

Vom Pflaster bis zur Herz-OP – ein Einblick in die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die Opfer von (technologiegestützter) sexualisierter Gewalt geworden sind

Kerstin Stellermann-Strehlow und Sibylle M. Winter

Summary

From Plasters to Heart Surgery – An Insight into the Psychosocial Care of Children and Young People Who Have Been Victims of (Technology-Assisted) Sexualised Violence

Sexual abuse in childhood – particularly in its technology-assisted form – constitutes a profound psychosocial burden with far-reaching individual and systemic consequences. Affected children and youth often exhibit somatic, emotional, cognitive, and social symptoms of varying intensity. Child protection, psychosocial stabilization, and trauma-specific therapy must be understood as graduated, interlinked components. Trauma-focused interventions such as Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and KID-NET (child adapted version of Narrative Exposure Therapy) are evidence-based methods that require high professional competence and standardized training. Child Abuse Evaluation Clinics, Barnahus Model (known in Germany primarily as Childhood House) and Trauma Outpatient Clinics represent complementary structures: the former integrate interdisciplinary child protection and judicial processes, while the latter provide low threshold psychotraumatological first aid. Core elements of trauma-informed care include attention to psychological basic needs, prevention of re-traumatization, and trauma-sensitive communication and documentation. Professional knowledge about digital forms of violence and legal frameworks is essential to provide adequate support and protection. For psychotherapists, engaging with trauma-focused exposure-based psychotherapy methods should be regarded as a central component of the therapeutic competence profile.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 74/2025, 685-717

Keywords

child sexual abuse – technology-assisted abuse – trauma-informed care – child protection – trauma-focused therapy

Zusammenfassung

Sexualisierte Gewalt in der Kindheit – insbesondere in ihrer technologiegestützten Form – stellt eine tiefgreifende psychosoziale Belastung mit weitreichenden individuellen und systemischen Folgen dar. Betroffene Kinder und Jugendliche zeigen häufig somatische, emotionale, kognitive und soziale Symptome mit hoher Varianz. Kinderschutz, psychosoziale Stabilisierung und traumaspezifische Therapie müssen dabei als abgestufte, aufeinander aufbauende Elemente verstanden werden. Traumafokussierte Verfahren wie die traumafokussierte kogni-

tive Verhaltenstherapie (TF-KVT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) sowie KID-NET (kindgerechte Variante der Narrative Exposition Therapie) gelten als evidenzbasierte Methoden, deren Anwendung hohe fachliche Kompetenz und qualitäts-sichernde Ausbildung erfordert. Kinderschutzzambulanzen, Childhood-Häuser und Traumaambulanzen stellen komplementäre Strukturen dar: Erstere integrieren die interdisziplinäre klinische und forensische Diagnostik mit kindgerechter Justiz, letztere sichern die niedrigschwellige psychotraumatologische Erstversorgung. Zentrale Bausteine einer traumasensiblen Versorgung sind die Berücksichtigung der psychologischen Grundbedürfnisse, die Vermeidung von Retraumatisierung sowie eine traumasensible Gesprächsführung und Dokumentation. Fachwissen über digitale Gewaltformen und rechtliche Rahmenbedingungen ist essenziell, um professionell zu begleiten und wirksam zu schützen. Für Psychotherapeut:innen sollte die Auseinandersetzung mit traumafrontativen Psychotherapiemethoden als zentraler Bestandteil des therapeutischen Kompetenzprofils betrachtet werden.

Schlagwörter

sexualisierte Gewalt – technologiegestützte Gewalt – traumasensible Versorgung – Kinderschutz – traumafokussierte Therapie

1 Einleitung

Sexualisierte Gewalt an Kindern zählt zu den schwerwiegendsten Formen psychischer Traumatisierung im Kindesalter. Sie geht häufig mit langfristigen psychischen, somatischen und sozialen Folgen einher. Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass etwa 20 % der Mädchen und 5–10 % der Jungen in Deutschland im Laufe ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erleben (Fegert, Wenzl, Schneider, Kölch, 2013; UNICEF, 2024). Zu den häufig dokumentierten psychischen Folgen zählen Angststörungen, Bindungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sowie komplexe Traumafolgestörungen (Mangelsdorf u. Alisic, 2025). Eine entwicklungsangemessene, traumainformierte und interdisziplinäre Versorgung ist essenziell, um die Verarbeitung des Erlebten zu unterstützen, chronische Verläufe zu vermeiden und resiliente Prozesse zu fördern (Fegert, Kölch, Schmeck, Schmid, 2019; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2023).

In psychologischer Perspektive beschreibt ein Trauma eine seelische Verletzung, die – abhängig von ihrer Schwere, dem Zeitpunkt des Erlebens und individuellen Vulnerabilitätsfaktoren – differenzierte Unterstützungsmaßnahmen erfordert, um eine möglichst resiliente Verarbeitung zu ermöglichen. Die psychosoziale und psychotherapeutische Begleitung lässt sich dabei – in Anlehnung an die somatische Wundversorgung – in verschiedene Interventionsniveaus unterteilen: von der niedrigschwelligen psychosozialen Unterstützung (vergleichbar mit dem Aufkleben eines „Pflasters“) bis zur spezialisierten traumafokussierten Psychotherapie, die einem

hochkomplexen medizinischen Eingriff (z. B. Herzoperation) entspricht (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, Lewis, 2013; National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2018).

Letztere setzt fundiertes Fachwissen, spezifische Qualifikationen sowie eine strukturierte Einbettung in interdisziplinäre Kinderschutz- und Versorgungssysteme voraus. In ländlichen Regionen kann ein effektives interdisziplinäres Kinderschutz- und Versorgungssystem im Sinne eines Hub-and-Spoke-Modells (O'Kelly, 1986) organisiert werden, bei dem überregionale interdisziplinäre Fachzentren (Hubs) z. B. Kinderschutzzambulanzen, Childhood-Häuser, Uniklinken, die spezialisierte Diagnostik, Therapie und Supervision gewährleisten, während lokale Anlaufstellen (Spokes) z. B. Hausärzt:innen, Jugendamt, Beratungsstellen – unterstützt durch mobile Einsatzteams und telemedizinische Vernetzung – die niedrigschwellige Erkennung, Akutintervention und kontinuierliche Nachsorge sicherstellen; im Unterschied zu städtischen Strukturen, in denen spezialisierte Dienste häufig in unmittelbarer räumlicher Nähe verfügbar sind, erfordert die Versorgung im ländlichen Raum eine stärkere Zentralisierung der Expertise, klare Überweisungswege und flexible, ortsunabhängige Kooperationsformen (Promise Barnahus Network, 2017).

Im Folgenden werden die psychischen Folgen sexualisierter und technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern sowie die psychosozialen, traumainformierten und traumaspezifischen interdisziplinären Interventionen und relevanten Kinderschutzstrukturen dargestellt.

2 (Technologiegestützte) Sexualisierte Gewalt und ihre potenziellen Folgen

Die psychischen, somatischen und sozialen Folgen sexualisierter Gewalt im Kindesalter wurden umfassend im Rahmen der Adverse Childhood Experiences (ACE) Study von Felitti et al. (1998) systematisch beschrieben (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, Marks, 1998). Diese Ergebnisse konnten für die Bundesrepublik Deutschland durch Witt et al. (2019) mit vergleichbarer Prävalenz und Auswirkung repliziert werden (Witt, Sachser, Plener, Brähler, Fegert, 2019).

Die in Abbildung 1 (folgende Seite) dargestellte Pyramide verdeutlicht den kumulativen Mechanismus, durch den negative Kindheitserfahrungen (*Adverse Childhood Experiences, ACEs*) die psychische und physische Gesundheit sowie das soziale Wohlergehen über die gesamte Lebensspanne hinweg beeinflussen. Beginnend mit ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen und fortschreitend über neurobiologische Entwicklungsstörungen sowie die Aneignung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen können sich belastende frühe Erfahrungen bis hin zu chronischen Erkrankungen, sozialen Problemen und vorzeitigem Tod auswirken.

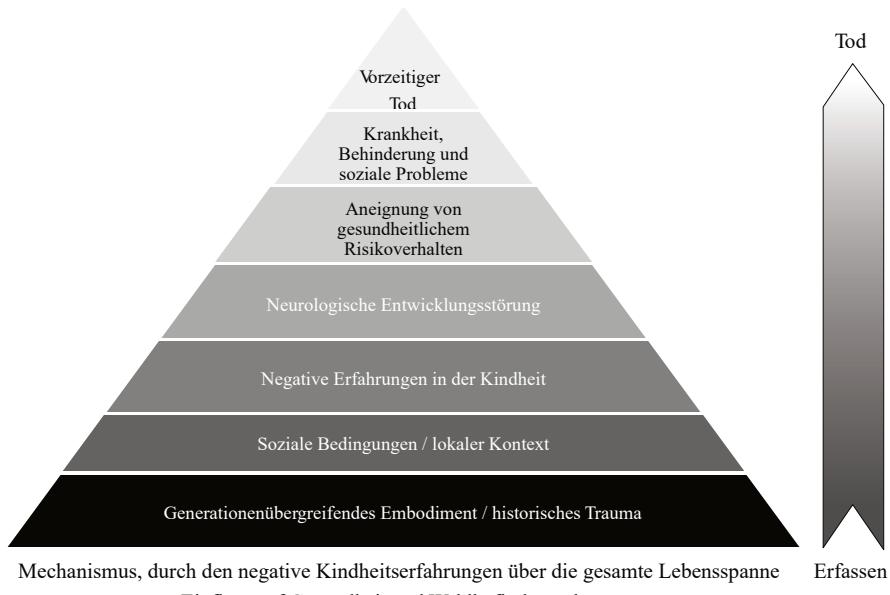


Abbildung 1: ACE-Pyramide (Angelehnt an CDC, 2021)

Unter den aversiven Kindheitserfahrungen gilt sexualisierte Gewalt als eines der potenziell folgenreichsten Risikofaktoren, da sie besonders stark mit der Entwicklung psychischer Störungen wie PTBS, Depression und Substanzmissbrauch sowie langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden ist (Felitti, 1998; Hughes, Bellis, Hardcastle, Sethi, Butchart, Mikton, Jones, Dunne, 2017; Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, Vo, 2012). Die besonders hohe Vulnerabilität für pathologische Entwicklungsverläufe ergibt sich daraus, dass sexualisierte Gewalt häufig nicht isoliert auftritt, sondern in einen Kontext multipler Belastungsfaktoren – wie emotionale oder körperliche Gewalt, Vernachlässigung oder familiäre Dysfunktion – eingebettet ist.

Im Kontext technologiegestützter sexualisierter Gewalt konnte Finkelhor in einer US-amerikanischen Studie eine Prävalenzrate von 15,6% bei Jugendlichen feststellen. Dabei wurden etwa 38 % der Übergriffe durch Personen ohne vorherige persönliche oder familiäre Beziehung zum betroffenen Kind bzw. Jugendlichen begangen (Finkelhor et al., 2022). Technologiegestützte sexualisierte Gewalt kann zu noch schwerwiegenderen Symptomen führen als bei Formen sexualisierter Gewalt ohne digitalen Bezug (Joleby, Lunde, Jonsson, Landström, Svedin, 2017; Joleby, Lunde, Landström, Jonsson, 2020). Für die Bundesrepublik Deutschland weist Chauviré-

Geib auf eine deutlich höhere Prävalenz von rund 30 % hin (Chauviré-Geib, Gerke, Haag, Sachser, Rassenhofer, Fegert, 2025).

Eine frühzeitige Erkennung auch von technologiegestützter sexualisierter Gewalt, die Etablierung sicherer Beziehungen und gezielte interdisziplinärer Interventionen ermöglichen es, die Progression entlang dieser Risikokaskade zu unterbrechen. Dies wirkt nicht nur symptomreduzierend, sondern entfaltet auch präventive Effekte, indem die Entstehung sekundärer Störungen, gesundheitlicher Risikoverhaltensweisen und langfristiger sozialer Beeinträchtigungen verhindert oder abgeschwächt wird. Eine systematisch implementierte, interdisziplinär verankerte traumasensible Versorgung leistet somit einen entscheidenden Beitrag sowohl zur individuellen Stabilisierung als auch zur bevölkerungsbezogenen Gesundheitsprävention.

2.1 Vom Bedürfnis zur Stressreaktion zum guten Grund

Während *aversive Kindheitserfahrungen (ACEs)* ein breites Spektrum ungünstiger Bedingungen und Belastungen umfassen, beschreibt *Trauma* ein Ereignis oder eine Serie von Ereignissen, die mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß einhergehen und subjektiv mit intensiver Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen erlebt werden. ACEs erhöhen damit das Risiko, traumatische Erfahrungen zu machen, stellen aber nicht in jedem Fall ein Trauma im engeren Sinne dar. Ein psychisches Trauma wird gemäß der ICD-11 (World Health Organisation, 2022) als ein extrem bedrohliches oder schreckliches Ereignis – oder eine Serie solcher Ereignisse – definiert, die die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), Komplexen PTBS (kPTBS) oder einer anhaltenden Trauerstörung zur Folge haben können. Im Unterschied zur ICD-10 berücksichtigt die ICD-11 ausdrücklich die individuelle subjektive Stressreaktion auf das belastende Ereignis. Damit trägt die Definition der Tatsache Rechnung, dass das subjektive Erleben von Bedrohung entwicklungs- und kontextabhängig ist – beispielsweise können Situationen für Säuglinge oder Kleinkinder traumatisch sein, die für Jugendliche oder Erwachsene nicht zwangsläufig eine Bedrohung darstellen.

Aversive Kindheitserfahrungen und traumatische Erfahrungen bergen das Risiko, dass grundlegende menschliche Bedürfnisse nicht erfüllt oder verletzt werden. Dies betrifft sowohl die primären physiologischen und psychischen Grundbedürfnisse nach Abraham Maslow (1943) als auch die psychologischen Grundbedürfnisse nach der Konsistenztheorie von Klaus Grawe (2004). Maslow postulierte eine fünfstufige Bedürfnishierarchie, deren Basis die physiologischen Bedürfnisse (wie Nahrung, Schlaf, Wärme) bilden und darauf aufbauend Sicherheitsbedürfnisse, soziale, ich-bezogene und Selbstverwirklichungsbedürfnisse folgen. Die psychologischen Grundbedürfnisse, die Klaus Grawe im Rahmen seiner Konsistenztheorie identifizierte (vgl. Ghadiri, Habermacher, Peters, 2012), umfassen Bindung, Kontrolle und Orientierung,

Selbstwerterhöhung und -schutz sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung. Diese vier Bedürfnisse sind nicht hierarchisch geordnet, sondern wirken parallel. Eine andauernde Nicht-Erfüllung kann zu einem Gefühl innerer Leere, chronischer Spannung oder existenzieller Sinnlosigkeit führen. Die Nicht-Erfüllung oder Verletzung primärer sowie psychologischer Grundbedürfnisse kann bei Kindern zu einer akuten Stressreaktion führen (s. Tab. 1), die somatische, emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Ebenen beeinflusst und mit einem erhöhten Risiko für langfristige psychische, körperliche und soziale Beeinträchtigungen assoziiert ist (Felitti et al., 1998; Maercker, Hecker, Augsburger, Kliem, 2013; WHO, 2022; Metzner, Dahm, Richter-Appelt, Pawils, Moulaa-Edmondson, Stellermann-Strehlow, 2019).

Kinder reagieren auf diese Mangelzustände mit individuellen Kompensationsstrategien, die je nach Alter und Entwicklungsstand variieren. Diese Adaptationen erfüllen einen primären funktionalen Zweck: Sie dienen der (Wieder-)Herstellung von Konsistenz und damit der Erfüllung der verletzten Grundbedürfnisse. Das daraus resultierende Kompensationsverhalten kann sich in einem breiten Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Symptome manifestieren (Schmid, Fegert, Petermann, 2010). Schmid (2016) betont, dass betroffene Kinder häufig unspezifische oder altersinadäquate Symptome zeigen. Bei Säuglingen und Kleinkindern können frühe Traumatisierungen – etwa Vernachlässigung oder Gewalt – die Regulation von Stresshormonen und die Entwicklung sicherer Bindungsmuster beeinträchtigen, was sich z. B. in Regulationsstörungen, Entwicklungsverzögerungen und späteren Schwierigkeiten in der Interaktion äußern kann. Im Kindesalter führt eine wiederholte Verletzung von Sicherheits- und sozialen Bedürfnissen häufig zu schulischen Leistungsproblemen, Aufmerksamkeitsstörungen, somatischen Beschwerden sowie zu aggressivem oder ängstlichem Verhalten. Bei Jugendlichen manifestieren sich nicht erfüllte Ich- und Selbstverwirklichungsbedürfnisse häufig in riskantem Verhalten, Substanzkonsum, Identitätsunsicherheiten, affektiven Störungen oder selbstverletzendem Verhalten (Shonkoff et al., 2012; Teicher u. Samson, 2016).

Joleby et al. zeigten, dass von technologiegestützer sexualisierter Gewalt betroffene Kinder zusätzlich zur klassischen Traumatisierung häufig von anhaltender Unsicherheit und Angst berichteten, insbesondere im Hinblick auf die Unkontrollierbarkeit und potenzielle Weiterverbreitung der Aufnahmen im digitalen Raum. Dies kann zu schwerwiegenderen Symptomen führen als bei Formen sexualisierter Gewalt ohne digitalen Bezug. Zusätzlich treten kompensatorische Symptome wie Rückzugsverhalten, Dissoziation oder aggressives Verhalten auf, die im Rahmen einer traumasensiblen Diagnostik und Versorgung berücksichtigt werden müssen (Joleby, Lunde, Jonsson, Landström, Svedin, 2017; Joleby, Lunde, Landström, Jonsson, 2020).

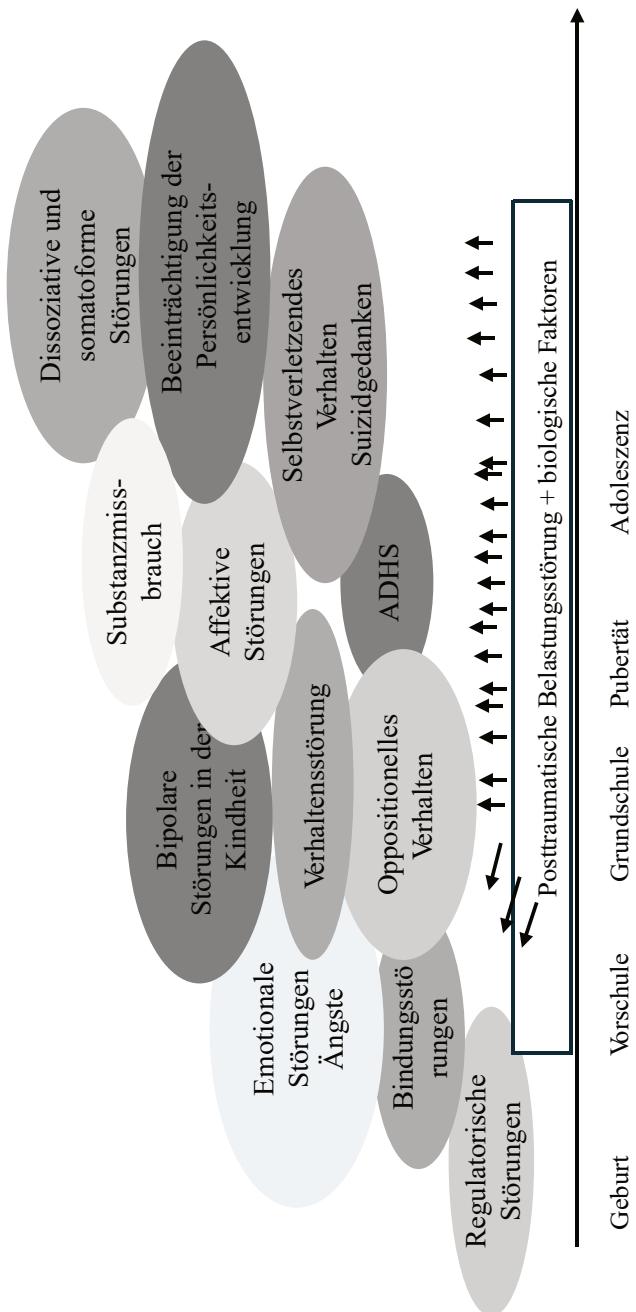


Abbildung 2: Überblick über die Phänomenologie der Kompenstierung (Angelehnt an Schmid, Fegert und Petermann, 2010)

2.2 Kinder, betroffen von sexualisierter Gewalt, und das System

Kinder wachsen eingebettet in vielfältige soziale Systeme auf, die sich im Laufe ihrer Entwicklung stetig erweitern. Während im Säuglingsalter primär das Familiensystem prägend ist, kommen mit zunehmendem Alter Bildungsinstitutionen, Freizeitgruppen, Freundschaften, digitaler Raum und später auch eigene Familienstrukturen hinzu.

Die Gewalt wirkt somit nicht nur unmittelbar auf das betroffene Kind, sondern beeinflusst auch die umgebenden sozialen Systeme, die zugleich Ressource als auch Belastung darstellen können.

Im Mittelpunkt der Versorgung sollte daher das Schaffen sicherer Schutzräume innerhalb dieser Systeme stehen – sei es durch die Stabilisierung von schulischen oder sozialen Kontexten oder die gezielte Stärkung familiärer Strukturen. Eine traumasensible Haltung gegenüber dem Kind sowie eine achtsame Einbindung der relevanten Bezugssysteme sind zentral, um eine gesunde Verarbeitung zu ermöglichen. Insbesondere bei sehr jungen Kindern ist die Einbeziehung sicherer Bezugspersonen aus dem familiären Umfeld ein wesentlicher Bestandteil der psychosozialen Intervention (Williams, Barter, Stanley, 2022; Lieberman, Van Horn, Ippen, 2005; AWMF, 2023; Teicher, 2016; Masten u. Narayan, 2012).

2.3 Vulnerable Gruppen und Diversität bei sexualisierter Gewalt

Kinder mit körperlichen, geistigen oder emotionalen Beeinträchtigungen sind einem signifikant erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer von Gewalt zu werden – insbesondere auch von technologiegestützter sexualisierter Gewalt (Dreßing et al., 2025). Faktoren wie eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, Beeinträchtigungen der Kommunikation sowie fehlendes Verständnis für Einwilligungsprozesse stellen zentrale Risikodimensionen dar, die gezielt präventiv adressiert werden müssen.

Darüber hinaus nehmen kulturelle Normen erheblichen Einfluss auf die Wahrnehmung, Benennung und Verarbeitung sexualisierter Gewalt. Sie können sowohl das familiäre und institutionelle Umfeld als auch die Wahrscheinlichkeit der Offenlegung und die Nutzung von Unterstützungsangeboten beeinflussen (Álvarez-Guerrero, Fry, Lu, Gaitis, 2024). Auch mangelnde Sprachkenntnisse oder begrenzte kulturelle Orientierung erhöhen das Risiko, Gewalt nicht rechtzeitig zu erkennen oder adäquat darauf reagieren zu können.

Ein kultursensibler und inklusiver Ansatz in der Prävention, Risikoerkennung und Versorgung von Betroffenen – insbesondere im Bereich der technologiegestützten sexualisierten Gewalt – ist daher essenziell, um alle Kinder angemessen zu schützen und zu unterstützen.

3 Vom Pflaster bis zur Herz-OP – Traumainformierte interdisziplinäre Versorgung für von (technologiegestützter) sexualisierter Gewalt betroffene Kinder

3.1 Leitlinien

Die deutschen AWMF-Leitlinien (Blesken, Franke, Freiberg, Kraft, Kurylowicz, Rohde, Schwier, 2019), die Goldstandard-Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2017, 2019) sowie die moldawische Leitlinie (Ministry of Health of the Republic of Moldova, 2021) zählen zu den drei qualitativ höchstbewerteten Empfehlungen für die Versorgung von Kindern, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind (Otterman et al., 2024). Sie zeichnen sich durch eine interdisziplinäre Perspektive aus und umfassen medizinische, forensische und psychologische Interventionen.

Gleichzeitig wird in der vergleichenden Bewertung deutlich, dass alle drei Leitlinien bislang keine spezifische Auseinandersetzung mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt enthalten. Damit entsteht eine Versorgungslücke in einem Bereich, der in der klinischen Praxis zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Mit der Veröffentlichung der PROMISE Elpis Protokolle im Jahr 2025 liegt erstmals ein strukturierter Handlungsrahmen vor, der gezielt auf die psychosoziale und medizinische Versorgung von Kindern nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt ausgerichtet ist. Diese Protokolle ergänzen die bestehenden Leitlinien und schaffen so einen praxisnahen Standard für eine Gewaltform, die bisher nicht systematisch berücksichtigt wurde.

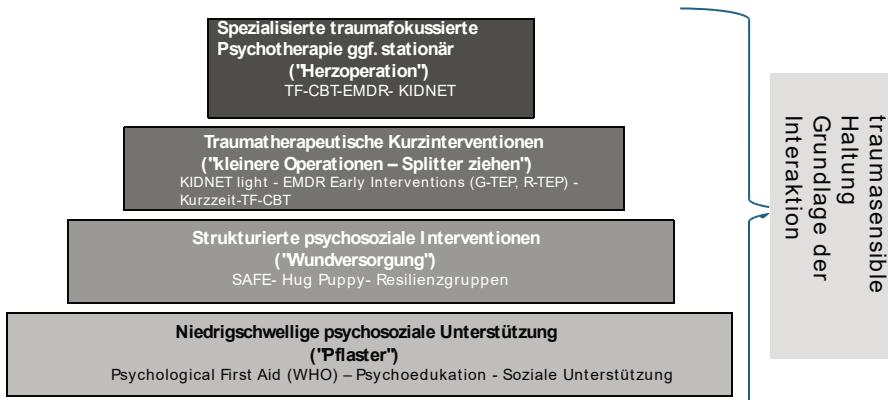
Die WHO-Leitlinien betonen zudem durchgängig die Notwendigkeit von Prävention und einer traumasensiblen psychosozialen Versorgung betroffener Kinder (WHO, 2008, 2017, 2019). Durch die Kombination dieser internationalen Standards mit den neuen spezifischen Protokollen ergibt sich ein konsistenter Rahmen: von präventiven Maßnahmen über akute forensisch-medizinische Versorgung bis hin zur spezialisierten psychosozialen Unterstützung und traumafokussierten Behandlung.

3.2 Die gestufte Versorgung – Das Stepped-Care-Modell

Das von Bisson et al. (2006) entwickelte Stepped-Care-Modell (Tab. 1) – im deutschsprachigen Raum als gestufte Versorgung bezeichnet (AWMF, 2019, 2023) – beschreibt ein indikationsgeleitetes Vorgehen, bei dem die psychosoziale und psychotherapeutische Begleitung in aufeinander aufbauenden Stufen organisiert wird: von niedrigschwelliger psychosozialer Unterstützung (Pflaster) über strukturierte psychosoziale Interventionen (Wundreinigung) und traumatherapeutische Basisinterventionen (kleinere Operationen) bis hin zur spezialisierten traumafokussierten Psychotherapie (Herzop).

Wie in Abbildung 3 dargestellt ist die stufenweise Versorgung eingebettet in die systemischen und organisatorischen Grundlagen einer traumainformierten Versor-

gung, während die konkrete Interaktion im klinischen Alltag durch eine traumasensible Haltung geprägt sein sollte (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).



Traumainformierte Versorgung (systemische und organisatorische Grundlage)

Abbildung 3: Stepped-Care- Modell adaptiert an Bisson (2006) und SAMHSA (2014)

3.3 Das Setting - Traumainformierte Versorgung

Die traumainformierte Versorgung stellt einen integralen Bestandteil psychosozialer Interventionen dar und beschreibt einen systemischen, institutionenübergreifenden Ansatz, der darauf abzielt, dass alle beteiligten Fachkräfte und Strukturen die Auswirkungen von Trauma verstehen, berücksichtigen und entsprechend handeln (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014; Hodas, 2006). Im Unterschied zu traumaspezifischen Interventionen, welche gezielt auf die Behandlung traumaassozierter Symptome bei Einzelpersonen oder Gruppen fokussieren – etwa durch Kriseninterventionen oder traumafokussierte Psychotherapie – basiert die traumainformierte Versorgung auf einer ganzheitlichen Haltung gegenüber Betroffenen. Sie inkludiert eine traumasensible Perspektive auf Interaktion, Kommunikation und Struktur innerhalb aller beteiligten Systeme und Versorgungsstufen.

Dieser Ansatz zielt nicht primär auf eine symptomorientierte Therapie ab, sondern auf die Schaffung sicherer, stabiler und wertschätzender Rahmenbedingungen, welche eine Voraussetzung für gelingende Verarbeitung darstellen. Im Zentrum steht dabei das Bemühen, Re-Traumatisierungen zu vermeiden, Ressourcen zu aktivieren sowie partizipative, beziehungsorientierte Unterstützung sicherzustellen.

3.4 Die traumasensible Versorgung

Die EU-weite Studie zu geschlechtsspezifischer Gewalt betont, dass alle Fachkräfte, die mit Menschen arbeiten, dazu befähigt werden sollten, einen traumasensiblen Ansatz in ihren Interaktionen zu verfolgen (European Union Agency for Fundamental Rights, European Institute for Gender Equality & Eurostat, 2022). Die traumasensible Versorgung stellt ein übergreifendes Prinzip dar, das alle Versorgungsstufen und deren Professionen prägt. Sie gewährleistet, dass jede Intervention – von niedrigschwelliger psychosozialer Unterstützung bis zur spezialisierten traumafockussierten Psychotherapie – in einer Haltung von Sicherheit, Transparenz und Resourcenorientierung erfolgt (Bisson u. Sahuja, 2006; SAMHSA, 2014; AWMF, 2019, 2023). Ihr Ziel ist der Schutz des Kindes und die Schaffung sicherer, stabiler Rahmenbedingungen. Langfristig trägt sie zur Förderung resilienter Entwicklungsverläufe bei.

Eine traumasensible Versorgung sollte sich an den international etablierten „4 Rs“ orientieren, die von der Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2014) definiert wurden und auch in der deutschsprachigen Fachliteratur aufgegriffen werden (Schellong, Epple, Weidner, 2018).

Diese vier Kernprinzipien lauten:

1. *Realization* (Realisierung) – das grundlegende Verständnis darüber, was Trauma ist und wie es Individuen, Familien, Systeme und Gemeinschaften beeinflussen kann,
2. *Recognition* (Identifizierung) – die Fähigkeit, Anzeichen von Trauma sowie traumarelevante Symptome bei Betroffenen frühzeitig zu erkennen,
3. *Responding* (Reaktion) – die angemessene Reaktion unter Berücksichtigung dieses Wissens bei jeder Entscheidung, jedem Verfahren und jeder Interaktion,
4. *Resisting Re-traumatization* (Vermeiden von Re-traumatisierung) – das aktive Bemühen, Re-Traumatisierungen zu vermeiden, indem ein sicherer, respektvoller und verlässlicher Rahmen geschaffen wird.

Realization (Realisierung)

Angesichts der hohen Prävalenzraten von (technologiegestützer) sexualisierter Gewalt (s Abschnitt 2) sollten Fachkräfte in sämtlichen Kontexten stets die Möglichkeit früherer Gewalterfahrungen beim Gegenüber in Betracht ziehen. Je nach Profession empfiehlt sich eine achtsame, nicht-suggestive Gesprächsführung unter Einsatz offener Fragen, die keine Details erfordern. Das Erzählen im eigenen Tempo – im Sinne der Selbstoffenbarung – kann einen wichtigen Beitrag zur resilienten Verarbeitung leisten.

Beispiel

Ein 9-jähriges Kind wirkt in der Sprechstunde zurückhaltend, sitzt still und erwähnt nach einer Pause: „Manchmal passiert etwas, das ich nicht mag.“

Psychotherapeut:in: „Danke, dass du das sagst. Es ist wichtig für mich zu wissen, wie es dir geht. Wenn du magst, kannst du mir ein bisschen mehr erzählen – nur so viel, wie du möchtest.“

Kind: „Es macht mir Angst.“

Psychotherapeut:in: „Das klingt sehr schwer für dich. Wir können gemeinsam überlegen, was dir im Moment helfen könnte, dich sicherer zu fühlen.“

Eine verlässliche und strukturierte Dokumentation ist essenziell, auch mit Blick auf mögliche spätere juristische Verfahren.

Besonders in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt ist es unabhängig vom eigenen Lebensalter oder der technologischen Affinität notwendig, über Formen, Dynamiken und Risiken informiert zu sein – insbesondere im Hinblick auf mögliche Übergänge zu sexualisierter Gewalt mit Körperkontakt.

Hilfreiche Grundlagen bieten:

- der Terminologieleitfaden von ECPAT (Greijer, Doek, Interagency Working Group, 2025),
- sowie das Instrument zur Risikobewertung sexualisierter Gewalt im digitalen Umfeld (Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, 2022).

Diese Materialien ermöglichen ein tieferes Verständnis der digitalen Gefahrenlagen und helfen medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften, frühzeitig und schützend zu handeln.

Recognition (Identifizierung)

Wissen über körperliche, emotionale und kognitive Stressreaktionen stellt einen zentralen Baustein traumasensibler Interaktion dar. Vergleichbar mit der somatischen Ersten Hilfe sollte jede:r in der Lage sein, Stresssymptome zu erkennen (s. Abschnitt 2.1 und Tab. 1) und angemessen darauf zu reagieren, insbesondere im Umgang mit potenziell traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Nach dem Motto: Ich muss Verschiedenes für möglich halten, um gezielt danach fragen zu können. So kann eine körperliche Verletzung beispielsweise iatrogen im Rahmen eines medizinischen Eingriffs oder durch einen Unfall entstanden sein. Ebenso ist denkbar, dass sie absichtlich durch eine fremde Person zugefügt wurde. Auch selbstzugefügte Verletzungen im Sinne einer Selbstschädigung zur Kompensation von nicht anders regulierbaren Emotionen sind möglich. Schließlich kann eine Verletzung im Kontext eines Übergriffs entstehen, bei dem das Kind oder der/die Jugendliche unter Anleitung oder Zwang handelt.

Tabelle 1: Überblick über mögliche 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 Drogenabusus		

Ein grundlegendes Verständnis dieser Reaktionen kann dazu beitragen, retraumatisierende Situationen zu vermeiden, das Erleben der betroffenen Person zu validieren und sichere Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

Beispiele für ein angemessen reagieren:

- Bei motorischer Unruhe oder Zittern kann ein klar strukturierter Rahmen helfen, z. B. kurze Pausen, Bewegungsangebote oder einfache Atemübungen, die gemeinsam durchgeführt werden.
- Bei sekundärer Enuresis ist eine nicht-wertende, entlastende Haltung wichtig: „Das passiert manchmal, wenn Kinder viel Stress haben. Es ist nichts, wofür du dich schämen musst.“
- Bei Somatisierungen sollten die Beschwerden ernst genommen werden, verbunden mit einer behutsamen Erklärung des Stress-Zusammenhangs, ohne die Symptome zu bagatellisieren.
- Bei intrusivem Wiedererleben oder Flashbacks ist es hilfreich, das Kind vorsichtig ins „Hier und Jetzt“ zurückzuführen, etwa durch Benennung der aktuellen Umgebung oder durch sensorische Reize, z. B. einen Gegenstand fühlen lassen, rote Dinge im Raum suchen).
- Bei diffusen Angstzuständen oder Dissoziationen können klare Ich-Botschaften Sicherheit geben: „Ich bin hier, du bist jetzt nicht allein.“

- Bei kognitiven Einschränkungen wie Konzentrationsproblemen oder fragmentierter Sprache sollten reduzierte Anforderungen, kurze Gesprächssequenzen und visuelle Hilfen, z. B. Bilder, Symbole) eingesetzt werden.

Responding, Reaktion

Eine traumasensible Reaktion umfasst neben der Validierung der berichteten oder beobachteten Erfahrungen auch die Co-Regulation von Emotionen – sowohl des Kindes als auch der eigenen – sowie die Förderung psychologischer Grundbedürfnisse im Sinne der Konsistenztheorie nach Grawe (2004).

In der Praxis bedeutet dies für die professionelle Interaktion:

- Grundbedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle
→ störungsfreies Setting, Transparenz über nächste Schritte und zeitliche Abläufe, STOP-Signal, ggf. Übungen zur Emotionsregulation
- Grundbedürfnis nach Lustgewinn/Unlustvermeidung
→ Kommunikation in alters- und situationsangemessener Sprache, Erlauben ein Kuscheltier mit in den Raum zu bringen
- Grundbedürfnis nach Selbstwirksamkeit
→ das Kind wird als Expert:in des eigenen Erlebens anerkannt („*Die Erwachsenen haben mir schon ein wenig erzählt, aber magst Du mir erzählen, was Du erlebt hast – oder eben nicht erlebt hast?*“), Sprechen im eigenen Tempo
- Grundbedürfnis nach Beziehung
→ respektvolle, empathische und wertschätzende Haltung

Die Resilienzförderung stellt einen zentralen Bestandteil von „Respond“ dar und ist vor allem ein Bestandteil der strukturierten psychosozialen Intervention („Wundversorgung“): Beim Reagieren geht es nicht nur um Schadensbegrenzung, sondern auch um die aktive Stärkung von Ressourcen und Schutzfaktoren (SAMHSA, 2014). Dazu gehört die Förderung von Resilienz durch sichere Beziehungen, die Stärkung von Selbstwirksamkeit, die Vermittlung funktionaler Copingstrategien sowie durch Ansätze des Empowerments. In der Praxis kann dieses z. B. das Erfragen von Interessen und Stärken, Psychoedukation über Stressreaktionen (z. B. Normalisierung von scheinbar „abnormalem“ Verhalten) sowie das Vermitteln einfacher Emotionsregulationsstrategien, etwa durch Atemtechniken oder körperorientierte Stabilisierung umfassen.

Im Rahmen von Einzelfallbesprechungen sowie interdisziplinären Fallkonferenzen können Indikationen für weitere interdisziplinäre Diagnostik durch z. B. Psychiatrie, Kinderschutzmedizin, Rechtsmedizin oder Behandlungsmaßnahmen wie z. B. somatische Versorgung, Impfung, Kurzzeittherapie getroffen werden, ebenso wie eine mögliche Beratung § 4 KKG (s. Abschnitt 6.3).

Resisting Re-traumatization (Vermeiden erneuter Traumatisierung)

Um Re-Traumatisierungen zu vermeiden, sollten Fachkräfte in der Interaktion mit traumatisierten Kindern folgende zentrale Prinzipien berücksichtigen:

1. Aktive Sicherheit herstellen

- Transparenz über Abläufe und Setting (z.B. wer kommt, was passiert, wie lange dauert es)
- Vermeidung unerwarteter oder ungewollter Nähe/Berührungen
- Wahrung körperlicher und psychischer Distanz im Sinne respektvoller Grenzen
- Konsequente Vermeidung von Täter:innenkontakten: sicherstellen, dass Kinder im Rahmen von Hilfsangeboten, Anhörungen oder therapeutischen Settings nicht auf Täter:innen treffen. Dies umfasst auch Schutz vor indirekten Kontakten, etwa über digitale Medien oder durch Konfrontation mit Täter:inneninformationen.

2. Selbstbestimmung ermöglichen

- Einholen der Zustimmung zu jeder Form von Interaktion – auch von Kindern
- Fragen statt Anordnungen
- Anbieten von Wahlmöglichkeiten, selbst bei scheinbar kleinen Entscheidungen (z.B. Sitzplatz, Reihenfolge von Abläufen)

3. Trigger erkennen und vermeiden

- Potenzielle Auslöser wie Reizwörter, Abläufe oder Untersuchungen identifizieren und kommunizieren
- Beispielhafte Trigger: geschlossene Türen, langes Schweigen, Berührungen ohne Ankündigung
- Fawn-Modus beachten: Besonders Kinder mit sexualisierter Gewalterfahrung können durch „überangepasstes“ Verhalten auf Belastung reagieren, der zugewandte Mensch kann auch ein Trigger sein
- Bei technologiegestützter Gewalt: Kameras, Mikrofone, Smartphones oder Tablets können Trigger sein – daher offen und vorsichtig im Umgang

4. Traumasensibles Zuhören und Sprechen

- Validieren statt bewerten
- Keine detaillierte Exploration von Gewalttaten ohne klare Indikation
- Vermeidung pathologisierender oder moralisierender Sprache

5. Reflektierte Beziehungs- und Körpersprache

- Kommunikation auf Augenhöhe
- Kein autoritärer Ton, keine Einschüchterung
- Verzicht auf Dominanz oder laute Sprache

Diese Haltung ermöglicht eine vertrauensvolle, sichere Beziehungsgestaltung, fördert Resilienz und schützt betroffene Kinder vor weiterer Belastung.

3.4.1 Besonderheiten der traumasensiblen Versorgung bei technologiegestützter sexualisierter Gewalt

Das systematische Review von Menhart et al. (2025) verdeutlicht, dass bislang nur wenige Studien vorliegen, die evidenzbasiert untersuchen, welche Formen psychosozialer und therapeutischer Begleitung in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern notwendig und wirksam sind. Jonsson und Svedin (2017) beschreiben, dass betroffene Kinder häufig intensive negative Emotionen wie Schuld, Scham, Angst, Verrat, Bedrohung und Unruhe erleben. Besonders belastend ist dabei die Unsicherheit, ob und wie lange die sexualisierte Gewalt im digitalen Raum fortbestehen könnte.

Nicht selten kommt es im sozialen Umfeld zu einer impliziten oder expliziten Zuschreibung von Mitverantwortung an das betroffene Kind. In diesen Fällen ist es unerlässlich, wiederholt klarzustellen, dass die alleinige Verantwortung für die Tat bei den Täter:innen liegt.

Im Rahmen einer traumasensiblen Versorgung sollten sowohl Kinder als auch deren Bezugspersonen über die digitalen Rechte von Kindern aufgeklärt werden. Diese umfassen unter anderem den Zugang zu Medien, die Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit, das Recht auf Privatsphäre sowie den Schutz vor Gewalt und Ausbeutung (<https://childrens-rights.digital>; <https://www.dkhw.de>).

Unabhängig vom eigenen Lebensalter oder technischer Affinität ist es für Fachkräfte essenziell, Kenntnisse über die verschiedenen Formen technologiegestützter sexualisierter Gewalt sowie über deren spezifische Risiken zu besitzen. Dabei kann das Instrument zur Risikobewertung sexualisierter Gewalt im digitalen Umfeld des Nationalen Rats gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen (2022) hilfreich sein. Ergänzend liefert der terminologische Leitfaden von Greijer et al. (2025) eine fundierte Orientierung über Begriffe und Klassifikationen im Bereich digitaler sexualisierter Gewalt.

3.5 Das Pflaster – die psychosozialen Unterstützung

Die Studie zum *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2008) verdeutlicht, dass psychosoziale Interventionen, einschließlich der Schulung von Bezugspersonen, wirksam zur Förderung psychischer Gesundheit beitragen. Diese Wirksamkeit bezieht sich sowohl auf die Reduktion klinischer Symptome (z. B. Depression, Angst, PTBS) als auch auf funktionale Verbesserungen im Alltag sowie auf die Entlastung des sozialen Umfelds (WHO, 2008; Dua et al., 2011).

Ziele dieser Interventionen im Sinne einer psychologischen 1. Hilfe (WHO, War Trauma Foundation, World Vision International. (2011) sind die Verbesserung von Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden durch psychologische und soziale Maßnahmen, die nicht zwingend durch approbierte Psychotherapeuten:innen durchgeführt werden und keine pharmakologischen Komponenten beinhalten (WHO, 2008). Sie orientieren sich unabhängig von Professionen an der Befriedigung physiologischer sowie psychologischer Grundbedürfnisse. Dies umfasst etwa das Angebot von Getränken und/oder Nahrungsmittel und eine entwicklungs- und altersgerechte Kommunikation und soziale Interaktion – sowohl für das betroffene Kind als auch für sichere Bezugspersonen.

Säulen der psychologischen 1. Hilfe sind die drei „L“ (WHO, 2011):

1. *Look* – Hinschauen

- Sicherheit prüfen (Gefahren, Verletzungen, Grundbedürfnisse)
- Akute Belastungen erkennen
- Besonders vulnerable Gruppen identifizieren (Kinder, Schwangere, Ältere, Menschen mit Behinderungen)

2. *Listen* – Zuhören

- Aktives, empathisches Zuhören
- Raum geben, wenn Betroffene sprechen möchten (kein Drängen, keine detaillierte Traumakonfrontation)
- Sorgen, Bedürfnisse und Ressourcen erfassen

3. *Link* – Verbinden

- Praktische Unterstützung organisieren (z. B. Unterkunft, Nahrung, medizinische Hilfe)
- Informationen geben (über Hilfsangebote, rechtliche oder medizinische Schritte)
- Betroffene mit sozialem und professionellem Support vernetzen (z. B. mit strukturierten psychosozialen Interventionen)

Bei traumatisierten Kindern liegt der Fokus psychosozialer Interventionen häufig auf der Validierung des Erlebten sowie der Co-Regulation von Emotionen. Die Anerkennung und wertschätzende Rückmeldung hinsichtlich der inneren und äußeren Erlebniswelt des Kindes (z. B. Benennung von Gewalt, Gefühlen, Gedanken oder Körpersignalen) stärken die Bedürfnisse nach Selbstwert und emotionaler Sicherheit. Durch gemeinsame Regulationserfahrungen, wie Atemübungen oder Singen, können Beziehungsbedürfnis, Selbstwirksamkeit und Lustgewinn gefördert werden. Ergänzend sind kreative Ausdrucksformen wie Malen, Gestalten oder Spielen hilfreich, um nonverbale Erlebnisanteile sichtbar und bearbeitbar zu machen. Körperorientierte Methoden, etwa Bewegungs- und Entspannungsübungen oder kindgerechtes Yoga, unterstützen die Wiederherstellung von Körperwahrnehmung und -

kontrolle. Auch der Einsatz narrativer Verfahren, wie das gemeinsame Erzählen oder Aufschreiben von Geschichten, kann helfen, fragmentierte Erinnerungen zu ordnen und Sinn zu stiften. Ressourcenkarten, Handpuppen oder symbolische Rituale (z. B. ein „Sorgenstein“ ablegen) fördern die Externalisierung von Belastungen und die Entwicklung konstruktiver Bewältigungsstrategien.

Obwohl die empirische Evidenz aufgrund der Heterogenität psychosozialer Programme begrenzt ist (Menhart, Stellermann-Strehlow, Helling-Bakki, Horvay, DippeI, Winter, 2025), zeigen Studien, dass deren gesellschaftliche Akzeptanz und die Niedrigschwelligkeit durch nicht-klinische Fachkräfte einen positiven Einfluss auf Inanspruchnahme und Wirksamkeit haben (Barbui et al., 2020).

3.6 Wundversorgung – die strukturierte psychosoziale Interventionen

Die „Wundversorgung“ im Stepped-Care-Modell umfasst manualisierte, strukturierte Interventionen, die Resilienz fördern, Sicherheit herstellen und Coping stärken. Sie stellen eine Brücke zwischen niedrigschwelliger Unterstützung und intensiver Traumatherapie dar.

Resilienzförderung bildet ein zentrales Element der strukturierten psychosozialen Intervention. In einer kontextuellen Analyse zur Resilienz identifizierten Wilson und Wilson (2018) sieben Schlüsselfaktoren, die ein resilientes Outcome begünstigen:

1. Erleben von Kontrolle – z. B. Einverständnis zur Therapie, Stop-Signal, Mitbestimmung der Themenreihenfolge, Auswahl der Materialien, Sitzplatz
2. Möglichkeit zur Selbstauskunft – z. B. „*Du bist Expert:in für das, was Dir passiert ist – magst Du mir davon erzählen?*“, Anwendung von Gefühls- und Stimmungsskalen
3. Gefühl von Gruppenzugehörigkeit und Überlebensbewusstsein – Gruppentherapeutische Angebote, kindgerechte Informationen über Prävalenzen
4. Wahrnehmung eigener Strategien und Ressourcen – z. B. entwickeln von Stärkeboxen, üben von Regulationstechniken, benennen von Ressourcen in der Interaktion, „*Danke, dass Du mir so viel erzählt hast, ich finde das sehr mutig von Dir*“
5. Prosoziales Verhalten und Altruismus – therapeutisch begleitete Gruppenaktivitäten
6. Fähigkeit zur Sinngebung im Trauma und in der Zukunft – z. B. Entwicklung von Zukunftsvisionen, Förderung von posttraumatic growth
7. Soziale Interaktion – z. B. Motivation soziale Alltagsstrukturen beizubehalten oder zu reaktivieren, Übung von sozialer Interaktion in z. B. Rollenspielen

Ein effektives Beispiel für eine niedrigschwellige psychosoziale Maßnahme ist die Huggy-Puppy-Intervention (HPI), bei der Kinder gefragt werden, ob sie sich die nächsten Tage um ein kleines Kuscheltier, welches ganz alleine ist, kümmern kön-

nen, indem sie es regelmäßig mit Wasser und Futter versorgen, kuscheln und Aufmerksamkeit geben. HPI trägt zur emotionalen Stabilisierung bei und kann eine resiliente Verarbeitung unterstützen (Sadeh, Hen-Gal, Tikotzky, 2008; Kushnir, Sadeh, 2012). Die HPI unterstützt das Kontrollerleben des Kindes, die Wahrnehmung eigener Ressourcen sowie Fokus auf Zukunft und soziale Interaktion. Weitere Beispiele sind das Programm SAFE (Sichere Ausbildung Für Eltern) von Brisch (2009) oder START (Stress-Trauma-Symptom-Checkliste und Interventionsmanual für Kinder und Jugendliche) von Dixius (2015).

3.7 Kleine und große Operationen – Traumatherapeutische Interventionen

Etwa ein Drittel aller Kinder, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, benötigen eine psychotherapeutische Behandlung (Hailes, Yu, Danese, Fazel, 2019; Dreßing et al., 2025; Steil u. Rosner, 2009). In Deutschland ist der Begriff „Traumatherapie“ gesetzlich nicht geschützt. Dadurch kann er auch von unzureichend qualifizierten Personen verwendet werden, was besondere Anforderungen an Qualitätssicherung und Fachstandards stellt.

Die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) hat 2023 Rahmenempfehlungen zur Versorgung traumatisierter Menschen sowie spezifische Standards zur Qualitätssicherung für die Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen veröffentlicht (DeGPT, 2023). Das zugehörige Curriculum „Spezielle Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen“ richtet sich ausschließlich an approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiater:innen (DeGPT, o.J.).

Die traumatherapeutische Intervention und traumafokussierte Therapie nach (technologiegestützter) sexualisierter Gewalt erfordert hohe fachliche Expertise, ein interdisziplinäres Setting und Schutzstrukturen. Sie folgt in der Regel einem phasenorientierten Behandlungsmodell (DeGPT, 2019):

1. Stabilisierungsphase: Aufbau von Sicherheit, Psychoedukation, Ressourcenaktivierung
2. Traumabearbeitungsphase: Verarbeitung belastender Erinnerungen mittels traumaspezifischer Methoden
3. Integrationsphase: Identitätsarbeit, Reorientierung, Beziehungsaufbau

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt als evidenzbasierte Verfahren die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) sowie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (WHO, 2024). Die Behandlung von Kindern sollte dabei kindzentriert, altersgerecht und unter Einbeziehung des sozialen Umfelds erfolgen. Insbesondere bei jüngeren Kindern ist die Mitbehandlung der sicheren, primären Bezugspersonen Voraussetzung für den Behandlungserfolg des

Kindes – nach dem Grundsatz: „Zuerst die Sauerstoffmaske für die sichere Bezugsperson, dann für das Kind.“

Die S3-Leitlinie der AWMF zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen (AWMF, 2019) empfiehlt:

- TF-KVT mit hoher Evidenz
- EMDR bei entsprechender Qualifikation der Behandelnden
- KID-NET, Narrative Expositions Therapie)

Für alle drei Verfahren liegen Kurzzeit sowie traumafokussierte Interventionen vor.

Bei der Entscheidung für ein Verfahren ist das Alter, die Entwicklungsphase sowie der Kontext des Kindes zu berücksichtigen.

3.7.1 Splitter-Ziehen/kleine Operationen – Traumatherapeutische Kurzinterventionen

Im Rahmen der traumatherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen können Kurzinterventionen im Sinne von „kleinen Operationen“ verstanden werden, die gezielt und zeitlich begrenzt einzelne Belastungsfaktoren adressieren – vergleichbar mit dem Entfernen eines Splitters. Solche Maßnahmen dienen im Stepped-Care-Modell der kurzfristigen Symptomlinderung, Stabilisierung und der Reduktion akuter Belastungen, ohne dass sofort eine umfassende traumafokussierte Therapie notwendig ist (Salloum et al., 2022). Beispiele hierfür sind KIDNET light als niedrigschwellige narrativ-expositorische Intervention (Ruf, Schauer, Neuner, Catani, Schauer, Elbert, 2010). EMDR-basierte Early Interventions wie das Group Traumatic Episode Protocol (G-TEP) oder das Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP), die in akuten Phasen zur Verarbeitung überwältigender Erlebnisse beitragen (Shapiro u. Laub, 2015; Shapiro, Laub, Rosenblat, 2019), sowie Kurzzeit-TF-CBT, das kindgerecht auf zentrale Symptome fokussiert und in wenigen Sitzungen durchgeführt werden kann (Cohen u. Mannarino, 2015). Diese zeitlich begrenzten, klar umrissenen Interventionen können nicht nur Leidensdruck reduzieren, sondern auch die Motivation und Selbstwirksamkeit der Betroffenen stärken und den Übergang in weiterführende Behandlungen erleichtern. (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, Fennell, 2020; WHO., 2013).

3.7.2 Die Operation am offenen Herzen – Traumafokussierte Therapie

Traumafokussierte Verfahren bezeichnen psychotherapeutische Ansätze, die gezielt auf die Bearbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen ausgerichtet sind. Sie basieren auf der Annahme, dass nicht nur die Folgesymptomatik, sondern das zugrunde liegende traumatische Ereignis selbst behandelt werden muss, um nachhaltige psychische Stabilisierung und langfristige Symptomlinderung zu erreichen.

In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen gelten traumafokussierte Verfahren wie Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) oder Narrative Exposure Therapy (KIDNET) als evidenzbasiert und werden in nationalen und internationalen Leitlinien als erste Wahl empfohlen (AWMF, 2011, 2019; Cohen , 2017; Ruf, 2010; WHO, 2013).

Die Empfehlungen betonen, dass nach einer sorgfältigen Diagnostik und gegebenenfalls vorgelagerter Stabilisierung traumafokussierte Therapie nicht vermieden, sondern möglichst frühzeitig angeboten werden sollte. Für die Diagnostik stehen bei Kindern und Jugendlichen verschiedene standardisierte Verfahren zur Verfügung, die sowohl Selbst- als auch Fremdberichte berücksichtigen: etwa die Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) (Sachser et al., 2017), die UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 (Steinberg, Brymer, Decker, Pynoos, 2013) oder strukturierte Interviews wie das Kinder-DIPS für DSM-5 (Unnwehr u. Schneider, 2015). Diese Instrumente ermöglichen eine systematische Erfassung traumabezogener Symptomatik und komorbider Störungen und bilden die Grundlage für eine passgenaue Indikationsstellung. Gleichzeitig ist eine traumasensible Haltung im gesamten Hilfesystem essenziell, um Zugangsbarrieren zu reduzieren, die Compliance zu erhöhen und eine kontinuierliche psychosoziale Unterstützung sicherzustellen (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, Fennell, 2010; Sachser et al., 2017). Für die Versorgung bedeutet dies: Niedrigschwellige Angebote zur Stabilisierung im Rahmen von Stepped-Care sollten bereitgestellt werden, doch sobald Indikation besteht, ist eine gezielte traumafokussierte Behandlung einzuleiten.

Tabelle 2: Übersicht zu den in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) empfohlenen traumafokussierten Verfahren bei Kindern und Jugendlichen (AWMF, 2019)

Verfahren	Kurzbeschreibung	Zielgruppe/Indikation	Evidenzlage
TF-KVT (Trauma-fokussierte Kognitive Verhaltenstherapie)	Konfrontation mit Trauma-Erinnerung, Exposition, Kognitiv Umstrukturierung	Kinder, Jugendliche, Erwachsene	Sehr hohe Evidenz (AWMF, NICE, WHO)
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	Aktualisierung, Diskrepanz Erfahrung und dualer Fokus bei bilaterale Stimulation (z. B. Augenbewegungen) zur Verarbeitung/Rekonsolidierung traumatischer Erinnerungen	Kinder, Jugendliche und Erwachsene	Sehr hohe Evidenz (WHO, APA)
KIDNET	Kindgerechte Version der NET (Lebensbiografische Bearbeitung traumatischer Erfahrungen, z. B. durch Lebenslinie) mit Zeichnungen, Symbolen und Spiel	Kinder und Jugendliche nach Flucht, Gewalt, Trauma	Gute Evidenz

4 Psychotherapie und Juristische Verfahren

Der Beginn einer traumakonfrontativen Behandlung sollte im Rahmen interdisziplinärer Fallbesprechungen stets sorgfältig geprüft und abgestimmt werden. In der Vergangenheit wurden psychotherapeutische Interventionen bei Kindern häufig erst nach Abschluss der Hauptverhandlung begonnen. Diese Praxis führte dazu, dass viele Kinder trotz erheblicher psychischer Symptomatik über lange Zeiträume unbehandelt blieben – mit dem Risiko einer Chronifizierung der Belastungsstörungen. Häufig beruhte das auf der Befürchtung, psychotherapeutische Maßnahmen könnten die Aussagefähigkeit oder Glaubwürdigkeit der Kinder beeinträchtigen.

Aktuell liegt jedoch eine klare Empfehlung der Expert:innengruppe „Psychotherapie und Glaubwürdigkeit“ vor, die von juristischer und klinischer Seite gemeinsam erarbeitet wurde: Die Entscheidung über den Beginn oder die Art einer psychotherapeutischen Behandlung soll primär nach medizinischer Indikation getroffen werden – und nicht von laufenden oder potenziellen Strafverfahren abhängig gemacht werden (Bundesministerium der Justiz, 2024).

Damit wird ein deutlicher Paradigmenwechsel eingeleitet: Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat Vorrang, und notwendige Therapien dürfen nicht länger durch juristische Verfahren verzögert werden. Für die Praxis bedeutet dies:

- Psychotherapeuten:innen sind aufgefordert, eine notwendige Behandlung auch bei noch ausstehenden Gerichtsverfahren einzuleiten.
- Interdisziplinäre Abstimmungen (z. B. mit Jugendhilfe, Kinderschutz, Rechtsmedizin oder Polizei/Justiz) sind sinnvoll, dürfen die Indikationsstellung jedoch nicht verzögern.
- Schulungen und Leitfäden für Behandler:innen können dazu beitragen, Unsicherheiten im Spannungsfeld zwischen Versorgung und rechtlichen Anforderungen abzubauen.

4.1 Dokumentation der Aussagen des Kindes

Die fachgerechte Dokumentation bei einem Verdacht auf sexualisierte Gewalt an Kindern stellt eine zentrale Aufgabe für Fachkräfte in Beratung und Therapie dar. Sie dient sowohl dem Schutz des betroffenen Kindes als auch der Nachvollziehbarkeit, Qualität und rechtlichen Absicherung professionellen Handelns. Eine strukturierte, sachlich-neutrale und rechtlich korrekte Dokumentation ist essenziell – insbesondere dann, wenn weitere Institutionen wie das Jugendamt oder die Polizei einzogen werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2022; Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt, 2014).

Die Dokumentation sollte von allen beteiligten Fachpersonen (DeGPT – Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, 2019):

- zeitnah,
- sachlich und
- chronologisch erfolgen.

Wesentlich ist die klare Trennung zwischen eigener Wahrnehmung (z. B. beobachtetes Verhalten des Kindes) und wörtlichen Aussagen des Kindes. Wörtliche Zitate (z. B. „Das Kind sagte: …“) sind besonders aussagekräftig und sollten möglichst exakt dokumentiert werden. Subjektive Bewertungen oder pauschale Beurteilungen (etwa „glaublich“ oder „unglaublich“) sind zu vermeiden. Zudem sollte klar erkennbar sein, ob es sich um anamnestische Angaben oder fachliche Einschätzungen handelt.

Im Rahmen einer therapeutischen Dokumentation sollten insbesondere folgende Angaben enthalten sein (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017; AWMF, 2019):

- Anlass des Gesprächs, beteiligte Personen, Ort und Zeitpunkt
- Indikation zur Psychotherapie
- Äußerungen des Kindes in direkter Rede wörtlich
- Auffälligkeiten im Verhalten (z. B. Rückzug, Ängstlichkeit, Vermeidung)
- ggf. erfolgte Kontaktaufnahme zum Jugendamt nach § 4 KKG
- Ergebnisse von Einzelfall- und interdisziplinären Fallbesprechungen sowie daraus resultierende Empfehlungen und Maßnahmen
- Inhalt jeder einzelnen Sitzung (z. B. Stabilisierung, Traumakonfrontation)
- ggf. Audio-/Videodokumentationen

4.2 Einschätzung der Aussagen

Für ärztliche und psychologische Fachkräfte, die mit Kindern nach sexualisierter Gewalt arbeiten, ist ein grundlegendes Verständnis der Aussagepsychologie essenziell – insbesondere im Hinblick auf forensische Relevanz und Kinderschutz. Die Einschätzung der Erlebnisbasiertheit einer Aussage ist ausschließlich speziell ausgebildeten Aussagepsycholog:innen vorbehalten und darf nicht Bestandteil therapeutischer Gespräche oder medizinischer Anamnesen sein. Der freie Bericht des Kindes über sexualisierte Gewalt kann durch offene Frage oder Leerfragen („Wie ging es weiter?“, „Erinnerst Du Dich an noch etwas?“, „Und dann?“) unterstützt werden. Darüberhinausgehende Nachfragen sollten hingegen vermieden werden. Suggestive Fragen, Druck, Lob für Aussagen oder eine vertiefte Exploration der Tatschilderung können die juristische Verwertbarkeit beeinträchtigen und das Kind zusätzlich belasten. Die Rolle von Ärzt:innen und Psycholog:innen liegt in der traumasensiblen, wertfreien Begleitung und der sachlich-neutralen Dokumentation kindlicher Äuße-

rungen – idealerweise in wörtlicher Rede bzw. mit Audio-/Videotechnik. Fachpersonen sollten sich ihrer funktionellen Rolle im System bewusst sein und Verdachtsmomente nicht selbst prüfen, sondern diese dem zuständigen Jugendamt (§4 KKG) oder den Strafverfolgungsbehörden melden (§ 34 StGB).

5 Umgang mit digitalem Material

In der Bundesrepublik Deutschland stellt der Besitz, die Speicherung, Verbreitung oder Weitergabe von digitalen Inhalten mit sexualisierter Gewalt – auch für Ermittlungsbehörden und Dritte – grundsätzlich eine Straftat dar. Daher ist es besonders wichtig, dass betroffene Kinder und ihre Bezugspersonen frühzeitig zur Kontaktaufnahme mit den Strafverfolgungsbehörden ermutigt und dabei gegebenenfalls unterstützt werden. Ziel ist es, Beweismaterial rechtskonform zu sichern, Gefahren für andere potenzielle Betroffene abzuwenden und gegebenenfalls die Einleitung weiterer Ermittlungsmaßnahmen zu ermöglichen. Ergänzende Informationen ohne Anspruch auf Vollständigkeit können hier gefunden werden:

- <https://www.polizei-beratung.de/aktuelles/detailansicht/take-it-down-so-loeschen-sie-ihre-intimen-bilder-aus-online-plattformen/>
- <https://beauftragte-missbrauch.de/themen/recht/rechtsfragen-digitales>
- <https://takeitdown.ncmec.org/de/> (Unterstützung zur Löschung von Material)

6 (Technologiegestützte) Sexualisierte Gewalt, rechtlicher Opferschutz und Beratung zu Kindeswohlgefährdung

Tritt im Rahmen der professionellen Interaktion mit einem Kind der Verdacht auf (technologiegestützte) sexualisierte Gewalt auf, ist es essenziell, über bestehende Opferschutzstrukturen sowie verfügbare Beratungs- und Unterstützungsangebote in der Bundesrepublik Deutschland informiert zu sein, um adäquat reagieren und dem Kind sowie seinen Bezugspersonen passgenaue Hilfen vermitteln zu können. Ergänzende Informationen und Beratungsmöglichkeiten auch in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt ohne Anspruch auf Vollständigkeit können hier gefunden werden:

- <https://www.klicksafe.de>
- <https://schreib-ollie.de/#/>
- <https://innocenceindanger.de>
- <https://innocenceindanger.de/projekte/unddu/> (APP für Jugendliche und Fachkräfte)
- <https://kinderschutzhotline.de>

6.1 Opferschutz

In der Bundesrepublik Deutschland basiert der Opferschutz auf einem mehrdimensionalen System, das strafrechtliche, zivilrechtliche und psychosoziale Elemente sowie staatliche Entschädigungsleistungen und spezialisierte Beratungsangebote umfasst. Ziel ist der Schutz der Würde, Rechte, Sicherheit und Stabilität der Betroffenen.

Strafrechtlich finden sich zentrale Schutzmechanismen unter anderem im Aussageverweigerungsrecht (§ 52 StPO), der Möglichkeit zur Nebenklage (§ 395 ff. StPO), dem Recht auf psychosoziale Prozessbegleitung (§ 406g StPO) sowie der staatlich finanzierten Opferanwält:innenschaft. Die *psychosoziale Prozessbegleitung* stellt ein kostenfreies Angebot für besonders schutzbedürftige Betroffene – wie Kinder oder Opfer sexualisierter Gewalt – dar und zielt auf emotionale Stabilisierung und praktische Unterstützung während des Strafverfahrens.

Zivilrechtlich bietet das *Gewaltschutzgesetz* wichtige Schutzinstrumente wie Kontakt- und Näherungsverbote sowie familiengerichtliche Eilverfahren.

Staatliche Entschädigungsleistungen werden gemäß dem *Sozialgesetzbuch XIV* (ehemals Opferentschädigungsgesetz) gewährt. Anspruchsberechtigt sind Personen, die infolge einer Gewalttat gesundheitliche Schäden erlitten haben – vorausgesetzt, der/die Beschädigte ist in der BRD gemeldet und es liegt kein Mitverschulden vor. Leistungen umfassen etwa Heilbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Teilhabeleistungen.

Ergänzend bestehen umfangreiche *Beratungs- und Unterstützungsangebote*, beispielsweise durch den Weißen Ring e.V., Kinderschutzzentren, Hilfetelefone oder spezialisierte Fachberatungsstellen.

6.2 § 8a Beratung

Die Beratung gemäß § 8a SGB VIII (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) ist kein Bestandteil des strafrechtlichen Opferschutzes, stellt jedoch einen zentralen Baustein im institutionellen Kinderschutz dar und ist damit ein wesentlicher Beitrag zum Schutz potenziell oder tatsächlich betroffener Kinder.

§ 8a SGB VIII verpflichtet sowohl die öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe (insbesondere die Jugendämter) als auch die freien Träger dazu, bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung – etwa durch sexualisierte Gewalt – eine qualifizierte Gefährdungseinschätzung vorzunehmen. Diese hat möglichst unter Einbezug einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“ (iseF) zu erfolgen. Ziel ist es, unter Beteiligung nicht gefährdender Sorgeberechtigter geeignete Schutzmaßnahmen zu identifizieren und einzuleiten. Die Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ ist eine strukturierte Fachberatung und richtet sich insbesondere an:

- Mitarbeitende der Jugendämter,
- Fachkräfte freier Träger der Jugendhilfe (z. B. in stationären Einrichtungen, Jugendzentren, Erziehungsberatungsstellen),
- Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Horten – sofern diese mit der Kinder- und Jugendhilfe kooperieren
- sowie an Trägerorganisationen der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Wohlfahrtsverbände).

Die Beratung nach § 8a ist darauf ausgerichtet, frühzeitig Risiken zu erkennen, professionell einzuordnen und kindgerechte Schutzprozesse innerhalb eines kooperativen Netzwerkes zu aktivieren.

6.3 § 4KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz)

Therapeut:innen, Ärzt:innen und Kliniken zählen nicht zu den Trägern der öffentlichen oder freien Jugendhilfe und sind daher nicht direkt berechtigt, eine Beratung gemäß § 8a SGB VIII in Anspruch zu nehmen.

Gleichwohl regelt das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) die Mitverantwortung von Berufsgeheimnisträger:innen wie Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen für das frühzeitige Erkennen und Abwenden von Kindeswohlgefährdungen. Im Zentrum steht § 4 KKG, der die Voraussetzungen und Grenzen der Kooperation mit dem Jugendamt beschreibt.

Liegen gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen vor (§ 4 Abs. 1 KKG), ist eine ärztliche und psychotherapeutische Fachkraft verpflichtet, das Gefährdungsrisiko einzuschätzen. Hierzu soll sie mit dem Kind oder Jugendlichen sowie den Sorgeberechtigten das Gespräch suchen, sofern dies zumutbar und mit dem Schutz des Kindes vereinbar ist. Ziel ist es, die Gefährdung möglichst niedrigschwellig – etwa durch Beratung oder Vermittlung – abzuwenden.

Wenn die Gefährdung nicht auf andere Weise abgewendet werden kann, ist eine Übermittlung personenbezogener Daten an das Jugendamt zulässig, auch ohne Einwilligung der Betroffenen (§ 4 Abs. 3 KKG). Die ärztliche oder psychotherapeutische Schweigepflicht (§ 203 StGB) wird in diesem Fall durch das gesetzlich geregelte Informationsrecht im Kinderschutz aufgehoben (Offenbarungsbefugnis), sofern das Kindeswohl andernfalls erheblich gefährdet wäre.

Fazit für die Praxis

- Sexualisierte Gewalt – insbesondere in digitaler Form – stellt eine komplexe psychosoziale Herausforderung mit weitreichenden Folgen dar.
- Digitale Gewaltformen werden noch zu wenig berücksichtigt.
- Psychosoziale, traumasensible und traumaspezifische Maßnahmen sind abgestuft und kindgerecht umzusetzen.
- Traumainformierte, interdisziplinäre Versorgung stabilisiert, schützt und fördert Resilienz.
- Traumafokussierte Psychotherapie erfordert eine qualitätsgesicherte, standardisierte Ausbildung und sollte als essenzieller Bestandteil des therapeutischen Basis-Kompetenzprofils verankert sein.
- Die Dokumentation der Aussagen und Beobachtungen sollte mit Hinblick auf ggfls. spätere Strafverfahren sorgfältig erfolgen.
- Interdisziplinäre Kooperationen, insbesondere mit Jugendhilfe und Justiz, sind notwendig und strukturell noch besser zu verankern.
- Die Kenntnis der Rechtlichen Rahmenbedingungen (§ 4 KKG, § 8a SGB VIII) ist für alle beteiligten Berufsgruppen unerlässlich.

Literatur

- 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, 264-276.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (Registernummer 051-010). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-010.html>
- AWMF. (2011). S2k-Leitlinie Akute Belastungsreaktion (Registernummer 051-001). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html>
- AWMF. (2021). S3-Leitlinie Psychosoziale Notfallversorgung im Zivilschutz (Reg.-Nr. 051-035). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-035.html>
- AWMF. (2023). Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung: Erkennung, Diagnostik und Behandlung in der Pädiatrie (AWMF-Leitlinie 027/069). Düsseldorf: AWMF.
- 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, 162-172.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>;

- 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>
- Brisch, K. H. (2009). SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern: Prävention frühkindlicher Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2022). Kinderschutz und Datenschutz – Empfehlungen für Fachkräfte. <https://www.bmfsfj.de>
- Bundesministerium der Justiz (BMJ). (2022). Traumaambulanzen – Ein wichtiger Bestandteil im Opferschutz. <https://www.bmj.de>
- Centers for Disease Control and Prevention (April 6, 2021). About the CDC-Kaiser ACE Study. US Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
- Chauviré-Geib, K., Gerke, J., Haag, A.-C., Sachser, C., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. (2025). The increase in online child sexual solicitation and abuse: Indicator 16.2.3 of the UN Sustainable Development Goals (SDG) documents a hidden and growing pandemic. Population-based surveys fail to capture the full picture. *Child Abuse & Neglect*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2025.106476>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (2015). Trauma-focused cognitive behavior therapy for traumatized children and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24, 557-570.
- Council of the Baltic Sea States (CBSS). (2022). Barnahus Quality Standards: Guidance for Multidisciplinary and Interagency Response to Child Victims of Violence. <https://www.cbss.org>
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). (2023). Rahmenempfehlungen zur Versorgung traumatisierter Menschen. https://www.degpt.de/fileadmin/user_upload/Rahmenempfehlungen_DeGPT_2023.pdf
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). (o.J.). Spezielle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT) [Curriculum und anerkannte Weiterbildungsinstitute]. Abgerufen von <https://www.degpt.de/spezielle-psychotraumatherapie-mit-kindern-jugendlichen-degpt-/anerkannte-weiterbildungsinstitute/>
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt (DGfPI). (2014). Handbuch zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII.
- DeGPT – Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. (2019). Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58933-4>
- Dixius, A. (2015). START – Stress-Trauma-Symptom-Checkliste und Interventionsmanual für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Dreßing, H., Hoell, A., Schärmann, 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 Children and Adolescents: A Nationwide,

- Representative Survey on Prevalence, Situational Context, and Consequences]. Deutsches Ärzteblatt, 122, 289-291.
- 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 World Health Organization Recommendations. *PLoS Medicine*, 8, e1001122.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M. (2010). Cognitive therapy for PTSD: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 423-429.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M. (2020). Cognitive therapy for PTSD: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 1-12.
- European Union Agency for Fundamental Rights, European Institute for Gender Equality & Eurostat. (2022). EU-wide survey on gender-based violence against women and other forms of interpersonal violence (EU-GBV). Publications Office of the European Union. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/gender-based-violence/database>
- Fegert, J. M., Wenzl, C., Schneider, T., Kölch, M. (2013). Prävalenz und Folgen sexueller Gewalt gegen Kinder. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 1414-1420.
- Fegert, J. M., Kölch, M., Schmeck, K., Schmid, M. (Hrsg.) (2019). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Praxis der Psychotraumatologie. Stuttgart: Schattauer.
- 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, 245-258.
- Finkelhor, D., Turner, H., Colburn, D. (2022). Prevalence of online sexual offenses against children in the US: A national survey. *JAMA Network Open*, 5, e2235375. <https://doi.org/10.1001/2022.jamanetworkopen.5375>
- Finkelhor, D., Turner, H., Colburn, D. (2024). The prevalence of child sexual abuse with online sexual abuse added. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106634.
- 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
- Gräwe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe. <https://www.hogrefe.com/de/shop/neuropsychotherapie-65496.html>
- 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>
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., Fazel, S. (2019). Hodas, G. R. (2006). Responding to childhood trauma: The promise and practice of trauma-informed care. Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services. <https://www.nasmhpdc.org/sites/default/files/Responding%20to%20Childhood%20Trauma%20-%20Hodas.pdf>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., Dunn, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2, e356-e366.

- 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. (2020). “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). Barnutsatta för sexuella övergrepp på nätet [Children exposed to sexual abuse online]. Linköping University Electronic Press.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Dokumentation in der psychotherapeutischen Praxis. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kushnir, J., Sadeh, A. (2012). Assessment of brief interventions for nighttime fears in preschool children. *European Journal of Pediatrics*, 171, 67-75.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., Kliem, S. (2013). ICD-11 Proposal for Complex PTSD and Borderline Personality Disorder: A Content Analysis of Empirical Research. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 19836.
- Mangelsdorf, S., Alisic, E. (2025). Epidemiology of trauma and trauma-related disorders in children and adolescents. In M. Landolt, J. Cloitre, U. Schnyder (Eds.), Evidence-based treatments for trauma-related disorders in children and adolescents (S. 21-38). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-77215-3_2
- Maslow, A.H. (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Masten, A. S., Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 63, 227-257.
- 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.
- Metzner, F., Dahm, K., Richter-Appelt, H., Pawils, S., Moulaa-Edmondson, M. J., Stellermann-Strehlow, K. (2019). Developmental trauma disorder (DTD) in children and adolescents: Results from a patient population at the special consultation hour for traumatized children and adolescents. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47, 300-312.
- Mitchell, J. T., Everly, G. S. (2001). Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers (2. Aufl.). Chevron Publishing Corporation.
- 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.
- Mossige, S., Aas, G., Haugland, B. (2020). Children's House Model: Evaluation of child-friendly multidisciplinary investigation centers in Norway. Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies.
- Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen. (2022). Instrument zur Risikobewertung sexualisierter Gewalt im digitalen Umfeld. https://ecpat.de/wp-content/uploads/2023/08/Instrument_Risikobewertung-DE.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). Post-traumatic stress disorder (NICE Guideline NG116). London: NICE.

- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9, e1001349.
- 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.
- O'Kelly, M. E. (1986). The location of interacting hub facilities. *Transportation Science*, 20, 92-106.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R. (2007). *The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships*. New York: Guilford Press.
- Promise Barnahus Network. (2017). PROMISE Barnahus quality standards: Guidance for multidisciplinary and interagency response to child victims and witnesses of violence. Council of Europe.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 437-445.
- 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., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, 210, 189-195.
- Sadeh, A., Hen-Gal, S., Tikotzky, L. (2008). Young children's reactions to war-related stress: A survey and assessment of an innovative intervention. *Pediatrics*, 121, 46-53.
- Salloum, A., Robst, J., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., Wang, W., Murphy, T. K., Tolin, D. F., Storch, E. A. (2022). Stepped care versus standard care for children after trauma: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61, 1010-1022.
- Shapiro, E., Laub, B. (2015). The recent traumatic episode protocol (R-TEP): An integrative protocol for early EMDR intervention (EEI). *Journal of EMDR Practice and Research*, 9, 45-56.
- Shapiro, E., Laub, B., Rosenblat, O. (2019). Early EMDR intervention after recent trauma: Recent traumatic episode protocol (R-TEP) and group traumatic episode protocol (G-TEP). In M. Luber (Hrsg.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets* (S. 277–310). Springer.
- Steil, R., Rosner, R. (2009). Posttraumatic stress disorder bei Kindern – Verlaufsstudien. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 37, 87-97.
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., Pynoos, R. S. (2013). The UCLA PTSD Reaction Index: Reliability and validity. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 1-9.
- 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. Stuttgart: Thieme.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Petermann, F. (2010). TraumaEntwicklungsstörung: Pro und Contra. Kindheit und Entwicklung, 19, 47-63.
- Schmid, M. (2016). Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Erkennen, verhindern, intervenieren. Beltz Juventa.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., Pascoe, J., Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics, 129, e232-e246.
- Teicher, M. H., Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57, 241-266.
- UNICEF. (2024). When numbers demand action: Confronting the global scale of sexual violence against children. UNICEF. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence-sexual-violence/>
- United Nations General Assembly. (2024). Countering the use of information and communications 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>
- Unnwehr, S., Schneider, S. (2015). Kinder-DIPS für DSM-5: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer.
- Williams, I., Barter, C., Stanley, N. (2022). The importance of relationships in responding to child sexual abuse: What practitioners need to know. Child and Adolescent Social Work Journal, 39, 321-332.
- Wilson, G. A., Wilson, O. J. (2018). Assessing the resilience of human systems: a critical evaluation of universal and contextual resilience variables. Resilience, 7, 126-148.
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E., Fegert, J. M. (2019). The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the German population. Deutsches Ärzteblatt International, 116, 635-642
- World Health Organization (WHO) (2008). mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders (T. Satyanand, Hrsg.). WHO.
- World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. WHO.
- World Health Organization. (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: World Health Organization clinical guidelines [Clinical guidelines]. WHO.
- World Health Organization. (2019) Technical report: World Health Organization guidelines for the health sector response to child maltreatment. World Health Organization.
- World Health Organization (2022). ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. <https://icd.who.int>
- World Health Organization (2023). Post-traumatic stress disorder fact sheet. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
- 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.). WHO.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Kerstin Stellermann-Strehlow;
E-Mail: info@kst-traumahilfe.de

Kerstin Stellermann-Strehlow, Universitätsklinikum des Saarlandes; *Sibylle M. Winter*, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité-Universitätsmedizin Berlin