann, um die Bilder zu sichern und herauszufinden, ob sie verbreitet worden sind." „Es gibt auch rechtliche Schritte, die eingeleitet werden können, wenn jemand die Fotos ohne deine Zustimmung weitergibt." „Wir helfen dir auch, herauszufinden, wie du mit Alex reden kannst, wenn du das möchtest."

8.6 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern und traumasensibler Ansatz

Traumatische Erlebnisse sind oft mit Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden. Daher ist es wichtig, in Gesprächen mit Betroffenen Vertrauen aufzubauen und Sicherheit zu vermitteln, um nicht ähnliche Gefühle auszulösen (Verhinderung erneuter Traumatisierung). Der Prozess des Beziehungsaufbaus sollte als Grundlage dienen, viel über die Kinder und Jugendlichen zu erfahren, ohne Druck auszuüben oder Suggestivfragen zu stellen, die sich später negativ auf die Zeug:innenaussage des Kindes auswirken könnten. Traumasensible Kommunikation beinhaltet, die Betroffenen und deren Bezugspersonen über mögliche traumabedingte Störungen zu informieren und das Gespräch personalisiert, empathisch und ressourcenorientiert zu gestalten, um einen hilfreichen und respektvollen Umgang zu gewährleisten. Eine traumasensible

Interaktion sollte folgende vier Punkte beinhalten: Realisierung, Recognition (Identifizierung), Reaktion (Responding) und Vermeiden von Retraumatisierung (Resisting Re-traumatization) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014; Schellong et al., 2018):

Realisierung

Bei Kindern/Jugendlichen, die ins Barnahus kommen, besteht der Verdacht, dass sie traumatische Ereignisse erlebt haben. Daher sollten ACEs und (technologiegestützte) sexualisierte Gewalt angesprochen, aber keine Details erfragt werden. Auch sollte die betroffene Person ihre Geschichte in ihrem eigenen Tempo erzählen dürfen. Es ist wichtig, offene, nicht-suggestive Fragen zu stellen (und ein zuverlässiges Dokumentationssystem für mögliche spätere (Gerichts-)Verfahren zu haben). Im Vorfeld sollte mit der betroffenen Person geklärt werden, ob die Bezugsperson bei dem Gespräch anwesend sein soll – dies kann je nach Entwicklungsalter des Kindes, aber auch gemäß des Beziehungsstatus zur Bezugsperson differieren.

Identifizierung (Recognition)

Es sollte auf die Symptome eines Traumas geachtet werden (siehe Abschnitt 8.3.1), die sich wie folgt äußern können:

- Körperlich: z. B. Zittern, Unruhe, Schlafstörungen, Bettnässen
- Emotional: z. B. Angstzustände, Flashbacks, Dissoziation
- Kognitiv: z. B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsschwierigkeiten, fragmentierte Sprache

Reaktion (Responding)

- Schaffen Sie einen sicheren Raum: Vermeiden Sie Unterbrechungen.
- Transparenz: Erklären Sie jeden Schritt deutlich und altersgerecht.
- Respekt und Wertschätzung: Nehmen Sie die Perspektive des Kindes ernst, sein Sie empathisch.
- Unterstützung beeinflusst die Regulierung: Übungen wie Atemtechniken, Zählen, um sich zu beruhigen.
- Ressourcenorientiert: Fragen Sie nach inneren Stärken und Unterstützungsmöglichkeiten.

Vermeiden erneuter Traumatisierung (Resisting Re-traumatization)

- Holen Sie das Einverständnis ein: Keine Interaktion ohne Zustimmung.
- Achten Sie auf die Trigger in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern: Kameras und Telefone können triggern.
- Stellen Sie die Grundbedürfnisse sicher.

Nicht vergessen!

Der traumasensible Ansatz sollte:

Die primären Grundbedürfnisse nach Maslow befriedigen (Snacks, Wasser)

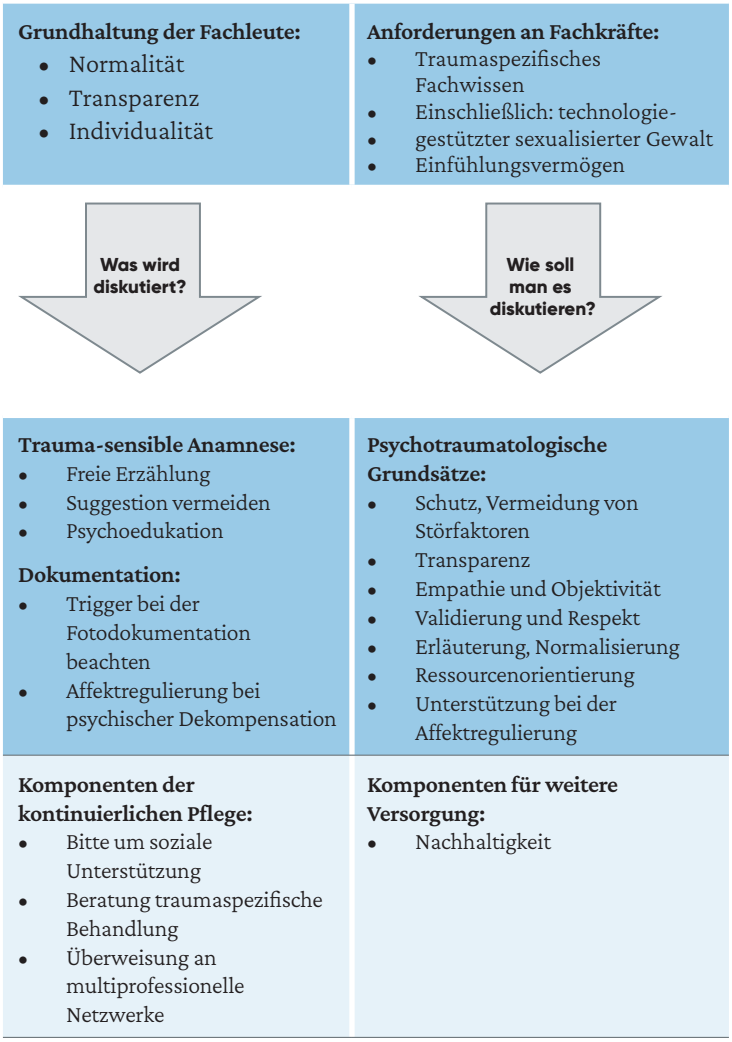
Die Erfüllung der psychologischen Grundbedürfnisse nach Grawe (Sicherheit/ Kontrolle, Bindung, Vergnügen, Selbstwirksamkeit) bei jeder Interaktion und Intervention unterstützen

Resilienzfaktoren unterstützen (Selbstoffenlegung, Validierung von Strategien, Anschluss an Selbsthilfegruppen usw.)

Wie in Abbildung 9 dargestellt, sollten alle Fachkräfte im Barnahus über traumaspezifisches Fachwissen und Kenntnisse über die weitreichenden Auswirkungen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern verfügen. Den Betroffenen sollte daher in der akuten Situation ein Gefühl der Sicherheit, Wahlmöglichkeit und Kontrolle vermittelt werden (Schellong et al., 2018). Die grundsätzliche Herangehensweise an die Kommunikation muss von Normalität, Transparenz über den weiteren Versorgungsprozess und Individualität geprägt sein. Die vorhandenen Emotionen sollten als normale Reaktionen auf ein anormales Ereignis betrachtet und an Klient:in sowie Bezugspersonen kommuniziert werden. Zu Beginn der Versorgung sollte den Betroffenen eine Schritt-für-Schritt Erklärung zugänglich gemacht werden. Dazu gehört unter anderem die Transparenz über den zeitlichen Rahmen der Untersuchung sowie angewandter Verfahren. Darüber hinaus sollte das Vertrauen in die Fertigkeit des Einzelnen, sein eigenes Schicksal zu bestimmen, und die Beachtung der individuellen Bewältigungskapazitäten betont werden (Schellong et al., 2018). Die Hauptaspekte von traumainformierten Gesprächen sind in Abbildung 9 zusammengefasst.

Abbildung 9

Aspekte traumainformierte Gespräche



Anmerkung: Angelehnt an das *„Praxisbuch Psychotraumatologie": Im Umgang mit Trauma und Traumafolgestörung*, von Schellong, J., Epple, F., & Weidner, K., 2018, (https://doi.org/10.1055/b-0038-163412).

Die Implementierung und Weiterentwicklung eines neuen Ansatzes ist Teil eines Trans-formations- und Professionalisierungsprozesses. Dabei ist es wichtig zu bedenken, dass Menschen nach einem

Gefühl der Kongruenz streben und Inkongruenz vermeiden. Ein neuer Ansatz wie der traumasensible Ansatz kann beim Einzelnen und im Team ein Gefühl der Inkongruenz hervorrufen. Dies führt manchmal zu Schwierigkeiten bei der Implementierung (Grawe, 2004).

Nicht vergessen!

Es bedarf Übung, um sich mit einem traumasensiblen Ansatz wohler und authentischer zu fühlen.

8.7 Verdacht auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt bei Kindern – Was tun?

Angesichts der hohen Prävalenz von technologiegestützter sexualisierter Gewalt bei Fällen von sexualisierter Gewalt sollte jedes Kind, das im Barnahus vorgestellt wird, auf potentielle technologiegestützte sexualisierte Gewalt Erfahrungen untersucht und mit einem traumasensiblen Ansatz behandelt werden. Dazu gehört, dass bei den verschiedenen Untersuchungen und Befragungen die Präsenz von Telefonen, Kameras und Mikrofonen vermieden wird, da diese negative Gefühle des Kindes verstärken oder Erinnerungen an die Gewalt auslösen könnten. Halten Sie sich über neue technische Entwicklungen auf dem Laufenden und fragen Sie das Kind nach regelmäßigen Online-Aktivitäten wie der Nutzung von Messenger-Diensten (z. B. WhatsApp, Signal) oder Aktivität in sozialen Medien (z. B.: Instagram, TikTok). Online-Spiele, z. B. Nintendo Switch, PlayStation, Xbox, sind möglicherweise ein nicht-konfrontativer Geprächseinstieg, um herauszufinden, ob das Kind technologiegestützter sexualisierter Gewalt beim Kontakt mit einem Gleichaltrigen, einem Familienmitglied oder einem Fremden erlebt haben könnte. Von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffene Kinder empfinden oft Scham- und Schuldgefühle im Zusammenhang mit der Nutzung von Online-Geräten. Es ist wichtig, sie darin zu bestärken, dass die Verantwortung bei den Täter:innen liegt.

Nicht vergessen!

Vermeiden Sie Schuldzuweisungen gegenüber Betroffenen.

8.8 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern und Kinder mit besonderen Bedürfnissen

Die Bekämpfung von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern erfordert besondere Aufmerksamkeit für vulnerable Gruppen, insbesondere für Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Diese Kinder sind aufgrund körperlicher,

geistiger oder emotionaler Beeinträchtigungen oft einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt, Opfer von Gewalt zu werden – sowohl offline als auch online. Während sich die in Deutschland durchgeführte nicht repräsentative Studie von Dreßing et al. (2025) nicht ausdrücklich auf diese Gruppen konzentriert, bietet sie dennoch wertvolle Einblicke in das Dunkelfeld. Für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen besteht ein erhöhtes Risiko, von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffen zu sein, vor allem, weil sie möglicherweise nicht in der Lage sind, das Geschehen zu verstehen. Außerdem verfügen sie möglicherweise nur über begrenzte Kommunikationsfähigkeiten, um ihre Sorgen und Nöte zu äußern (Álvarez-Guerrero et al., 2024). Darüber hinaus kann dieses Thema für diese Bevölkerungsgruppe eine besondere Herausforderung darstellen, da es für sie schwieriger sein kann, die Bedeutung des Einverständnisses in einer Beziehung zu verstehen. Dies unterstreicht weiter, wie wichtig es ist, die besonderen Bedürfnisse dieser Kinder in Präventions- und Versorgungsstrategien bei technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern einzubeziehen und das Vorhandensein angemessener Schutzmaßnahmen und Unterstützungssysteme sicherzustellen. Das Bewusst-sein für diese Faktoren ist von entscheidender Bedeutung, um die Risiken für diese besonders vulnerable Gruppe zu mindern und einen wirksamen Schutz im digitalen Raum zu gewähr-leisten.

8.9 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern und Diversität

Ein kultursensibler Ansatz ist unerlässlich, wenn es darum geht, auf die Bedürfnisse von Kindern mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund einzugehen – insbesondere im Kontext von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern. Kinder aus verschiedenen ethnischen, sozialen und religiösen Kontexten können Gewalt unterschiedlich wahrnehmen und darauf reagieren, was die Notwendigkeit einer kultursensiblen Anpassung der Versorgungsangebote unterstreicht. Untersuchungen zeigen, dass kulturelle Normen sowohl die Anerkennung von Gewalt als auch die Bereitschaft, Hilfe zu suchen, erheblich beeinflussen können (Alvarez-Guerrero et al., 2024). So kann in einigen Kulturen das Gespräch über sexualisierte Gewalt, insbesondere im Online-Umfeld, als Tabu angesehen werden, was einer Offenlegung und Unterstützung Steine in den Weg legen kann. Dies kann vor allem für Kinder mit begrenzten Sprachkenntnissen oder eingeschränktem kulturellem Verständnis des Konzepts der Einwilligung in Beziehungen eine Herausforderung darstellen. Es ist von entscheidender Bedeutung, Präventions- und Interventionsstrategien zu entwickeln, die kulturell angemessen sind und den spezifischen Werten und Bedürfnissen der verschiedenen Gemein-schaften Rechnung tragen. In kulturell vielfältigen Gesellschaften kann die Bereitstellung von Ressourcen in mehreren Sprachen und die Sicherstellung der Übereinstimmung des Lehrmaterials zur Online-Sicherheit mit den kulturellen Werten der verschiedenen Gemeinschaften

dazu beitragen, Verständnis- und Unterstützungsbarrieren zu überwinden. Darüber hinaus kann die kulturelle Wahrnehmung der Geschlechter die Art und Weise beeinflussen, wie technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern behandelt wird. In vielen Kulturen können Mädchen stärker stigmatisiert werden, wenn sie sexualisierte Gewalt melden, während Jungen aufgrund kultureller Erwartungen an die Männlichkeit als Opfer unterrepräsentiert sein können. Die kultursensible Versorgung muss diese geschlechtsspezifischen Dynamiken berücksichtigen und sicherstellen, dass die Unter-stützungsangebote für alle Kinder zugänglich und angemessen sind, unabhängig von ihrem Geschlecht oder ihrem kulturellen Hintergrund. Da Kinder mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund mit besonderen Hindernissen beim Zugang zu Hilfe konfrontiert sind, ist ein maßgeschneiderter Ansatz, der ihren kulturellen Kontext respektiert, entscheidend für ihr Wohlergehen und ihren Schutz (Alvarez-Guerrero et al., 2024).

8.10 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern und Kinder mit ihren Bezugspersonen

Bezugspersonen erleben oft negative Emotionen, die durch technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern ausgelöst werden. Sie haben vielleicht versucht, das Kind über die Risiken und Regeln in der digitalen Welt aufzuklären, oder waren sich nicht bewusst, dass sogar der Lernlaptop eines Kindes Sicherheitslücken hat, die für technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern genutzt werden können. Sie brauchen Psychoedukation und Validierung. Je jünger das Kind ist, desto wichtiger ist eine stabile, sichere Bezugsperson.

Nicht vergessen!

Um all diese vulnerablen Situationen meistern zu können, ist es wichtig, sichere Bezugsperson(en) zur Verfügung zu haben.

Für jüngere Kinder kann es sehr anstrengend sein, bei der Anamnese mit der Bezugsperson dabei zu sein, während ein Jugendlicher vielleicht sogar ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und Kontrolle verspürt. Gleichzeitig braucht ein Kleinkind vielleicht die Anwesenheit einer Bezugsperson, um Fragen beantworten zu können, während für einen Jugendlichen möglicherweise Autonomie wichtiger ist.

Nicht vergessen!

Konzentrieren Sie sich auf das Kind.

Ein allgemeiner Ansatz zur Partizipation des Kindes ist von essentieller Bedeutung und sollte alle Interaktionen zwischen dem Kind und dem Barnahus-Personal sowie zwischen den Fachkräften durchdringen.

8.11 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern und Kinder im Sozialsystem

Kinder sind Teil vieler Systeme, einschließlich Familie und Schule. Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern wirkt sich auf die Systeme aus und verursacht Stressgefühle – umso mehr, wenn der Täter/die Täterin Teil des Systems ist. Es ist wichtig, zu bedenken, dass ein System sowohl Stressfaktor als auch Ressource für das Kind sein kann. Die Beibehaltung einer vertrauten Tagesstruktur, einschließlich Schule, Zeit mit Freund:innen, außerschulische Aktivitäten usw., kann eine starke Ressource für das Kind sein. Beeinträchtigt technologiegestützte sexualisierte Gewalt eines der Systeme, muss es angesprochen werden und Unterstützung angeboten werden.

Fallbeispiel: Information und Kontrolle – Sanna (17 J.)

Eltern: „Müssen wir die Schule informieren?“

Sanna: „Muss ich morgen zur Schule gehen?“ „Ich will das nicht, wenn wir die Bilder nicht aus dem Internet verschwinden lassen können.“ „Alle werden sie sehen.“

CM: „Das sind zwei verschiedene Themen.“ „Was das Gespräch mit der Schule angeht, würde ich empfehlen, sich an den/die Sozialarbeiter:in der Schule zu wenden.“ „Es ist wichtig, dass sie wissen, dass technologiegestützte sexualisierte Gewalt an ihrer Schule stattfindet.“

(*Sanna nickt*)

CM: „Vielleicht können sie Informationsveranstaltungen für die Schüler:innen und die Eltern durchführen.“ „Was deine Sorgen betrifft - Sanna, du hast nichts falsch gemacht.“ „Aber die Chance ist nicht sehr groß, dass die Bilder aus dem Internet gelöscht werden können.“

CM: „Ich empfehle dir und deinen Eltern, die Polizei zu verständigen.“ „Wenn du willst, können wir sie bitten, hierher zu kommen.“ „Sie können dich bei den nächsten Schritten beraten. Manchmal ist es hilfreich, sich Notizen zu Was? Wann? Wo? zu machen.“ „Wenn du willst, können wir das zusammen machen.“ „Durch das Hochladen von sehr privaten Bildern von dir im Internet hat er deine Grenzen verletzt. Und das ist sehr unfair.“ „Der Weg zur Polizei ist eine Möglichkeit, die Kontrolle zu übernehmen. Sie können dich auch beraten, wie du die Plattformen kontaktieren und es auf der Seite melden kannst.“ „Ich verstehe, dass du dir Sorgen um die Schüler:innen machst. Aber gleichzeitig fanden es viele Jugendliche, mit denen ich gearbeitet habe, sehr hilfreich, mit ihren Klassenkamerad:innen zusammen zu sein und die Routine beizubehalten.“

Praktischer Tipp

Die Beibehaltung einer vertrauten Tagesstruktur kann für das Kind/den/die Jugendliche:n eine starke Ressource sein, einschließlich Schule, Zeit mit Freund:innen, außerschulische Aktivitäten usw.

8.12 Therapeutische Dienste in Barnahus (Standard 8)

Die oben beschriebenen allgemeinen Maßnahmen, psychosozial informierten und traumasensiblen Interaktionen gelten auch für therapeutische Verfahren. Die folgenden Abschnitte geben einen kurzen Überblick über die therapeutischen Implikationen. Weitere Informationen finden Sie im Protokoll zur Kriseninterventionund in Standard 8.

8.12.1 Psychologische Interventionen

Im Vergleich zu psychosozialen Interventionen handelt es sich bei psychologischen Interventionen um evidenzbasierte Maßnahmen mit manualisierten Behandlungsansätzen (WHO, 2024), die meist von Psychotherapeut:innen oder Berater:innen angewandt werden. Wenn die Symptome in den ersten Wochen nach dem Vorfall zunehmen, sollten für Kinder mit stressorbedingten Symptomen (z. B. Emotionalen- oder Verhaltensstörungen), akute psychotherapeutische Interventionen, wie im Kriseninterventionsprotokoll beschrieben, in Betracht gezogen werden. Diese sollten ein Skilltrainings für die sichere Bezugsperson, beinhalten (WHO, 2024).

Nicht vergessen!

Wenn die Symptome in den ersten Wochen nach dem Vorfall zunehmen, sollte eine akute psychotherapeutische Behandlung in Betracht gezogen werden.

Die Fragebögen Child Report of Post-traumatic Symptoms (CROPS) und Parental Report of Post-traumatic Symptoms (PROPS) (Greenwald & Rubin, 1999) sowie die Child Revised Impact of Event Skala CRIES (Perrin et al., 2005) können bei der Ermittlung der Stressbealastung von Klient:innen hilfreich sein. Der WHO zufolge sollte allen von Gewalterfahrungen betroffenen Menschen traumakonfrontative Psychotherapie mit EMDR oder traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (tfCBT) angeboten werden (WHO, 2024). Die Behandlung kann sichere primäre Bezugspersonen mit einbeziehen. Hinsichtlich des Debriefing in einer Einzelsitzung gibt es keine Belege für die Wirksamkeit, und einige Studien zeigten schlechtere Ergebnisse. Die zugrundeliegenden Faktoren müssen noch weiter erforscht werden, eine grundsätzliche Erwartung von psychopathologischen Reaktionen und sekundärer Traumatisierung können Teil davon sein (Rose et al., 2002).

8.12.2. Psychologische Diagnostik

Es gibt nur wenige validierte, standardisierte Diagnoseinstrumente in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern:

Das Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) beinhaltet in der englischen, deutschen, norwegischen und spanischen Version unter Punkt 9 Fragen zu technologie-gestützter sexualisierter Gewalt (Sachser et al., 2022).

Der Child Trauma Fragebogen CTQ (Bernstein et al., 1997) enthält keine Fragen zu unangemessenen digitalen Interaktionen weder in der englischen, deutschen, spanischen, italienischen, französischen, portugiesischen, schwedischen noch niederländischen Version . Eine modifizierte Version des CTQ, entwickelt von Winter (2021) an der Charité Universitätsmedizin Berlin, Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Sektion Traumafolgestörungen und Kinderschutz beinhalte einen Punkt bzgl. technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern. (CTQ-7 (11-17)).

8.12.3 Empfehlung für therapeutische Maßnahmen

Im Hinblick auf mögliche rechtliche Folgen sollte der Beginn einer Trauma-Expositionstherapie im Rahmen einer interdisziplinären Beratung im Barnahus besprochen werden. In einigen Fällen kann es für Betroffene und deren sichere Bezugspersonen hilfreich sein, sich an Opferschutz- und Unterstützungsdienste oder eine Rechtsberatung zu wenden. Dies ermöglicht es ihnen, bei weiteren strafrechtlichen Ermittlungen die Vorteile und den richtigen Zeitpunkt einer traumakonfrontativen Therapie sorgfältig gegen mögliche rechtliche Implikationen abzuwägen. Es ist wichtig, die nationalen Empfehlungen und Gesetze zu kennen. In Deutschland veröffentlichte z.B. 2024 die Experte:innengruppe „Psychotherapie und Glaubwürdigkeit“ eine Empfehlung zum Umgang bzgl. der Frage von Psychotherapie und Gerichtsverfahren (Bundesministerium der Justiz [BMJ], 2024). Sie empfiehlt, dass die Entscheidung zur Anwendung jedweder Form der Psychotherapie auf Grundlage der medizinischen Indikation getroffen werden soll (oder sollte) unabhängig von (möglichen) strafrechtlichen Ermittlungen. Eine auf Stabilisierung und Ressourcen-aktivierung ausgerichtete Psychotherapie kann und sollte bei Bedarf durchgeführt werden. Für die weitere psychotherapeutische Behandlung von Kindern ist es wichtig, über ein Netz von auf Psychotraumatologie spezialisierten Kindertherapeut:innen zu verfügen – falls vorhanden direkt im Barnahus, falls nicht: Privatpraxis, Spezialambulanzen usw.

Folgende Sofortmaßnahmen werden im Zusammenhang mit allgemeinen Maßnahmen, Interventionen und Dokumentation empfohlen:

Allgemein

- Wählen Sie einen traumasensiblen Ansatz
- Stärken Sie die Ressourcen
- Seien Sie einfühlsam, aber nicht manipulativ
- Vermeiden Sie Suggestivfragen (siehe forensisches Protokoll)
- Informieren Sie das Kind über seine digitalen Rechte: (https://childrens-rights.digital; https://www.dkhw.de). Dazu gehören Zugang zu Medien; Freiheit der Gedanken-, des Gewissens und der Religion; das Recht auf Privatsphäre, der Schutz vor Gewalt und Ausbeutung
- Bieten Sie an, den Kontakt mit der Polizei zu erleichtern und betonen Sie die Dringlichkeit deren Einschaltung:
- Dokumentation des Materials
- Dokumentation des Kontakts
- Weitere Ermittlungsmaßnahmen
- Falls erforderlich, weitere Gefahrenabwehr

Interventionen

- Kein psychologisches Debriefing (Rose et al., 2002)
- Krisenintervention sollte wie im Kriseninterventionsprotokoll beschrieben und geschult angeboten werden
- Eine akute traumakonfrontative Therapie (z.B. tfCBT, EMDR) sollte bei Kindern mit ausgeprägter schwerer Symptomatik in den ersten Wochen – nach interdisziplinärer Beratung und objektiver Information der sicheren Bezugspersonen unter Berücksichtigung rechtlicher Implikationen – in Betracht gezogen werden.
- Eine traumakonfrontative Therapie mit z.B. tfKBT, EMDR, KID-NET sollte bei Kindern mit stressorbedingten Symptomen, z. B. PTBS, in Betracht gezogen werden.

Dokumentation

- Wenn möglich, nehmen Sie die Sitzungen auf. Seien Sie sich dabei jedoch bewusst, dass eine Kamera ein potentieller Trigger bei Erfahrungen mit (technologiegestützter) sexualisierte Gewalt sein kann.
- Dokumentieren Sie z. B. Gespräche im Zusammenhang mit (technologiegestützter) sexualisierter Gewalt so genau wie möglich: Der Klient erwähnt, dass „… Fotos von mir gemacht hat …“.
- Dokumentieren Sie, wenn Gespräche über (technologiegestützte) sexualisierte Gewalterfahrungen abgebrochen wurden.
- Dokumentieren Sie den emotionalen Zustand.
- Dokumentieren Sie die Interaktion mit den Bezugspersonen – machen Sie sich bewusst, dass einige Kinder versuchen, die Kontrolle zu behalten, indem sie in der Nähe von Täter:in bleiben / weiterhin (digital) mit der:m Täter:in kommunizieren.

- Eine forensische Befragung, sollte wie im Protokoll für forensische Untersuchungen beschrieben, durchgeführt werden. Falls die Polizei nicht eingeschaltet wird, sollte eine explorative Befragung nach dem (R-)NICHD-Protokoll in Betracht gezogen werden. PROMISE Elpis hat ein Protokoll zur forensischen Befragung in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt entwickelt, das über das Netzwerk abgerufen werden kann.

Fallbeispiel: Überweisung zur Beratung – Sanna (17 J.)

CM: „Was deine Sorgen angeht – worüber machst du dir Gedanken?“

S: „Dass einige der Schüler:innen – oder noch schlimmer. die Lehrer:innen – es gesehen haben.“ (*mit weit aufgerissenen Augen, dann legt sie ihr Gesicht in ihre Hände*)

CM: „Ich kann mir vorstellen, dass du dich dadurch verletzlich und beschämt fühlst.“ (Validierung)

S: „Mmhh.“

CM: „Und das ist ungerecht.“

S: „Mmhh.“ "Ich hasse ihn.“

CM: „Ich frage mich, ob du bereit wärst, mit unserer Psychologin zu sprechen.“ „Ich bin sicher, dass sie dir eine Hilfe sein kann?“ „Soll ich einen Termin für dich machen?“

S: „Mmhh.“

CM: (*schaut in den Kalender*) – „Gut, sie hat morgen einen freien Termin.“

Nicht vergessen!

Die dokumentierte Einschätzung ist in einigen Fällen das einzig dokumentierte Zeugnis und sollte daher auf dem höchstmöglichen Niveau sein.

9 Schlussfolgerung

Wir hoffen, dass das Protokoll dazu beiträgt, die Versorgungslücke für von technologie-gestützter sexualisierter Gewalt betroffene Kinder zu verringern, und Fachkräften eine interdisziplinäre Anleitung für einen bestmöglichen traumasensiblen und kindzentrierten Ansatz bereitzustellen. Vor allem Fachkräfte, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, müssen über technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern und die damit verbundenen Risiken Bescheid wissen. Angesichts der hohen Prävalenz von sexualisierten Gewaltfällen mit und ohne Körperkontakt bei Kindern, die im Barnahus vorgestellt werden, sollte ein psychosozialer und traumasensibler Ansatz jeder Interaktion als interdisziplinäres Prinzip zugrunde liegen, um eine positive und nachhaltige Entwicklung zu fördern. Ebenso sollte das Angebot und die gewissenhafte Indikation für eine medizinische Untersuchung obligatorisch sein (Protokoll zur medizinischen Versorgung). Fundierte Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf die Besonderheiten und die Dynamik von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern sind ein wesentlicher Bestandteil der Professionalisierung aller beteiligten psychosozialen und medizinischen Mitarbeiter:innen. Das betroffene Kind muss im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen – dieses umfasst die Sicherheit des Kindes, das Wohlergehen des Kindes, die Stimme des Kindes. Darüber hinaus ist eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung von sicheren Bezugspersonen und Fachkräften von entscheidender Bedeutung für eine frühzeitige Erkennung und angemessene Reaktion auf die Anzeichen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern. Die Schaffung eines umfassenden Hilfssystems für das Kind erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Rechtssystem.

Letztlich geht es nicht nur um aktives Eingreifen, sondern um die Schaffung eines Umfeldes, in dem sich Kinder gehört, unterstützt und gestärkt fühlen, damit sie gesund bleiben und sich zu resilienten Persönlichkeiten entwickeln können. Kontinuierliche Forschung, Sensibilisierung und Lobbyarbeit, bei stetigem Streben nach primärpräventiven Lösungen, sind unerlässlich, um die langfristige Sicherheit und psychische Gesundheit der von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffenen Kinder zu gewährleisten.

10 Referenzen

Ali, S., Abou Haykal, H., & Youssef, E. Y. M. (2023). Child sexual abuse and the internet—A systematic review. *Arena of Technologies, 6*, 404–421. https://doi.org/10.1007/s41562-019-0791-3

Álvarez-Guerrero, G., Fry, D., Lu, M., & Gaitis, K. K. (2024). Online child sexual exploitation and abuse of children and adolescents with disabilities: A systematic review. *Disabilities, 4*(2), 264–276. https://doi.org/10.3390/disabilities4020017

Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Acarturk, C., Eaton, J., Gastaldon, C., Gureje, O., Hanlon, C., Jordans, M., Lund, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Papola, D., Tedeschi, F., Tol, W., Turrini, G., Patel, V., & Thornicroft, G. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *The lancet. Psychiatry, 7*(2), 162-172. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30511-5

Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(3), 340-348. https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012

Blesken, M., Franke, I., Freiberg, J., Kraft, M., Kurylowicz, L., Rohde, M., Schwier, F. (2019). *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)* [AWMF S3+ Guideline on Child Abuse, Sexual Abuse, and Neglect, Including the Involvement of Youth Welfare Services and Educational Professionals (Child Protection Guideline)]. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069

Bracket Foundation, UNICRI Centre for AI & Robotics, Péron, C., Maddox, L. & Apple, L. (2024). *Generative AI: a new threat for online child sexual exploitation and abuse.* https://unicri.org/sites/default/files/2024-09/Generative-AI-New-Threat-Online-Child-Abuse.pdf

Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B. & Giles, W. H. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal Of Preventive Medicine, 37*(5), 389–396. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021

Bryce, J. & Fraser, J. (2014). The role of disclosure of personal information in the evaluation of risk and trust in young peoples' online interactions. *Computers in Human Behavior, 30*, 299–306. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.09.012

Bundeskriminalamt. (2023, October 30). *Bundeslagebild Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht* [Federal Criminal Police Office report on sexual offenses against children and adolescents]. https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2023/Presse2023/231030_PM_SexualdeliktezNvKindernuJugendlichen.html

Bundeskriminalamt. (2024, July 8). *Sexueller Missbrauch von Kindern: Fallzahlen im Jahr 2023 um 5,5 Prozent gestiegen* [Sexual abuse of children: Case numbers increased by 5.5%in2023]. https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2024/Presse2024/240708_PM_PK_SexualdeliktezNvKinderuJugendlichen.html

Bundesministerium der Justiz (2024). *Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren* [Practical Guidelines on the Relationship Between Psychotherapy and Criminal Proceedings]. https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/Praxishinweise_Psychotherapie.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2022). A preventive intervention to reduce risk of online grooming among adolescents. *Psychosocial Intervention, 31*(3), 177–184. https://doi.org/10.5093/pi2022a14

Centers for Disease Control and Prevention (April 6, 2021). *About the CDC-Kaiser ACEStudy*. US Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html

Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(1), 22. https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-22

Department of Children, Equality, Disability, Inclusion and Youth (2021). *The NationalFramework for Children and Young People's Participation in Decision Making.* https://hubnanog.ie/participation-framework/

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKiM) (2023). *DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen*, Version 2.0. https://dgkim.de/wp-content/uploads/2023/07/2023_05_04_leitfaden-medizinischer-kinderschutz-2-0.pdf

Dimitropoulos, G., Lindenbach, D., Devoe, D. J., Gunn, E., Cullen, O., Bhattarai, A., Kuntz, J., Binford, W., Patten, S. B. & Arnold, P. D. (2021). Experiences of Canadian mental health providers in identifying and responding to online and in-person sexual abuse and exploitation of their child and adolescent clients. *Child Abuse & Neglect, 124*, 105448. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105448

Dreßing, H., Hoell, A., Scharmann, L., Simon, A. M., Haag, A. C., Dölling, D., Meyer-Lindenberg, A., & Fegert, J. M. (2025). Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Eine bundesweite, auf Repräsentativität ausgelegte Befragung zu Prävalenz, situativem Kontext und den Folgen [Sexualized Violence Against Childrenand Adolescents: A Nationwide, Representative Survey on Prevalence, SituationalContext, and Consequences]. *Deutsches Ärzteblatt, 122*(11), 289–291. https://api.aerzteblatt.de/pdf/122/11/m285.pdf

Dua, T., Barbui, C., Clark, N., Fleischmann, A., Poznyak, V., Van Ommeren, M., Yasamy, M. T., Ayuso-Mateos, J. L., Birbeck, G. L., Drummond, C., Freeman, M., Giannakopoulos, P., Levav, I., Obot, I. S., Omigbodun, O., Patel, V., Phillips, M., Prince, M., Rahimi-Movaghar, A., . . . Saxena, S. (2011). Evidence-Based Guidelines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Summary of WHO Recommendations. *PLoS Medicine, 8*(11), e1001122. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001122

Durch, J. S., Bailey, L. A. & Stoto, M. A. (1997). Improving Health in the Community. In *National Academies Press eBooks.* https://doi.org/10.17226/5298

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8

Finkelhor, D., Turner, H., & Colburn, D. (2024). The prevalence of child sexual abuse with online sexual abuse added. *Child Abuse & Neglect, 149*, 106634. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106634

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie.*

German National Council against Sexual Violence against Children and Youths (2022). *Instrument for Risk Assessment of Sexualized Violence in the Digital Environment.*https://ecpat.de/wp-content/uploads/2023/08/Instrument_Riskassessment-EN.pdf

Ghadiri, A., Habermacher, A. & Peters, T. (2012). Four Basic Human Needs at the Heart of Neuroscience. *In Management for professionals* (S. 69–83). https://doi.org/10.1007/978-3-642-30165-0_4

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe. https://www.hogrefe.com/de/shop/neuropsychotherapie-65496.html

Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice, 9*(1), 61–75. https://doi.org/10.1177/104973159900900105

Greijer, S., Doek, J. & Interagency Working Group. (2016). *Terminology Guidelines for the Protection of Children from Sexual Exploitation and Sexual Abuse [Guidelines].* ECPAT International. https://ecpat.org/wp-content/uploads/2021/05/Terminology-guidelines_ENG.pdf

Greijer, S., Doek, J. & Interagency Working Group. (2025). *Terminology Guidelines for the Protection of Children from Sexual Exploitation and Sexual Abuse - Second Edition [Guidelines].* ECPAT International. https://ecpat.org/wp-content/uploads/2025/04/Second-Edition-Terminology-Guidelines-final.pdf

Haldorsson, O. L. (2018). *Barnahus Quality Standards: Guidance for Multidisciplinary and Interagency Response to Child Victims and Witnesses of Violence.* Better Care Network. https://bettercarenetwork.org/library/particular-threats-to-childrens-care-and-protection/child-abuse-and-neglect/barnahus-quality-standards-guidance-for-multidisciplinary-and-interagency-response-to-child-victims

Huikuri, S. (2023). Users of online child sexual abuse material. *Journal of Police and Criminal Psychology, 38*(2), 904–913. https://doi.org/10.1007/s11896-023-09611-4

Internet Watch Foundation. (2023). *IWF annual report 2022*. https://annualreport2022.iwf.org.uk/wp-content/uploads/2023/04/IWF-Annual-Report-2022_FINAL.pdf

Joleby, M. & Lunde, C. & Jonsson, L. & Landström, S. & Svedin, C. (2017). *Online Child Sexual Abuse – Causes and Consequences.*

Joleby, M., Lunde, C., Landström, S. & Jonsson, L. S. (2020b). "All of Me Is Completely Different": Experiences and Consequences Among Victims of Technology-Assisted Child Sexual Abuse. *Frontiers in Psychology, 11*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606218

Jonsson, L., & Svedin, C. G. (2017). *Barn utsatta för sexuella övergrepp på nätet* [Children exposed to sexual abuse online]. Linköping University Electronic Press.

Kardefelt-Winther, D., & Maternowska, C. (2020). Addressing violence against children online and offline. *Nature Human Behaviour, 4*(3), 227-230. https://doi.org/10.1038/s41562-019-0791-3

Lanzarote Convention (2007). *Explanatory Report to the Council of Europe Convention on the Protection of Children Against Sexual Exploitation and Sexual Abuse*. Council of Europe Treaty Series - No. 201.

Livingstone, S., & Stoilova, M. (2021). *The 4Cs: Classifying Online Risk to Children.* (CO:RE Short Report Series on Key Topics). Hamburg: Leibniz-Institut für Medienforschung | Hans-Bredow-Institut (HBI); CO:RE - Children Online: Research and Evidence. https://doi.org/10.21241/ssoar.71817

Lundy, L. (2007). 'Voice' is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *British Educational Research Journal, 33*(6), 927–942. https://doi.org/10.1080/01411920701657033

Maslow, A.H. (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review, 50*, 370-396. http://dx.doi.org/10.1037/h0054346

McTavish, J. R., Santesso, N., Amin, A., Reijnders, M., Ali, M. U., Fitzpatrick-Lewis, D. & MacMillan, H. L. (2019). Psychosocial interventions for responding to child sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse & Neglect, 116*, 104203. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104203

Menhart, R., Stellermann-Strehlow, K., Helling-Bakki, A., Horvay, R., Dippel, N., & Winter, S. M. (2025). A systematic review and meta-analysis of medical and psychosocial care procedures for children and adolescents after (online) sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 166*, 107540. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107540

Moldova H.M. Ministry of Health of the Republic of Moldova (2021). *The management clinic of rape cases–standardized clinical protocol*. Ministry of Health of the Republic of Moldova.

National Center for Missing & Exploited Children (2023). *CyberTipline Report 2023*. National Center For Missing & Exploited Children. https://www.missingkids.org/content/dam/missingkids/pdfs/2023-CyberTipline-Report.pdf

National Children's Alliance (2023). *National Optional Standards of Accreditation for children's advocacy centers* (2023 Edition). National Children's Alliance. https://www.nationalchildrensalliance.org/wp-content/uploads/2022/03/2023-Optional-Standards-Book.pdf

Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen. (2022). *Instrument zur Risikobewertung sexualisierter Gewalt im digitalen Umfeld* [Instrument for Risk Assessment of Sexualized Violence in Digital Environments]. https://ecpat.de/wp-content/uploads/2023/08/Instrument_Risikobewertung-DE.pdf

Ólafsson, K., Livingstone, S., & Haddon, L. (2014). *Children's use of online technologies in Europe: A review of the European evidence base (revised edition).* University of Oslo.

Otterman, G., Nurmatov, U. B., Akhlaq, A., Korhonen, L., Kemp, A. M., Naughton, A., Chalumeau, M., Jud, A., Sandholm, M. J. V., Mora-Theuer, E., Moultrie, S., Lamela, D., Tagiyeva-Milne, N., Nelson, J. & Greenbaum, J. (2024). Clinical care of childhood sexual abuse: a systematic review and critical appraisal of guidelines from European countries. *The Lancet Regional Health - Europe, 39,* 100868. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100868

Patterson, A., Ryckman, L., & Guerra, C. (2022). A systematic review of the education and awareness interventions to prevent online child sexual abuse. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 15*(4), 857–867. https://doi.org/10.1007/s40653-022-00440-x

Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The children's revised impact of event scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*(4), 487–498. https://doi.org/10.1017/S1352465805002419

Quayle, E., Cooper, K. (2015). The role of child sexual abuse images in coercive and non-coercive relationships with adolescents: A thematic review of the literature. *Child & Youth Services, 36*, 312-328.

Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Library.* https://doi.org/10.1002/14651858.cd000560

Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P. L., & Jensen, T. K. (2022). The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – Validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(2), 2105580. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach *(HHS Publication No. SMA 14-4884). U.S. Department of Health and Human Services.* https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf

Schellong, J., Epple, F., & Weidner, K. (2018). *Praxisbuch Psychotraumatologie: Im Umgang mit Trauma und Traumafolgestörung* [Handbook of Psychotraumatology: Dealing with Trauma and Trauma-RelatedDisorders]. Thieme. https://doi.org/10.1055/b-0038-163412

Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. (2010). TraumaEntwicklungsstörung: Pro und Contra [Developmental Trauma Disorder: Pros and Cons]. *Kindheit und Entwicklung, 19*(1), 47–63. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000008

Unabhängige Beauftragte für Fragen des Sexuellen Kindesmissbrauchs (2025). *Zahlen und Fakten: Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche*. [Facts and figures: Sexual violence against children and young people]. Unabhängige Beauftragte für Fragen des Sexuellen Kindesmissbrauchs https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Sexuelle_Gewalt_gg._Kinder_und_Jugendliche_Stand_April_2025.pdf

United Nations International Children's Emergency Fund (1989). *Convention on the Rights of the Child.*

United Nations General Assembly. (2024). *Countering the use of information andcommunications technologies for criminal purposes. Report of the third committee.* United Nations Convention against Cybercrime. Article 14-2. https://docs.un.org/en/A/79/460

Vinje, H. F., Langeland, E. & Bull, T. (2022). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979–1994. In *Springer eBooks* (S. 29–45). https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_5

Whittle, H., Hamilton-Giachritsis, C., Beech, A. & Collings, G. (2012). A review of online grooming: Characteristics and concerns. *Aggression And Violent Behavior, 18*(1), 62–70. https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.09.003

Wilson, G. A. & Wilson, O. J. (2018). Assessing the resilience of human systems: a critical evaluation of universal and contextual resilience variables. *Resilience, 7*(2), 126–148. https://doi.org/10.1080/21693293.2018.1539205

Winter, S. M. (2021). *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Kinderversion 11–17).* Forschungssektion für Traumafolgen und Kinderschutz, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, CampusVirchow, Charité – Universitätsmedizin Berlin. Unpublished manuscript.

World Health Organization. (1948). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf

World Health Organization. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. https://iris.who.int/handle/10665/65900

World Health Organization. (2006a). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva.

World Health Organization. (2008). *mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders* (T.Satyanand, Hrsg.). World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines* [Clinical guidelines]. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf

World Health Organization. (2019) *Technical report: WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment*. World Health Organization.

World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents.* World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf

World Health Organization. (2024). *Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services* (M. Van Ommeren, D. Kestel, E. Van 'T Hof & S. Lewi, Hrsg.). World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376208/9789240087149eng.pdf

Disclaimer

PROMISE Elpis verpflichtet sich zur Einhaltung der höchsten Standards im Bereich des Kinderschutzes und einer ethisch verantwortungsvollen Kommunikation. Die Luxemburg Leitlinien (2016) fördern den Einsatz einheitlicher, präziser und sensibler Sprache – insbesondere im Kontext des Kinderschutzes. Die Vermeidung von Verwirrung, Stigmatisierung und negativer Auswirkungen sowie die Vorbeugung einer weiteren Viktimisierung und von möglichen Missverständnissen stehen dabei im Fokus. Die Leitlinien sollen umfassend Anwendung finden – etwa bei der Erstellung von Richtlinien, juristischen Dokumenten, Berichten und in der öffentlichen Kommunikation.

Zur bestmöglichen Umsetzung dieser Ziele orientiert sich unsere Arbeit an den Luxemburg Leitlinien sowie deren während der Projektlaufzeit stattgefundenen Aktualisierungen. Darüber hinaus entwickeln wir interne Sprachstandards, die mit diesen Prinzipien übereinstimmen und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Terminologie Rechnung tragen. Beim Zitieren externer Quellen bleibt die Originalsprache erhalten, um Aussageabsicht und Kontext zu bewahren und die inhaltliche Genauigkeit und Authentizität der Zitate sicherzustellen.

PROMISE ELPIS

Umsetzung der Barnahus-Qualitätsstandards in ganz Europa

PROMISE unterstützt europäische Länder dabei, das Barnahus-Modells als bewährte Praxis einzuführen und umzusetzen. Ziel ist es, Kinder die Opfer oder Zeug:innen von Gewalt wurden, einen raschen Zugang zu Justiz und umfassender Betreuung zu ermöglichen. Dahinter steht die Vision von PROMISE: ein Europa, in dem das Recht jedes Kind auf Schutz vor Gewalt uneingeschränkt gesichert ist.

Das Barnahus-Modell basiert auf einer interdisziplinären und behördenübergreifenden Zusammenarbeit. Es stellt sicher, dass betroffene Kinder, kindgerechte, professionelle und wirksame Unterstützung in einer geschützten Umgebung erhalten, die vor einer (Re-)Traumatisierung bewahrt. Mit der offiziellen Unterstützung nationaler Behörden schafft PROMISE konkrete Möglichkeiten, nationale Verpflichtungen in praktische Maßnahmen umzusetzen und zugleich zur internationalen Weiterentwicklung des Modells beizutragen. Regelmäßige Vernetzungsaktivitäten sowie strategische Kommunikationsarbeit stärken dabei kontinuierlich das wachsende Netzwerk von Fachkräften und interessierte Parteien, die sich für die Etablierung und Ausweitung von Barnahus-Diensten auf nationaler Ebene einsetzen.

Das erste PROMISE-Projekt (2015-2017) definierte europaweit gültige Standards und initiierte ein breit aufgestelltes Netzwerk von Fachkräften. Das zweite PROMISE-Projekt (2017-2019) förderte die Fortschritte auf nationaler Ebene bei der Erfüllung der Standards und formalisierte das PROMISE-Barnahus-Netzwerk. Das dritte Projekt (2020-2022) ergänzte diese Aktivitäten um akademische Ausbildungsangebote und Fallmanagement-Tools mit dem Ziel, ein europäisches Kompetenzzentrum für Barnahus zu schaffen und die Grundlagen für ein Akkreditierungssystem zu legen. Das aktuelle Projekt, PROMISE Elpis (2023–2025), koordiniert von der Charité Universitätsmedizin Berlin, stärkt multidisziplinäre und behördenübergreifende Modelle zur Unterstützung von Kindern, die Opfer oder Zeugen sexualisierter Gewalt geworden sind. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf spezialisierten Interventionen sowie herausragenden Praxisbeispielen, insbesondere bei Fällen mit technologiegestütztem Tatkontext.

Weitere Informationen sowie Zugang zu den PROMISE-Tools finden Sie unter: www.barnahus.eu

Co-funded by the European Union

Diese Veröffentlichung wurde mit finanzieller Unterstützung durch die ISF-Projektförderung der Europäischen Union erstellt. Der Inhalt dieser Veröffentlichung liegt in der alleinigen Verantwortung der Projektpartner und reflektiert keinesfalls die Meinung der Europäischen Kommission.

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN · AvBIT LABS · COUNCIL OF THE BALTIC SEA STATES · CHILD CIRCLE · CHILDREN FIRST Protecting Scotland's Children · HEUNI The European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations · NCAC NATIONAL CHILDREN'S ADVOCACY CENTER · UNIVERSITÄTS KLINIKUM HEIDELBERG