

**SEHEN,
VERSTEHEN,
SCHÜTZEN.**

**PRÄVENTION
SEXUALISierter
GEWALT AN
KINDERN IN DEN
ERSTEN DREI
LEBENSJAHREN.**

**EIN BOOKLET FÜR
FACHKRÄFTE**

CHILDHOOD

Gefördert
durch



**Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Integration**

WORLD CHILDHOOD FOUNDATION

FOUNDED BY H.M. QUEEN SILVIA OF SWEDEN

Vor- wort

„Jedoch erstaunt es, dass (...) sexualisierte Gewalt als mögliches Risiko für Säuglinge und Kleinkinder so gut wie keine Beachtung findet.“

(Grebenstein, 2017, S. 5)

Es gibt Themen, über die nicht gern gesprochen wird. Sexualisierte Gewalt an kleinen Kindern gehört zu einer dieser schwer auszuhaltenden Realitäten unserer Gesellschaft. Besonders in den ersten drei Lebensjahren bleibt vieles unsichtbar: Kinder können sich sprachlich noch nicht äußern, Fachkräfte spüren vielleicht ein vages Gefühl, Eltern sind verunsichert. In dieser Unsichtbarkeit liegt eine besondere Verantwortung – und in ihr die Chance, präventiv zu wirken.

Dieses Booklet ist Ausdruck eines Selbstverständnisses: dass Prävention nicht erst beginnt, wenn etwas passiert ist – sondern in jedem Kontakt, jeder Haltung, jedem Blick auf das Kind mitgedacht werden kann und sollte. Wer mit kleinen Kindern arbeitet, übernimmt Verantwortung – nicht nur für Entwicklung

und Bildung, sondern auch für Schutz und Integrität.

Prävention sexualisierter Gewalt ist kein einzelnes oder kleines Thema. Es ist verknüpft mit Wissensvermittlung, Sprache und Körperbewusstsein. Prävention hat mit Grenzsetzung, Beziehungsgestaltung und mit dem Mut, auch Unangenehmes anzusprechen, zu tun. Prävention ist allumfassende Stärkung des Kindes und seines Umfeldes – von Anfang an. Prävention betrifft Fachkräfte, Eltern, Einrichtungen – und letztlich uns alle als Gesellschaft.

Dieses Booklet will Fachkräfte informieren – aber nicht überfordern. Es will eine erste Orientierung geben – aber nicht belehren. Und es will vor allem ermutigen: genauer hinzusehen, sich selbst zu reflektieren und die Stärkung von Kindern im Alltag konkret zu leben, damit er im Ernstfall zu Schutz werden kann.

Möge dieses Booklet eine Einladung sein – zum Nachdenken, zum Lernen und zum gemeinsamen Starksein für die Kleinsten.

Inhalt

EINFÜHRUNG

Marilena de Andrade

8 Für wen und wofür ist dieses Booklet gedacht?

10 Warum ein Booklet zur Prävention sexualisierter Gewalt im Alter von 0–3 Jahren?

14 Was erwartet Sie in diesem Booklet?

SEXUALISIERTE GEWALT AN KINDERN IM ALTER VON 0–3 JAHREN

18 Sexualisierte Gewalt an Säuglingen und Kleinkindern

Dr. Dirk Bange

24 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt: *Einordnung, Formen und Auswirkungen*

Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow

28 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt: *Worauf sollen Fachkräfte achten?*

Nina Schaumann & Miriam Zeleke

36 Sexualisierte Gewalt durch Geschwister

Gina Semrau

42 Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt

Miriam Zeleke & Nina Schaumann

48 Elternschaft Betroffener von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend

Bianca Nagel & Prof. Dr. Barbara Kavemann

PSYCHOSEXUELLE UND SOMATISCHE ENTWICKLUNGEN IN DEN LEBENSJAHREN 0–3

59 Einleitung

Marilena de Andrade

62 Psychosexuelle Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren

Anke Sieber

70 Entwicklung des Genitalbereichs in den ersten drei Lebensjahren

Dr. Jana Heringer-Seifert & Dr. Stefanie Karch

76 Exkurs: Nicht akzidentelle Kopfverletzungen im Säuglingsalter (sog. Schütteltrauma)

Dr. Mathias Bernhard

TRAUMA UND DIE ERSTEN LEBENSJAHRE

89 Einleitung

Marilena de Andrade

92 Trauma und Gehirn

Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner

101 Langzeitfolgen früher Traumatisierungen

Prof. Dr. Eva Möhler

112 Exkurs: Bindungstypen. Warum unterschiedliche Bindungstypen unterschiedliche Beziehungsangebote brauchen

Marilena de Andrade

126 Quellenverzeichnis

130 Glossar

136 Impressum



Einführung Für wen und wofür ist
dieses Booklet gedacht?

006- 015

Ein Booklet für alle Fachkräfte, die mit Kindern im Alter von 0–3 Jahren arbeiten

Dieses Booklet richtet sich an alle Fachkräfte, die mit Kindern im Alter von 0–3 Jahren arbeiten – insbesondere an pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen sowie aus dem Bereich der Frühen Hilfen. Fachkräfte in Familienzentren, Beratungsstellen, Frühförderstellen, dem Gesundheitswesen oder in der Sozialen Arbeit finden hier jedoch gleichermaßen relevante Impulse. Denn: Wer beruflich mit kleinen Kindern und ihren Bezugspersonen in Kontakt steht, kann präventiv tätig werden. Dieses Booklet versteht sich entsprechend als praxisnahe Einführung und Orientierungshilfe für das Themenfeld Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern im Alter von 0–3 Jahren. Es soll Wissen bündeln, für spezifische Themen sensibilisieren und Unsicherheiten abbauen, indem Zusammenhänge deutlich werden. Das Booklet soll neugierig machen, ermutigen und bestärken – zum Hinsehen, zum Nachfragen und zum Handeln, ganz im Sinne der Kinderrechte. 📖

MARILENA DE ANDRADE

Einführung

Warum ein Booklet zur Prävention sexualisierter Gewalt im Alter von 0–3 Jahren?

Das Thema sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen wird zunehmend öffentlich und fachlich diskutiert. Das frühe Kindesalter – insbesondere die Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen – spielt bislang jedoch kaum eine Rolle. Die meisten existierenden Präventionsmaterialien und Programme beispielsweise richten sich an ältere Kinder, häufig im Grundschulalter. Für die Jüngsten fehlen bislang oft passgenaue Ansätze und Hilfen – sowohl für die Kinder selbst als auch für ihre Bezugspersonen und Fachkräfte.

Warum ist Prävention gerade im frühen Kindesalter so entscheidend?

Im Bereich der Prävention sexualisierter Gewalt kommt Fachkräften im frühen Kindesalter eine zentrale Rolle zu: Sie sind maßgeblich daran beteiligt, Schutzfaktoren im institutionellen Alltag frühzeitig zu etablieren und strukturell abzusichern. Prävention bedeutet dabei nicht, Kinder frühzeitig auf Gefahren vorzubereiten, sondern ihnen in erster Linie zu vermitteln: Meine Gefühle sind wichtig. Meine Grenzen zählen. Ich darf Nein sagen. Ich kenne meinen Körper. Ich bekomme Hilfe, wenn ich sie brauche. Um Kinder in diesem Alter zu stärken, geht der Weg entsprechend unmittelbar über Erwachsene: über Fachkräfte und/oder über Eltern. Primärprävention unterstützt also Fachkräfte und Bezugspersonen darin, sensibler hinzuschauen, Unsicherheiten abzubauen und gezielt zu handeln. So entsteht Schutz nicht erst im Krisenfall – sondern von Anfang an, im alltäglichen Miteinander.



Was ist Primärprävention und Sekundärprävention?

Während primäre Präventionsmaßnahmen also insgesamt darauf abzielen, vor dem Eintritt eines Gewaltvorfalls übergreifende (Lebens)Belastungen und Risiken zu vermeiden und zu verringern und dadurch Gesundheit und Wohlbefinden zu stärken, setzen sekundäre Präventionsmaßnahmen dort an, wo Probleme zaghaft sichtbar werden, um diese zu unterbinden und eine Chronifizierung und Verschlimmerung zu verhindern. Auch wenn primäre und sekundäre Prävention eng miteinander verzahnt sind, geht es in der Primärprävention neben der Senkung von potenziellen Belastungen (z.B. durch Schutzhandeln von Erwachsenen) besonders um die Stärkung von individuellen Ressourcen. Ansetzen können Maßnahmen damit sowohl direkt beim Kind (z.B. mit der Stärkung von allgemeinen Lebenskompetenzen) als auch bei Erziehungspersonen und/oder pädagogischen Fachkräften, wobei hier die Stärkung der Handlungssicherheit in Verdachtsfällen sowie die Wissens- und Fertigkeitsvermittlung im Zentrum stehen (Storck & Pfeffer, 2018).

Fachkräfte als Schlüsselpersonen für Schutz und Stärkung

Fachkräfte in Kitas und den Frühen Hilfen sind in den ersten drei Lebensjahren von Kindern oft – neben den Eltern – die wichtigsten Bezugspersonen außerhalb der Familie. Sie erleben die Kinder regelmäßig, begleiten sie im Alltag und haben dadurch einen besonderen Zugang zur kindlichen Lebenswelt. Ihre Haltung, ihr Wissen und ihr achtsames Handeln können entscheidend dazu

beitragen, dass Kinder sich sicher fühlen, lernen, ihre Bedürfnisse zu äußern, und erleben, dass ihre Grenzen geachtet werden. Prävention bedeutet deshalb in dieser Altersgruppe vor allem auch: Erwachsene stark machen, damit sie Kinder stark machen können.

Prävention ist gelebter Kinderschutz – und gelebte Kinderrechte

Prävention sexualisierter Gewalt ist zudem immer auch Teil des Auftrags, die Rechte von Kindern umzusetzen. Die UN-Kinderrechtskonvention sichert allen Kindern das Recht auf Schutz vor Gewalt und sexueller Ausbeutung zu (Art. 19 und Art. 34), aber ebenso das Recht auf Beteiligung (Art. 12), auf freie Meinungsäußerung (Art. 13) und auf Schutz ihrer Würde und Integrität (Art. 16 und Art. 37).

Nicht erst sprechen zu können macht Kinder zu Rechtsträger:innen – Jedes Kind hat ein Recht darauf, dass seine Grenzen respektiert und seine Signale wahrgenommen werden – von Anfang an.

In der Praxis haben sich einige grundlegende Präventionsbotschaften an Kinder bewährt:

- ➔ Mein Körper gehört mir!
 - ➔ Meine Gefühle sind richtig!
 - ➔ Ich entscheide über Berührungen!
 - ➔ Gute und schlechte Geheimnisse unterscheiden!
 - ➔ Nein sagen ohne Schuldgefühl!
 - ➔ Hilfe holen ist stark!
- (PETZE-Institut, o.J.)

Diese Botschaften machen deutlich: Prävention im frühen Kindesalter bedeutet vor allem, Kinder zu stärken, bevor sie überhaupt in belastende Situationen geraten.

Wie ist dieses Booklet entstanden?

Dieses Booklet ist das zentrale Ergebnis eines zweijährigen Präventionsprojekts der World Childhood Foundation Deutschland im Rahmen des Masterplans Kinderschutz, gefördert vom Sozialministerium Baden-Württemberg. Ziel war es, das bislang wenig beachtete The-

menfeld Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern im Alter von 0-3 Jahren sichtbar zu machen und fundierte, praxisnahe Materialien für Fachkräfte bereitzustellen.

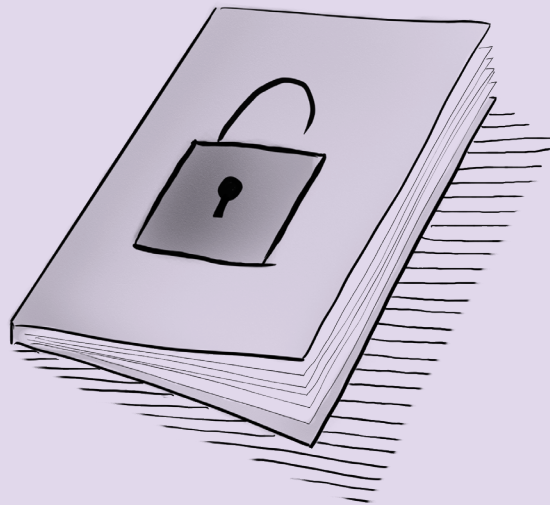
Wir als World Childhood Foundation Deutschland engagieren uns bundesweit für den Schutz von Kindern vor Gewalt, insbesondere vor sexualisierter Gewalt. Ein Schwerpunkt unserer Stiftungsarbeit liegt dabei auf dem Aufbau und der Unterstützung der sogenannten Childhood-Häuser in Deutschland. In diesen ambulanten Einrichtungen werden Kinder, die von Gewalt betroffen sein könnten, in einem geschützten Rahmen interdisziplinär untersucht und begleitet – von Medizin, Psychologie, Sozialer Arbeit und Jugendamt, Polizei und Justiz. In dieser Arbeit sehen wir immer wieder: Bei Kindern unter drei Jahren sind die Fälle besonders komplex und für alle Beteiligten schwierig.

Um genauer zu verstehen, welche Themen besonders herausfordernd in der allgemeinen Praxis sind und welche Präventionsmaßnahmen sinnvoll wären, wurde eine Online-Befragung unter Fachkräften in Kitas und den Frühen Hilfen durchgeführt. Besonders spannend war, dass nur etwa jede:r siebte Befragte angab, überhaupt Präventionsmaterialien für die Altersgruppe 0-3 Jahre zu kennen – genutzt wurden solche Materialien noch deutlich seltener. Gleichzeitig äußerten fast 90 % der Fachkräfte den Wunsch, hierfür konkrete Unterstützung zu erhalten.

Dieses Booklet soll diesem Wunsch nachkommen. Es ist kein rein theoretisches Fachbuch, sondern ein praxisnahes Arbeitsmittel, das auf reale Rückmeldungen aus dem Feld reagiert. Verschiedene Autor:innen aus Wissenschaft und Praxis haben zu vielen unterschiedlichen Themen Kapitel verfasst, die jeweils erste Grundlagen für relevante Themen für den Bereich Prävention sexualisierter Gewalt in dieser Altersstufe schaffen und neugierig auf mehr machen sollen. Jedes Kapitel steht entsprechend für sich, gehört aber jeweils einem großen Unterthema an. 📖

Für die Richtigkeit der Inhalte sind jeweils die Autor:innen verantwortlich.

Was erwartet Sie in diesem Booklet?



Da Prävention sexualisierter Gewalt kein eng begrenztes Thema, sondern ein vielschichtiger, umfassender Schutzauftrag ist, finden Sie hier in diesem Booklet sehr viele unterschiedliche Themen. Prävention in diesem Themenfeld ist wie ein großer Regenschirm, unter dem sich viele verschiedene Themen und Perspektiven versammeln: von Fachwissen über Gewaltformen und ihren Spezifika bis hin zu alltagspraktischen Fragen, Sprache, Bindung, Körperwissen oder rechtlichen Grundlagen.

Genau diese Vielfalt spiegelt sich im Aufbau dieses Booklets wider.

Das Booklet gliedert sich in drei thematische Schwerpunkte.

Im ersten Schwerpunkt zu sexualisierter Gewalt an Kindern im Alter von 0-3 Jahren beleuchtet **Dirk Bange** im einführenden Kapitel die bisher stark vernachlässigte Dimension von Gewalt gegen die Jüngsten und formuliert zentrale Anforderungen an Fachkräfte. **Kerstin Stellermann-Strehlow** thematisiert in einem weiteren Kapitel Erscheinungsformen und Auswirkungen technologiegestützter sexualisierter Gewalt. Daran anschließend fokussieren **Nina Schaumann** und **Miriam Zeleke**, worauf Fachkräfte diesbezüglich im Alltag besonders achten sollten. **Gina Semrau** widmet sich der oft tabuisierten Thematik sexualisierter Gewalt durch Geschwister, während ein

weiteres Kapitel von **Schaumann** und **Zeleke** den professionellen Umgang mit Verdachtsfällen in den Blick nimmt. **Bianca Nagel** und **Barbara Kavemann** erweitern die Perspektive um den Aspekt der Elternschaft Betroffener, ein bislang wenig berücksichtigter, aber bedeutsamer Bereich für die psychosoziale Praxis.

Der zweite Schwerpunkt zu psychosexueller und somatischer Entwicklung enthält grundlegende Informationen zur frühkindlichen Sexualität und deren Begleitung im Alltag. **Anke Sieber** führt in die psychosexuelle Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren ein, **Jana Heringer-Seifert** und **Stefanie Karch** erläutern die anatomische Entwicklung des Genitalbereichs. Ein ergänzendes Kapitel von **Mathias Bernhard** thematisiert das Phänomen nicht akzidenteller Kopfverletzungen im Säuglingsalter (Schütteltrauma) als wichtigen Aspekt der Schutzverantwortung.

Der dritte thematische Schwerpunkt Trauma gibt Einblick in Grundlagen, Folgen und Verarbeitungsmöglichkeiten früher Belastungserfahrungen. **Silke Gahleitner** beschreibt die Auswirkungen traumatischer Erlebnisse auf das kindliche Gehirn, **Eva Möhler** geht auf mögliche Langzeitfolgen frühkindlicher Traumatisierungen ein. Ein Exkurs von **Marilena de Andrade** verdeutlicht, warum verschiedene Bindungstypen unterschiedliche Formen der Beziehungsgestaltung benötigen – und wie Bindungserfahrungen mit Schutz und Stabilität zusammenhängen. 🗨️

Sexualisierte Gewalt an Kindern im Alter von 0–3 Jahren

016- 0555

DR. DIRK BANGE

Sexualisierte Gewalt an Säuglingen und Kleinkindern

„Ich finde es grausam, wenn Kinder geschlagen werden, aber das ist für mich das absolut Grausamste, was ich mir vorstellen kann. Das sprengt auch für mich die Grenzen meiner Vorstellungsfähigkeit. Ich kann mir vieles vorstellen. Ich kann mir auch vorstellen, dass Eltern ein Kind verhungern lassen. Aber mir vorzustellen, dass ein unter einjähriges Kind gewaltsam sexuell missbraucht wird, dass – ne weigert sich fast mein Verstand mir das bildlich vorzustellen. Und ich weiß ja, dass es geschieht, ja.“

GREBENSTEIN, 2017, S. 62

Sexualisierte Gewalt an Säuglingen und Kleinkindern hat bisher in der Diskussion über die sexualisierte Gewalt an Kindern kaum Beachtung gefunden. Darüber zu sprechen ist offensichtlich immer noch ein Tabu im Tabu. Bis heute erhält auch die innerfamiliäre sexualisierte Gewalt nicht die erforderliche Aufmerksamkeit. Diese beginnt aber oft bereits im Säuglings- oder Kleinkinderalter und die meisten betroffenen Kinder dieser Altersgruppe werden zu Hause sexuell missbraucht. Und auch wenn es schwerfällt, bei Säuglingen und Kleinkindern an sexualisierte Gewalt zu denken, ist es dringend geboten, sich damit auseinanderzusetzen und entsprechenden Hinweisen nachzugehen. Dies gilt insbesondere für die Fachkräfte der Familienförderung und der Kindertagesbetreuung, da sie oft die ersten sind, die mit diesen Familien und den Kindern in Kontakt kommen. 📞

Von den 255 betroffenen Kindern, ... waren 26,3 Prozent unter 4 Jahre

(AHLIG, 2020)

1. Wissenschaftlicher Hintergrund

In der Polizeilichen Kriminalstatistik wurden 2023 18.497 betroffene Kinder erfasst. 2.206 dieser Mädchen und Jungen waren unter 6 Jahre alt (13 %) (Bundeskriminalamt 2024). Bei den im Jahr 2023 durch die Jugendämter (JÄ) durchgeführten Gefährdungseinschätzungen von Meldungen gemäß § 8a SGB VIII wurde eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung durch sexualisierte Gewalt bei 787 Kindern unter 6 Jahren festgestellt (Statistisches Bundesamt 2024).

Bereits diese Zahlen aus den öffentlichen Statistiken weisen auf ein erhebliches Problem hin. Da das Dunkelfeld bei sexualisierter Gewalt insgesamt – besonders aber bei Säuglingen und Kleinkindern – enorm ist, dürfte die Zahl der betroffenen Kinder in der Realität noch wesentlich höher liegen. Die Aufdeckungswahrscheinlichkeit ist bei Babys und Kleinkindern besonders gering, weil

- ... die Kinder die Gewalt aufgrund ihres Sprachentwicklungsstandes noch nicht oder kaum verbalisieren können. Da in der Regel keine medizinischen oder andere gerichtsverwertbaren Beweise vorliegen, bleiben die Fälle unentdeckt.

- ... fast alle Kinder dieses Alters innerhalb ihrer Familie sexuell missbraucht werden. Dies erschwert die Aufdeckung, da eine „öffentliche Kontrolle“ nur stattfindet, wenn die Familien z.B. an Angeboten der Frühen Hilfen teilnehmen oder die Kinder in Kindertagesbetreuung sind (Greibenstein 2017, 35f.).

Es gibt Untersuchungen, in denen sich dementsprechend wesentlich höhere Werte finden: So begann bei fast der Hälfte der 870 Betroffenen, die sich bis Mai 2020 an die „Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs“ gewandt haben, die sexualisierte Gewalt vor dem 6. Lebensjahr (Andresen u.a. 2021, 68).

Bestätigt wird dieses Ergebnis durch eine repräsentative Studie aus den USA. Von den 13.052 erfassten Kindern und Jugendlichen haben 506 sexualisierte Gewalt erlebt. Die 10- bis 17-jährigen wurden selbst befragt und bei den Kindern unter 10 Jahren die Sorgeberechtigten. Bei 17,2% der betroffenen Minderjährigen begann die Gewalt im Alter zwischen 0 und 5 Jahren (Gewirtz-Meydan & Finkelhor 2019, 208).

Bei der Internet Watch Foundation, die aus mehr als 50 Ländern Meldungen über mögliche Miss-

brauchsdarstellungen im Internet erhält, beinhalteten im Jahr 2023 1.575 der Meldungen Bilder oder Videos von Kindern im Alter von 0 bis 2 Jahren und 6.104 im Alter von 3 bis 6 Jahren (IWF 2024).

Diese Zahlen werden durch die Studie von Nadine Ahlig (2020) bestätigt. Sie hat die Angaben über 1.569 Tatverdächtige, die in Berlin in den Jahren 2012 bis 2017 wegen Straftaten gemäß § 184b StGB polizeilich registriert wurden, sowie über 90 Personen, die des sexuellen Missbrauchs zur Herstellung von Kinderpornografie (§176 a III StGB) verdächtigt wurden, analysiert (Ahlig 2020, 26ff.). Von den 255 betroffenen Kindern, die den Tatverdächtigen wegen Straftaten gemäß § 184b StGB zugeordnet werden konnten, waren 26,3 Prozent unter 4 Jahre alt. Bei den 76 betroffenen Kindern der Tatverdächtigen wegen § 176 a III StGB waren es 15,8 Prozent.

Bei der Kindertagesbetreuung kommt hinzu, dass es immer wieder Fälle gibt, in denen Fachkräfte

entweder in der Kita sexualisierte Gewalt begangen oder sich bei den Eltern als Babysitter angeboten haben, um Kinder zu missbrauchen. Leider gibt es dazu in Deutschland keine aussagekräftigen Untersuchungen (Henningsen u.a. 2018, 445).

Diese sehr unterschiedlichen Zahlen zeigen vor allem eines: Fachkräfte, die mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren und deren Familien arbeiten, werden mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit im Verlauf ihrer Tätigkeit auf ein Kind treffen, das von sexualisierter Gewalt bedroht oder betroffen ist. Auch wenn das Dunkelfeld noch sehr groß ist und keine Ableitung ins Hellfeld möglich ist, sprechen die (wenigen) Zahlen, die es gibt, eine deutliche Sprache.

2. Das Tabu im Tabu

Viele Menschen und auch viele Fachkräfte verspüren einen inneren Widerstand, sich mit sexualisierter Gewalt bei Säuglingen und Klein-



Es muss mehr Wissen über sexualisierte Gewalt, insbesondere über die innerhalb der Familie, aufgebaut werden.

kindern zu beschäftigen. Im Rahmen der Dissertation von Anne-Kathrin Grebenstein (2017) befragte Mitarbeiterinnen formulieren diese inneren Widerstände eindrücklich und zutreffend:

„Ich glaube, dass es da so einen inneren Widerstand gibt, eine Abwehr, da möchte ich mich gar nicht gedanklich mit befassen, dass Kinder mit einem Jahr oder unter zwei Jahren sexuell und dann noch gewaltsam missbraucht werden.“ (S.10)

So nachvollziehbar solche Gefühle sind und auch wenn es schwerfällt, sich vorzustellen, dass einem Baby oder einem Kleinkind sexualisierte Gewalt widerfährt, müssen die Fachkräfte in der Familienförderung und der Kindertagesbetreuung offen für dieses Thema sein.

Wie tief das Wahrnehmungstabu und zwar nicht nur bei Fachkräften reicht, zeigt sich auch daran, dass noch im 13. Kinder- und Jugendbericht aus dem Jahr 2009 geschrieben steht, dass bei Kindeswohlgefährdungen in der frühen Kindheit sexuelle Gewalt nur eine unterge-

ordnete Rolle spielt (BMFSFJ 2009, 89). Richtig daran ist, dass sich nur relativ wenige Gefährdungsmeldungen gemäß § 8a SGB VIII auf sexualisierte Gewalt beziehen. Von den durch die Kindertagesbetreuung erfolgten Meldungen, die von den JÄ als akute oder latente Kindeswohlgefährdung bewertet wurden, bezogen sich von 3.036 Meldungen nur 144 auf sexualisierte Gewalt (Bange 2023, 513f.). Die unterschwellige Botschaft des Kinder- und Jugendberichts heißt

aber leider: Das Thema benötigt wenig Aufmerksamkeit. Welch ein Fehlschluss angesichts des großen Dunkelfelds! Anstatt zu schlussfolgern „Was man nicht sieht (oder was nicht gemeldet wird), kann es nicht geben“, muss es heißen „Alle Sinne müssen geschärft sein!“.

3. Die Bedeutung der Fachkräfte in Familienförderung und Kindertagesbetreuung für Prävention und Intervention

Angesichts des Ausmaßes der sexualisierten Gewalt an Säuglingen und Kleinkindern ist der Präventionsauftrag in der Familienförderung und der Kindertagesbetreuung klar: es muss mehr Wissen über sexualisierte Gewalt, insbesondere über die innerhalb der Familie, aufgebaut werden. Dazu braucht es etablierte Fort- und Weiterbildungsangebote, in denen auch sexualisierte Gewalt an Säuglingen und Kleinkindern thematisiert wird. Dies unterstreicht die Anfang 2025 vorgelegte Studie "Elternschaft nach sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend" eindrücklich (Kavemann & Nagel 2025; siehe auch den Beitrag in diesem Booklet von den beiden Autorinnen).

Welche Bedeutung gerade der Kindertagesbetreuung bei der Prävention sowie Intervention für diesen Themenbereich zukommt, zeigt sich daran, dass von den Kindern im Alter bis drei Jahren am 1. März 2024 37,4 Prozent und von den 3- bis 6-jährigen Kindern 91,3 Prozent in Kindertagesbetreuung waren.

Das verdeutlicht: In der Kindertagesbetreuung besteht eine große Verantwortung und Chance zum Kinderschutz und es ist unverzichtbar, in diesem Zusammenhang die Aufmerksamkeit auch auf ganz junge Kinder (Säuglinge und Kleinkinder) zu richten.

Darüber hinaus ist es dringend geboten, dass die Fachkräfte achtsam bezüglich möglicher Hinweise auf sexualisierte Gewalt sind. Leider ist es Realität, dass sexualisierte Gewalt schon früh im Leben von Mädchen und Jungen stattfindet. Wenn ein „komisches Gefühl“ besteht, sollte sich darüber zuerst kollegial ausgetauscht werden. Wenn sich dieses Gefühl oder die Hinweise verdichten, sollte unverzüglich eine insoweit erfahrene Fachkraft des JA und/oder gegebenenfalls eine spezialisierte Fachberatungsstelle hinzugezogen werden. Wenn erforderlich sollte eine Meldung gemäß § 8a SGB VIII an das Jugendamt erfolgen.

Damit Kinderschutz eine hohe Qualität für diese Altersgruppe aufweisen kann, muss zudem dringend die Forschung zur sexualisierten Gewalt insgesamt in der frühen Kindheit ausgebaut werden. 📌

Technologiestützte sexualisierte Gewalt: Einordnung, Formen und Auswirkungen

Einleitung

Technologiestützte sexualisierte Gewalt und Ausbeutung sind ein wachsendes Problem, das Kinder bereits in den frühesten Lebensjahren betreffen kann. Auch im Kontext der Präventionsarbeit für sexualisierte Gewalt bei Kleinkindern (0–3 Jahre) ist es entsprechend wichtig, sich mit den diesbezüglichen Risiken auseinanderzusetzen. Die zunehmende Digitalisierung und die frühe Nutzung digitaler Medien durch Kinder erfordern eine kritische Auseinandersetzung mit Online-Risiken.

Laut UNICEF-Bericht 2024 haben weltweit 650 Millionen Mädchen und Frauen sowie 410 bis 530 Millionen Jungen und Männer sexuelle Gewalt erlebt, davon viele in digitaler Form. Zudem zeigen Studien, dass mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung Zugang zum Internet hat, darunter ein Drittel Kinder.

Aktuelle Zahlen

Die Meldestelle "CyberTipline" des Nationalen Zentrums für vermisste und ausgebeutete Kinder (2024) stellt insbesondere für Kleinkinder international eine hohe Inzidenz von technologiestützter sexualisierter Gewalt heraus. Es waren 2023 2.401 gemeldeten Fällen bei Kindern im Alter zwischen 3 und 6 Jahren.

- ➔ Deutschland: Seit 2019 hat sich die Zahl der Fälle von sexualisierter Gewalt mit digitaler Komponente verdreifacht. Die Zahl der gemeldeten Fälle stieg von 12.262 auf 45.191 Fälle (Bundeskriminalamt, 2023).
- ➔ 41 % der betroffenen Kinder sind dabei zwischen 7 und 10 Jahre alt. Das entspricht einem Anstieg von 25% im Vergleich zu 2022 (Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2024).

Dieses Kapitel dient als allgemeine Einführung in das Thema Sexualisierte Gewalt im digitalen Raum. Im folgenden Text wird der Fokus explizit auf den Bereich der Altersgruppe 0–3 Jahre sowie den Kontext von Kindertagesstätten und den Frühen Hilfen gelegt.

1. Definition: Was ist technologiestützte sexualisierte Gewalt ?

Sexualisierte Gewalt im digitalen Raum umfasst verschiedene Gewaltformen, bei denen digitale Technologien – etwa soziale Netzwerke, Messaging-Dienste oder On-

line-Plattformen – zur Anbahnung, Durchführung oder Verbreitung sexueller Gewalt gegen Kinder genutzt werden.

Die aktualisierten Luxembourg Guidelines (2025) empfehlen eine klare, technologieneutrale und nicht-stigmatisierende Sprache für die Definitionen dieser Gewaltformen. Begriffe wie „Kinderpornografie“ sowie verharmlosende oder täterzentrierte Formulierungen sollen vermieden werden. Stattdessen wird die Verwendung von Begriffen wie **„Darstellungen sexuellen Missbrauchs von Kindern“** oder **„Material über die sexuelle Ausbeutung von Kindern“** empfohlen. Auch der Begriff „Online sexualisierte Gewalt“ wird in den Guidelines nicht mehr genutzt, da er den technischen Wandel und die Breite der Erscheinungsformen nicht ausreichend abbildet.

2. Formen technologiestützter sexualisierter Gewalt

Technologiestützte sexualisierte Gewalt tritt in vielfältiger Weise auf. Zu den häufigsten Erscheinungsformen zählen:

- ➔ **Grooming:** Die gezielte Anbahnung sexueller Kontakte mit Kindern über digitale Kommunikationswege (z.B. über Online-Spiele) – mit dem Ziel sexualisierter Gewalt oder der Ausbeutung.
- ➔ **Sexuelle Erpressung (Sextortion):** Der Einsatz von Drohungen – meist in Verbindung mit intimen Bildern –, um Kinder zu sexuellen Handlungen oder Zahlungen zu zwingen.
- ➔ **Ungewollte Weitergabe sexueller Darstellungen von Kindern:** Das Erzwingen oder Verbreiten von bildlichem Material mit sexuellem Inhalt, ohne Zustimmung des betroffenen Kindes.
- ➔ **Digitale Verfolgung (Cyberstalking):** Andauernde Belästigung, Kontrolle oder Bedrohung eines Kindes über digitale Kanäle.
- ➔ **Live-Übertragung sexueller Gewalt an Kindern:** Echtzeit-Streaming von Missbrauchshandlungen – häufig im Kontext sexueller Ausbeutung.
- ➔ **Verbreitung, Besitz oder Betrachtung von Darstellungen sexuellen Missbrauchs von Kindern:** Die digitale Weitergabe, Speicherung oder bewusste Betrachtung und/oder Nutzung von Material, das sexuelle Gewalt gegen Kinder dokumentiert.



3. Auswirkungen technologiegestützter sexualisierter Gewalt

Die Folgen für betroffene Kinder sind gravierend und vergleichbar mit denen von offline erlebtem Missbrauch. Allerdings birgt technologiegestützte sexualisierte Gewalt zusätzliche Herausforderungen, da das Material oft dauerhaft im Internet bleibt und sich die Betroffenen ihrer Ohnmacht gegenüber der Verbreitung bewusst sind.

- ➔ Psychische Folgen: Viele betroffene Kinder entwickeln Angststörungen, Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Schuld- und Schamgefühle sind weit verbreitet, insbesondere wenn die Betroffenen mit der Verbreitung von Missbrauchsabbildungen konfrontiert werden. Die Folgen können teilweise auch erst im späteren Verlauf des Kindes- und Jugendalters auftreten, sobald die Erlebnisse kognitiv anders eingeordnet und reflektiert werden können.
- ➔ Soziale Auswirkungen: Betroffene erleben oft soziale Isolation und Vertrauensverlust in Bezugspersonen. Viele meiden das Internet oder entwickeln starke Ängste vor sozialer Interaktion, was ihre schulische und persönliche Entwicklung beeinträchtigen kann.
- ➔ Gesundheitliche Folgen: Neben psychischen Belas-

tungen zeigen viele betroffene Kinder Symptome wie Schlafstörungen, Essstörungen und psychosomatische Beschwerden. Selbstverletzendes Verhalten oder Suizidgedanken treten häufig als Reaktion auf das Erlebte auf.

- ➔ Langzeitfolgen: Betroffene haben ein erhöhtes Risiko für reviktimisierende Erfahrungen, Bindungsprobleme und Schwierigkeiten in der sozialen und emotionalen Entwicklung. Die psychischen Belastungen können sich bis ins Erwachsenenalter auswirken und zu posttraumatischen Belastungsreaktionen oder Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen führen.

Da technologiegestützte sexualisierte Gewalt oftmals mit der dauerhaften Verfügbarkeit von belastendem Material im Internet einhergeht, kann diese Form von Gewalt für Betroffene immer wieder präsent werden. Dies verstärkt die potenzielle Gefahr einer Traumatisierung und kann langfristige Hilfsangebote notwendig machen.

Medizinische Aspekte technologiegestützter sexualisierter Gewalt

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt kann nicht nur psychische, sondern auch körperliche Folgen haben. Kinder entwickeln häufig somatische Beschwerden wie Schlafstörungen, Essprobleme, chronische Schmerzen oder selbst-

verletzendes Verhalten. Die psychische Belastung kann zudem zu Angststörungen, Depressionen oder posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) führen.

Diese Gewaltform tritt oft zusammen mit anderen Formen von Gewalt und Vernachlässigung auf. Eine hohe Anzahl an belastenden Kindheitserfahrungen (ACEs) erhöht das Risiko für langfristige Gesundheitsprobleme und kann die Lebenserwartung verkürzen.

- ➔ Auch wenn die Gewalt online nicht physisch stattfindet, kann eine medizinische Untersuchung notwendig sein – zur Beweissicherung, zur Einschätzung des Gesundheitszustands oder zur Aufklärung über sexuelle Gesundheit. Die Entscheidung darüber sollte multiprofessionell getroffen werden, unter Berücksichtigung eines trauma-sensiblen Ansatzes.
- ➔ Die Dokumentation spielt eine entscheidende Rolle. Neben körperlichen und psychischen Befunden sollte auch digitales Beweismaterial gesichert werden. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit der Polizei erforderlich, um Betroffene zu schützen und weitere Übergriffe zu verhindern.
- ➔ Kinder haben ein Recht auf medizinische Versorgung, Beratung und Prävention – auch im digitalen Kontext. Eine interdisziplinäre und trauma-sensible Betreu-

ung der Kinder sowie ihrer Bezugspersonen ist entscheidend, um langfristige Schäden zu vermeiden und Resilienz zu fördern.

Fazit

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt ist eine ernstzunehmende Bedrohung, die nicht nur für ältere Kinder und Jugendliche relevant ist, sondern auch Kleinkinder betreffen kann. Daher ist es von zentraler Bedeutung, Präventionsmaßnahmen bereits im frühesten Kindesalter zu implementieren und Eltern sowie Fachkräfte über die Risiken und Schutzmöglichkeiten aufzuklären. Nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Berücksichtigung digitaler Aspekte in der Kinderschutzarbeit kann dieser Form der Gewalt wirksam begegnet werden. 📌

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt kann nicht nur psychische, sondern auch körperliche Folgen haben.

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt: Worauf sollen Fachkräfte achten?

Leben nicht mehr wegzudenken. Sei es durch Social Media oder die vielen "Alltagshelfer", die wir permanent nutzen, wie zum Beispiel das Navigationssystem oder die Personalverwaltungs-App der Kita. In unserem Alltag spielt "online sein" permanent eine Rolle.

Auch sehr junge Kinder sind digitale Geräte im Alltag gewohnt. Ihr Leben wird teilweise von Geburt an dokumentiert, Bilder und Videos werden in Familien- und Kita-Chats geteilt, Babyphones übertragen Livebilder auf Smartphones und digitale Assistenten sind in vielen Haushalten allgegenwärtig. Dadurch entstehen nicht nur neue Möglichkeiten der Vernetzung und Dokumentation, sondern auch Herausforderungen – insbesondere, wenn es um den Schutz der Kinderrechte im digitalen Raum geht.

In der frühen Kindheit sind Menschen besonders vulnerabel, weil sie noch nicht selbst einschätzen können, welche Informationen über sie verbreitet werden und welche Risiken damit verbunden sein können. Sie sind darauf angewiesen, dass Erwachsene – Eltern, Fachkräfte und Institutionen – Verantwortung übernehmen, um ihre Persönlichkeitsrechte zu wahren und sie vor möglichen Gefahren zu schützen.

Das betrifft auch die Prävention von sexualisierter Gewalt im digitalen Raum. Viele Fachkräfte assoziieren sexualisierte Gewalt vorrangig mit direkten Übergriffen im phy-

Die digitale Welt ist Teil unseres Alltags geworden. Obwohl wir uns täglich darin aufhalten, bleibt vieles im Unklaren und scheint vielfältige Gefahren zu bergen – vor allem in Bezug auf sexualisierte Gewalt. Damit befasst sich diese Publikation, die sich an Fachkräfte richtet, die regelmäßig Kontakt mit jungen Kindern haben. Das ist häufig die Kita – es kann aber auch über das Netzwerk der Frühen Hilfen der Fall sein. Der Inhalt der Publikation richtet sich in seiner Ansprache zwar an Erzieher:innen – der Inhalt ist aber auf viele pädagogische Einrichtungen, Treffs und Beratungen übertragbar.

Die digitale Welt ist aus unserem

sischen Umfeld. Doch das Internet und digitale Technologien eröffnen neue Formen von Risiken: **Missbrauchsdarstellungen von Kindern, ungewollte Verbreitung privater Aufnahmen und die Manipulation von Bildmaterial** sind reale Gefahren. Selbst vermeintlich harmlose Alltagsbilder können in Täter:innen-Netzwerken missbraucht werden.

Wichtig:

Die digitale Welt ist Teil unserer Realität geworden. Wir nutzen sie unterschiedlich und sie ist vielfältig. Für Fachkräfte entsteht daraus ein pädagogischer Auftrag: Sie haben die Aufgabe, die Rechte der Kinder zu gewährleisten und begleiten Kinder dabei, selbst einen kompetenten Umgang in ihren Lebenswelten (auch im digitalen Bereich) zu finden. Die digitale Welt ist deswegen auch das Aufgabenfeld der Kita und Frühen Hilfen.

1. Digitale Räume sind unser Alltag

Viele digitale Tools sind hilfreich, stellen Nähe her und erleichtern den Alltag. Sie gehören zum Leben der Erwachsenen und der Kinder dazu. Auch aus der Sicht der Kinderrechte wurde mehrfach betont: Die Kinderrechte gelten auch im digitalen Raum. Damit sind die Schutz-, Förder- und Beteiligungsrechte der Kinder gemeint. Je nach Alter und Stand der Fähigkeiten und

Kenntnisse müssen die Rechte der Kinder ganz unterschiedlich umgesetzt werden. Es ist die Verantwortung der Fachkräfte, Eltern und Politiker:innen für die Umsetzung und Einhaltung der Kinderrechte im digitalen Raum Verantwortung zu übernehmen.

Kinderleben in digitalen Räumen gestalten

Die Frage ist längst nicht mehr, ob Menschen Teil der digitalen Welt werden, sondern wann und wie.

Kinder haben etwa ein **Recht darauf, gesehen zu werden und sich auszudrücken** – auch öffentlich. Das bedeutet, dass ihre Erlebnisse, Meinungen und ihre Existenz in der Gesellschaft sichtbar sein dürfen. Gleichzeitig haben sie aber auch ein Recht auf Schutz, insbesondere vor der Verletzung ihrer Persönlichkeitsrechte und ihrer körperlichen und psychischen Unversehrtheit. Kinder haben auch ein Recht darauf, die **Fähigkeiten zu erwerben, sich selbstsicher, kompetent und verantwortungsvoll in digitalen Räumen aufzuhalten**.

Erwachsenen kommt damit eine besondere Verantwortung zu. Kinder können noch nicht selbst entscheiden, welche Bilder und Informationen über sie veröffentlicht werden, welche Inhalte ihnen schaden können und welche Risiken die Interaktion mit digitalen Angeboten bergen. Erwachsene – auch



Kita-Fachkräfte – tragen die Verantwortung dafür, dass ihre Rechte gewahrt bleiben und die Konsequenzen digitaler Mediennutzung mitgedacht werden.

Digitale Räume in der Kita

Auch im Kita-Alltag wird Digitalisierung vielfach genutzt. Immer mehr Kindertagesstätten nutzen Apps zur Verwaltung und zur Kommunikation mit Familien, Bildmaterial wird erstellt, um Bildungsportfolios zu gestalten. Im Alltag mit den Kindern kann es beispielsweise sein, dass die Gruppe das Tablet nutzt, um für ein Projekt zu recherchieren.

Hier bieten sich vielfältige Möglichkeiten, den Kita-Alltag lebendiger und für Eltern wie Kinder interaktiver zu gestalten. Damit einher geht auch eine besondere Verantwortung, wenn es um mög-

lichen Missbrauch der Daten, die Darstellung und die Würde der Kinder und ihren allgemeinen Schutz geht. Schnell kann es uns in einer digitalisierten Welt passieren, dass etwa die Fachkraft mit dem privaten Handy ein Bild von einer tollen Spielsituation aufnimmt oder in einer Kita-Gruppe im Messengerdienst persönliche Informationen über einzelne Kinder ausgetauscht werden. Dann muss dringend nachgesteuert werden.

Digitalisierung ist ein großes Feld und ein eindeutiges Konzept für den Umgang mit Medien ist immer auch ein Schutzfaktor vor (sexualisierter) Gewalt. Deshalb ist es wichtig, als Kita einen gemeinsamen Rahmen und Regelungen zu erarbeiten und diesen immer wieder mit allen Beteiligten neu zu thematisieren und auszuhandeln. Das ist das Fundament für ein Schutzkonzept im digitalen Raum.

Wichtig für den Anfang ist eine Bestandsaufnahme:

Welche digitalen Tools und Räume werden genutzt und wofür?

Dabei unbedingt auch an die privaten Geräte denken – (wie) ist deren Benutzung in der Kita geregelt-, sowohl im Hinblick auf die Kinderrechte als auch im Hinblick auf die Vorbildfunktion. Das betrifft Mitarbeitende und Besuchende.

Wer nutzt diese Räume?

Gibt es für den Einsatz digitaler Räume und Geräte ein pädagogisches Konzept?

Wenn Kinder in Bild oder Ton auftauchen – Wer hat Zugang und wieso?

Wo werden diese Daten gespeichert, verwaltet und gelöscht?

Dienen diese Veröffentlichungen den Interessen der Kinder?

Welche faktisch rechtlichen Regelungen gibt es bereits?

Ist der Datenschutz nach deutschen rechtlichen Bestimmungen gewährleistet?

Was sind die Vorgaben des Trägers?

Welche Vereinbarungen wurden bereits mit allen Anwender:innen getroffen?

Was wurde vereinbart?

Welches Wissen und welche Kompetenzen müssen vorhanden sein, um digitale Räume zu nutzen?

Welche (rechtlichen) Schritte werden eingeleitet, wenn Regeln gebrochen werden?

Gibt es ein Meldeverfahren?

Umfasst das die Entdeckung von Regelverstößen bei und durch Eltern/ Angehörige?

Wenn diese Bestandsaufnahme erfolgt ist, können Nachbesserungen getroffen werden, um die verbindliche Umsetzung der Rechte der Kinder zu gewährleisten.

2. Sexualisierte Gewalt geschieht auch im digitalen Raum

Für den Umgang mit digitalen Medien gibt es **rechtliche Grundlagen**, die in unterschiedlichen Rechtskreisen hinterlegt sind, die teilweise auch im strafrechtlichen Bereich liegen- etwa wenn es um das Anfertigen, den Besitz oder das Versenden von Bildmaterial geht, auf dem Missbrauchsdarstellungen abgebildet sind und das als so genanntes Kinderpornografisches Material gilt. Für sexualisierte Gewalt gibt es keine Altersuntergrenze. Es ist wichtig, dass das bewusst ist. Auch sehr junge Kinder und Säuglinge können betroffen sein.

Im Alltag in einer Kindertagesstätte ist es deshalb wichtig, dass Fachkräfte **Kenntnis** darüber haben,

was **klare Rechtsverletzungen** sind und dass in diesen Fällen immer die Polizei mit dem Auftrag der Strafverfolgung zu informieren ist. Dies kann zum Beispiel in einer Teamfortbildung erfolgen oder über Qualifizierung einer Fachkraft als Expertin mit dem Auftrag, das Thema zu hüten.

Der Träger hat zu gewährleisten, im Sinne seiner Fürsorgepflichten und der Arbeitssicherheit, dass Kita-Teams hierzu regelmäßig und bei Bedarf geschult werden.

Nach deutschem Recht (§ 184b StGB) handelt es sich um sogenannte **kinderpornografische Inhalte**, wenn Darstellungen sexuelle Handlungen von, an oder mit Kindern zeigen.

Können problematische Aufnahmen auch unabsichtlich entstehen? Ja!

- ➔ Bei Gesundheitsfragen:
Ein Foto eines Ausschlags im Windelbereich wird in einem Elternforum geteilt.
- ➔ Bei Spaßbildern: Nacktfotos von Babys oder Kleinkindern werden unter Eltern in der Whatsappgruppe der Kita verschickt. Falls Dritte diese speichern oder weiterverbreiten, kann das rechtliche Konsequenzen haben.

Ein eindeutiges Konzept für den Umgang mit Medien ist immer auch ein Schutzfaktor vor (sexualisierter) Gewalt.

- ➔ Beim Zugänglichmachen für Dritte: Auch Alltagsbildern werden leider immer wieder auf Datenträgern gefunden, die die Polizei beschlagnahmt. Mit Alltagsbildern „erkaufen“ sich Täterpersonen häufig das Vertrauen und damit den Zugang zu kriminellen Netzwerken, in denen dann Bildmaterial geteilt wird. Das bedeutet ganz konkret: Auch harmlose Bilder können missbraucht werden und die Gefahr besteht auch im sozialen Nahbereich.
- ➔ Dokumentation im Kita-Alltag: Auch Bilder von Wickelsituationen oder beim Planschen im Sommer können problematisch sein, wenn sie unsachgemäß gespeichert oder weitergegeben werden.

Wenn problematische Aufnahmen von Kindern im Kitakontext entstanden oder aufgetaucht sind, ist es wichtig, sensibel und ohne Panik zu reagieren. Oft sind Eltern oder auch Kolleginnen und Kollegen sich der Problematik nicht bewusst. Durch sachliches Ansprechen und gegebenenfalls fachliche Beratung können Fachkräfte dazu beitragen, Kinder vor ungewollter Bloßstellung zu schützen – und sich selbst und andere vor rechtlichen Folgen bewahren.



Wichtig ist:

Darstellungen von Kindern, die strafrechtlich relevant sein können, dürfen nicht weiter abfotografiert, an andere Personen weitergeleitet oder zusätzlich abgespeichert werden. Eine oft gut gemeinte "Beweissicherung" trägt leider nur zur weiteren Verbreitung von Gewaltdarstellungen bei und ist strafrechtlich relevant – die Polizei berät Sie im Ernstfall und erklärt Ihnen, wie Sie korrekt handeln.

Besonders ratsam ist es, eine gemeinsame Vereinbarung als Kita-Gemeinschaft zu schließen, wie allgemein mit Aufnahmen von Kindern innerhalb der Kita und in den gemeinsam genutzten sozialen Netzwerken und Gruppen umgegangen werden soll. Auch bei der Auswahl der genutzten Netzwerke und Anwendungen ist eine Klärung herbeizuführen.

Für viele weitere Aspekte, Nutzung des privaten Handys im Kita-Alltag, Nutzung von digitalen Endgeräten im Gruppengeschehen der Kita, Kommunikationswege mit Eltern und des Teams untereinander, ist es an dem Team der Kita und dem Träger, rechtsverbindliche Regelungen zu finden, deren Einhaltung geprüft wird.

Vieles weiteres, insbesondere Dinge, die im Alltag der Kita ge-

schehen, müssen immer wieder neu besprochen und geregelt werden. Dazu gehört zum Beispiel, dass Kinder selbstverständlich gefragt werden, bevor sie fotografiert werden, ob Verfremdungsmethoden genutzt werden, um die Kinder zu anonymisieren und dass Fachkräfte keinen persönlichen Kontakt über das private Handy mit Eltern pflegen, sondern vereinbarte Kommunikationswege nutzen. 📞

Arbeitshilfen:

klicksafe.de: Die EU-Initiative für mehr Sicherheit im Netz – www.klicksafe.de

jugendschutz.net
– www.jugendschutz.net

Elternratgeber **SCHAU HIN!**
Was Dein Kind mit Medien macht. – www.schau-hin.info

Digitale Welten sind Teil des Kita-Alltags:

Für die Verwaltung, Kommunikation, Dokumentation und vieles mehr nutzen Kitas digitale Anwendungen und digitale Räume. Hierüber ist ein Bewusstsein zu schaffen und zu Klärungen zu kommen, welche Aufgaben sich daraus ergeben.

Der Schutz der Kinder in digitalen Räumen erfordert unsere besondere Aufmerksamkeit:

Digitale Räume und Anwendungen sind häufig noch unreguliert und unkontrolliert – es kommt immer wieder zu technischen Weiterentwicklungen, neuen Apps und Tools. Es ist deshalb sehr wichtig, im Zusammenhang mit einem Kita-Schutzkonzept auch das Thema Schutz im digitalen Raum zu berücksichtigen.

Sexualisierte Gewalt gegen Kinder kann unterschiedliche Formen annehmen:

Auch vermeintlich harmlose Aufnahmen von Kindern können im digitalen Raum problematisch sein. Aufnahmen von Genitalien und Nacktheit müssen vermieden werden. Aber auch Bilder, die Alltagssituationen abbilden, können von Tätern und Täterinnen auf einschlägigen Foren hochgeladen werden. Diese Themen müssen deshalb bei Schutzkonzepten berücksichtigt werden.

Kinderleben findet in digitalen Räumen statt:

Auch wenn sehr junge Kinder digitale Tools noch nicht selbst nutzen, so finden ihre Leben trotzdem auch in digitalen Räumen statt. Sei es über Bilder und Videos von ihnen oder die Chats über sie. Daraus ergibt sich die Verantwortung als Kitagemeinschaft mit Klärungsbedarfen.

Kinderrechte gelten auch in digitalen Räumen:

Der Kinderrechte-Ausschuss hat klar gemacht: Schutz, Förderung und Beteiligung sind auch in digitalen Räumen zu gewährleisten. Das ist ein Anspruch, der sich auch an Fachkräfte ergibt, die Kinder zu begleiten, sich kompetent und verantwortungsbewusst in digitalen Räumen aufhalten zu können. Auch der eigene Umgang mit digitalen Räumen ist dabei ein Thema.

Sexualisierte Gewalt durch Geschwister

1. Warum dieses Thema für die Präventionsarbeit relevant ist

Wie bei allen Formen der sexualisierten Gewalt ist auch das Thema sexualisierte Gewalt durch Geschwister stark tabuisiert. Neben den üblichen Mechanismen, welche zu dieser Tabuisierung führen, greifen bei diesem Phänomen aber noch weitere Faktoren. So besteht bei vielen Personen die Überzeugung, dass es sexualisierte Gewalt durch Geschwisterkinder nicht gibt und wenn, dann relativ harmlos sein muss im Vergleich zu anderen Formen sexualisierter Gewalt. Generell wird die Geschwisterbeziehung in unserer Gesellschaft eher idealisiert

und in diesem Kontext „kann nicht sein, was nicht sein darf“. Dabei zeigen verschiedene internationale Studien, dass die Folgen, welche vor allem depressive Symptome, Angststörungen oder Traumafolgestörungen umfassen, teilweise sogar stärker ausgeprägt sein können, als bei anderen Formen sexualisierter Gewalt. In der Altersgruppe von 0–3 Jahren ist davon auszugehen, dass die Kinder eher noch nicht selbst übergriffen werden. Aber sie können durchaus von sexualisierter Gewalt generell und eben auch durch ihre Geschwister betroffen sein. Aus diesem Grund ist es wichtig, bereits früh gemeinsam mit den Kindern Worte für ihren Körper zu entwickeln und das Thema spielerisch aufzugreifen. Denn nur wer Worte für das hat, was einem passiert und ein Gefühl dafür entwickeln kann, wann die eigenen Grenzen überschritten werden, kann sich in einem solchen Fall bemerkbar machen.

Wenn Betroffene sich öffnen und von den erlebten Übergriffen berichten, stoßen sie leider oft auf Unverständnis und ihre Erfahrungen werden nicht anerkannt. Eltern neigen dazu, die Vorfälle zu verharmlosen, um die Familienharmonie zu wahren und mögliche familiäre Problematiken nicht nach außen dringen zu lassen. Esther Klees (2022) fasst dies im Titel einer

Podcastfolge von einbiszwei so zusammen: „Wenn es Missbrauch durch Geschwister gibt, bagatellisieren Eltern das häufig. Die Taten werden zu Doktorspielen minimalisiert, die Realität wird nicht anerkannt. Das ist der einfachste Weg, um als Familie weiterzuleben.“

Deshalb ist es wichtig, die Thematik bereits präventiv mit Eltern zu besprechen, um sie für das Thema zu sensibilisieren, die benannten kognitiven Verzerrungen abzubauen und die Wahrscheinlichkeit für hilfesuchendes Verhalten zu erhöhen. Leider ist es aktuell aber so, dass auch ein Einbezug von Fachkräften nicht automatisch bedeutet, dass eine angemessene Unterstützung erfolgt. Dies liegt daran, dass sexualisierte Gewalt durch Geschwister in der Regel weder im (sozial-)pädagogischen noch im psychologischen Studium thematisiert wird. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Fachkräfte sich über das Thema informieren und sich fortbilden.

2. Was wissen wir aktuell aus der Forschung über das Thema

Sexualisierte Gewalt durch Geschwister ist ein deutlich häufigeres Phänomen, als es die meisten Eltern aber auch Fachkräfte wahrscheinlich annehmen. Verschiedene (internationale) Studien gehen sogar davon aus, dass es die häufigste Form sexualisierter Gewalt sein könnte (Krienert & Walsh, 2011; La-

redo, 1992; O'Brien, 1991). Wie häufig dieses Phänomen in der Allgemeinbevölkerung allerdings tatsächlich vorkommt, kann man bisher nicht sagen, da es zu wenige Studien gibt und methodische Einschränkungen repräsentative Schätzungen kaum zulassen.

Eine umfassende Definition, um die Thematik zu beschreiben und einzugrenzen, liefern Freund und Riedel-Breidenstein (2006). Die Autor:innen benennen als Kennzeichen für sexualisierte Gewalt durch Geschwister, dass die sexuellen Handlungen durch das übergriffige Kind erzwungen werden oder das betroffene Kind sie unfreiwillig duldet beziehungsweise sich unfreiwillig daran beteiligt. Dabei findet häufig das Ausnutzen eines Machtgefälles zwischen den Kindern statt und es werden Strategien wie Versprechen, Anerkennung, Drohungen oder auch körperliche Gewalt genutzt, um Druck auszuüben. Daraus folgt, dass sexualisierte Gewalt durch Geschwister nicht immer körperlich gewalttätig stattfindet, aber eben fast immer Zwang oder Manipulation beinhaltet. Weitere relevante Faktoren, welche man in der Literatur finden kann, sind, dass das Verhalten nicht altersangemessen und durch entwicklungsgemäße Neugierde motiviert ist. Diese Kriterien lassen sich auch auf Verhaltensweisen zwischen Kindern, welche nicht miteinander verwandt sind, anwenden.

Um sexuelle Handlungen zwischen Kindern oder Geschwistern zu kategorisieren und einzuordnen, ob ein Handlungszwang durch die Aufsichtspersonen besteht, ist die Unterscheidung von Klees und Kettritz (2018) hilfreich. Die Autor:innen haben eine Unterscheidung in drei verschiedene Kategorien vorgenommen, wenn es um das Thema sexuelle Handlungen im Kontext von Geschwisterbeziehungen geht. Dabei handelt es sich nur bei der ersten Kategorie um entwicklungsgerechtes förderliches Sexualverhalten ohne negative Langzeitfolgen.

- ➔ entwicklungstypisches Sexualverhalten
- ➔ einvernehmliche sexuelle Handlungen zwischen Geschwistern und
- ➔ machtorientierte und einseitig initiierte Handlungen

Eine Abgrenzung von Explorationsverhalten (also entwicklungstypischen Erkundungsverhalten) zu übergriffigen Handlungen ist dabei möglich, indem man verschiedene Faktoren betrachtet. Dafür, dass die Situation als unproblematisch einzuschätzen ist sprechen:

- ➔ Die beteiligten Kinder sind im Grundschulalter, alle Involvierten beteiligten sich

freiwillig, es gibt keine Gewalt und die Altersdifferenz beträgt maximal zwei Jahre (je nach Entwicklungsstand).

- ➔ Jegliche Form der Penetration, also Einführen von Körperteilen oder Gegenständen in den Körper, ist dabei als Grenzüberschreitung anzusehen.
- ➔ Wichtig ist anzumerken, dass aus explorativen und einvernehmlichen Handlungen im Verlauf auch übergriffige Handlungen werden können. So ist es beispielsweise als unproblematisches Doktorspiel zu bewerten, wenn zwei Vierjährige sich gegenseitig ihr Genital zeigen. Wird von einem der beteiligten Kinder allerdings ein Druck ausgeübt, indem gesagt wird, dass das andere Kind entweder seinen Penis zeigt oder sonst nicht mitspielen darf, ist dies als klare Grenzüberschreitung einzuschätzen (Kerger-Ladleif, 2024).

In einer Meta-Analyse (Bertele & Talmon, 2021), also einer Studie, welche die Ergebnisse verschiedener Studien zusammenfasst, zeigten sich die folgenden charakteristischen Merkmale: Das durchschnitt-

Besonders großer Geheimhaltungsdruck aufgrund der Sorge, die Familie zu zerstören

liche Alter des betroffenen Kindes lag bei ca. achteinhalb Jahren, während das übergriffige Geschwisterkind im Schnitt viereinhalb Jahre älter, also im frühen Teenageralter, war. Diese Altersdifferenz kann in vielen Fällen aber auch deutlich geringer ausfallen (Klees, 2008). Die Übergriffe erstrecken sich in 75% der Fälle über ein Jahr oder einen längeren Zeitraum und es kam häufiger zu tatsächlicher Penetration als bei sexualisierter Gewalt durch Elternteile.

Vergleicht man sexualisierte Gewalt durch Geschwister mit anderen Formen sexualisierter Gewalt, finden sich in den meisten Fällen ein größerer Geheimhaltungsdruck, weil Betroffene Sorge haben die Familie zu zerstören, eine erhöhte Furcht vor Strafe fürs „Mitmachen“

bei den Handlungen und eine besonders große Herausforderung, die Fehlhandlungen als solche erkennen zu können (Klees & Kettritz, 2018). Insgesamt muss aber betont werden, dass einzelne Fälle von sexualisierter Gewalt durch Geschwister sich voneinander unterscheiden und immer der individuelle Fall betrachtet werden muss.

Auch die Ursachen und Risikofaktoren für sexualisierte Gewalt durch Geschwister sind nicht endgültig erforscht. Auf die Frage, was die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten dieser Form der Gewalt erhöht, gibt es, wie im psychosozialen Bereich üblich, keine einfachen und kurzen Antworten. Ein einziger Faktor reicht also nie als Erklärung aus. Was man aber sagen kann, ist, dass Umweltfaktoren, welche das Risiko erhöhen, drei oder mehr Kinder im Haushalt und Instabilität durch Drogenabusus, Armut oder psychische Probleme der Kindeltern sind (Bertele & Talmon, 2021). Eine mangelnde Beaufsichtigung durch die Eltern und ein sexualisiertes Familienmilieu, also wenn Kinder beispielsweise immer wieder Zeugen der Sexualkontakte ihrer Eltern werden oder offen Pornographie konsumiert wird, sind weitere Faktoren (Klees, 2022). Dennoch kann sich das Phänomen durch alle Gesellschaftsschichten ziehen und

das Fehlen der benannten Faktoren ist kein sicheres Ausschlusskriterium. Laut Klees und Kettritz (2018) sind die Motive der übergriffigen Geschwister vor allem Machtausübung und Aufwertung des eigenen Selbst oder eben das Ausagieren der genannten familiär dysfunktionalen Dynamiken. Generelle psychopathologische Auffälligkeiten, wie Störungen der Impulskontrolle oder Beziehungsstörungen, findet man bei den übergriffigen Kindern allerdings gehäuft (Klees, 2008). Die Autorin weist außerdem darauf hin, dass viele der übergriffigen Kinder zuvor auch selbst von (sexualisierter) Gewalt betroffen waren und ebenfalls Unterstützung benötigen. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer frühzeitigen Intervention, um die Weitergabe von Gewaltmustern innerhalb der Familie zu verhindern.

3. Welche Tipps für die Praxis und weiterführende Informationen gibt es?

Aufgrund der Relevanz und Schwere der Thematik ist es wichtig, das Thema bewusst und geplant zu thematisieren. Ein Ansprechen zwischen Tür und Angel und ohne Konzept erscheint wenig erfolgversprechend. Dafür ist es im ersten Schritt wichtig, dass die Fachkräfte sich mit dem Thema beschäftigt haben und im Team eine gemeinsame Haltung entwickelt wird. Als Einstieg für die Auseinandersetzung bietet sich Folge 38 des Podcasts



einbiszwei der UBSKM mit Prof. Dr. Esther Klees, in der über sexuelle Gewalt durch Geschwister gesprochen wird, an. Frau Prof. Dr. Klees ist in Deutschland die führende Expertin auf diesem Gebiet und forscht seit vielen Jahren mit Betroffenen, aber auch übergriffigen Personen. In dieser 42-Minütigen Podcastfolge bekommt man einen guten Überblick über die Gründe für die Häufigkeit, Dynamiken und Folgen. Außerdem werden immer wieder Beispiele aus der Forschung von Frau Prof. Dr. Klees genannt. So berichtet sie beispielsweise von einem Jugendlichen, welcher als Kind immer wieder die Sexualkontakte seiner Eltern, bei welchen die Mutter weinte und schrie, diese aber im Nachhinein als völlig normal gegenüber dem Sohn einordnete, beobachtete. Dieser vergewaltigte dann im Alter von neun Jahren seine jüngere Schwester, da der Bezug zu einvernehmlichen Sexualkontakten komplett fehlte.



Auch empfehlenswert ist Folge 82 dieses Podcasts mit der Präventionsexpertin Ulli Freund „Sexuelle Übergriffe unter Kindern- was macht man da, Ulli Freund?“, in welchem die Abgrenzung zwischen einvernehmlichem und übergriffigem kindlichen Sexualverhalten und ein Umgang mit diesen Situationen anschaulich geschildert wird (Freund, 2024).



Besonders hilfreich ist außerdem eine Internetseite, welche durch Frau Prof. Dr. Klees ins Leben gerufen worden ist. Auf dieser findet man gut aufbereitete und verständliche Informationen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte. Sie ist hier erreichbar:



Eine weitere empfehlenswerte Internetseite ist:



Hier gibt es eine Vielzahl an gut aufbereiteten Informationen, welche sich an Betroffene, Eltern, aber auch die übergriffigen Personen richtet. Auch werden hier

die psychologischen Mechanismen hinter verschiedenen Gefühlen und einer möglicherweise auftretenden Trauma-Reaktion gut verständlich und teilweise durch kurze Videos unterstützt erklärt. Leider ist die Seite nur auf englisch verfügbar.

Kinderbücher zu der Thematik, welche für sehr junge Kinder geeignet sind, gibt es zum aktuellen Zeitpunkt nicht. Um mit etwas älteren Kindern ins Gespräch zu kommen, eignet sich das Buch Katrins Geheimnis: Eine Geschichte über sexuelle Übergriffe unter Geschwistern (Mebes & Klees, 2009).

4. Fazit

Insgesamt ist das Thema sexualisierte Gewalt durch Geschwister ein relevantes Thema, welches bisher in der Forschung, durch Fachkräfte und auch durch Eltern zu wenig beachtet und stark tabuisiert wird. Die Folgen für die betroffenen Kinder- und Jugendliche sind gravierend. Aus diesem Grund ist es wichtig, Betroffene ernst zu nehmen. Die übergriffigen Kinder benötigen ebenfalls Unterstützung und sollten nicht nur auf ihre Taten reduziert werden. Bereits im Kleinkindalter können Grundsteine für die Prävention gesetzt werden, indem Fachkräfte sich über die Thematik informieren, Eltern für das Thema sensibilisiert werden und schon im frühen Kindesalter gefördert wird, dass Kinder Worte für das haben, was ihnen möglicherweise passieren kann und sie wissen, dass sie nein sagen dürfen. 🗣️

Umgang mit Verdachtsfällen

Der Tag in einer Kindertagesstätte ist oft unvorhersehbar. Es gibt viele schöne Momente, trübeliges Miteinander und kleine und große Konflikte. Neben dem Alltag bringen die Kinder die Themen, die sie beschäftigen, auf vielfältige Weise mit in die Einrichtung. Sei es, dass ein Geschwisterchen auf dem Weg ist oder Feiertage anstehen. Manchmal sind es belastende Themen, die die Kinder mitbringen. Auch in den frühen Hilfen gilt es immer wieder, neu auf die sich verändernden Umstände der Kinder einzugehen. Der Inhalt dieses Kapitels richtet sich in seiner Ansprache zwar an Erzieher:innen – der Inhalt ist aber auf viele pädagogische Einrichtungen, Treffs und Beratungen übertragbar.

Verdacht zu haben ist pädagogischer Alltag

Die Themen der Kinder zu begleiten, kann bedeuten, dass es ein Projekt über Freundschaft gibt, nachdem es in der Freundesgruppe zuvor Streit gab. Oder mit den Kindern über den Wasserkreislauf zu sprechen, nachdem die Waldgruppe einen heftigen Regenschauer erlebt hat. Es kann aber auch bedeuten, Situationen, Momente oder Eindrücke einzelner Kinder wahrzunehmen, die nicht immer eindeutig sind, aber uns trotzdem aufmerksam werden las-

sen. Die Vermutung steht im Raum, dass etwas “nicht stimmt”.

Dann stellt sich die Frage: Wann fängt ein Verdacht an, wie gehe ich mit meinem Verdacht um und was sind die verbindlichen Verfahrensschritte, um einen Verdacht zu klären? Von einem unbestimmten Gefühl in ein konkretes Handeln zu kommen, ist oft nicht ganz einfach. Doch es lohnt sich immer, dem nachzugehen.

“Irgendwas ist komisch” – Wo beginnt ein Verdacht in der Kita?

Manchmal beobachten wir Dinge, die uns im Arbeitsalltag aufhorchen lassen: Ungewöhnliche Hautveränderungen beim Wickeln, die Randbemerkung einer Kollegin, die Sie stutzig macht, die Verhaltensveränderung eines Kindes oder einfach nur ein ungutes Bauchgefühl. Dann haben Sie eine Vermutung, dass etwas nicht stimmen könnte. Aus so einer Vermutung wird dann ein Verdacht, sobald es konkrete Eindrücke gibt, die zum Beispiel auf körperliche Gewalt hinweisen. Oft ergibt sich ein Verdacht auch erst über Zeit durch eine Dokumentation der verschiedenen Ungereimtheiten – denn sexualisierte Gewalt hat kein einheitliches Symptom.

Es ist nun wichtig, dass Fachkräfte mit einem Verdacht nicht allein

bleiben, sondern sich mit anderen Fachkräften, zum Beispiel in der regelmäßigen Teambesprechung oder im Gespräch mit einem:r Kolleg:in dazu auszutauschen. Als Fachkraft, die sich täglich mit Kindern und deren Aufwachsen beschäftigt, kann so ein Austausch über Auffälligkeiten regelmäßig passieren (“Hast du den Ausschlag bei X gesehen? Ich habe das mal notiert. Das sollten wir beobachten”). Genau diese Achtsamkeit als einzelne Fachkraft und im Team ist ein wichtiges Fundament, um Vermutungen zu haben und diese dann professionell zu thematisieren.

Wie Sie am Beispiel des Ausschlags bemerken, bedeutet ein Verdacht nicht, dass Sie jemanden konkret beschuldigen – sondern dass Sie aufmerksam und schützend für das Kind da sind, dessen Rechte hüten und gemeinsam mit Ihrem Team und Ihren Vorgesetzten nach Erklärungen für eine auffällige Situation suchen. Denn als pädagogische Fachkraft haben Sie eine Fürsorgepflicht gegenüber den Kindern.

Häufig ist zu einem frühen Zeitpunkt gar nicht genau einzugrenzen, ob es bei einer Vermutung explizit um sexualisierte Gewalt geht. Oft treten unterschiedliche Belastungen oder Gewaltformen gleichzeitig auf und können erst im späteren Verlauf kategorisiert werden.

2. Was ist die Aufgabe einer (Kita-) Fachkraft bei einer Vermutung oder einem Verdacht?

Wenn es eine Vermutung oder einen konkreten Verdacht gibt, sollten Fachkräfte diesen auch professionell besprechen. Niemand soll mit einem Verdacht oder einer Vermutung allein bleiben.

Achtung: Ihre Aufgabe ist es nicht, Beweise zu ermitteln oder Täter:innen oder Täter zu überführen – hierfür sind die Strafverfolgungsbehörden zuständig wie die Polizei.

Beschreiben Sie zunächst Ihre Beobachtung im Gespräch mit der Leitung und/ oder dem Team. Bleiben Sie dabei offen für andere Erklärungsmöglichkeiten und vermeiden Sie voreilige Schlussfolgerungen. Dokumentieren Sie, worüber Sie gesprochen haben.

Es kann nun sein, dass eine Vermutung sich konkretisiert und das Team oder Sie beschließen, sich von der Insoweit-Erfahrenen-Fachkraft (auch manchmal IseF, InsoFa oder IeF genannt) Beratung und Unterstützung einzuholen.

Diese Personen haben eine zusätzliche Ausbildung absolviert und können bei der Klärung von Verdachtsfällen helfen. Jede Kita hat einen Anspruch auf die Beratung der Insoweit-Erfahrenen-Fachkraft laut SGB VIII. Außerdem müssen alle Kindertagesstätten in Deutsch-

land ein Gewaltschutzkonzept erarbeiten und vorlegen, um eine Betriebserlaubnis zu erhalten.

In einem Gewaltschutzkonzept müssen auch Kommunikationswege bei Verdachtsfällen festgelegt werden. Es ist also wichtig als Team, das Konzept regelmäßig zu besprechen und zu aktualisieren. Vielleicht ändern sich Ansprechpartner:innen oder Telefonnummern? Es lohnt sich auch, das Schutzkonzept um wichtige Netzwerkpartner:innen zu ergänzen:

- ➔ Gibt es ein Netzwerk „Frühe Hilfen“?
- ➔ Gibt es eine Kinderschutzambulanz?
- ➔ Gibt es auf kommunaler Ebene eine Stabstelle zum Gewaltschutz?
- ➔ Gibt es eine Beratungsstelle, die auf das Thema spezialisiert ist, in der Nähe?

In solch einer Auflistung ist es auch sinnvoll, Fortbildungsträger und -Angebote zu sammeln. Mittlerweile gibt es auch viele digitale Angebote. Auf der Homepage der Missbrauchsbeauftragten (ubskm.de) gibt es viele Angebote, die als gut und sinnvoll erachtet wurden.

Auch die Erkundung möglicher Netzwerkpartner:innen und Fortbildungsangebote kann sehr bestärkend für das Team einer Kindertagesstätte empfunden werden. Es ermöglicht einen Überblick und das Wissen um Unterstützung im Verdachtsfall- und das ist wichtig!

Fachkräfte haben den Auftrag, Verdachtsfälle Schritt für Schritt zu klären. Das kann auch bedeuten, dass Sie (und die Insoweit-Erfahren-Fachkraft) das Jugendamt oder die Polizei verständigen.

Wenn sich der Verdacht auf eine mögliche Gefährdung eines Kindes erhärtet, greift der sogenannte §8a SGB VIII – der „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“.

In diesem Verfahren wird das örtliche Jugendamt informiert, um gemeinsam zu prüfen, ob das Wohl eines Kindes gefährdet ist und welche Unterstützung oder Schutzmaßnahmen notwendig sind. Die Meldung an das Jugendamt nach § 8a dient also immer dem **Schutz eines einzelnen Kindes**. Sie erfolgt in der Regel nach Rücksprache mit der insoweit erfahrenen Fachkraft und nach sorgfältiger Dokumentation der Beobachtungen.

Die konkreten Aufgaben einer Fachkraft sind:

- ➔ eine Vermutung als solche wahrzunehmen
- ➔ diese zu thematisieren und
- ➔ gemeinsam mit der Leitung und/ oder dem Team nächste gemeinsam geplante Schritte umzusetzen.
- ➔ Das kann bedeuten, die Insoweit-Erfahrene-Fachkraft um Unterstützung zu bitten und/ oder den Träger zu informieren.

Auch dem Träger kommen vielfältige Aufgaben zu:

- ➔ Er muss dafür Sorge tragen, dass alle Einrichtungen Kinderschutz/Gewaltschutzkonzepte entwickelt haben.

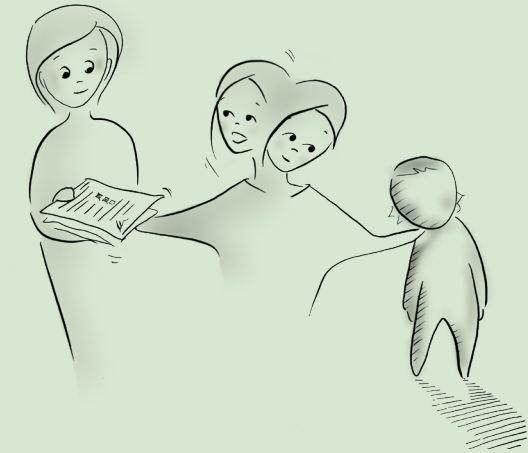
- ➔ Er muss im Verdachtsfall die Dokumentation und Nachverfolgung beaufsichtigen und unterstützen.
- ➔ Der Träger muss der beaufsichtigenden Behörde, dem Jugendamt, unverzüglich eine Meldung machen (s.g. 47er Meldebogen).
- ➔ Der Träger hat die Hauptverantwortung für die Betriebserlaubnis einer Kita und das bedeutet, dass er die rechtlich geltenden (Melde-) Verfahren umzusetzen hat.
- ➔ Zudem sollte der Träger seine Fachkräfte durch Fortbildungsmöglichkeiten unterstützen, um sich im Umgang mit sexualisierter Gewalt und Verdachtsfällen regelmäßig (weiter) zu qualifizieren.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen einer Meldung nach §8a SGB VIII und einer Meldung nach § 47 SGB VIII:

Eine Meldung nach § 8a richtet sich an das **örtliche Jugendamt** und betrifft den **Schutz eines konkreten Kindes**.

Eine Meldung nach § 47 richtet sich an das **Landesjugendamt** und betrifft die **Aufsicht über den Betrieb der Einrichtung** – also strukturelle oder personelle Risiken für die Sicherheit von Kindern. In manchen Fällen müssen beide Meldungen erfolgen, zum Beispiel wenn eine Fachkraft übergriffig gegenüber einem Kind war.

Dann geht es zugleich um den individuellen Kinderschutz (§ 8a) und um die Betriebssicherheit (§ 47).



3. Was passiert, wenn nichts passiert?

Nicht jede Vermutung und nicht jeder Verdacht lassen sich final aufklären. Insbesondere, wenn Kinder noch in einem vorsprachlichen Alter sind oder noch in ihrer sprachlichen Entwicklung eingeschränkt sind.

Manchmal gilt es von einer geäußerten Vermutung bis hin zu einem nächsten Schritt, Wartezeiten auszuhalten. Manchmal ergeben sich auch nach Einbezug der Insoweit-Erfahrene-Fachkraft, den Träger und die Fachaufsicht keine ausreichenden Hinweise für eine Intervention. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihr ungutes Gefühl unbegründet war oder dass Sie sich geirrt haben.

Auch wenn sich ein Verdacht nicht bestätigen lässt, ist es wichtig, wachsam zu bleiben:

- ➔ **Beobachten Sie weiter:** Dokumentieren Sie Auffälligkeiten sachlich und ohne voreilige Schlüsse.
- ➔ **Schaffen Sie sichere Räume:** Ein Kind, das vielleicht etwas erlebt hat, soll wissen, dass es sich Ihnen anvertrauen kann – auch später.

- ➔ **Achten Sie auf Ihr Team:** Sprechen Sie mit der Leitung oder externen Fachstellen über Ihre Unsicherheiten, um die Belastung nicht allein zu tragen.

Wichtig ist: „Nichts passiert“ bedeutet nicht, dass Sie untätig bleiben müssen. Ihre Aufgabe ist es, weiterhin aufmerksam zu sein, das Wohl der Kinder im Blick zu behalten und sich fachlich beraten zu lassen und im Team auszutauschen. Manchmal bedeutet professionelles Handeln auch, Ungewissheit auszuhalten – und trotzdem das Richtige zu tun. Auch ohne eindeutige Fälle ist es wichtig, präventiv zu arbeiten – etwa durch eine Kultur der Achtsamkeit und klare Verhaltensregeln im Team.

Institutionsschutz versus Kinderrechte in der Kita?

Eine gute Kita pflegt einen professionellen Umgang mit Konflikten und versteht sich selbst als lernende Organisation. Das bedeutet, dass Konflikte als Teil des Miteinanders verstanden und besprochen werden. Menschen gehen unterschiedlich mit Konflikten und Themen um. Deshalb kennt eine gute Kita viele unterschiedliche Instrumente, um Themen und Konflikte besprechbar zu machen. Das reicht von der Beschwerdebox bis zur Kita-Konferenz. In einer guten Kita geht es nicht um einen guten Ruf; es geht um die Gewährleistung der Rechte der Kinder und die verlässliche Betreuung.

Deshalb ist es wichtig zu wissen: Einem Verdacht nachzugehen, gehört zum rechtlichen Rahmen einer Kindertagesstätte, der das Fundament für die Betriebserlaubnis legt. Neben der Ausstattung eines Gebäudes, der Anzahl der Fachkräfte usw. geht es auch um das pädagogische Arbeiten, die Umsetzung der

Bildungspläne und die Rechte der Kinder im Kita-Alltag.

Diese Grundlagen lassen sich v.a. im 8. Sozialgesetzbuch (SGB VIII) finden. Neben den Beteiligungsrechten der Kinder, um die es im Kita-Alltag oft geht, sind dort auch die Schutzrechte der Kinder hinterlegt – mit klaren Abläufen bei Verdacht von (sexualisierter) Gewalt und Vorfällen in der Kindertagesstätte. Dazu gehören klare Regelungen, Abläufe und Dokumentationsbögen, die Teil des Gewaltschutzkonzeptes der Kindertagesstätte sein müssen.

Haben Sie das Gefühl, dass dieser rechtliche Rahmen nicht eingehalten wird, ist es wichtig, auf diese Schutzlücke aufmerksam zu machen – zum Beispiel, indem Sie sich an die nächsten Vorgesetzten wenden oder sich von einer Beratungsstelle beraten lassen. Das ist auch anonym möglich – zum Beispiel hier:

**Hilfe-Telefon
Sexueller
Missbrauch
Anrufen – auch im
Zweifelsfall
0800 22 55 530**

Leitsätze:

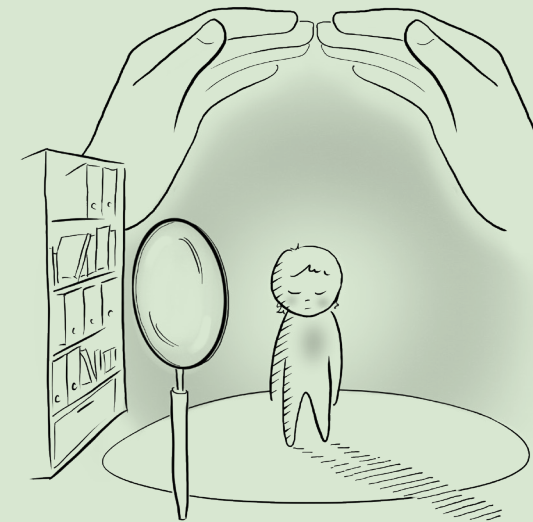
Niemals alleine – Mit einem Verdachtsfall auf keinen Fall allein bleiben, sondern stets weitere Fachkräfte hinzuziehen und die im Schutzkonzept hinterlegten Schritte einhalten. Schutzkonzepte sind verpflichtend und sollten allen Kitas vorliegen. Verdacht zu haben ist Teil von Professionalität und braucht einen professionellen Umgang.

Gewalt geschieht überall – Nicht nur im häuslichen Bereich der Kinder kann es zu Übergriffen kommen. Auch in der Kita kann es zu Übergriffen und Grenzüberschreitungen kommen – durch Erwachsene oder auch durch andere Kinder. Dessen müssen sich alle Fachkräfte stets bewusst sein.

Kinderschutz als Kinderrecht ist Qualitätsmerkmal – Ihre Einrichtung kann durch ein engmaschiges Schutz-, Interventions- und Hilfesystem zeigen, dass Sie ein wichtiger Partner für Eltern sind, um gemeinsam den Schutz der Kinder zu gewährleisten.

Das Kind in den Mittelpunkt – Kinder haben umfassende Rechte. Wenn es darum geht, Verdachtsfälle zu klären, sind Kinder auf unseren professionellen und achtsamen Umgang mit der Situation angewiesen. Damit setzen wir die Rechte der Kinder um.

Einrichtungen sind lernende Organisationen – Ein guter Ruf wird nicht dadurch erarbeitet, in dem Probleme ignoriert, sondern indem Konflikte mit dem Ziel moderiert werden, die Rechte der Kinder zu schützen. 🔄



Elternschaft Betroffener von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend

Eltern, die selbst Betroffene von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend sind, sind neben den Themen und Fragen, die für alle Eltern Herausforderungen sein können, möglicherweise mit spezifischen Problemlagen, die das Thema Elternschaft betreffen, konfrontiert. Unser letztes Forschungsprojekt widmete sich den Fragen, wie Betroffene Entscheidungen für oder gegen Elternschaft treffen, wie sie sich als Eltern wahrnehmen, welche Belastungen sie unmittelbar mit der zurückliegenden Gewalt und den potenziell traumatischen Erlebnissen in Verbindung bringen und wie sie Verantwortung für den Schutz ihrer

eigenen Kinder erleben (Kavemann & Nagel, 2025). Da unsere Studie zeigt, dass es bislang nur sehr wenige gezielte Unterstützungsangebote für Eltern mit Erfahrungen sexualisierter Gewalt gibt, soll hier besonders der Blick auf die Möglichkeiten der Frühen Hilfen gerichtet werden. Die Frühen Hilfen könnten eine Schlüsselrolle einnehmen, denn sie gehören zu den wenigen Angeboten, die betroffene Eltern niedrigschwellig erreichen. Sie könnten einen wichtigen Beitrag leisten, um diese bislang kaum geschlossene Versorgungslücke zu füllen. Durch traumasensible Begleitung, den Aufbau von Vertrauen, Entlastung im Alltag und gezielte Weitervermittlung können Fachkräfte in den Frühen Hilfen Eltern mit Gewalterfahrungen wirksam unterstützen und stärken.

1. Ergebnisse einer Studie zu Elternschaft von Betroffenen von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich aus den zurückliegenden Gewalterfahrungen sowohl Ängste und Herausforderungen, aber auch

Kompetenzen und Ressourcen ergeben können. Daraus lassen sich unterschiedliche Bedarfe an Unterstützung und Information ableiten. Besonders deutlich wurde, wie wichtig es ist, dass in unterschiedlichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten spezifisches Wissen über Betroffenheit vorhanden ist, um den Bedarfen betroffener Eltern sowohl während der Familienplanung als auch im Rahmen ihrer Elternschaft angemessen begegnen zu können.

Nachdenken über Elternschaft mit eigener Gewalterfahrung

Die eigene Betroffenheit spielte für einen Teil der Befragten der Studie bereits während des Nachdenkens über Elternschaft eine Rolle. Bestehende Belastungen und Einschränkungen durch die Folgen der erlebten Gewalt konnten Hindernisse darstellen, die Betroffene daran zweifeln ließen, ob sie in der Lage wären, ein Kind gut zu versorgen. Andere setzten sich mit der Frage auseinander, ob sie den eigenen Kindern Schaden zufügen oder sie zu sehr mit den Folgen der Gewalt belasten könnten. Aus diesen Gründen wurde sich von einigen auch gegen eine eigene Elternschaft entschieden. Elternschaft wurde in einem Interview als etwas beschrieben, das man sich als betroffene Person „erlauben“ muss. Das betraf nicht alle Eltern, für einige hatte die

eigene Betroffenheit keine Bedeutung für ihre Entscheidung über Elternschaft, beispielsweise da sie schon immer einen großen Kinderwunsch hatten.

Die Sorge, inwiefern sich die eigenen Gewalterfahrungen auf die eigenen Kinder auswirken

Eltern, die in ihrer eigenen Kindheit oder Jugend sexuelle Gewalt erfahren haben, können im Aufbau einer sicheren Bindung zu ihrem Kind vor besonderen Herausforderungen stehen – insbesondere dann, wenn die Gewalt traumatisch erlebt wurde und noch nachwirkt. Gefühle von Schuld, Stress oder Versagen entstehen häufig, wenn der Wunsch nach Nähe zum eigenen Kind mit dem Bedürfnis nach Abgrenzung und Selbstschutz in Konflikt gerät. Die Frage ob die eigenen Erlebnisse sich negativ auf eigene Kinder auswirken könnten, beschäftigte Befragte und Interviewte teilweise intensiv. Dieser Gedanke bildete einen roten Faden durch den Verlauf der Studie. Sie berichteten von unterschiedlichen Einschränkungen und Herausforderungen, die sie im Laufe ihrer Elternschaft erlebten, beispielsweise Phasen gesundheitlicher und psychischer Krisen durch anhaltende und gravierende Belastungen, vor allem wenn sie auch aktuell noch viel Energie für die eigene Bewältigung der Gewalt und ihrer Folgen aufwenden mussten.

Die Sorge, inwiefern sich die eigenen Gewalterfahrungen auf die eigenen Kinder auswirken

Besonders relevant war für viele außerdem eine große Sorge um die Sicherheit der Kinder bzw. die Frage, ob sie ihre eigenen Kinder ausreichend vor dem eigenen Erleben sexualisierter Gewalt schützen könnten. Auch dieses Thema tauchte im Verlauf der Studie immer wieder auf. Dabei ging es sowohl um eine grundsätzliche Wahrnehmung der Welt als „nicht sicher“ angesichts der Verletzlichkeit kleiner Kinder, aber auch um konkrete Sorgen wie beispielsweise der Kontakt zur Herkunftsfamilie, falls diese der Tatkontext war, oder eine generelle Sorge, die eigenen Kinder Außenstehenden anzuvertrauen. Dadurch konnte es zu fehlender Unterstützung im Rahmen der Kinderbetreuung kommen und dadurch zu Überlastungen und Überforderung. Gleichzeitig wurden auch Belastungen der Kinder berichtet, die von Eltern teilweise auf eigene Ängste und ihren Umgang damit zurückgeführt wurden. Auch fehlende Vorbilder für eigene Elternschaft wurden von einigen als herausfordernd beschrieben, dabei war beispielsweise die Suche danach, was im gemeinsamen Familienalltag „normal“ sein könnte, relevant.

Herausforderungen im Umgang mit Nähe und Körperkontakt

Ein weiteres wichtiges Thema war die Nähe zu Kindern, die teilweise nicht in gewünschtem Maße möglich war oder für Verunsicherungen sorgte. Besonders die intensive körperliche Nähe, die die Versorgung von Babys oder Kleinkindern bedeutet, wurde von einigen als schwierig beschrieben. Thematisiert wurden aber auch generelle Fragen nach einem guten Maß an Körperkontakt mit den Kindern. Ebenso konnte die emotionale Nähe eine Herausforderung darstellen, manche Eltern beschrieben große Sorgen ihren Kindern dadurch zu schaden, stießen aber an ihre eigenen Grenzen. Hierbei können

Therapie, Beratung und Selbsthilfe hilfreich sein, sowohl für die Eltern als auch für die Kinder.

Das Geschlecht des Kindes als mögliche Belastung

Auch das Geschlecht der Kinder konnte ein Thema sein, das teilweise bereits während der Schwangerschaft für Belastungen sorgte. Einige Mütter berichteten von Assoziationen zu damaligen Tätern durch das männliche Geschlecht ihrer Kinder. Das Geschlecht der Töchter konnte wiederum zu Erinnerungen an eigene Ohnmachterfahrungen führen, damit einher gingen bei diesen Befragten große Sorgen über die Möglichkeiten, das eigene Kind vor sexualisierter Gewalt zu schützen.

Geburt als potenziell (re-)traumatisierende Erfahrung

Ein zusätzlicher Aspekt, der für einige der Befragten eine große Rolle spielte, war die Geburt der eigenen Kinder als potenziell (re-)traumatisierende Erfahrung. Das gewaltvolle Erleben von Geburten ist ein Thema, das nicht ausschließlich Betroffene von sexueller Gewalt in der Kindheit betrifft. Doch viele Aspekte, die eine Schwangerschaft und Geburt problematisch machen können, können für Betroffene besonders kritisch sein. Der erlebte Kontrollverlust und Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit wurden von einigen Befragten als unmittelbare Erinnerung an Gewaltsituationen erlebt.

Eigene Stärken und Kompetenzen betroffener Eltern

Neben den Herausforderungen sahen Befragte aber auch spezifische Stärken und Kompetenzen bei sich. So gingen einige beispielsweise davon aus, dass sie durch ihre eigene Betroffenheit auch besonders informiert über Präventions- und Unterstützungsmöglichkeiten für ihre Kinder waren oder besonders sensibel für mögliche Signale ihrer Kinder. Gute Sexuaufklärung und Prävention waren allen Eltern ein wichtiges Anliegen, auch wenn es ihnen teilweise schwer fiel, über Sexualität zu sprechen. Die Expertise von Betroffenen, besonders die spezifische Perspektive von betroffenen Eltern, sollte in die Entwicklung von Schutzkonzepten und Präventionsmaterialien einbezogen werden.

Unterstützungsbedarfe und Wünsche nach Austausch

In den Erzählungen der betroffenen Eltern wurden Unterstützungsbedarfe sichtbar. Weniger als die Hälfte der Befragten der Fragebogenerhebung der Studie hatte im Rahmen ihrer Elternschaft Unterstützung erhalten, das betraf besonders Männer. Viele fühlten sich nicht ausreichend über die

Herausforderungen im Umgang mit Nähe und Körperkontakt

vorhandenen Angebote informiert und hatten keinen Zugang zu bedarfsgerechter Unterstützung. Gewünscht wurde von einigen außerdem ein Austausch mit anderen betroffenen Eltern, die möglicherweise mit ähnlichen Themen beschäftigt sein könnten. Ein solcher Austausch könnte beispielsweise in Selbsthilfestrukturen, aber auch durch Vernetzungen im Unterstützungssystem ermöglicht werden.

2. Elternschaft nach sexualisierter Gewalt: Besondere Herausforderungen und (insbesondere) die Rolle der Frühen Hilfen

Die Ergebnisse der Studie zeigen, wie wichtig es ist, dass betroffene Eltern in Unterstützungs- und Präventionsangeboten mitgedacht werden. Elternschaft stellt für alle Menschen eine große Herausforderung dar, betroffene Eltern begegnen darüber hinaus spezifischen Herausforderungen. Bisher werden sie überwiegend von den auf sexualisierte Gewalt spezialisierten Beratungsstellen adressiert, notwendig ist eine umfassendere Ansprache von Betroffenen in ihrer Elternrolle.

Räume schaffen, in denen Betroffene sich angesprochen fühlen

Betroffene Eltern sollten in Angeboten explizit und sichtbar als

Zielgruppe genannt werden, beispielsweise auf Homepages oder in Informationsbroschüren. Es kann hilfreich sein, wenn das Thema der eigenen Betroffenheit nicht von den Betroffenen selbst eingebracht werden muss, sondern diese Möglichkeit im allgemeinen Angebot einer Beratungs- oder Bildungseinrichtung mitbenannt wird. So kann ein Raum geschaffen werden, in dem Herausforderungen angesprochen werden können. Ein niedrigschwelliger, bedarfsgerechter Zugang zu professioneller Unterstützung kann Orientierung geben und dabei helfen, mögliche Schwierigkeiten zu erkennen und zu bearbeiten.

Betroffene dürfen im Unterstützungssystem nicht stigmatisiert werden, beispielsweise durch die Annahme, dass eine Betroffenheit der Eltern automatisch eine Gefährdung der Kinder bedeute. Sie sollten in den unterschiedlichen Phasen von Elternschaft durch spezialisierte und traumasensible Unterstützung gestärkt werden. Im Verlauf des Lebens mit Kindern können zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe relevant werden. Diese Unterstützung sollte bereits in der Beratung zu Familienplanung

beginnen und sich über Schwangerschaft und Geburt sowie Angebote von Prävention für unterschiedliche Altersgruppen erstrecken. Betroffene Eltern müssen offen über die spezifischen Herausforderungen sprechen können, sofern sie das möchten, ohne dafür Abwertungen zu erfahren. Die Inanspruchnahme von Unterstützung sollte vielmehr als elterliche Kompetenz gesehen werden.

Um den oben beschriebenen Sorgen von Eltern entgegen wirken zu können, sind Informationen für Eltern notwendig. Das betrifft unter anderem die verbreitete Alltagstheorie der unveränderlichen Weitergabe von Trauma und Gewalt an die Kinder, aber auch die von einigen Befragten als übergroß beschriebene Sorge um die eigenen Kinder oder das große Bedürfnis, die Kinder vor eigenem Gewalterleben zu schützen. Diesen wichtigen Themen muss begegnet werden, ohne zu leugnen, dass es sich um berechtigte Sorgen handeln kann.

Auch Fachkräfte benötigen entsprechendes Fachwissen über die möglichen Nachwirkungen von sexualisierter Gewalt, um betroffene Eltern kompetent unterstützen zu können. So können entsprechende Kenntnisse beispielsweise dazu beitragen, Verunsicherungen zu begegnen, die Befragte im (körperlichen) Umgang mit Babys und Kleinkindern berichteten. Eine traumasensible Haltung kann dazu beitragen, Unterstützung anzubieten ohne Betroffene, die aufgrund des Gewalterlebens Hilfe bei der Versorgung ihrer Kinder benötigen, dafür zu bewerten.

Sensibilität für Betroffene bereits in Schwangerschaft und Geburt

Sexuelle Gewalterfahrungen sollten in der Schwangerschaftsberatung und in Geburtsvorbereitungskursen sensibel thematisiert werden. Zentral ist dabei eine persönliche, vertrauliche und respektvolle Beratung. Ergänzend können Informationsmaterialien, wie die von pro familia, eingesetzt werden.

Traumasensible Rahmenbedingungen, Fortbildungen für Fachkräfte und routinemäßiges Nachfragen können helfen, belastende Gefühle und Ängste zu reduzieren, die an frühere Gewalterfahrungen erinnern. Dazu gehört auch, dass Hebammen und medizinisches Personal Gesprächsführung praktisch üben – entsprechende Trainingseffekte sind nachgewiesen (Arbeitskreis Frauengesundheit 2023).

Ein wertschätzender, grenzachtender Umgang kommt allen Schwangeren und Gebärenden zu gute – auch jenen, die ihre Erfahrungen nicht offenlegen möchten. Voraussetzung für eine traumasensible Versorgung ist eine klare und empathische Kommunikation zwischen Ärzt:innen, Hebammen und Gebärenden (Simkin et al. 2015). Dabei müssen Fachkräfte keine Expert:innen für sexuelle Gewalt sein – aber eine respektvolle Haltung und Sensibilität im Umgang mit Ängsten und Bedürfnissen können

entscheidend dazu beitragen, (Re-)Traumatisierungen zu vermeiden.

Fachwissen und Haltung: Was Fachkräfte für die Arbeit mit betroffenen Eltern brauchen

Für eine bedarfsgerechte Unterstützung für Eltern von Kindern der Altersgruppe zwischen 0 und 3 Jahren sind die Frühen Hilfen ein wichtiges, niedrigschwelliges Unterstützungsangebot, das viele Familien erreichen kann. Die Zeit nach der Geburt ist für alle Familien eine besondere Herausforderung, doch die Begleitung betroffener Eltern mit den spezifischen Bedürfnissen sollte hier konkret mitgedacht werden. Ein Bewusstsein über die Geburt als mögliche (re)traumatisierende Erfahrung kann eine wichtige Grundlage in der Begleitung von Familien mit kleinen Kindern darstellen.

Fachkräfte können dazu beitragen Betroffene in ihren Sorgen und Schuldgefühlen zu entlasten, wenn sie ihnen vermitteln, dass ihre psychischen Belastungen und Erkrankungen Folgen von Gewalt

und Unrecht sind. Besonders die Verunsicherung, die Befragte im körperlichen Umgang mit Babys und Kleinkindern beschrieben, sollte dabei berücksichtigt werden. Die Studie zeigte, dass besonders betroffene Männer wenig in diese Angebote einbezogen waren.

Darüber hinaus sollten Materialien zu Prävention von sexualisierter Gewalt und Sexualaufklärung Informationen für betroffene Eltern enthalten, auch hier sollte diese Zielgruppe gezielt angesprochen werden. Fachkräfte benötigen dann Fort- und Weiterbildungen sowie Informationen zur Gesprächsführung zum Thema Traumatisierungen, um Betroffene in ihren Bedarfen zu sehen und passend in Unterstützung weitervermitteln zu können. Um diese Weitervermittlung zu ermöglichen, ist eine Vernetzung von unterschiedlichen Institutionen, mit denen Eltern und Kinder in Kontakt kommen, sowie von Eltern- und Erziehungsberatungsstellen und des spezialisierten Unterstützungssystem notwendig. So kann ein Rahmen geschaffen werden, in dem Betroffene zum Thema Elternsein eine jeweils passende Unterstützung finden können.

Um Eltern und Kinder passgenau zu unterstützen, braucht es zudem eine enge Vernetzung und Kooperation zwischen verschiedenen Hilfesystemen: Frühe Hilfen, weitere Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Gemeindepsychiatrie und therapeutische und medizinische Angebote sollten eng zusammenarbeiten, um die oft komplexen Unterstützungsbedarfe gemeinsam in den Blick zu nehmen und wirksam zu begleiten. 🗨️



Psychosexuelle und somatische Entwicklung in den Lebensjahren 0–3

056-
085

MARILENA DE ANDRADE

Einleitung

Psychosexuelle und somatische Entwicklungen in den Lebens- jahren 0–3

Prävention sexualisierter Gewalt bedeutet auch, spezifische Aspekte kindlicher Entwicklung mitzudenken – auf körperlicher, emotionaler und sozialer Ebene. Im Alltag von Krippen, Tagespflegestellen und in den Frühen Hilfen geschieht das oft implizit: beim Wickeln, Anziehen, in der Begleitung bei Toilettengängen, in der Kommunikation mit Eltern über Körperpflege oder Auffälligkeiten im Verhalten. Diese alltäglichen Situationen können dabei viele Fragen aufwerfen, wenn es um Grenzen, kindliche Sexualität, Sprache oder Hygiene geht. Dieses Kapitel greift einige dieser Fragen auf.

Der Begriff der „psychosexuellen Entwicklung“ oder der „Kindlichen Sexualität“ wird häufig mit Unsicherheit betrachtet – nicht zuletzt, weil er mit gesellschaftlichen Tabus und historischen Missverständnissen belegt ist. Doch gemeint ist damit keineswegs Sexualität im erwachsenen Sinne, sondern die Tatsache, dass sich schon bei sehr kleinen Kindern Körperwahrnehmung, Bindungserleben, Neugier, Berührungen, Grenzerfahrungen und Gefühlsäußerungen aufeinander

beziehen – und dabei die Basis für spätere sexuelle Identität, Selbstbestimmung und Beziehungsfähigkeit gelegt wird. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Bedeutung einer entwicklungspsychologisch fundierten Begleitung kindlicher Sexualität eingegangen.

Zugleich thematisiert dieses Kapitel die somatische, also körperliche Entwicklung – insbesondere des Genitalbereichs. Welche körperlichen Veränderungen sind im Säuglings- und Kleinkindalter zu erwarten? Was ist medizinisch erklärbar – und wann braucht es eine ärztliche Abklärung? Welche Sprache ist kindgerecht, und wie können Erwachsene Kinder dabei unterstützen, ihre Körperteile korrekt zu benennen und ein selbstverständliches Verhältnis zu ihrem Körper zu entwickeln? All das sind Fragen, die direkt mit Schutz zu tun haben: Denn Kinder, die über Körperwissen verfügen, haben eine höhere Chance, unangenehme oder grenzverletzende Erfahrungen überhaupt benennen zu können.

Die Vermittlung von Sprache, Körperwissen und positiven Beziehungserfahrungen ist damit ein zentraler Schutzfaktor – und ein Kernbereich präventiver Arbeit.

Auch hygienische und pflegerische Aspekte spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Gerade in Pflegesituationen sind Nähe, Intimität und

Körperkontakt alltäglich – und gleichzeitig sensibel. Wie können Fachkräfte diese Situationen bewusst gestalten, um Kinder zu schützen, ihnen Sicherheit zu vermitteln und ihre Grenzen zu achten? Das Kapitel liefert hier praxisnahe Impulse und stellt heraus: Es geht nicht um Vermeidung von Nähe, sondern um achtsame Gestaltung – mit Blick auf Beziehung, Sprache und Kontext.

Ein ergänzender Exkurs beleuchtet schließlich das Thema nicht-akzidentelle Kopfverletzungen (Schütteltrauma). Auch wenn dies auf den ersten Blick kein sexualisiertes Gewaltphänomen ist, verdeutlicht dieser Abschnitt: Wo körperliche Überforderung, emotionale Instabilität und strukturelle Belastungen zusammentreffen, entstehen Risiken – unter anderem auch im Zusammenhang sexualisierter Gewalt. Der Blick auf körperliche Unversehrtheit muss also weit gefasst werden – als Bestandteil eines ganzheitlichen Kinderschutzes. 📌

Die Vermittlung von Sprache, Körperwissen und positiven Beziehungserfahrungen ist ein Kernbereich präventiver Arbeit

Psychosexuelle Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren

Einleitendes

Durch diesen Beitrag soll die Aufmerksamkeit von pädagogischen Fachkräften und Fachkräften der Frühen Hilfen auf kindliche Sexualität gelegt werden. Kindliche Sexualität wird in der Ausbildung wenig beachtet, im pädagogischen Alltag der Kindertagesstätten oder Frühen Hilfen häufig übersehen oder als Problem verstanden, auf das man reagieren muss, wenn etwas schief gegangen ist. Dabei kann eine bewusste und wertfreie Auseinandersetzung mit kindlicher Sexualität entscheidend sein – nicht nur für die gesunde psychosexuelle Entwicklung des Kindes, sondern auch für die Prävention sexualisierter Gewalt. Eine Reflexion und Auseinandersetzung zu kindlicher Sexualität sollten daher für alle von uns mit Interesse erfolgen.

Die Vorstellung, dass Sexualität nicht erst mit der Pubertät beginnt, sondern bereits von Geburt an Teil der menschlichen Entwicklung ist, geht ursprünglich auf Sigmund Freud zurück. Freud beschrieb in seiner Psychosexuellen Entwicklungstheorie verschiedene Phasen, in denen

Kinder Lust und Sinneserfahrungen über unterschiedliche Körperregionen wahrnehmen – von der oralen über die anale Phase bei Kleinkindern (Freud, 1905). Diese Perspektive war bahnbrechend, weil sie die körperliche und emotionale Entwicklung des Kindes als eng miteinander verknüpft betrachtete.

Heute wird das Konzept kindlicher Sexualität nicht mehr in direkter

Verbindung mit Freud gesehen, da sich die sexualwissenschaftliche Forschung und sexuelle Bildung weiterentwickelt haben. Moderne Ansätze betonen weniger die von Freud postulierten Triebe, sondern vielmehr die Bedeutung von Körpererfahrungen, emotionaler Sicherheit und

sozialer Interaktion für die psychosexuelle Entwicklung. Zentral ist die Erkenntnis, dass Kinder früh lernen sollten, zwischen angenehmen und unangenehmen Berührungen zu unterscheiden, Grenzen zu setzen und zu erleben, dass ihre Grenzen respektiert werden. Ebenso gehört dazu, Körperteile benennen und eigene Gefühle sowie Bedürfnisse verstehen

Kindliche Sexualität unterscheidet sich grundlegend von Erwachsenensexualität

und ausdrücken zu können (Quindeau & Brumlik, 2012). Kindliche Sexualität ist daher eine ganzheitliche Erfahrung und eher mit Sinnlichkeit zu vergleichen, als mit Sexualität, die Erwachsene kennen und leben (s.u.)

Warum ist das Thema wichtig für die Präventionsarbeit?

Kinder, die früh lernen, ihre eigenen Körperempfindungen bewusst wahrzunehmen, Grenzen zu setzen, anderen Kindern etwas zu erlauben und sich über angenehme und unangenehme Berührungen zu äußern, entwickeln ein gesundes Körperbewusstsein und ein stabiles Selbstwertgefühl. Die Fähigkeit, Gefühle und Bedürfnisse zu kennen und zu benennen, kann sie davor schützen, in übergriffige, gewaltvolle oder unangenehme Situationen zu geraten, und befähigt sie, Hilfe zu holen, wenn ihre Grenzen verletzt werden.

Prävention sexualisierter Gewalt beginnt daher nicht erst mit Schutzkonzepten für Einrichtungen oder mit Interventionen bei Verdachtsfällen, sondern mit einer fundierten und respektvollen Bildung, inklusive sexueller Bildung von Geburt an. Dies erfordert eine Kultur der offenen Kommunikation, in der Körper, Gefühle und Grenzen benannt bzw. gezeigt werden dürfen, ohne Angst vor Beschämung oder Sanktionen zu haben. Eine re-

flektierte und wertschätzende Haltung von Fachkräften gegenüber kindlicher Sexualität ist somit ein zentraler Baustein für einen wirksamen Schutz vor übergriffigem Verhalten anderer und ein gesundes Aufwachsen der Kinder (Bundesamt für Gesundheit, 2017)

Was ist denn genau kindliche Sexualität?

Kindliche Sexualität unterscheidet sich grundlegend von der von Erwachsenen. Oftmals schauen Erwachsene besonders bei diesem Thema aus ihrer Perspektive auf die Kinder und fühlen sich hierbei unwohl, dabei ist kindliche Sexualität eine natürliche Phase der Entwicklung.

Im Verständnis von kindlicher Sexualität werden alle Emotionen und Sinne einbezogen. Sie ist damit ganzheitlich und eher mit Sinnlichkeit zu vergleichen – die Genitalien werden nur als ein Element von vielen unterschiedlichen sinnlichen Erfahrungen mit in die Welt der Entdeckung einbezogen. Besonders bei Säuglingen und Kleinkindern gibt es keine Unterschiede zwischen Zärtlichkeit, Sinnlichkeit und körperlicher Lust. Alle Möglichkeiten, um sich lustvolle Gefühle zu bereiten, werden spontan und wenig zielgerichtet gelebt (Philipps, 2005). Kindliche Lustsuche ist demnach egozentrisch und nicht beziehungsorientiert wie bei den

meisten Erwachsenen (Philipps, 2005).

Erwachsene leben ihre Sexualität häufig zentriert auf genitale Lustempfindung. Kinder probieren alles spielerisch aus, z.B. auch die Rollen der Erwachsenen bei „Mutter-Vater-Kind-Spielen“ und imitieren, was sie erlebt und gesehen haben.

Während Erwachsene ihre Sexualität meist in Beziehung zu anderen Personen ausleben, wollen Kleinkinder nur ihre eigenen schönen Gefühle entdecken, ohne Zuneigung oder Verbindung zu einer anderen Person auszudrücken. Kindliche Sexualität ist also vollkommen ich-zentriert. Je jünger Kinder sind, desto stärker und ganzheitlicher empfinden sie Sinneswahrnehmungen und entsprechend lustvolle, positive Empfindungen (z.B. das Spielen im Sandkasten: Sonne und Sand auf der Haut).

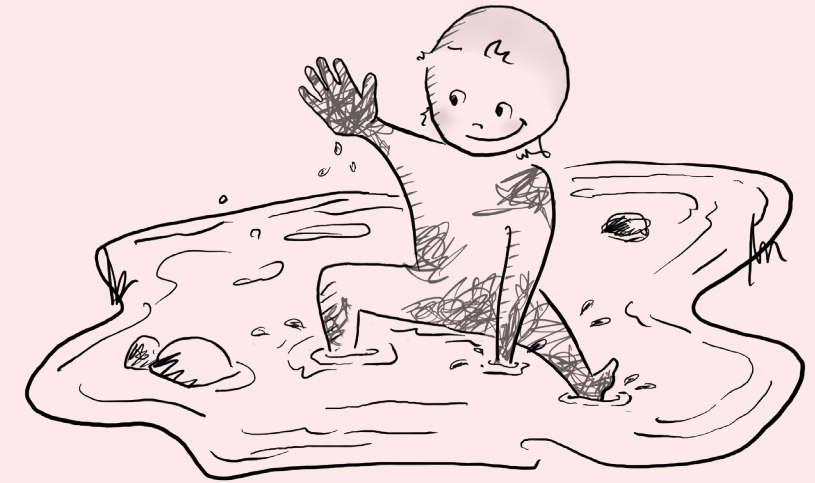
1. Lebensjahr

Bereits Babys nehmen die Umwelt ganzkörperlich und ganzheitlich mit allen Sinnen und Emotionen wahr und reagieren darauf. Der Säugling erkundet die Welt vor allem über den Mund. Die Haut dient darüber hinaus als Tast-Fühlorgan und über die damit verbunden Berührungen macht das Kind erste Bindungs- und Beziehungserfahrungen und erhält Informationen über sich selbst. Für Säuglinge gibt es noch keine Unterscheidung zwischen den positiven Gefühlen bezogen auf die Genitalien und bezogen auf den Rest des Körpers. Erfahrungen sexueller Erregung geschehen nie zielgerichtet.

Ist Ihnen als Fachkraft z.B. schon einmal aufgefallen, dass beim Wickeln Penis oder Klitoris anschwellen können? Dies ist eine normale Körperreaktion in diesem Alter.

Tipps:

- ➔ Schaffen Sie eine geschützte und private Atmosphäre beim Wickeln. Ein Wickeltisch im Eingangs- oder Garderobebereich kann weder die Intimsphäre noch die Ruhe beim Wickeln ermöglichen.
- ➔ Begleiten Sie das Wickeln mit Worten für alle Körperteile, die beim Wickeln einbezogen werden. Dazu gehören auch Worte für die Genitalien. (s. nächstes Kapitel) Dadurch lernen Kleinkinder schon, dass Körperteile, wie Vulva, Penis etc. selbstverständlich sind und zu ihrem Körper gehören.
- ➔ Verhindern Sie beim Säugling nicht das eigene lustvolle Berühren an den Genitalien.
- ➔ Benennen Sie respektvoll Körpersignale und Bedürfnisse (z.B. du ziehst den Arm weg, du drehst dich weg etc.)
- ➔ Geben Sie Eltern den Tipp, ihrem Kind regelmäßig windelfreie Zeit zu geben, um sich selbst zu entdecken.



2. Lebensjahr

Kinder nehmen im zweiten Lebensjahr ihre Genitalien bewusster wahr und untersuchen diese interessiert. Das passiert in der gleichen Art und Weise, in der Kinder auch alle anderen Körperteile neugierig untersuchen. Für sie ist alles, was zum Körper gehört, spannend. Genitalien gehören dazu. Die Berührungen werden jedoch in diesem Alter etwas zielgerichteter

als im ersten Lebensjahr.

Erwachsene können und sollten auch schon zu diesem Zeitpunkt vermitteln, wo und wann Selbsterkundungen im geschützten Rahmen möglich sind.

Im 2. Lebensjahr wird außerdem die Analregion zu einer wichtigen Lustquelle (Quindeau & Brumlik, 2012). Kinder können die volle Blase, die Wärme der Ausscheidungen, das Anspannen des Schließmuskels als

etwas Angenehmes, Lustvolles erleben. Manchmal begründet dies auch, warum Kinder nicht immer sofort gewandelt werden wollen und/oder traurig sind, wenn die Ausscheidungen weggespült werden. Toilettengänge anderer Kinder und Erwachsener wecken in der Lebensphase zudem auch häufig die Neugier.

Tipps:

- ➔ Unterstützen und motivieren Sie das Kind, sich aktiv an der Körperpflege zu beteiligen.
- ➔ Finden Sie Worte für angenehme/unangenehme Berührungen und achten Sie vor allem auch auf nonverbale Signale des Kindes.
- ➔ Benennen Sie Gefühle und schaffen Sie einen sicheren Raum, um diese zeigen zu können.
- ➔ Besprechen Sie im Team/ Elternhaus wie mit kindlicher Sexualität (Sprache, Intimsphäre, Nacktheit, Scham, Entdeckung kindlicher Masturbation) in Ihrer Kindheit umgegangen wurde und finden Sie Wege (z.B. ein sexualpädagogisches Konzept) oder Absprachen für Ihren Alltag.

3. Lebensjahr

Kinder kommen in die Phase der Schau- und Zeigelust. Häufig zeigen sie kichernd den Penis, die Vulva, strecken den Po entgegen, ziehen Kleidungsstücke aus, heben den Rock, das T-Shirt. Dabei beobachten sie sehr genau, wie Erwachsene und andere Kinder darauf reagieren. Beschämung

und ein negativer Körperzugang können daher schnell (und meist unbewusst) vermittelt werden.

Kinder beginnen außerdem in dem Alter mit den Warum-Fragen (z.B. Wie entstehen Babys? Wie bin ich denn in den Bauch gekommen? Wo bin ich denn rausgekommen? War es nicht zu eng? Wie habe ich im Bauch gegessen, getrunken?). Sie wollen Zusammenhänge und sich selbst besser verstehen. Kinder zeigen in Rollenspielen, wie sie die Welt und die Menschen wahrnehmen und probieren sich in unterschiedlichen Rollen aus. In dieser Phase beginnt außerdem häufig eine gezielte Selbststimulation (kindliche Masturbation, s.u.) und gegenseitige Körperentdeckungsspiele (sog. Doktorspiele, s.u.).

Kindliche Masturbation

Kinder masturbieren von Beginn an. Am Anfang noch unkontrolliert und eher zufällig, später durchaus auch gezielt und bewusst. Sie sind auch fähig zum Orgasmus, deshalb sieht man sie manchmal ganz rot, schwitzend und danach entspannt.

Erwachsene sollten Kindern erklären, wie sie in geschützten Räumen masturbieren können und erklären, warum es wichtig ist, es nicht in öffentlichen Räumen zu tun. Auch hier ist sprachliche Klarheit, wie: „sich selbst befriedigen“, „den Penis reiben“, „die Klitoris reiben“ etc. sinnvoll.

Tipps:

- ➔ Geben Sie den Mädchen einen Handspiegel, um die Vulva anschauen und alles entdecken zu können. Jungs genügt dafür ein Wandspiegel.

- ➔ Ermöglichen Sie das Verkleiden in allen Formen, um sich auszuprobieren.
- ➔ Beantworten Sie Kinderfragen kurz und leichtfüßig. Eine Vorbereitung im Team hilft dabei oft.
- ➔ Stellen Sie geschützte Räume zur Verfügung und übernehmen Sie Verantwortung für eine liebevolle Unterstützung und Begleitung in dieser spannenden Phase.

Kindliche Scham – Ein natürlicher Entwicklungsprozess und ein Schutzmechanismus

Kindliche Scham ist ein vielschichtiges Phänomen, das sich im Laufe der persönlichen Entwicklung in unterschiedlichen Formen äußert. Schon früh können intrinsische Schamgefühle entstehen, die dem Kind dabei helfen, eigene Grenzen und den persönlichen Raum zu definieren. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass Kinder durch externe Beschämung – etwa durch abwertende Kommentare oder unbedachte Handlungen von Erwachsenen – in ihrer Selbstwahrnehmung beeinträchtigt werden.

Besonders im Kindergartenalter tritt das Schamgefühl oft plötzlich auf: Ein Kind zeigt plötzlich z.B. den Wunsch, sich nicht mehr vor anderen umzuziehen. Dies kann ein normaler Schritt sein, der dem Kind hilft, seine körperliche Integrität und Privatsphäre zu schützen. Wichtig ist, dass Kinder selbst bestimmen dürfen, wann und wie sie sich zeigen oder sich zurückziehen möchten. Können sie ihre Bedürfnisse nicht immer verbal ausdrücken, sollten Erwachsene aufmerksam auf nonverbale Signale achten.

Offenheit und Erklärungen, in welchen Situationen was möglich und hilfreich ist, sollten den Austausch begleiten.

Praktische Hinweise für den Umgang mit kindlicher Scham:

- ➔ Respekt und Ernstnehmen: Nehmen Sie die Signale Ihres Kindes ernst und vermeiden Sie abwertende Kommentare wie „Es schaut dir schon keiner was weg“ oder „Stell dich nicht so an!“. Stattdessen sollte das Kind spüren, dass sein Bedürfnis nach Intimität respektiert wird. Schutz im Alltag: Schon in Situationen wie dem Wickeln von Säuglingen ist darauf zu achten, dass das Kind nicht unnötig in den Blickpunkt anderer gerät. So kann vermieden werden, dass sich das Kind beschämt fühlt.
- ➔ Positive Kommunikation: Anstelle von Kritik können Sie dem Kind auf einfühlsame Weise erklären, warum es manchmal besser ist, sich zu bedecken. Zum Beispiel: „Du bist stolz auf deinen Körper, aber es ist wichtig, dass dein Körper dir allein gehört.“

Das natürliche Schamgefühl spielt eine wesentliche Rolle dabei, dass Kinder lernen, ihre eigenen Grenzen zu erkennen und zu wahren. Es dient nicht nur der Wahrung der Privatsphäre, sondern schützt sie auch vor möglichen Übergriffen, indem es ihnen vermittelt, dass ihr Körper ihnen allein gehört. Indem wir dieses Gefühl respektieren und fördern, wird die gesunde Persönlichkeitsentwicklung von Kindern unterstützt.

Doktorspiele/ Körperentdeckungsspiele

Stellen Sie sich das Erkundungsspiel zweier Kinder vor und irgendetwas fühlt sich für eines der Kinder nicht gut an – was bräuchte das Kind, um darüber sprechen zu können?

Sog. Doktorspiele oder – besser ausgedrückt – Körperentdeckungsspiele sind spielerisches Entdecken des eigenen und anderen Körpers. Sie sind typisch für das Kindergartenalter. Kinder entdecken ALLES am Körper, die Augen, die Ohren, den Bauch und eben auch die Genitalien, weil diese genauso dazugehören wie alles andere am Körper auch. Werden Kinder nur wenig in ihrer Neugierde beschränkt, verlieren sie diese häufig auch wieder,

sobald diese gestillt wurde. Wird diese jedoch nicht zugelassen, werden z.B. Verbote rund um dieses Erkundungsverhalten ausgesprochen, wächst die innere Wichtigkeit für das Kind an. Kinder, die negative Erlebnisse mit anderen Kindern machen, haben noch größere Hürden, darüber zu sprechen, sich Hilfe und Unterstützung zu holen. Kinder, die übergriffig sind, lernen hingegen auch nicht, was sich für das andere Kind nicht gut anfühlt, und machen weiter.

Wichtig für die Einrichtung ist, sich innerhalb des Teams definiert zu haben, was zur „Entdeckung“ gehören darf und was nicht und inwiefern ein geschützter und transparenter Rahmen mit Kindern und Eltern geschaffen werden kann. Es muss deutlich sein, wo Grenzen nicht überschritten werden dürfen, damit Erwachsene bei Grenzüberschreitungen intervenieren können. Es kommt darauf an, dass Erwachsene einen sicheren und klar kommunizierten Rahmen herstellen, in dem Kinder sich entdecken dürfen.

Mit vorab festgelegten Regeln für Doktorspiele wissen Kinder deutlich, was die Grenzen sind. Es können Regeln aufgestellt werden, die vor den Kindern besprochen und/oder die in Form von Bildern aufgehängt werden können. Kinder lernen durch Verbote nur, dass sie es heimlich machen müssen und unangenehme Situationen werden nicht angesprochen.

Die wichtigsten Regeln:

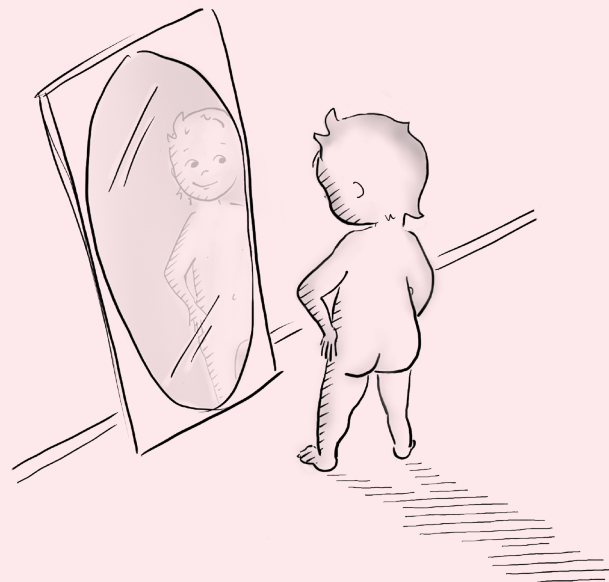
- ➔ Es wird nichts in Körperöffnungen gesteckt.
- ➔ Es muss freiwillig sein.
- ➔ Kinder sollen auf demselben Entwicklungsstand sein.
- ➔ Ein Stopp ist jederzeit möglich.

Fazit:

Ein bewusster und wertschätzender Umgang mit kindlicher Sexualität sollte im pädagogischen Alltag von Kitas und den Frühen Hilfen selbstverständlich sein. Fachkräfte stehen dabei vor der Herausforderung, sowohl

kindliche Neugier als auch den Schutz von Grenzen zu begleiten, Eltern mit einzubeziehen und Unsicherheiten innerhalb des Teams zu reflektieren. Eine klare und fachlich fundierte Haltung hilft, Situationen nicht aus Scham oder Unsicherheit zu problematisieren, sondern entwicklungsangemessen zu begleiten. Fachkräfte haben hier eine Schlüsselfunktion in der Prävention sexualisierter Gewalt: Sie sind gefordert, Kinder dabei zu unterstützen, ihre eigenen Grenzen zu erkennen und durchzusetzen, und sie dabei zu begleiten, zwischen angenehmen und unangenehmen Berührungen zu unterscheiden. Damit dies gelingt, braucht es regelmäßige Reflexion im Team, Fortbildungen zur sexualpädagogischen Arbeit und eine enge Zusammenarbeit mit Eltern, um Unsicherheiten und Missverständnissen vorzubeugen. Ein offener und professioneller Umgang mit kindlicher Sexualität ist somit nicht nur ein Beitrag zur gesunden Entwicklung der Kinder, sondern auch ein wichtiger Schutzfaktor für sichere und vertrauensvolle Betreuungsräume. 🍓

Entwicklung des Geni- talbereichs in den ers- ten drei Le- bensjahren



Die Entwicklung des Genitalbereichs in den ersten drei Lebensjahren ist nicht nur ein natürlicher Bestandteil der körperlichen Entwicklung, sondern auch ein wichtiges Thema für die Prävention sexualisierter Gewalt. Schon in diesem frühen Alter legen Kinder erste Grundlagen für ihre Körperwahrnehmung, lernen Begriffe für ihre Genitalien kennen und entwickeln ein Gefühl für Grenzen und Intimsphäre. Ein offener, sachlicher und wertschätzender Umgang mit diesem Thema – sowohl in der Familie als auch in pädagogischen und medizinischen Kontexten – kann dazu beitragen, Kinder zu stärken und ihre Fähigkeit zu fördern, sich klar auszudrücken und im Bedarfsfall Hilfen zugänglicher zu machen.

Eine altersgerechte Begleitung der kindlichen Entwicklung ist dabei sehr hilfreich. Besonders wichtig ist es, Kinder von Beginn an mit korrekten Begriffen für ihre Körperteile vertraut zu machen und Scham oder Tabuisierung zu vermeiden. Dadurch wird nicht nur die Sprachfähigkeit in Bezug auf den eigenen Körper gestärkt, sondern auch ein wichtiger Schutzfaktor aufgebaut: Kinder, die wissen, was ihr Genitalbereich ist, wozu er da ist und wie sie ihren Genitalbereich benennen können, sind besser in der Lage, sich selbst wahrzunehmen, aber auch sich mitzuteilen bei unangenehmen oder übergriffigen Erfahrungen.

Mit diesem Kapitel soll daher ein Überblick über die Entwicklung des

Genitalbereichs in den ersten drei Lebensjahren aus medizinischer Perspektive gegeben werden.

🔍 Begriffserklärung Vulva und Vagina:

Der anatomisch korrekte Begriff der sichtbaren weiblichen Genitalregion ist „Vulva“. Sie reicht vom sog. Venus-hügel (oberer Anteil) bis zum Anus (unterer Anteil) und umfasst die äußeren und inneren Labien (früher „Schamlippen“ genannt), die Klitoris und den vorderen Scheideneingang. Als Vagina („Scheide“) bezeichnet man die sich an die Scheidenöffnung anschließende, schlauchförmige Öffnung, die sich weit ins Körperinnere erstreckt und von außen nur im vorderen Anteil einsehbar ist. Die Vagina endet im Körperinneren am Eingang der Gebärmutter. Unterhalb der Klitoris befindet sich der Harnröhrenausgang und ist somit ebenfalls Teil der sogenannten „Vulva“.

Tipp:

Bei der Bezeichnung der kindlichen Genitalien wird dazu geraten im Gespräch mit Kindern in jedem Alter (!) den medizinisch korrekten Begriff „Vulva“ zu verwenden und ggf. zu erklären. Somit verschafft man den Mädchen die Möglichkeit ihre Genitalien gegenüber anderen Kindern und Erwachsenen eindeutig zu benennen. Begriffe, die „Scham“ enthalten (z.B. „Schambereich“, „Schamlippen“, „Schamhaare“) oder verniedlichende Begriffe (wie z.B. „Blümchen“, „Schneckchen“, „Muschelchen“ etc.) sollten vermieden werden.

Frische Verletzungen oder blaue Flecken im Bereich der Vulva oder Scheide sollten unabhängig davon aber immer ärztlich abgeklärt werden!

Wenn ein Kleinkind, dessen sprachliches Ausdrucksvermögen noch eingeschränkt ist, von beispielsweise seiner „Schnecke“ spricht, kann dies dazu führen, dass Erwachsene nicht verstehen, dass es seine Genitalien meint.

🔍 Begriffserklärung Hymen (sog. „Jungfernhäutchen“):

Das Hymen ist ein dünner Schleimhautsaum im vorderen Teil der Scheide und nimmt in den verschiedenen Entwicklungsphasen des Kindes unterschiedliche Formen an. Das Hymen verdeckt, entgegen häufiger Erzählungen, in der Regel nicht den kompletten Scheideneingang. Bei Geburt ist das Hymen zunächst als wulstiger, ringförmiger Schleimhautsaum im vorderen Anteil der Scheide, direkt hinter der runden Scheidenöffnung sichtbar. Mit abnehmenden weiblichen Hormonen im Kleinkindalter wird das Hymen oft straff, nimmt eine weißliche Farbe an und erstreckt sich typischerweise halbmondförmig (oder ringförmig) am Unterrand des vorderen Scheidenbereichs. Es gibt zahlreiche Besonderheiten in der Form des Hymens, die als normal gelten (sog. „Normvarianten“). In der Regel lassen sich, entgegen häufiger Erzählungen, am Aussehen des Hymens keine konkreten Aussagen über erfolgten Geschlechtsverkehr oder stattgehabte sexualisierte Gewalt ableiten. Insb. bei geäußerten Verdachtsfällen und Fragen des Kinderschutzes ist es wichtig, dass speziell qualifizierte, in solchen Fragestellungen erfahrene Kinderschutzmediziner:innen für die Einordnung und medizinische Klärung zeitnah einbezogen werden.

🔍 Begriffserklärung Penis, Hoden, Hodensack und Eichel:

Der Penis besteht aus einer Wurzel, einem Schaft und der Eichel (Penisspitze). Die Vorhaut bedeckt bei Neugeborenen und Kleinkindern meist noch die Eichel. Der Hodensack ist eine Hauttasche, die die Hoden umgibt. Der Hodensack kann anfangs relativ glatt sein, mit zunehmendem Alter wird die Haut faltiger. Die beiden Hoden befinden sich normalerweise im Hodensack. Bei Neugeborenen kann es vorkommen, dass ein oder beide Hoden noch nicht vollständig in den Hodensack abgestiegen sind (Hodenhochstand).

Tipp:

Auch für die männlichen Genitalien eines Kindes sollten anatomisch korrekte Bezeichnungen verwendet werden, die keine Scham erzeugen. Begriffe für den Penis wie „Pipi“, „Pullermann“ oder „Schniedel“ sollten vermieden werden.

🔍 Neugeborenenperiode (0–1 Monat)

Bereits bei der Geburt sind die äußeren Geschlechtsorgane vollständig ausgebildet. Aufgrund mütterlicher Hormone können vorübergehende Veränderungen auftreten, beispielsweise eine leichte Schwellung der sichtbaren äußeren weiblichen Genitalien oder eine vorübergehende Brustdrüenschwellung (auch bei Jungen). Selten kann es bei weiblichen Säuglingen in den ersten Lebensstagen durch den Einfluss der mütterlichen Hormone zu Blutungen aus der Scheide kommen (postnatale Blutung) (Oppelt & Lehmann-Kannt, 2023). Bei Mädchen kann in dieser Phase zudem ein leichter vaginaler Ausfluss auftreten, der ebenfalls hormonell bedingt ist. Das Aussehen des Hymens ändert sich aufgrund der nachlassenden Hormonwirkung im Laufe des ersten Lebensjahres merklich (Herrmann, 2022).

🔍 Säuglingszeit (1–12 Monate)

Im ersten Lebensjahr nehmen hormonell bedingte Veränderungen allmählich ab. Die Geschlechtsorgane wachsen langsam mit dem allgemeinen Körperwachstum mit.

Reflexartige Berührungen im Genitalbereich können auftreten, was jedoch als normaler Bestandteil der Sinneswahrnehmung betrachtet wird.

Medizinische Aspekte:

In diesem Alter treten durch das Tragen der Windel und das dadurch entstehende feucht-warmen Milieu

Hautreizungen im Genitalbereich (sog. „Windeldermatitis“) auf. Diese führen zu einer flächigen Rötung der Haut. In diesen Fällen sollte der Windelbereich möglichst trocken gehalten werden (z.B. durch häufiges Windelwechseln) und es sollten pflegende Zinksalben aufgetragen werden. Zudem können Pilzinfektionen im Genitalbereich (sog. „Windelsoor“) auftreten. Diese sind durch scharf begrenzte Rötungen mit weißlicher Schuppung gekennzeichnet (Höger, 2021). Besteht der Verdacht auf eine Pilzinfektion, sollte eine kinderärztliche Vorstellung erfolgen und ggf. medikamentös behandelt werden.

🔍 Frühe Kindheit (1–3 Jahre)

In diesem Alter beginnen Kinder, ihren Körper bewusst wahrzunehmen und zu erkunden. Dazu gehört auch das Berühren der eigenen Genitalien, was ein normaler Bestandteil der kindlichen Entwicklung ist. Diese Selbstentdeckung gehört zur allgemeinen Entwicklung dazu.

Bei Jungen kann sich die Vorhaut allmählich von der Eichel lösen, was jedoch individuell unterschiedlich verläuft. Bei Mädchen entwickelt sich die Vaginalflora weiter, wodurch ein natürlicher Schutz vor Infektionen gefördert wird.

Tipp:

Eltern und andere Bezugspersonen sollten in dieser Phase eine gesunde und offene Haltung gegenüber der Körpererkundung einnehmen, ohne Schamgefühle zu vermitteln (siehe auch vorheriges Kapitel). Wichtig ist, dem Kind erste kindgerechte Erklärungen zu seinem Körper zu geben und gleichzeitig einfache Hygieneregeln zu vermitteln. 📌

Gesundheit und Hygiene im Genitalbereich

kann schmerzhaft, brennend oder juckend sein und es finden sich manchmal weißliche Ablagerungen in den Falten der Labien („Schamlippen“). In diesen Fällen sollten die Eltern auf die Beobachtung und Beschwerden des Kindes angesprochen werden und eine ärztliche Vorstellung vorgenommen werden. Empfehlungen zur Genitalhygiene umfassen eine tägliche Reinigung der Genitalregion mit klarem Wasser und korrektes Abwischen nach dem Toilettengang („von der Vulva in Richtung After“).

➔ Vaginaler Fremdkörper:

Im Kleinkindalter besteht die Möglichkeit, dass sich Mädchen im Spiel oder im Rahmen der körperlichen Erkundungen Fremdkörper in die Scheide einführen, die dort verbleiben können. Hinweisend auf einen Fremdkörper könnten z.B. Schmerzen im Genitalbereich/Unterbauch, Ausfluss oder Blutungen aus der Scheide sein. Eine ärztliche Vorstellung sollte bei den genannten Beschwerden oder einem vorliegenden Verdacht auf die Einbringung eines Fremdkörpers erfolgen. In dieser wird eine körperliche Untersuchung und ggf. eine Ultraschalluntersuchung durch die Bauchdecke durchgeführt (Herrmann, 2022).

➔ Vulvitis/Vulvovaginitis:

Im Kleinkind- und Vorschulalter kann es zu einer Reizung der Haut/Schleimhaut im Genitalbereich kommen. Oft sind unzureichende Hygiene oder eine ungünstige Position des Kindes beim Wasserlassen ein Grund für die Reizung. Die Haut ist gerötet,

➔ Phimose/Paraphimose:

Bei Jungen kann in der Säuglingszeit und frühen Kindheit eine sog. angeborene „Phimose“ vorliegen. Das bedeutet, dass die Vorhaut des Penis noch eng ist und teilweise mit der Eichel verklebt sein kann. Dies ist ein natürlicher Zustand, der sich im Laufe der Entwicklung meist von selbst löst, da sich das Gewebe weitet und die Vorhaut sich problemlos über die Penisspitze zurückziehen lässt. Ist die Vorhaut nicht weit genug und wird dennoch zurückgezogen, kann es unter Umständen zu einer schmerzhaften Abklemmung der Penisspitze durch die enge Vorhaut kommen. Es handelt sich hierbei um eine sog. „Paraphimose“ und stellt einen urologischen Notfall dar, der einer raschen ärztlichen Vorstellung bedarf (Hoffmann, 2020).

➔ Sexualisierte Gewalt an Kindern aus medizinischer Sicht:

Sexualisierte Gewalt an Kleinkindern ist sehr schwer zu entdecken und kann sich beispielsweise in Auffällig-



Wichtig:

Bei einem Verdacht auf sexualisierte Gewalt an einem Kind ist eine ärztliche Vorstellung dringend notwendig und sollte möglichst unter Einbezug von kindeschutzmedizinisch ausgebildeten und erfahrenen Ärzt:innen erfolgen. Diese sind vor allem in sog. Kinderschutzambulanzen und Childhood-Häusern bzw. in Kinderschutzgruppen in Kliniken tätig. Besprechen Sie sich in diesem Fall immer mit Ihrer Teamleitung. Erkundigen Sie sich bei der Leitung der Einrichtung, wie die Vorgehensweisen bei einem Verdachtsfall sind (Schutzkonzept) (siehe auch Kap. "Umgang mit Verdachtsfällen").

Fazit

keiten des Verhaltens, der Sprache sowie selten als sichtbare Auffälligkeit der Genitalregion des Kindes zeigen. Hierzu sollte man wissen, dass bei der überwiegenden Mehrzahl (> 90%) der Kinder, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, keine körperlichen Auffälligkeiten erkennbar sind bzw. nicht der Gewalt zugeordnet werden können. Das Gewebe des Genitalbereichs ist sehr dehnbar und kleinere (Schleimhaut-)Verletzungen heilen meist sehr schnell und narbenfrei ab. Oftmals sind sichtbare Veränderungen insb. der Haut und Schleimhäute im Genitalbereich durch Reizungen oder Erkrankungen bedingt, die medizinisch zugeordnet, ggf. behandelt und von möglichen Gewalteinwirkungen klar abgegrenzt werden müssen.

Das Hymen (sog. „Jungfernhäutchen“) ist ein elastisches Gewebe. Im Gegensatz zur allgemein verbreiteten Vorstellung ist es keine den Scheideneingang verschließende Haut, ebenso wenig ähnelt es einem Stück Papier, das durch eine Penetration (Eindringen) unwiderruflich zerrissen wird. Das kindliche Hymen ist sehr empfindlich und schmerzempfindlich.

Die Entwicklung des Genitalbereichs in den ersten drei Lebensjahren ist geprägt von normalen Reifungsprozessen und ersten spürbaren Erfahrungen. Erwachsene sollten auf eine sanfte Pflege und Hygiene des Genitalbereichs achten, um Hautreizungen oder Infektionen zu vermeiden.

Eltern und andere Bezugspersonen sollten natürliche Entwicklungsphasen akzeptieren und eine positive Körperwahrnehmung des Kindes fördern.

Eine offene und informierte Auseinandersetzung mit diesem Thema beeinflusst nicht nur die körperliche und psychosexuelle Entwicklung des Kindes positiv, sondern leistet auch einen wichtigen Beitrag zum Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt. Indem Offenheit und Klarheit geschaffen werden, wird die Grundlage für eine selbstbewusste und gesunde Entwicklung von Kindern gelegt – und die Fähigkeiten von Kindern gestärkt, sich und ihre Grenzen zu kennen und zu schützen. Ein respektvoller Umgang mit diesem sensiblen Thema schafft die Grundlage für ein gesundes Körperbewusstsein und Gesundheitsverständnis in späteren Jahren. 📌

Nicht akzidentelle Kopfverletzungen im Säuglingsalter (sog. Schütteltrauma)

Übersicht

Das Wissen um Schütteltrauma ist für den Kinderschutz bezüglich der Altersstufe 0-3 von immenser Bedeutung. Auch wenn es nicht in einem direkten Zusammenhang mit dem Thema sexualisierter Gewalt steht, ist es in einem weit gefassten Verständnis für die Präventionsarbeit sexualisierter Gewalt dennoch relevant. Denn bei dieser schweren Form der Kindesmisshandlung entsteht in der Folge eine besonders hohe Vulnerabilität des Kindes für weitere Gewaltformen – inklusive der sexualisierten Gewalt. Kinder, die infolge eines Schütteltraumas neurologische Beeinträchtigungen erleiden, sind in ihrer weiteren Entwicklung oft besonders schutzbedürftig – sei es durch eine eingeschränkte Abwehrfähigkeit oder eine verstärkte Abhängigkeit von Betreuungspersonen, die sie möglicherweise nicht ausreichend schützen.

Diese Überschneidungen verdeutlichen die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Präventionsstrategie. Ein frühzeitiges Erkennen von Belastungssituationen bei Eltern und Betreuungspersonen sowie gezielte Unterstützungsangebote können entscheidende Schutzfaktoren sein, um Gewalt in jeglicher Form zu verhindern.

Einleitung

Das sogenannte Schütteltrauma stellt eine potenziell lebensbedrohliche Körperverletzung dar. Betroffen sind vor allem Säuglinge zwischen zwei und fünf Monaten, es können aber auch

Kleinkinder bis zum Vorschulalter ein Schütteltrauma erleiden.

In einer Großstadt von 200.000 Einwohner:innen

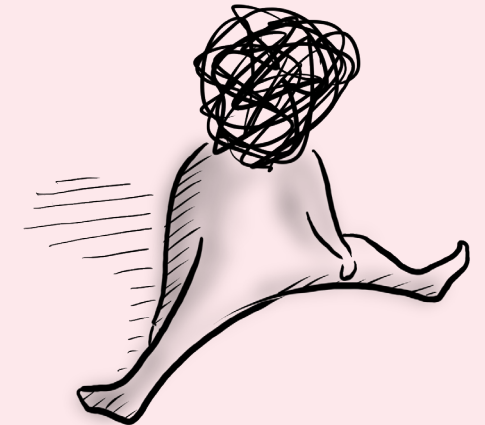
42% kannten den Begriff "Schütteltrauma" nicht

sind etwa 5 Kinder jährlich von einem Schütteltrauma betroffen. Eins von zwanzig Kindern mit einem Schütteltrauma stirbt. Damit ist das Schütteltrauma bei Säuglingen und Kleinkindern die häufigste nicht natürliche Todesursache. In knapp einem Drittel der Fälle wurden die Kinder von der Mutter geschüttelt, in über der Hälfte der Fälle vom Vater, die verbleibenden von anderen Betreuungspersonen (ESPED, 2009). Der Begriff „Schütteltrauma“ ist bisher jedoch noch in großen Teilen unbekannt:

42 % der Bevölkerung zwischen 16 und 49 Jahren kannten ihn nicht, wie eine Repräsentativbefragung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (2019) zeigt.

Innerhalb des Schädels befindet sich das Gehirn. Die harte Hirnhaut ist an der Innenseite des Schädelknochens befestigt. Zwischen der harten Hirnhaut und dem Gehirn befindet sich ein mit Hirnwasser gefüllter Raum, durch den viele venöse Blutgefäße ziehen. Dieser sogenannte Subduralraum hat die Aufgabe, das Gehirn vor ruckartigen Bewegungen und Stößen zu schützen.

Beim Schütteln eines Kindes tritt jedoch eine Krafteinwirkung ein, bei der die natürlichen Schutzmechanismen nicht mehr greifen und massive Hirnschädigungen auftreten können. Anhaltendes Schreien stellt oft die unmittelbare Ausgangssituation dar. Säuglinge schreien am häufigsten und längsten im Alter von zwei bis fünf Monaten. Das ist das Alter, in dem auch die Mehrzahl der Schütteltraumata auftritt (Herrmann, 2016). Durch den schreienden Säugling fühlt



sich oft die Betreuungsperson stark gestresst und belastet. Schlafmangel, Belastungen durch Geschwister oder auch partnerschaftliche und finanzielle Konflikte erhöhen den Stress. Während das eine Elternteil nach einer Stunde an seine Grenzen gerät, ist das andere Elternteil schon nach wenigen Minuten überlastet. Hilflosigkeit, Frustration und innere Wut können dazu führen, dass die Betreuungsperson zur Täterin oder zum Täter wird und im Affekt das Kind schüttelt, um irgendwie das Schreien zu beenden.

Entstehung der Verletzungen durch Schütteln

Das Kind wird typischerweise mit beiden Händen am Oberkörper

gefasst und hin und her geschüttelt. Die schüttelnde Person ist meist zehn bis zwanzigmal schwerer als der geschüttelte Säugling, so dass dadurch ein ausgeprägtes Kräftefehlverhältnis auftritt. Das Schütteln dauert durchschnittlich nur fünf bis zehn Sekunden. In dieser Zeit wird das Kind 10–30mal geschüttelt. Der Kopf eines Säuglings und Kleinkindes ist im Vergleich zum übrigen Körper relativ schwer. Außerdem ist die Nackenmuskulatur vor allem bei jungen Säuglingen noch kaum ausgeprägt. Dadurch schlägt der Kopf bei jeder Schüttelbewegung unkontrolliert hin und her und wird abrupt abgebremst und wieder beschleunigt. Die Kraft, die durch das Schütteln auf das Gehirn des Kindes einwirkt, ist enorm. Sie entspricht Kräften, wie sie bei einem Frontalzusammenstoß zwischen zwei PKWs auf der Bundesstraße oder einem Sturz mit dem Kopf voran aus mehreren Metern Höhen auf festen Untergrund auftritt. Wenngleich Säuglinge im ersten halben Lebensjahr am stärksten gefährdet sind, können auch ältere Säuglinge und sogar Kleinkinder bis zum Vorschulalter noch ein Schütteltrauma erleiden. (Klevens & Leeb, 2010)

Verletzungsarten

Durch das Schütteln können zwei verschiedene Arten von Verletzungen des Gehirns entstehen. Durch das heftige Hin- und Herschleudern des Kopfes wird das Gehirn, das innerhalb des Schädels gewissermaßen im äußeren Hirnwasser schwimmt, gegenüber dem übrigen Kopf verzögert abgebremst und beschleunigt. Dadurch entstehen sehr starke Zugkräfte auf die oben erwähnten venösen Blutgefäße, die einreißen können.

Die Folge ist eine Einblutung in den Raum zwischen Schädelknochen und

Gehirn, das sogenannte Subduralhämatom. Dieses Hämatom kann größer werden und das Gehirn einengen. Zahlreiche, kleinere Blutungen können innerhalb des Gehirns an vielen verschiedenen Stellen entstehen, zusätzlich auch Einblutungen in die Netzhaut des Auges. Dadurch kann das Sehvermögen der betroffenen Kinder bis hin zur Blindheit für immer eingeschränkt bleiben.

Weitere sehr schwere, lebensbedrohliche Verletzungen durch das Schütteln entstehen durch

- ➔ Dehnungen
- ➔ Stauchungen und
- ➔ Abrisse von Nervenbahnen innerhalb des Gehirns

Aus den verletzten Nerven werden Botenstoffe freigesetzt, die weitere Nerven schädigen können und zu einer Schwellung des umgebenden Hirngewebes führen. **Diese Folgeschäden können innerhalb von Minuten entstehen oder auch noch innerhalb der ersten Tage nach dem Schütteln.**

Die Folgen der Hirnschädigung hängen sowohl vom Umfang der Verletzungen als auch von der Stelle ab. Eine massive Schädigung des Stammhirns mit dem Atemzentrum kann binnen weniger Minuten zum Tode des Kindes führen. Eine ausgedehnte Hirnschwellung (das sogenannte Hirnödem) kann noch nach Tagen tödlich sein.



- Bewusstlosigkeit
- Wiederkehrende schmatzenden Mundbewegungen
- Verwirrtheit

Im Verlauf des ersten Lebensjahrs verknöchern die bindegewebig verschlossenen Knochenspalten des Schädels, am größten und längsten offen ist die sogenannte vordere Fontanelle. Bei Säuglingen kann diese Fontanelle infolge eines zunehmenden Hirndruckes gespannt sein oder sogar über das Hautniveau hervortreten (Luss et al, 2017) .

Die genannten Symptome können auch bei anderen Erkrankungen auftreten unabhängig von einem möglichen Verdacht auf ein Schütteltrauma und sollten daher grundsätzlich zu einer kinderärztlichen Vorstellung zur weiteren Abklärung und ggf. Behandlung führen.

Was ist bei Verdacht auf Schütteltrauma zu tun?

Wurde ein Säugling oder kleines Kind tatsächlich oder mutmaßlich geschüttelt, sind umgehende Untersuchungen und eine Beobachtung im Krankenhaus erforderlich. Das Wählen des Notrufes 112 ist in einem solchen Fall daher immer gerechtfertigt. Verzögerte Klinikvorstellungen können schwere gesundheitliche Folgen bis hin zum Tod des Kindes bedeuten.

Im Zweifelsfall immer 112 anrufen

Symptome und Maßnahmen nach einem Schütteltrauma

Sollte es zu einem Schütteln gekommen sein, ist es sehr wichtig, dass schnellstmöglich Untersuchungen erfolgen, um das Ausmaß der Verletzungen erkennen zu können. **Umgehende intensivmedizinische Maßnahmen oder gar eine notfallmäßige Operation zur Entlastung des erhöhten Hirndrucks können lebensrettend sein. Eine sofortige Klinikeinweisung ist notwendig, auch wenn sich der Säugling (noch) scheinbar unauffällig verhält.**

Die Bandbreite von Symptomen, die nach einem Schütteln eines Kindes auftreten können beziehungsweise auf eine Schädigung des Gehirns hinweisen können, ist groß. Oftmals sind Anzeichen nicht oder nur schwer erkennbar. Auftreten können jedoch:

- Starke Unruhe und Schreien,
- Zunehmende Reglosigkeit,
- Trinkschwäche
- Apathie bis hin zur Bewusstlosigkeit
- Erbrechen
- Blässe
- Reizbarkeit

Zudem können sich verschiedenste Arten von Anfällen zeigen, die sich folgendermaßen äußern können:

- Zuckungen der Arme und Beine
- Starrer Blick
- Vorübergehende

Was wird im Krankenhaus untersucht?

Notwendige Untersuchungen zur Beurteilung von Verletzungen sind zum Beispiel Ultraschall des Kopfes sowie häufig auch ein MRT sowie augenärztliche Untersuchungen mit Beurteilung der Netzhaut. Außerdem müssen oft weitere Untersuchungen wie Röntgen der Arme, Beine und Rippen und Ultraschall der inneren Organe durchgeführt werden, um mögliche weitere durch Misshandlung bedingte Verletzungen zu erkennen. Da es einzelne Erkrankungen gibt, bei denen Hirnblutungen bereits bei geringen Krafteinwirkungen auftreten können, erfolgen entsprechende Stoffwechseluntersuchungen im Blut und im Urin. Angeborene Erkrankungen oder Medikamentenvergiftungen, die ähnliche Blutungsmuster wie beim Schütteln eines Kindes verursachen können, sind extrem selten.

Folgen nach Schütteltrauma

Die Langzeitfolgen des Schüttelns hängen vom Umfang und vom Ort der Hirnschädigungen ab. Ein hoher Anteil der Kinder mit einem schweren Schütteltrauma kann nicht gerettet werden und verstirbt. Die meisten Kinder, die geschüttelt wurden, tragen bleibende Schäden davon, nur wenige (10-20 %) überleben ein Schütteltrauma ohne Einschränkungen (NZFH, 2017) .

- Über zwei Drittel der Kinder leiden an Störungen der körperlichen und sprachlichen Entwicklung
- bis hin zu schwersten geistigen und körperlichen Behinderungen, haben Epilepsie
- und/oder Einschränkungen des Sehvermögens bis zur Blindheit
- Bei der Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass die Dunkelziffer hoch sein dürfte und vor allem kleinere Hirnschäden später nicht mehr als Folge eines Schütteltraumatas erkannt werden können.

Fazit

Das Schütteln eines Kindes stellt eine Körperverletzung und schwere Misshandlung dar. Die Einleitung eines Strafverfahrens ist daher oft notwendig. Unabhängig davon stehen für das Jugendamt der weitere Schutz und die Gestaltung der Betreuung des betroffenen Kindes, aber auch von minderjährigen Geschwistern im Vordergrund. Die Hilfen, Unterstützungen, aber auch notwendigen Maßnahmen des Jugendamtes sind immer abhängig von den Umständen des Einzelfalles. ➤

WAS KÖNNEN FACHKRÄFTE IN DER ELTERNARBEIT TUN?

In den meisten Fällen baut sich die Überforderung der Bezugspersonen über Wochen und Monate auf. Der zunehmende Stress der Eltern ist oft auch von außen zu bemerken. In diesen Situationen kann es hilfreich sein, den Eltern zu vermitteln:

- ☛ Unter Stress und Druck stehende Eltern müssen erkennen können, wenn die Belastung akut zunimmt.
- ➔ Fachkräfte können vermitteln, dass es hilfreich sein kann, kurz aus dem Raum zu gehen, wenn das Baby schreit. Häufen sich solche Ereignisse, ist umfangreiche Hilfe notwendig.
- ➔ Fachkräfte können Eltern vermitteln an:
 - Geburtshelfer:innen und ggf. Frühe Hilfen
 - Großelterndienste und ähnliche Angebote, die eine kurze „Atempause“ verschaffen
 - Säuglings- und Kleinkind-sprechstunden
 - Kinderärztz:innen
 - Das Jugendamt mit Empfehlung für die Etablierung einer Familienhilfe
 - Ggf. zu Beratungsstellen häuslicher Gewalt
- ☛ dass es normal ist, dass Säuglinge schreien. Viele Eltern haben Angst, dass sie als Eltern für unfähig gehalten werden, wenn sie ihr Kind nicht umgehend beruhigen können.
- ☛ Es kann sinnvoll sein, direkt anzusprechen, ob die Mutter oder der Vater schon einmal den Impuls hatte, ihr Kind zu schütteln. Viele Eltern wissen nicht, dass bereits ein kurzes Schütteln zum Tod führen und oft schwere, lebenslange Behinderungen verursachen kann.

AKUTE SITUATIONEN ODER VERDACHTSMOMENTE:

Fachkräfte sollten immer in akuten Situationen oder Verdachtsmomenten die umgehende Vorstellung des Kindes in einer Kinderklinik veranlassen oder ggf. im Notfall durch einen Notruf medizinische Hilfe hinzuziehen. Die Verletzungen, die durch Schütteln entstehen, sind in den meisten Fällen nicht wieder umkehrbar.

Wichtig:
Treten nach einem berichteten oder beobachtetem Schütteln Symptome wie:

besteht akute Lebensgefahr! Betroffene Kinder können noch gesund wirken und innerhalb weniger Minuten bewusstlos werden. Im Zweifelsfall sollte immer großzügig der Rettungsdienst über die 112 verständigt werden, in unklaren Situationen oder Sorge um die weiteren Reaktionen der Betreuungspersonen auch die Polizei über die 110.

- ➔ Erbrechen
- ➔ Krampfanfälle
- ➔ Bewusstseinsstörungen
- ➔ fehlende Erweckbarkeit
- ➔ eine hervortretende Fontanelle

WAS MUSS ICH TUN, WENN ICH ALS FACHKRAFT SEHE, DASS EINE KOLLEG:IN EIN KIND SCHÜTTELT?

- ➔ Sofortiges Eingreifen zum Schutz des Kindes.
- ➔ Falls möglich, die Situation deeskalieren und den:die Kolleg:in unmittelbar stoppen.
- ➔ Falls erforderlich, das Kind aus der Gefahrenzone bringen.
- ➔ Notruf absetzen (112 oder ggf. auch 110).
- ➔ Ein Kinderschütteln kann lebensgefährlich sein – umgehend medizinische Hilfe rufen.
- ➔ Handeln nach Schutzkonzept und festgelegtem Prozessplan.
- ➔ Jede Einrichtung hat ein institutionelles Schutzkonzept mit klar definierten Vorgehensweisen für solche Fälle.
- ➔ Den Prozessplan für Verdachts- und Akutfälle einhalten.

Wichtig:

Der Schutz des Kindes steht immer an erster Stelle! Ein Eingreifen ist keine persönliche Anschuldigung, sondern eine gesetzliche und ethische Pflicht im Kinderschutz.

Trauma und die ersten Lebensjahre

88-
141

Trauma und die ersten Lebensjahre

MARILENA DE ANDRADE

Einleitung

Es ist wichtig, dass
pädagogische
Fachkräfte trauma-
informiert handeln
können.

Warum hat ein Booklet zur Prävention sexualisierter Gewalt an Kleinkindern ein eigenes Kapitel zum Thema Trauma? Weil Prävention nicht nur bedeutet, Gewalt zu verhindern – sondern auch, ihre möglichen Folgen zu verstehen. Mit einem grundlegenden Wissen über Trauma und Traumafolgen können Fachkräfte kindliches Verhalten besser deuten und entsprechend pädagogische Maßnahmen anwenden bzw. schneller zusätzliche Unterstützung aktivieren.

Gerade bei Kindern im Alter von 0-3 Jahren zeigen sich mögliche Folgen traumatischer Erfahrungen oft nicht offensichtlich. Sie können sich (noch) nicht sprachlich mitteilen, ihre Reaktionen wirken auf Erwachsene manchmal rätselhaft oder unverständlich. Frühe Traumatisierungen – etwa durch Vernachlässigung, körperliche oder sexualisierte Gewalt – können sich dabei unmittelbar auf die Entwicklung des Gehirns, der Bindungsfähigkeit und der Selbstregulation auswirken – entsprechend ist es hilfreich, feine Antennen als Fachkraft zu entwickeln.

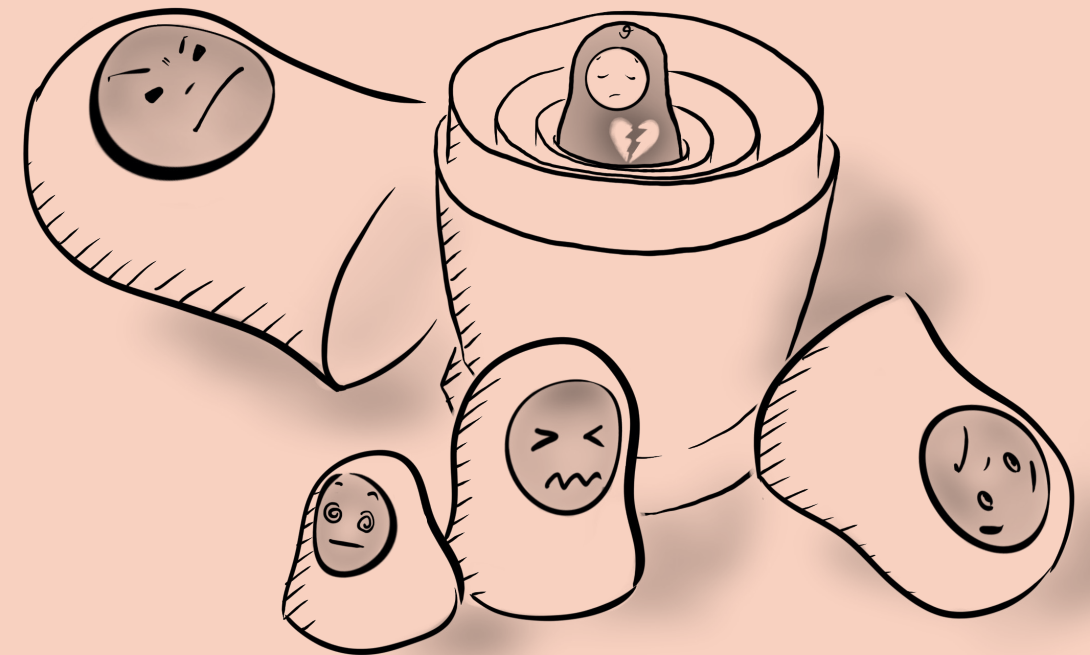
Was ist Trauma?

Traumatische Erfahrungen sind Situationen, in denen ein Mensch überwältigt wird – durch Gewalt, Angst, Ohnmacht oder Kontrollverlust – und in dem Moment keine Möglichkeit hat, zu entkommen oder sich zu schützen. Die Fachliteratur spricht hier von einem „vitalen Diskrepanzerlebnis“: Die Situation ist so bedrohlich, dass sie die Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt (Fischer & Riedesser, 2009). Wenn Schutzmechanismen wie Flucht oder Abwehr nicht greifen können, können traumatische Reaktionen entstehen – oft verbunden mit Gefühlen von Entsetzen, Hilflosigkeit und Todesangst.

In der Folge kann sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln – oder bei mehrfachen, frühen Erfahrungen auch eine sogenannte komplexe PTBS. Ob sich ein Trauma langfristig verfestigt oder verarbeitet werden kann, hängt stark davon ab, wie die Umgebung nach dem belastenden Ereignis reagiert. Wenn betroffene Kinder in einem stabilen, unterstützenden Umfeld leben – in dem sie gesehen, gehalten und verstanden werden – kann dies eine entscheidende Ressource für ihre Verarbeitung sein. Leben sie hingegen in

einem wenig stabilen oder destruktiven Umfeld, kann eine einzige "Schützende Inselerfahrung" (Gahleitner, 2005), eine einzige stabile, positive Bindungsperson – beispielsweise eine Fachkraft – einen entscheidenden Unterschied für die Entwicklung des Kindes machen (s. auch S.118). Gerade deshalb ist es so wichtig, dass pädagogische Fachkräfte in Kitas, der Kindertagespflege oder den Frühen Hilfen traumainformiert handeln können. Das heißt nicht, dass sie therapeutisch tätig sein sollen – sondern, dass sie wissen, wie sich Trauma zeigen kann, welche Reaktionen typisch sind und wie sie im Alltag so begleiten, dass Kinder sich sicher fühlen können. Eine traumasensible Haltung schützt nicht nur betroffene Kinder, sondern auch das pädagogische Klima insgesamt: Sie hilft, Verhalten besser zu verstehen, Überforderung zu vermeiden und Kindern verlässliche Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Außerdem ist sie hilfreich, um schneller adäquate Unterstützung holen zu können. Denn häufig sind es gerade die ersten Bezugspersonen außerhalb der Familie, die frühe Anzeichen wahrnehmen – und Kindern durch verlässliche Beziehungen erste Erfahrungen von Sicherheit und Schutz vermitteln.

Die folgenden Kapitel haben nicht den Anspruch, das Thema Trauma in seiner ganzen fachlichen Tiefe abzubilden – dazu ist es zu komplex, zu vielschichtig, zu individuell. Vielmehr geht es darum, erste Grundlagen zu schaffen: Was passiert genau im Gehirn in traumatischen Situationen und was kann ich als Fachkraft dabei beachten? Wie wirken sich traumatische frühe Erfahrungen auf kindliche Entwicklung und den Lebensverlauf aus? Was hat Bindung mit Trauma zu tun? Und was bedeutet das konkret für die Arbeit mit kleinen Kindern? Es geht um einen verstehenden Zugang und darum, erste Zusammenhänge zwischen kindlichem Verhalten, Entwicklung und präventiver Praxis herzustellen. 🧡



Trauma und Gehirn

Die drei zentralen Bereiche des Gehirns (in Bezug auf Trauma)

In traumatischen Situationen fühlen Menschen sich so stark bedroht, dass sie Angst, Panik und Ohnmacht erleben. Wenn weder Kampf noch Flucht möglich sind, reagiert das Gehirn automatisch und geht in einen Panikmodus über, in dem es anders arbeitet als im Normalzustand. Diese Unterscheidung zu kennen, kann sehr hilfreich für Fachkräfte im Alltag sein, auch schon bei sehr kleinen Kindern. Um die automatisierte Reaktion im Panikmodus zu verstehen, sind drei Hirnregionen besonders wichtig:

1. Hirnstamm

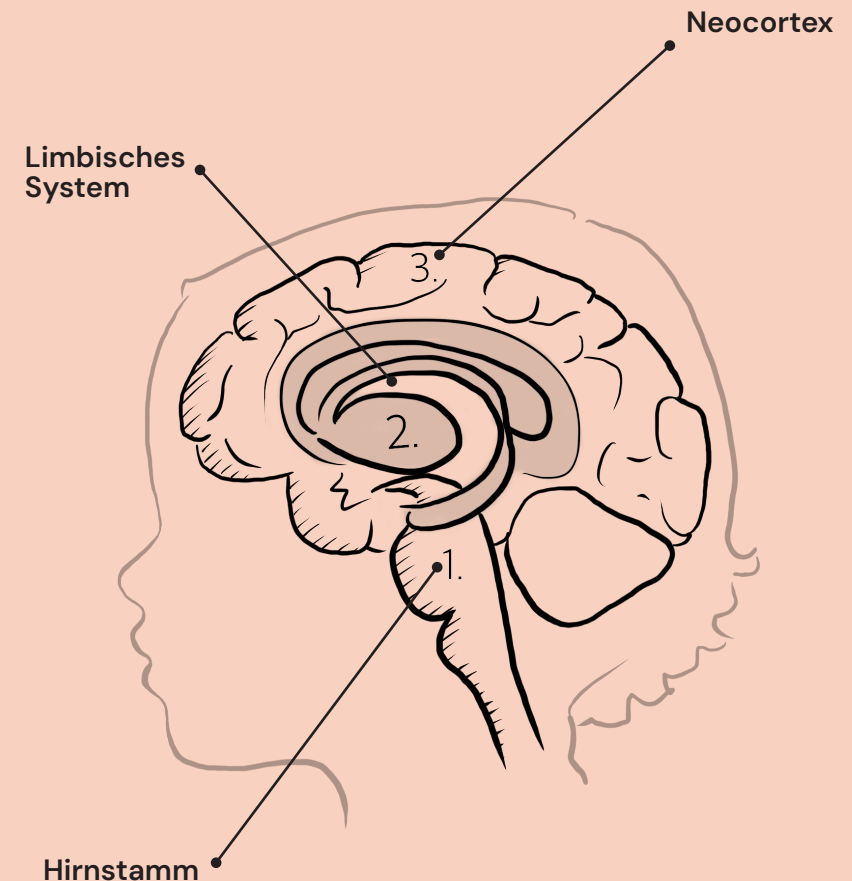
Der älteste Gehirnteil, den wir mit Tieren teilen, steuert grundlegende Überlebensfunktionen wie Atmen, Schlafen und Essen. Bereits bei der Geburt ist er voll entwickelt. Gemeinsam mit dem Hypothalamus reguliert der Hirnstamm das Energieniveau des Körpers, z. B. die Funktionen von Herz und Lunge.

2. Limbisches System

Die Anlagen des limbischen Systems, das Emotionen verarbeitet, entwickeln sich schon vor der Geburt, die Ausdifferenzierung geschieht sogar sehr früh in der Embryonalentwicklung. Im limbischen System sitzen sowohl die Amygdala, die Reize auf Gefahren hin überprüft und unser emotionales und perzeptuelles Weltbild prägt, sowie der Hippocampus, der Erlebnisse in Zeit und Raum ordnet.

3. Neokortex

Die äußere Schicht des Gehirns ist beim Menschen besonders ausgeprägt und entwickelt sich ab dem zweiten Lebensjahr rasant. Sie ermöglicht Sprache, abstraktes Denken, Planen, Reflektieren und das Verknüpfen von Informationen (van der Kolk, 2023). 🗣️



Die drei Gehirnbereiche – Hirnstamm, Limbisches System und Neokortex – spielen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht zu verstehen, was bei einem Trauma im Gehirn geschieht.

Zusammenarbeit der Hirnteile im Normalzustand



Ohne eine unmittelbare Gefahr werden Reize, die über Sinne wie Augen, Ohren, Nase und Haut aufgenommen werden, im Thalamus zusammengeführt, sodass wir zusammenhängende Erlebnisse haben. Anschließend werden diese Eindrücke sowohl an die Amygdala weitergeleitet, die sie auf ihren emotionalen Gehalt hin analysiert, als auch an den Neokortex, wo sie bewusst verarbeitet werden. Die Amygdala überprüft insbesondere, ob die Informationen potenziell lebenswichtig sind, wobei der Hippocampus sie mit früheren Erfahrungen abgleicht. Der Neokortex hingegen liefert eine detaillierte, aber etwas langsamere Analyse der Reize (Schröder & Schmid, 2020, S. 9).

Andreas Krüger (2013), Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, erklärt seinen jungen Patient:innen in leicht nachvollziehbarer (aber natürlich entsprechend simplifizierter) Weise, wie diese drei Gehirnteile im Normal- oder aber im Panikzustand arbeiten.

1. Hirnstamm = Eidechsengehirn

Da das Gehirn automatisierte basale Funktionen wie den Herzschlag und

die Atmung regulieren, nennt er diesen Gehirnteil Eidechsengehirn. Im Normalzustand „schläft“ die Eidechse, weil sie keine Signale von Gefahr bekommt und nicht handeln muss. Sie kann sich also auf die regelmäßig ablaufenden Prozesse im Körper fokussieren.

2. Limbisches System = Katzengehirn

Hier nimmt Andreas Krüger das Bild des Katzengehirns, weil Katzen agil und wachsam sind und dieser Teil des Gehirns – ähnlich wie eine Katze – ständig in alle Richtungen hin kommuniziert, und alles mitbekommt.

3. Neokortex = Professor:innengehirn

Der Neokortex ist für alle komplexeren Denkvorgänge zuständig und bekommt bei Krüger (2013) deshalb den Begriff eines Professor:innengehirns. Er braucht dadurch, dass die Reflexionsprozesse komplex sind, jedoch mehr Zeit und ist weniger agil. 🐼

Eigene Illustrationen in Anlehnung an Krüger (2013)

Zusammenarbeit der Hirnteile im Panikzustand



Erkennt die Amygdala eine Gefahr, sendet sie Signale an den Hypothalamus und den Hirnstamm (Eidechsengehirn). Stresshormone werden ausgeschüttet, Herzschlag und Blutdruck steigen, und die Atmung wird beschleunigt, um den Körper für Kampf oder Flucht vorzubereiten. In einer akuten Gefahrensituation, bei der jedoch weder Flucht noch Kampf möglich sind, tritt der Körper in einen Zustand von Erstarrung und Dissoziation. Dabei werden mehrere Prozesse ausgelöst:

☛ Die Amygdala im Katzengehirn stellt durch die Ausschüttung von Adrenalin und Cortisol eine enorme Energie bereit (die nötig wäre, um sich in einer Gefahrensituation zu verteidigen). Man kann sich bildlich vorstellen, dass dadurch

auch die Eidechse aufwacht und aktiv wird.

☛ Gleichzeitig wird auch das Opioid-System aktiviert, wodurch das Bewusstsein reduziert, der Muskeltonus gesenkt und Gefühle von Schmerz oder Angst gedämpft werden (was sinnvoll ist, wenn man in den Kampfmodus geht).

Durch die verringerte Durchblutung des Neokortex können Reize nicht mehr kohärent zu einem Erlebnis verbunden werden. Die Verbindung zum „Professor:innengehirn“ ist unterbrochen, Reize kommen nicht mehr so an wie im Normalzustand (!). Das heißt auch, Sprache, abstraktes Denken und das Verknüpfen von Informationen ist in diesem Zustand nicht oder nur extrem erschwert möglich (Van der Kolk, 2023).

Ist die Gefahr vorüber, können sich die Körperfunktionen häufig recht schnell regulieren. Bleiben potenziell traumatische Erlebnisse jedoch unverarbeitet, kann die Amygdala diese Eindrücke bei ähnlichen Reizen immer wieder als aktuelle Gefahr interpretieren. Dies führt zu Flashbacks, bei denen Betroffene das Ereignis erneut durchleben, da es nicht zeitlich und räumlich als vergangen eingeordnet wurde. (van der Kolk, 2023) ☛

Warum ist dieses Thema wichtig für Fachkräfte, die mit Kindern in der Alters- gruppe 0–3 arbeiten?

Die ersten drei Lebensjahre sind besonders prägend für die Entwicklung des Gehirns, insbesondere der Bereiche, die Emotionen und Stress verarbeiten. Kinder in diesem Alter können extrem überfordernde Erlebnisse noch nicht sprachlich oder rational einordnen, da der Neokortex („Professor:innengehirn“) noch nicht ausgereift ist. Vorsprachliche Erfahrungen werden stattdessen im limbischen System („Katzengehirn“) und

Hirnstamm („Eidechsengehirn“) gespeichert, was langfristige Auswirkungen auf die emotionale und körperliche Entwicklung haben kann. Fachkräfte können daher eine entscheidende Rolle spielen, um Kindern in Stresssituationen die notwendige Sicherheit zu bieten.

Fazit

Es ist hilfreich für alle Fachkräfte, die mit Kindern von 0–3 Jahren arbeiten, die grundlegenden Mechanismen der Gehirnentwicklung und Stressverarbeitung zu verstehen, um angemessen auf belastende Situationen zu reagieren. Ihr einfühlsames Handeln und ihr schützendes Umfeld kann dazu beitragen, die emotionale Sicherheit der Kinder zu fördern und langfristige negative Auswirkungen zu minimieren. ☛

Wie das Gehirn in Stress- und Panik- situationen reagiert

In Gefahrensituationen aktiviert die Amygdala („Alarmzentrum“) eine Überlebensreaktion. Stresshormone wie Adrenalin und Cortisol werden ausgeschüttet und das Kind gerät in einen Zustand von Kampf, Flucht, Erstarrung oder Dissoziation. In diesem „Panikmodus“ ist der Neokortex, zuständig für Sprache, Planung und Reflexion, blockiert. Auch kleine Kinder, die gerade erst lernen zu sprechen, sind dann nicht mehr ansprechbar. Für Fachkräfte ist es essenziell, dies zu erkennen und entsprechend feinfühlig zu reagieren, ihnen einen ruhigen, sicheren und reizarmen Raum zur Verfügung zu stellen. Das Gehirn muss verstehen, dass es wieder in den Normalzustand wechseln kann, weil die Gefahr vorbei ist. Gefahren sind dabei Dinge, die von den Kindern selbst als Gefahren erlebt werden (z.B. kann das schon lautes Schreien oder andere laute Geräusche sein etc.) und auf den ersten Blick von Erwachsenen nicht als Gefahren erkannt werden. ☛

TIPPS FÜR DIE ELTERNARBEIT

Sensibilisierung der Eltern für Stressreaktionen bei Kleinkindern



Eltern informieren

Aufklärung darüber, wie Stress und Überforderung bei Kleinkindern wirken und warum scheinbare „Kleinigkeiten“ für Kinder überwältigend sein können.



Körpergedächtnis erklären

Es ist hilfreich für Eltern zu wissen, dass vorsprachliche Erlebnisse im Körper gespeichert werden und sich langfristig auswirken können, auch wenn das Kind diese nicht bewusst erinnert oder benennen kann.



Praktische Beispiele geben

Konkrete Beispiele für stressauslösende Situationen nennen (z. B. plötzliche Trennungen, laute Streits) und erklären, wie Eltern diese minimieren oder abmildern können.



Verständnis für Panikmodi schaffen

Eltern können davon profitieren zu wissen, dass in stressigen Momenten bei ihrem Kind (und auch bei ihnen selbst) der „Panikmodus“ aktiv werden kann, in dem rationale Kommunikation schwerfällt.



Handlungsalternativen aufzeigen

Fachkräfte können Eltern einfache Techniken vermitteln, um ihr Kind in solchen Momenten zu beruhigen, z. B. durch:

- Körperliche Nähe (Umarmungen, Handhalten).
- Beruhigende, wiederholte Worte („Ich bin hier, du bist sicher.“).
- Klare und einfache Handlungen (z. B. ruhiges Hinsetzen, Trinken anbieten).



Eigene Stresszustände reflektieren

Fachkräfte können Eltern helfen, ihre eigenen Stressreaktionen zu erkennen und zu regulieren, da überforderte Eltern unbewusst auch das Kind stressen können.



Praktische Tipps für den Alltag

Unterstützung bei der Stressbewältigung durch:

- Struktur im Alltag (klare Routinen schaffen).
- Auszeiten für sich selbst einplanen.
- Unterstützungsangebote nutzen (z. B. Beratung, Gespräche).

Handlungsrelevanz für Fachkräfte

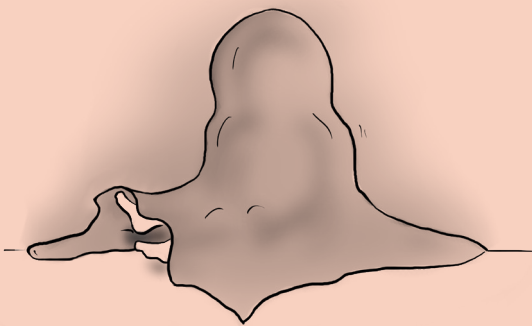
- ➡ Verstehen, dass Verhalten oft Schutzreaktionen sind: Reaktionen wie Erstarrung, Rückzug, Schreien, Weglaufen können Überlebensstrategien und keine bewusste Widerständigkeit sein.
- ➡ Stresssignale frühzeitig erkennen: Anzeichen wie Weinen, Wegdrehen oder Unruhe erfordern einfühlsame Beruhigungsmaßnahmen (vor allem bei Säuglingen!)
- ➡ Sicherheit und Stabilität vermitteln: In Stresssituationen sollten Fachkräfte mit klaren, einfachen Handlungen, sanfter Stimme und körperlicher Nähe beruhigend auf das Kind einwirken.
- ➡ Verzicht auf kognitive Anforderungen: Statt Sprache oder Logik anzuwenden (warum machst du das? Was ist los?), sollte die emotionale Stabilität des Kindes im Fokus stehen. Auf Fragen, die vor allem das „Professor:innengehirn“ adressieren, werden Kinder nicht antworten können, ganz besonders nicht diejenigen, die gerade erst lernen zu sprechen.

Ruhe vermitteln

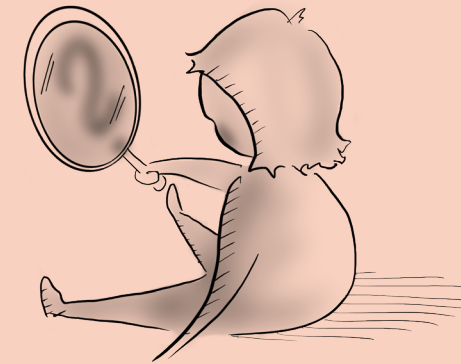
Langzeitfolgen früher Trauma- tisierungen

Frühkindliche komplexe Traumatisierungen

Die Auswirkungen von Komplextraumatisierungen in der frühen Kindheit können tiefgreifend und langfristig sein. Besonders in den ersten Lebensjahren, wenn das Gehirn hochplastisch und formbar ist, können anhaltende Belastungen durch Gewalt oder Vernachlässigung schwerwiegende Folgen für die psychische und körperliche Entwicklung haben (Felitti et al., 1998). Ein sicheres Umfeld und fein abgestimmte Interventionen sind daher wichtig, um Kindern mit frühen Traumata Stabilität und Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten. In der Präventionsarbeit mit der Altersgruppe von 0-3 Jahren spielt das Wissen um die langfristigen Effekte von Traumatisierungen für alle Fachkräfte eine zentrale Rolle, denn frühe Problematiken können ohne gezielte Unterstützung weitreichende Folgen bis ins Erwachsenenalter haben. Die frühzeitige Vermittlung zu Expert:innen sowie niedrigschwellige, stabilisierende Unterstützungen im Alltag von Fachkräften können entscheidend dazu beitragen, schwerwiegendere Entwicklungsrisiken und psychische Erkrankungen im weiteren Lebensverlauf zu reduzieren. 📌



Komplexe posttraumatische Belastungsstörung



Potenziell traumatische Erlebnisse führen nicht zwangsläufig zu Folgestörungen. Das Ausmaß und die Schwere möglicher Folgen hängen maßgeblich von den vorhandenen Schutz- und Risikofaktoren in der Zeit nach der (lebens-)bedrohlichen Situation ab. Emotionale Verfügbarkeit der Bezugspersonen oder auch individuelle kognitive und/oder körperliche Stärken sowie ein fürsorgliches und sicheres Umfeld mit adäquater altersgerechter Stimulation erhöhen nachgewiesenermaßen die Bewältigungskompetenz (Wustmann, 2004). Hat ein Kind ein schweres Lebensereignis erfahren, ist es also noch nicht unbedingt ‚traumatisiert‘, leidet auch nicht in jedem Fall an einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit entsprechender Behandlungsnotwendigkeit.

Doch langanhaltende, sich wiederholende Traumatisierungen in Folge von sexualisierter und/oder körperlicher Gewalt oder emotionaler Vernachlässigung können zu nachhaltigen komplexen Ver-

änderungen im Erleben und Verhalten führen. Ein ausgeprägtes Symptombild – auch schon bei jungen Kindern – ist charakteristisch für die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS).

Die Kernbereiche der sog. kPTBS liegen bei jungen Kindern in

- ➔ Veränderungen in der Emotionsregulation und Impulskontrolle
- ➔ der Aufmerksamkeit
- ➔ der Selbstwahrnehmung und
- ➔ Veränderungen in Beziehungen.

Auch ein ausgeprägtes körperliches Beschwerdebild kann vorliegen.

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung ist durch ein je nach Temperament des Kindes sehr heterogenes Krankheitsbild mit gravierenden Symptomen der psychischen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigung charakterisiert. Mittlerweile ist bekannt, dass die Einwirkung von Stresshormo-

nen auf das wachsende Gehirn – wie es für das Komplextrauma typisch ist – eine Struktur beeinträchtigt, die für Handlungsplanung, Impulskontrolle und Gefühlsregulation zuständig ist, nämlich den präfrontalen Kortex (z.B. Möhler und Resch, 2019).

Es wird schnell nachvollziehbar, welche Einschränkungen den Alltag von kleinen Kindern mit komplexen Traumafolgebeschwerden prägen können, weil sie neurobiologisch bedingt viel schlechter in der Lage sind ihre Gefühle zu regulieren oder Impulse zu kontrollieren. In der Interaktion zeigen diese Kinder oft Miss-

trauen oder sehr ambivalentes Verhalten, z.B. auch die sog. eingefrorene Wachsamkeit (frozen watchfulness) oder eine manchmal rasch wechselnde Mischung aus Grenzüberschreitungen und ängstlichem Rückzug. Auch können durch Hinweisreize (sog. ‚Trigger‘) massive Aggressionen und Wutausbrüche erzeugt werden. In solchen Situationen macht es keinen Sinn, das Kind zu fragen, warum es so reagiert hat. Auch pädagogische Maßnahmen greifen zu kurz. Es ist dann wichtig, dem Kind umgehend Reizschutz, Ruhe und einen sicheren Ort zu verschaffen. 📌

Langzeitfolgen von Komplextraumatisierungen (ACEs)

In einer deutschen Studie (Witt et al., 2019) hatte die Hochrisikogruppe mit 4 oder mehr ACEs (belastenden Erlebnissen) ein signifikant erhöhtes Risiko für

- ➔ Depressivität
- ➔ Ängstlichkeit
- ➔ körperliche Aggressivität
- ➔ Alkoholismus
- ➔ und eingeschränkte Lebenszufriedenheit im mittleren Erwachsenenalter.

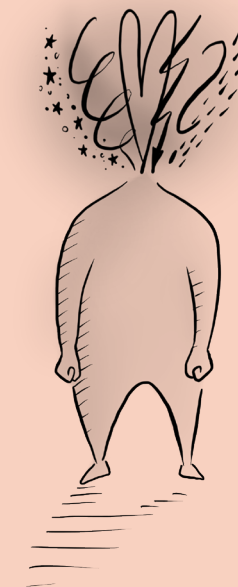
Nicht nur in der Kindheit zeigt das Komplextrauma seine vielfältigen und gravierenden Spuren: Die Langzeitfolgen wurden eindrucksvoll z.B. systematisch durch die sog. ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences, ACEs) von Felitti und Kolleg:innen (1998) untersucht. Unter „Adverse Childhood Experiences“ zu Deutsch „Belastende Kindheitserlebnisse“, versteht man die negativen Erfahrungen, die einem Komplextrauma zugrunde liegen können. Zu belastenden Kindheitserlebnissen zählten in dieser Studie

- ➔ körperliche Gewalt
- ➔ emotionale Gewalt
- ➔ sexualisierte Gewalt
- ➔ Negativerfahrungen, welche durch ein belastetes Elternhaus oder den entsprechenden sozialen Lebensraum entstanden sind.

Diese US-amerikanische Studie an über 17.000 Personen kam zu dem Ergebnis einer im Schnitt 20 Jahre früheren Sterblichkeit von Personen, die mit besonders vielen belastenden Kindheitserlebnissen aufgewachsen sind (Brown et al., 2009).

Zudem sind auch körperliche Erkrankungen wie Diabetes, Krebs und koronare Herzerkrankungen weit häufiger bei Erwachsenen, die in der Kindheit aversive Kindheitserfahrungen gemacht hatten. Diesen letzteren, zunächst unerwarteten Effekt von Kindheitstrauma auf die körperliche Gesundheit erklärt man sich mittlerweile mit dem sog. ‚dysfunktionalen Coping‘. Denn: wie weiter oben beschrieben entstehen durch frühe Kindheitsbelastungen unter Umständen eine Emotionsregulationsstörung, die dann dazu führt, dass die Betroffenen versuchen, ihre belastenden Gefühle - von denen sie durch die traumatischen Erinnerungen noch mehr haben als andere Menschen - durch ungesunde Strategien wie Rauchen, Alkohol trinken oder zu viel Essen zu regulieren. Und dass solche Copingstrategien langfristig in die schwere körperliche Erkrankung und auch zu einer verkürzten Lebenserwartung führen, ist mittlerweile wissenschaftlich vielfach nachgewiesen worden (s.a. Felitti et al., 1998) 🗨

Potenzielle Verhaltensänderungen nach Erfahrungen von sexualisierter Gewalt



Bei Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der frühen Kindheit kommen körperliche und emotionale Schädigung, das Gefühl des Verrats durch (i.d.R.) eine Vertrauensperson, starke Hilflosigkeit und das Empfinden von Beschädigt- und Ausgestoßensein häufig zusammen und machen die Gewalterfahrung zu einem äußerst gravierenden traumatischen Erlebnis (Bornefeld-Ettmann et al., 2018). Insbesondere, da die Sprechfähigkeit nicht oder nur anfänglich ausgebildet ist, sind diese Kinder besonders darauf angewiesen, dass ihrem Umfeld auffällt, wenn sie sich verändern. Wie oben beschrieben, sind die möglichen Verhaltensänderungen jedoch sehr unterschiedlich:

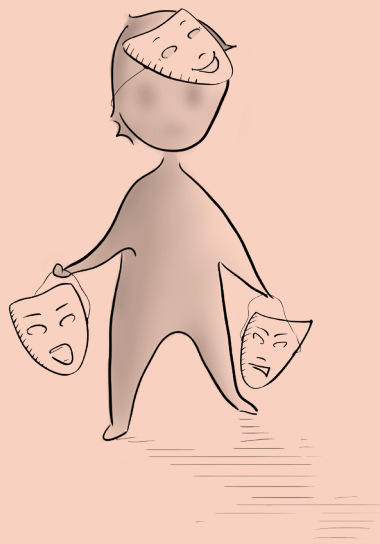
- ➔ Ängstlichkeit
- ➔ Aggressivität
- ➔ Leistungsabfall (Dinge wieder verlernen)
- ➔ Rückzugstendenzen
- ➔ Konzentrationsschwäche
- ➔ sexualisiertes Verhalten
- ➔ psychosomatische Beschwerden (zum Beispiel Kopf- oder Bauchschmerzen)
- ➔ Schlafstörungen
- ➔ Hauterkrankungen

können Anzeichen sein.

Einige Kleinkinder ziehen sich zurück, werden wortkarg (wenn sie schon sprechen) oder fangen lange Zeit nicht an zu sprechen. Andere werden laut und beanspruchen besonders viel Aufmerksamkeit. Einige zeigen auch überangepasstes Verhalten oder sind besonders aggressiv gegen sich und andere. Manche beginnen wieder einzunässen oder sich einzukoten, entwickeln Sprachstörungen oder Essstörungen, können nicht mehr gut schlafen oder sich konzentrieren. Einige betroffene Kinder zeigen ein für ihre Altersstufe unangemessenes sexualisiertes Verhalten, manche Kinder betreiben eine übertriebene Körperpflege bis hin zum Waschzwang.

Allerdings ist keines dieser Symptome spezifisch für sexualisierte Gewalt. Auch andere belastende Erfahrungen können Ursachen dafür sein. Zudem verändert sich nicht jedes Kind durch

sexualisierte Gewalt. Manche tun alles dafür, um nicht aufzufallen, weil sie die Konsequenzen der Aufdeckung für sich und ihr persönliches Umfeld zu stark fürchten. Wichtig ist jedoch stets, Hinweise ernst zu nehmen. Kinder, die sich auffällig verändern, brauchen Bezugspersonen, die sich ihnen zuwenden, unvoreingenommen nachfragen und Unterstützung anbieten. 🐾



Traumafolgestörung und skillsbasierte Arbeit

Traumafolgestörungen gehören zu den wenigen Störungen im Vorschulalter, die schon stark erforscht wurden und daher über eine gut fundierte Datenlage verfügen (Manheim et al., 2019). Was immer wieder unabhängig von den untersuchten Problematiken deutlich wird: Die größte Bedeutung für positive Entwicklungen in Zusammenhang mit Traumafolgestörungen haben vorhersehbare, stabile, transparente und zuverlässige Strukturen mit größtmöglicher Beziehungskontinuität und konstante, emotional verfügbare Bezugspersonen (Power et al., 2024).

Dieser Faktor ist viel wichtiger als Einzelpsychotherapie, die aber durchaus auch hilfreiche Elemente beitragen kann. Erster Baustein ist jedoch grundsätzlich (also auch für Fachkräfte) der Aufbau einer sicheren Bindung und die Unterstützung des Kindes beim Erwerb von Strategien zur Selbstregulation. Dies ist

auch bei Kleinkindern in einer niedrigschwelligen Weise möglich und hilfreich. Dazu ist eine skillsbasierte Arbeit mit dem Kind und umfassende Elternarbeit sowie die Förderung der Eltern-Kind-Interaktion essenziell. Zentral ist es, alle Erwachsenen, die das Kind betreuen, hinsichtlich der Kriterien der emotionalen Verfügbarkeit zu beraten und zu schulen. Erst wenn diese Faktoren etabliert sind, sind weitere therapeutische Maßnahmen zur Behandlung von sprachlichen und kognitiven Entwicklungsverzögerungen, aggressiven Verhaltensweisen oder Traumafolgestörungen überhaupt sinn- und wirkungsvoll. 🗨️



SKILLS

Skills sind alles, was einem Menschen hilft, sich selbst zu beruhigen, ohne gleichzeitig schädlich zu sein. Dabei gibt es schnell-wirksame Skills wie:



**Tiefe
Bauchatmung
zur Beruhigung**



**Kältereize
(zur Aktivierung
des Nervus vagus)**



Musik



**Spielerische
Übungen zur
Ablenkung**



Knetis



**Auf einen
Spielstein
treten**



**Knoten aus
einem
Handtuch
schlagen**



**Starke
Geschmacksreize
(Zitronensaft,
saures Kaugummi)**



**Ein weiches
Gummibändchen
am Arm flitschen**

Ziel ist dabei, durch eine gezielte Auswahl von spielerischen Übungen (z.B. aktive, spielerische Achtsamkeitsübungen) Selbstwirksamkeit und Partizipation zu vermitteln und grundlegend das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu fördern, um dem Kind das Gefühl von Sicherheit, Selbstwirksamkeit und Kontrolle zu geben. Ein Gefühl, das für traumatisierte Kinder essenziell wichtig ist. Die Fähigkeit, die eigene Selbstwirksamkeit wahrzunehmen, hängt eng zusammen mit dem Erleben der eigenen Fähigkeit Emotionen zu regulieren. Daher bedeutet Förderung der Emotionsregulation durch Skills zugleich, Kindern die Zuversicht zu stärken, auch schwierige Situationen und Umstände bewältigen zu können. Die Übernahme von kleinen Aufgaben und Rollen durch die Kinder kann dabei einfach und spielerisch soziale Kompetenzen und Selbstwirksamkeit unmittelbar erfahrbar machen.

Für weitere Anregungen zur Skills-Arbeit:

Manual START-Kids von Andrea Dixius und Eva Möhler 2023, Kohlhammer Verlag

Bindungstypen: warum unterschiedliche Bindungstypen unter- schiedliche Beziehungs- angebote von Fachkräften brauchen

Menschen insgesamt, aber ganz besonders diejenigen, die gerade auf die Welt gekommen sind, benötigen Fürsorge und wohlwollende Begleitung einer primären Bezugsperson, um zu überleben und sich entwickeln zu können. John Bowlby, der sich im Laufe seiner Karriere zunehmend mit Bindungsthemen beschäftigte, hält fest, dass das Bindungsverhalten den Menschen von der Geburt bis ins hohe Alter begleitet (1979). Demnach ist Bindung ein lebenslanger Bestandteil unseres Daseins. Neben grundlegenden Bedürfnissen wie Nahrung, Schlaf, Wärme und Sauberkeit betont Bowlby (1987/2017) – gemeinsam mit Mary Ainsworth, mit der er in den 1960er und 1970er Jahren die Bindungstheorie entwickelte – insbesondere das starke Bedürfnis nach Fürsorge, Sicherheit und Zuwendung. Die ersten Lebensjahre spielen dabei eine entscheidende Rolle für die Entwicklung dieser Bindungsmuster.

Bindungsverhalten ist in der Kindheit oft noch in sehr klarer und ein-

deutiger Form sichtbar, doch über die Lebensspanne hinweg überlagern und vermischen sich viele unterschiedliche Bindungs- und Beziehungsweisen. Sie formen sich neu und strukturieren sich um – jeweils immer in neuen Beziehungsgefügen. Auch wenn die kleinkindliche Bindung zentral ist, stellt sie kein „unveränderliches Schicksal“ dar (Bierhoff & Rohmann, 2010, S. 75), selbst wenn sie sich tief einprägen – auch auf neurologischer Ebene (Gahleitner, 2019). Bindungstypen sind zudem weder Diagnosen wie z.B. Bindungsstörungen, die von Therapeut:innen vergeben werden, noch kann jegliches Verhalten auf Bindungserfahrungen zurückgeführt werden – das ist hin und wieder missverständlich, wenn dieses Thema behandelt wird.

Feinfühligkeit als Grundlage für eine sichere Bindung

Wenn Erziehungspersonen ein Fürsorgeverhalten zeigen, das feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert, entwi-

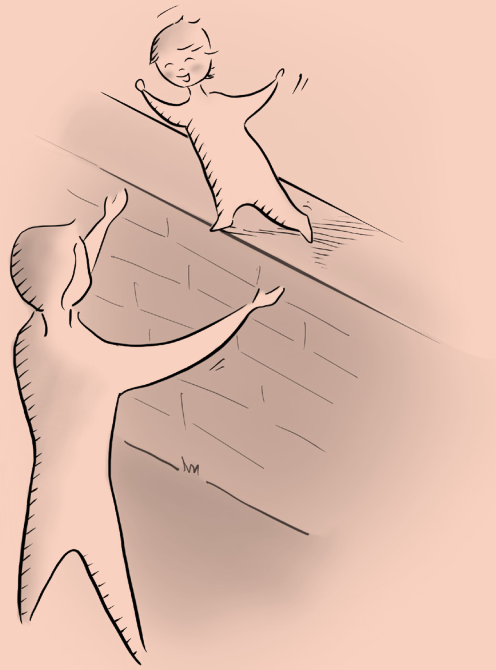
ckelt sich zwischen Kind und Bezugsperson eine Bindung, die als stabile Grundlage für die weitere Entwicklung und Reizverarbeitung des Kindes dient. Diese sichere Bindung beeinflusst wesentlich den individuellen Lebensverlauf in bindungstechnischer Hinsicht (Bowlby, 1987/2017).

Nach Bowlby zeichnet sich feinfühliges Verhalten dadurch aus, dass Erziehungspersonen die Signale eines Säuglings **angemessen** wahrnehmen, sie **richtig interpretieren** und darauf **prompt** sowie **passend** reagieren. Ein sicherer Bindungsstil zeigt sich besonders im Explorationsverhalten des Kindes: Besteht eine stabile Bindung zur Bezugsperson, kann sich das Kind frei der Welt zuwenden – sei es durch neugieriges Erkunden, vertieftes Spielen oder eigenständiges Umherlaufen. Es fühlt sich so sicher gebunden, dass es darauf vertrauen kann, dass die Bezugsperson zuverlässig erreichbar ist, wenn sie gebraucht wird. Gerät es hingegen in eine Situation, die Angst auslöst, wird augenblicklich das Bindungsverhalten aktiviert: Das Kind

sucht die Nähe seiner Bezugsperson, um dort emotionale Sicherheit zu finden. Sobald diese wiederhergestellt ist, kann es sich erneut dem Erkunden seiner Umgebung widmen, was seine Entwicklung weiter fördert (Bowlby, 1987/2017).

Eine sichere Bindung basiert somit auf Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität. Bindungs- und Explorationsverhalten stehen dabei in einem dynamischen Wechselspiel. Je besser die Signale eines Säuglings von der Bezugsperson erkannt und beantwortet werden, desto eher erfährt er angemessene Fürsorge und entwickelt zugleich die Fähigkeit, durch eigene Aktivität und Selbstregulation altersgerecht mit unangenehmen Gefühlen umzugehen. Diese frühen Erfahrungen mit Betreuungspersonen prägen das entstehende Gefühl der Gebundenheit, das verschiedene Qualitäten annehmen kann (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Das daraus resultierende innere Arbeitsmodell ist von der Erwartung geprägt, dass die Bezugsperson verlässlich verfügbar ist und wohlwollend reagiert (Bierhoff & Rohmann, 2010, S. 75). Dadurch entsteht ein grundlegendes Vertrauen in die Verlässlichkeit zwischenmenschlicher Beziehungen, das tief im Inneren verankert ist und eine lebenslange Wirkung entfalten kann – auch wenn spätere Erfahrungen es verändern. Erikson (1966) bezeichnet dieses früh geformte Vertrauen als Urvertrauen (basic trust), das sich entwickelt, wenn Kinder erleben, dass ihre Signale von ihren Hauptbezugspersonen wahrgenommen, verstanden und angemessen beantwortet werden.



Unsicher-ambivalente Bindung

Kann sich zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind keine sichere Bindung entwickeln, weil die Bedürfnisse des Kindes nicht wahrgenommen, verstanden oder angemessen beantwortet werden (es also an Feinfühligkeit mangelt), können sich unsichere Bindungsmuster herausbilden. Reagiert die Bezugsperson inkonsistent – mal feinfühlig, mal zurückweisend – entsteht beim Kind eine unsicher-ambivalente Bindung. Es kann nicht einschätzen, ob die Bezugsperson zuverlässig verfügbar ist, was dazu führt, dass es „immer anfällig für Trennungsangst ist, zum Anklammern neigt und ängstlich in der Erkundung der Welt ist“ (Bowlby, 1991/2011, S. 64).

Unsicher-vermeidende Bindung

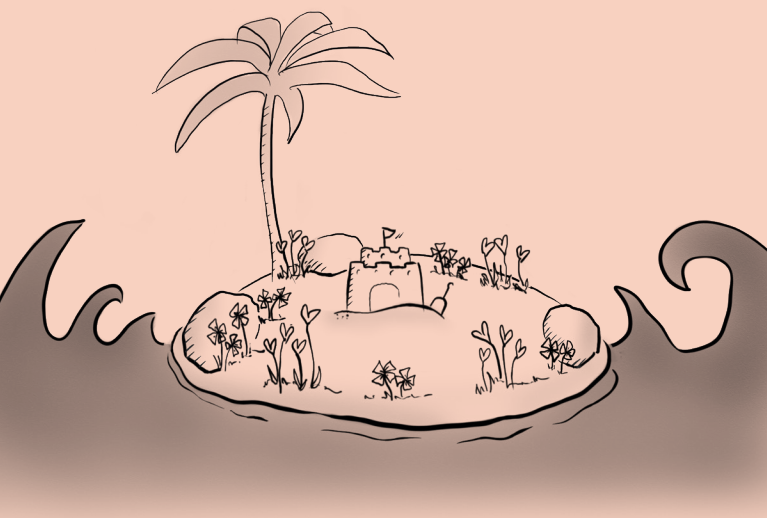
Wenn Kinder erleben, dass ihre Bezugspersonen ihre Signale ignorieren oder mit Ablehnung reagieren, entwickeln sie eine unsicher-vermeidende Bindung. Sie haben gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse herunterzuregulieren, um Zurückweisung zu vermeiden. Häufig sind sie entsprechend extrem autonom und selbstständig.

Desorganisierte Bindung – Bindung in Extremsituationen

Neben den drei Bindungsstilen (sicher, unsicher-ambivalent, unsicher-vermeidend) gibt es noch die desorganisierten Anteile, die aber nicht als eigenständige Bindungsform angesehen werden (Gahleitner, 2005). Diese desorganisierte Bindungsklassifikation, auch als D-Typ bezeichnet, kann zusätzlich zu den drei Bindungstypen sicher, unsicher-ambivalent und unsicher-distanziert auftreten. Fälschlicherweise wird jedoch nicht selten von diesem Anteil als eigenständige Bindungsform ausgegangen. Es geht hier aber tatsächlich vielmehr um spezifische traumatische Anteile, die jeweils zu den drei Bindungsformen entstehen können (Gahleitner, 2005) Auch in Kombination mit dem sicheren Bindungsstil.

Am stärksten betroffen von dem D-Typ sind in der Regel Kinder, die von Bezugspersonen statt fürsorglichen Verhaltens (massive) Gewalt und Bedrohung erfahren. In diesen Situationen entsteht für das Kind ein kaum lösbares Dilemma. Die Personen, von denen es Schutz und Hilfe erwartet, schützen es nicht, sondern fügen ihm (wenn auch punktuell oder phasenweise) Schmerzen zu: es befindet sich in einer großen Widersprüchlichkeit. Denn eine Abwendung von der Person, die destruktives Verhalten zeigt, ist in der Regel unmöglich, weil es in einer Abhängigkeit steht. Dieses innere Dilemma kann also nur auf eine einzige Art und Weise gelöst werden: abweisen-des, vernachlässigendes oder gewaltvolles Verhalten wird als etwas Normales abgespeichert und alle gefährlichen und verletzenden Handlungen innerlich

abgewehrt. Aus der Logik des Kindes heraus ist es sinnvoll, denn wenn destruktives Verhalten normal ist, muss das Kind keine Angst haben und kann den Wunsch nach Bindung zulassen. Es fängt daher an, besonders verzweifelt und intensiv danach zu suchen – „ein Teufelskreis, der impliziert, dass solche Kinder häufig eine starke, aber äußerst maligne Bindung an destruktive Bezugspersonen entwickeln.“ (Gahleitner, 2019, S. 33) Beobachten Sie Kinder, die häufig in bindungsrelevanten Situationen erstarren oder unterschiedliche Bindungsmuster in relativ großer Schnelligkeit wechseln, könnte es ein Anzeichen für ein Kind mit desorganisierten Bindungsanteilen sein (Main & Hesse, 1990; Solomon & George, 1999).



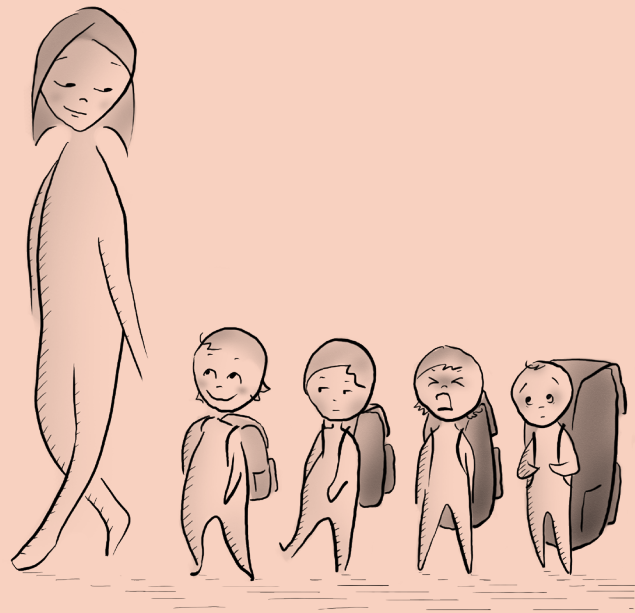
Bindung als Schutzfaktor – Die „schützende Inselerfahrung“

Zentral dafür, wie sich negative und/oder potenziell traumatische Ereignisse weiterentwickeln, ob sie sich verfestigen und Folgeproblematiken nach sich ziehen oder nicht, hängt maßgeblich davon ab, wie das soziale Umfeld aufgestellt ist. Findet das Kind beispielsweise einen Menschen, der als eine „schützende Inselerfahrung“ (Gahleitner, 2005, S. 63) fungiert, stehen die Chancen deutlich höher, dass krisenhafte und potenziell traumatische Ereignisse überstanden werden, ohne schwerwiegende negative Auswirkungen zu haben. Eine „schützende Inselerfahrung“ beschreibt Gahleitner hierbei als „[d]as Bestehen nur

einer einzigen förderlichen Bindung“, die „trotz sonstigem Vorherrschen negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor für den gesamten Lebensverlauf“ (ebd.) darstellen kann.

Die Bedeutung der „schützenden Inselerfahrung“ für Fachkräfte, die (kleine) Kinder regelmäßig sehen, kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Gerade in den ersten drei Lebensjahren sind Kinder auf verlässliche, feinfühlig Bindungspersonen angewiesen, um Vertrauen in sich selbst und ihre Umwelt zu entwickeln. Doch nicht alle Kinder wachsen unter stabilen, sicheren Bedingungen auf. Viele erleben bereits früh Belastungen wie Vernachlässigung, inkonsistente Betreuung oder familiäre Krisen. Studien zeigen immer wieder, dass selbst eine einzige sichere Bindungsperson (unabhängig der Elternschaft) das Risiko für spätere psychische Probleme erheblich senken kann (Ahnert, 2004).

Eine stabile Beziehung zu einer Fachkraft kann für diese Kinder also eine schützende Insel inmitten unsicherer



Erfahrungen sein. Wenn ein Kind erlebt, dass es hier zuverlässig getröstet, verstanden und unterstützt wird, kann dies langfristige Auswirkungen auf seine emotionale und soziale Entwicklung haben. Besonders für Kinder mit unsicheren oder belastenden familiären Bindungserfahrungen kann die Kita z.B. so zu einem Ort werden, an dem sie Schutz und Orientierung finden. Die Kita kann z.B. als erste außerfamiliäre Betreuungsinstanz die Chance bieten, Kinder frühzeitig in ihrer emotionalen Entwicklung zu stärken und sie auf zukünftige Herausforderungen vorzubereiten.

Fazit

Fachkräfte können entsprechend eine entscheidende Rolle als sichere Bindungspersonen für Kinder spielen, insbesondere für diejenigen, die unsichere oder belastende Bindungserfahrungen gemacht haben. Da Bindung ein zentraler Faktor für die kindliche Entwicklung ist, kann eine stabile, feinfühligke Beziehungserfahrung zu einer Fachkraft eine „schützende Inselerfahrung“ sein und sich sehr langfristig positiv auf das innere Erleben der Kinder auswirken. 📌

Bindungstypen in der Praxis

Das Bilderbuch *Wo ist Wilma?* von Thomas Köhler-Saretzki thematisiert, wie unterschiedlich Kinder auf den Wechsel einer vertrauten Bezugsperson in der Kita reagieren – und wie eine einfühlsame Fachkraft diese verschiedenen Bindungsmuster erkennt und gezielt darauf eingeht. Weil das Buch so nachvollziehbar und klar die Bindungstypen aufbereitet, soll an dieser Stelle intensiv auf das Buch eingegangen werden. Während einige Kinder offen nach Nähe suchen, ziehen sich andere zurück oder zeigen ambivalentes Verhalten. Die neue Erzieherin im Buch versteht es, diese Reaktionen im Kontext der Bindungstheorie nach John Bowlby zu deuten und unterstützt die Kinder individuell in ihrem Umgang mit der Veränderung. Sie schafft dabei nicht nur verlässliche Beziehungen im pädagogischen Alltag, sondern sensibilisiert auch die Eltern für die Bedeutung sicherer Bindungen (Köhler-Saretzki, 2017).

Gerade für Fachkräfte stellt die Verbindung zwischen theoretischem Wissen und der reflektierten Anwendung in der Praxis eine Herausforderung dar. *Wo ist Wilma?* bietet hier eine wertvolle Brücke, indem es bindungstheoretisches Wissen in eine anschauliche Geschichte übersetzt. Die dargestellten Situationen laden zur Selbstreflexion ein und erleichtern die Kommunikation mit Kindern und Eltern. Im Fol-

genden werden die im Buch thematisierten Bindungsstile – in Absprache mit dem Autor – näher betrachtet und praxisnahe Ansätze für den Umgang mit sicher, vermeidend und ambivalent gebundenen Kindern vorgestellt. Sich das Bilderbuch als Kita zuzulegen, wäre an dieser Stelle aber ein großer Tipp, auch wenn im folgenden viel rezipiert wird.

Fachkräfte und sicher gebundene Kinder im Alltag

Im Bilderbuch wird Fabienne – ein sicher gebundenes Kind – beschrieben: sie fühlt sich wohl in der Kita, verabschiedet sich inzwischen mit einem großen Kuss am Morgen von den Eltern, sieht ihnen nach, läuft dann aber schnell zu den anderen Kindern und beginnt zu spielen. Wenn sie z.B. von der Schaukel fällt, läuft sie sofort zu ihrer Erzieherin des Vertrauens und kann Trost und Hilfe gut annehmen, hat nicht häufig Streit mit anderen Kindern und wenn doch, kann sie kleinere Streitigkeiten häufig auch allein klären. Sie kann ihre Gefühle gut ausdrücken (o.S.)

Kinder mit einer sicheren Bindung (wie Fabienne in *Wo ist Wilma?*), zeigen ihre Bedürfnisse offen und suchen aktiv nach Interaktion. Fachkräfte können auf diese Signale eingehen, indem sie verlässliche Beziehungsangebote machen, etwa durch wiederkehrende positive Rückmeldungen in Form von Lob und Zuspruch. Diese Bestätigung hilft Kindern, sich sicher zu fühlen und Vertrauen in ihre Umgebung zu entwickeln. Ein wichtiger Aspekt ist dabei auch, emotionale Herausforderungen direkt anzusprechen, wie die neue Erzieherin es bei Fabienne tut, als es um den Weggang von Wilma geht. Dadurch lernen Kinder, ihre Gefühle zu benennen und einzuordnen. 📌



Fachkräfte und vermeidend gebundene Kinder

Klaus ist in dem Bilderbuch vermeidend gebunden. Er „beschäftigt sich vorwiegend mit sich selbst. Wird er morgens von seiner Mutter gebracht, geht er an den Spielschrank und holt sich das rote Feuerwehrauto, dem er ausdauernd seine ganze Aufmerksamkeit widmen kann. Wenn er nachmittags abgeholt wird, zeigt er wenig Freude darüber und erzählt auf dem Nachhauseweg kaum von seinen Erlebnissen. Im Gruppen-

alltag wirkt Klaus häufig stark und unabhängig. Er vermittelt das Gefühl, dass er niemanden braucht, und hat deswegen auch kaum Freunde. Wenn Klaus etwas haben will, nimmt er es sich einfach wortlos von den anderen. Wilma hatte schon öfter das Gefühl, dass es diesem verschlossenen und gleichzeitig herausfordernden Jungen schlechter geht, als man es von außen erkennen kann. ... Klaus zeigt wenig Gefühle und sucht seltener den Kontakt zu ihr als andere – auch nicht, wenn er Probleme ... hat (o.S.).

Vermeidend gebundene Kinder

Kinder mit einem vermeidenden Bindungsstil, wie Klaus in *Wo ist Wilma?*, zeigen ihre Bedürfnisse oft weniger offensichtlich. Sie haben gelernt, sich eher

auf sich selbst zu verlassen, anstatt Hilfe einzufordern. Fachkräfte können diese Kinder unterstützen, indem sie konsequent Beziehungsangebote machen und deren kleine Erfolge bewusst wahrnehmen. Durch gezielte positive Rückmeldungen zu vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen – beispielsweise das Loben von kleinen Erfolgen – kann ein Gefühl der Selbstwirksamkeit gefördert werden. Gleichzeitig sollte das Kind ermutigt werden, seine Gefühle schrittweise wahrzunehmen und auszudrücken. 📌

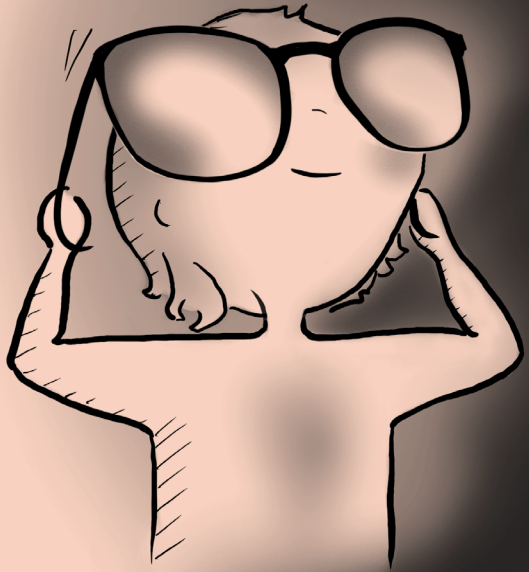
Ambivalent gebundene Kinder benötigen besonders viel Verlässlichkeit und Struktur.

Fachkräfte und ambivalent gebundene Kinder

„Lilith ist das absolute Gegenteil von Klaus. Sie steht ständig unter Strom, ist laut und fordernd und kann sich nicht gut allein beschäftigen. Obwohl sie schon fast seit sechs Monaten in der Kita ist, fällt ihr der morgendliche Abschied von ihrer Mutter noch immer schwer. Wilma gelingt es dann kaum, sie zu beruhigen. Überhaupt braucht und sucht Lilith insgesamt viel Aufmerksamkeit und Unterstützung: immer wieder möchte sie wissen, ob sie etwas gut gemacht hat. Wilma hat schon einige Male beobachtet, dass Liliths Mutter nicht den vereinbarten Abholtermin einhalten konnte und Lilith dann besonders fähig wurde und kaum mehr ansprechbar war. Irritierend findet Wilma aber auch die unterwartet wechselnden Stimmungslagen von Liliths Mutter. Mal begrüßt sie Lilith fast überschwenglich, wenn sie zum Abholen kommt, mal ist sie aber auch ganz schön schroff und abweisend zu ihr.“ (o.S.)

Bei ambivalent gebundenen Kindern, wie Lilith in Wo ist Wilma?, sind Nähe und Dis-

tanz oft ein sensibles Thema. Diese Kinder benötigen besonders viel Verlässlichkeit und Struktur. Fachkräfte können durch feste Rituale – etwa regelmäßige Kuschel- oder Lesezeiten – Sicherheit vermitteln. Gleichzeitig ist es wichtig, den Kindern zu helfen, ihre Gefühle besser zu verstehen und zu regulieren, indem Emotionen gezielt benannt und in einen Zusammenhang gesetzt werden. So kann das Kind lernen, dass es Unterstützung erhält und nicht allein mit seinen Gefühlen umgehen muss. Köhler-Saretzki wählt den treffenden Titel als Beschreibung für das Innenleben: „Kann ich dir wirklich trauen, dass du bei mir bleibst?“ (o.S.)



Bei vermeindend gebundenen Kindern sind klare, konsistente und strukturierte Reaktionen der Fachkräfte essenziell

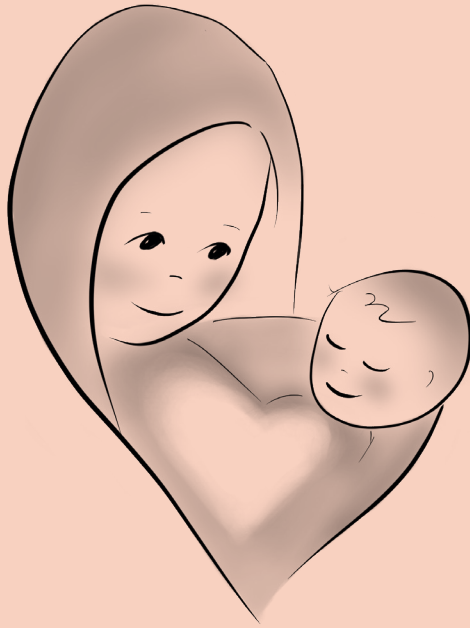
Fachkräfte und Kinder mit desorganisierten Bindungsstrukturen

„Karl-Heinz wirkt permanent angespannt und angestrengt, klagt häufig über Bauchschmerzen, hängt in seiner grob- und feinmotorischen Entwicklung den Gleichaltrigen hinterher und hat bislang nur einen wenig differenzierten Wortschatz. Sorgen macht Wilma sein Verhältnis zur Mutter. Sie konnte morgens schon häufig Unstimmigkeiten zwischen den beiden beobachten.

Es gibt ständig Auseinandersetzungen, etwa wegen der Jacke, die schmutzig geworden ist [...]. Mit den kleinen Kindern der Gruppe kommt Karl-Heinz gut zurecht; Wilma sieht, dass sie oft zusammen spielen. Bei Gleichaltrigen hat Karl-Heinz dagegen einen schwereren Stand. Manchmal zerstört er unerwartet Sachen der anderen Kinder oder schlägt sogar ohne erkennbaren Grund zu. Wilma hat den Eindruck, dass er vor allem dann in Auseinandersetzungen mit anderen gerät, wenn

sie ohne Ankündigung den Raum verlässt, wenn es in der Gruppe besonders laut und stressig ist oder wenn er von anderen Kindern zurückgewiesen wird.“ (o.S.)

Kinder mit desorganisierten Bindungsanteilen, wie Karl-Heinz in Wo ist Wilma?, erleben oft widersprüchliche Emotionen und Unsicherheiten im Umgang mit Nähe. Hier sind klare, konsistente und strukturierte Reaktionen der Fachkräfte essenziell. Beziehungsangebote müssen häufig und über lange Zeiträume wiederholt werden. Friedrike nutzt in der Geschichte zugleich deutliche Regeln und Stoppsignale, um Sicherheit zu vermitteln, während sie gleichzeitig darauf achtet, Karl-Heinz als Person nicht abzulehnen. Auch Übergangsobjekte wie ein Schlüsselhänger können helfen, das Kind an die stabile Beziehung zu erinnern, selbst wenn die Bezugsperson nicht anwesend ist.



Quellenverzeichnis, Glossar, Impressum alias es mostiis

Quellenverzeichnis

Einführung Gesamt

Storck, C., & Pfeffer, S. (2018). Primärprävention sexualisierter Gewalt bei Kindern im Vorschulalter. In A. Retkowski, A. Treibel & E. Tuider (Hrsg.), Handbuch sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte (S. 543–551). Beltz Juventa
PETZE-Institut für Gewaltprävention gGmbH. (o. J.). PETZE-Institut für Gewaltprävention. Abgerufen am 14. Mai 2025, von

Sexualisierte Gewalt an Säuglingen und Kleinkindern

Ahlig, N. (2020). Polizeiliche Erkenntnisse von Tatverdächtigen der Kinderpornographie hinsichtlich von Straftaten zum Nachteil von Kindern. Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin, Forschungsinstitut für öffentliche und private Sicherheit.
Andresen, S., Demant, M., Galliker, A., & Rott, L. (2021). Sexualisierte Gewalt in der Familie. Gesellschaftliche Aufarbeitung sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in der Gegenwart. Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs.
Bange, D. (2022). Sexuelle Gewalt an Kindern und die Frühen Hilfen. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 25(1), 36–43.

Bange, D. (2023). Kindertagesbetreuung und Gefährdungsmeldungen gemäß § 8a SGB VIII im Spiegel der Kinder- und Jugendhilfestatistik des Bundes. neue praxis, 53(6), 505–520.
Bundeskriminalamt. (2024). Polizeiliche Kriminalstatistik 2023. Wiesbaden.
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin.
Duin, E. M. van, Verlinden, E., Vrolijk-Bosschart, T. F., Diehle, J., Verhoeff, A., Brilleslijper, S. M., & Lindauer, R. J. L. (2018). Sexual abuse in very young children: A psychological assessment in the Amsterdam Sexual Abuse Case study. European Journal of Psychotraumatology, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1430952>
Gerber, C., & Lillig, S. (2018). Mit möglichen Hinweisen auf Kindeswohlgefährdungen umgehen. Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
Gewirtz-Meydan, A., & Finkelhor, D. (2019). Sexual abuse and assault in a large national sample of children and adolescents. Child Maltreatment, 25(2), 203–214. <https://doi.org/10.1177/1077559519883497>
Gребenstein, A.-K. (2017). Sexualisierte Gewalt an Säuglingen und Kleinkindern im Kontext Früher Hilfen: Eine Expertise zu den Gründen für die geringe Beachtung sexualisierter Gewalt im Praxisfeld Frühe Hilfen. Universität Hildesheim.
Henningsen, A., Beck, M., & Mantey, D. (2018). Kindertagesstätten als Orte sexueller Bildung und Schutzräume vor sexueller Gewalt. In A. Retkowski, A. Treibel & E. Tuider (Hrsg.), Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte (S. 442–450). Beltz Juventa.
Internet Watch Foundation. (2024). Annual Report 2023. Cambridge.
Stadler, L., Bieneck, S., & Pfeiffer, C. (2012). Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
Statistisches Bundesamt. (2024). Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII Absatz 1. Wiesbaden.

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt: Einordnung, Formen und Auswirkungen

Bundeskriminalamt. (2023). Polizeiliche Kriminalstatistik 2023.
Interagency Working Group on Sexual Exploitation of Children. (2016). Terminology guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse (Luxembourg Guidelines). <https://ecpat.org/luxembourg-guidelines/>
National Center for Missing & Exploited Children. (2024). CyberTipline Reports.
Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. (2024). Bericht zu online sexualisierter Gewalt.
UNICEF. (2024). Global Status Report on Preventing Violence Against Children.

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt: Worauf sollen Fachkräfte achten?

klicksafe.de. (o. J.). Die EU-Initiative für mehr Sicherheit im Netz. Abgerufen am 14. Mai 2025, von
SCHAU HIN! (o. J.). Was dein Kind mit Medien macht. Abgerufen am 14. Mai 2025, von
jugendschutz.net. (o. J.). Informationsplattform zum Schutz von Kindern und Jugendlichen im Internet. Abgerufen am 14. Mai 2025, von
UN Committee on the Rights of the Child. (2016). General comment No. 25 on children's rights in relation to the digital environment. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Abgerufen von <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-25-2021-childrens-rights-relation>
Interagency Working Group on Sexual Exploitation of Children. (2016). Terminology Guidelines for the Protection of Children from Sexual Exploitation and Sexual Abuse (Luxembourg Guidelines). ECPAT International. Abgerufen von

Sexualisierte Gewalt durch Geschwister:

Bertele, N., & Talmon, A. (2023). Sibling Sexual Abuse: A Review of Empirical Studies in the Field. Trauma, Violence, & Abuse, 24(2), 420–428.
Freund, U. (2024, 23. Mai). Sexuelle Übergriffe unter Kindern – was macht man da, Ulli Freund? [Audio-Podcast]. In einbis-zwei – Der Podcast über sexuelle Gewalt. UBSKM.
Kerger-Ladleif, C. (2024). Geschwister zwischen Doktorspielen und sexualisierten Übergriffen. In E. Klees & T. Kettritz (Hrsg.), Sexualisierte Gewalt durch Geschwister: Praxishandbuch für die pädagogische und psychologisch-psychiatrische Arbeit mit sexualisiert übergriffigen Kindern/Jugendlichen (4. Aufl., S. 45–59). Pabst Science Publishers.
Klees, E., & Kettritz, T. (2018). Sexualisierte Gewalt durch Geschwister: Praxishandbuch für die pädagogische und psychologisch-psychiatrische Arbeit mit sexualisiert übergriffigen Kindern/Jugendlichen (1. Auflage). Pabst Science Publishers.
Klees, E. (2022, 24. November). Warum wollen Eltern sexuelle Gewalt durch Geschwister nicht wahrhaben, Esther Klees? [Audio-Podcast]. In einbiszwei – Der Podcast über sexuelle Gewalt. UBSKM.
Krienert, J. L., & Walsh, J. A. (2011). Sibling Sexual Abuse: An Empirical Analysis of Offender, Victim, and Event Characteristics in National Incident-Based Reporting System (NIBRS) Data, 2000–2007. Journal of Child Sexual Abuse, 20(4), 353–372.
Laredo, C. M. (1982). Sibling incest. In S. M. Sgroi (Hrsg.), Handbook of clinical intervention in child sexual abuse (S. 177–191). Lexington Books.

O’Brien, M. J. (1991). Taking sibling incest seriously. In M. Patton (Hrsg.), Family sexual abuse: Frontline research and evaluation (S. 75–92). SAGE.

Mebes, A., & Klees, E. (2009). Katrins Geheimnis: Eine Geschichte über sexuelle Übergriffe unter Geschwistern. Mabuse Verlag.

Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (o. J.). SGB VIII – Aches Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). (o. J.). Informationsportal: einbiszwei – Der Podcast über sexuelle Gewalt.

UBSKM. (o. J.). Digitale Fortbildungs- und Informationsangebote.

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch. (o. J.). Anrufen – auch im Zweifelsfall.

Elternschaft Betroffener von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (2023). Bericht zu den Expertinnengutachten „Information der Öffentlichkeit zu Gewalt in der Geburtshilfe, unter besonderer Beachtung der Bedarfe von Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen“. Erstellt im Auftrag des BMFSFJ von J. Beck unter Mitwirkung von A. Ramsell.

Kavemann, B., & Nagel, B. (2025). Elternschaft nach sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend. Was bedeutet es, nach sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend Kinder zu haben und elterliche Verantwortung zu tragen? Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs.

Simkin, P., Klaus, P. H., & Brisch, K. H. (2015). Wenn missbrauchte Frauen Mutter werden: Die Folgen früher sexueller Gewalt und therapeutische Hilfen. Klett–Cotta.

Psychosexuelle Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren

Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Franz Deuticke.

Gruber, E. E., & Riemann, R. L. (2000). Kindliche Sexualität: Ein Handbuch für die Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht.

McDonald, T. R. C. (1981). The sexual child. Routledge & Kegan Paul.

Philipps, I.-M. (2005). Wie sexuell ist kindliche Sexualität? ISP Dortmund.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1928). Die Psychologie des Kindes. Giunti Editore.

Quindeau, I., & Brumlik, M. (2012). Kindliche Sexualität. Beltz Juventa.

Zartbitter Münster. (o. J.). Kindliche Sexualität, sexuelle Entwicklung und auffälliges Verhalten – Arbeits- und Orientierungshilfe für Fachkräfte. Abgerufen am 14. Mai 2025

Entwicklung des Genitalbereichs in den ersten drei Lebensjahren

Herrmann, B. (Hrsg.). (2020). Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen(4. Aufl.). Elsevier, Urban & Fischer.

Höger, P. H. (2021). Kinderdermatologie (4. Aufl.). Springer.

Hoffmann, G. F., Lentze, M. J., Spranger, J., Zepp, F., & Berner, R. (Hrsg.). (2023). Pädiatrie (5. Aufl.). Springer.

Oppelt, P., & Lehmann–Kannt, M. (2023). Kapitel zur kindlichen Gynäkologie, in einem medizinischen Fachbuch (nicht vollständig bibliographisch erschlossen im Text – ggf. ergänzen).

Exkurs: Nicht akzidentelle Kopfverletzungen im Säuglingsalter (sog. Schütteltrauma)

ESPED. (2009). ESPED–Studie Schütteltrauma, Jahresberichte 2007, 2008 und 2009.

Herrmann, B. (2016). Epidemiologie, Klinik und Konzept des Schütteltrauma–Syndroms. pädiatrische praxis, 86, 297–312.

Klevens, J., & Leeb, R. (2010). Child maltreatment fatalities in children under five: Findings from the National Violent Death Reporting System. Child Abuse & Neglect, 34(4), 262–266. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.005

Luss, S., Fölsch, C., & Gleißner, M. (2017). Das Schütteltrauma. Pädiatrie up2date, 12, 51–64. https://doi.org/10.1055/s-0043-102165

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (2017). Babyschreien und Schütteltrauma – Aufklärungsbedarf.

Einführung Trauma

Fischer G. & Riedesser, P. (2009). Handbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt

Gahleitner, S. B. (2005). Neue Bindungen wagen: Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. Ernst Reinhardt Verlag.

Trauma und Gehirn

Krüger, A. (2013). Powerbook L: Erste Hilfe für die Seele. Elbkrüger Verlag.

Schröder, M., & Schmid, M. (2020). Trauma – Was ist das? Sozialmagazin, 2, 6 – 16.

Van der Kolk, B. A. (2023). Das Trauma in dir: Wie der Körper den Schrecken festhält und wie wir heilen können (T. Kierdorf & H. Höhr, Trans.; Ungekürzte Neuauflage). Ullstein

Langzeitfolgen frühkindlicher Traumatisierungen

Bornefeld–Ettmann, P., Steil, R., Lieberz, K. A., Bohus, M., Rausch, S., Herzog, J., Priebe, K., Fydrich, T., & Müller–Engelmann, M. (2018). Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure. Journal of Sexual Medicine, 15(4), 529–538. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.016

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

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

Manheim, M., Felicetti, R., & Moloney, G. (2019). Child sexual abuse victimization prevention programs in preschool and kindergarten: Implications for practice. Journal of Child Sexual Abuse, 28(6), 745–757. https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1627687

Möhler, E., & Resch, F. (2019). Early life stress. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 68(7), 575–591. https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.7.575

Power, J., Watson, S., Chen, W., Lewis, A. J., van IJzendoorn, M. H., & Galbally, M. (2024). Maternal emotional availability and perinatal depressive symptoms as predictors of early childhood executive function. Journal of Affective Disorders, 365, 332–340. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.044

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(38), 635–642. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0635

Wustmann, C. (2004). Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz.

Exkurs: Bindungstypen. Warum unterschiedliche Bindungstypen unterschiedliche Beziehungsangebote brauchen

Ahnert, L. (Hrsg.). (2022). Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung (5. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.

Bierhoff, H.-W., & Rohmann, E. (2010). Psychologie des Vertrauens. KIT Scientific Publications.

Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. Tavistock.

Bowlby, J. (1987/2017). Eine sichere Basis: Bindung in der frühen Kindheit und ihre Bedeutung für menschliche Beziehungen (Neuauf.). Klett–Cotta.

Bowlby, J. (1991/2011). Ethnologisches Licht auf psychoanalytische Probleme. In K. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie(S. 55–69). Klett–Cotta.

Erikson, E. H. (1966). Identität und Lebenszyklus: Drei Aufsätze (Reihe: Theorie, Bd. 2). Suhrkamp.

Gahleitner, S. B. (2005). Neue Bindungen wagen: Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. Ernst Reinhardt Verlag.

Gahleitner, S. B. (2019). Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen – Konzepte – Methoden. Ernst Reinhardt Verlag.

Kavemann, B., & Nagel, B. (2025). Elternschaft nach sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend. Was bedeutet es, nach sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend Kinder zu haben und elterliche Verantwortung zu tragen? Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs.

Köhler–Saretzki, T. (2017). Wo ist Wilma? Balance Buch und Medien Verlag

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50(1–2), 66–104.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents’ unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention (pp. 161–182). University of Chicago Press.

Solomon, J., & George, C. (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (pp. 287–316). Guilford Press

Glossar

World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). https://icd.who.int/

Einige der Begriffsdefinitionen in diesem Glossar wurden mithilfe künstlicher Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) erstellt bzw. sprachlich überarbeitet.

130-
135

Glossar

In diesem Glossar finden Sie Fachbegriffe, die im Booklet verwendet werden und möglicherweise nicht für alle Leser:innen sofort verständlich sind. Sie werden hier in einfacher, alltagstauglicher Sprache erläutert – ohne die fachliche Bedeutung zu verlieren. Das Glossar soll dabei helfen, zentrale Inhalte besser einordnen zu können.

Adverse Childhood Experiences (ACEs)

Belastende Kindheitserfahrungen, die langfristige Auswirkungen auf Gesundheit und Entwicklung haben können.

Akzidentell

Bedeutet „zufällig“ oder „versehentlich“ und wird im medizinischen Kontext verwendet, um z. B. unbeabsichtigte Verletzungen zu beschreiben.

Anale Phase (nach Freud)

Entwicklungsphase im Kleinkindalter (ca. 1,5–3 Jahre), in der laut Freud die Kontrolle über Ausscheidungen und damit verbundene Themen wie Autonomie und Ordnung im Vordergrund stehen.

Bindungsrepräsentation

Innere Bilder und Erwartungen eines Menschen an Beziehungen, die auf frühen Bindungserfahrungen beruhen und das Verhalten gegenüber anderen prägen.

Childhood-Haus

Das Childhood-Haus ist eine kinderfreundliche, multidisziplinäre und behördenübergreifende ambulante Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche, die Opfer oder Zeugen von sexualisierter und/oder körperlicher Ge-

walt geworden sind. Im Verdachts- oder erklärten Fall von Gewalt gegen ein Kind oder Jugendlichen werden diese im Childhood-Haus in kinderfreundlicher Atmosphäre durch den gesamten Verlauf aus Untersuchungen und Befragungen begleitet. Dort finden sie die notwendige fachkundige Hilfe, die sich umfassend nach ihren Sorgen und Bedürfnissen richtet. Durch die enge behördenübergreifende Kooperation können Untersuchungen und Befragungen des Kindes auf ein Minimum reduziert werden.

Diskrepanz

Ein Unterschied oder eine Abweichung zwischen zwei Dingen, z. B. zwischen Verhalten und innerem Erleben.

Dissoziation

Dissoziation ist ein psychischer Abwehrmechanismus, bei dem bestimmte Gedanken, Gefühle, Erinnerungen oder Körperwahrnehmungen vom bewussten Erleben abgespalten werden. Sie tritt häufig als Reaktion auf überwältigende oder traumatische Erfahrungen auf und kann sich u. a. durch ein Gefühl von „Nebel im Kopf“, Zeitlücken oder das Erleben, „wie neben sich zu stehen“, äußern.

Entwicklungspsychologisch fundierte Begleitung

Unterstützung, die sich an den alters- und entwicklungsbedingten Bedürfnissen eines Kindes orientiert und wissenschaftlich begründet ist.

Exploratives Verhalten (im Kontext sexueller Entwicklung)

Neugiergetriebenes Verhalten von Kindern, bei dem sie sich selbst und andere körperlich erkunden; Teil einer gesunden psychosexuellen Entwicklung.

Innerfamiliäre sexualisierte Gewalt

Sexuelle Gewalt, die von nahen Angehörigen oder Bezugspersonen innerhalb des familiären Umfelds ausgeübt wird.

Insoweit erfahrene Fachkraft

Die „insoweit erfahrene Fachkraft“ (nach § 8a SGB VIII) ist eine pädagogische oder psychologische Fachkraft mit spezifischer Zusatzqualifikation im Kinderschutz. Sie wird in Fällen möglicher Kindeswohlgefährdung zur Beratung

hinzugezogen, um Fachkräfte bei der Gefährdungseinschätzung, der Planung von Schutzmaßnahmen und dem weiteren Vorgehen zu unterstützen. Ziel ist es, die Handlungssicherheit zu erhöhen und Kindeswohlgefährdungen frühzeitig und fachlich fundiert zu erkennen und zu begegnen.

Institutionalisierter Kinderschutz

Strukturierter Kinderschutz, der in verbindliche Abläufe und Zuständigkeiten von Institutionen eingebettet ist. Er umfasst präventive, intervenierende und nachsorgende Maßnahmen, die dauerhaft in den Strukturen von Einrichtungen wie Kitas, Schulen oder Kliniken verankert sind. Ziel ist ein verlässliches, professionsübergreifendes Handeln zum Schutz von Kindern vor Gewalt und Vernachlässigung.

Interdisziplinarität

Zusammenarbeit mehrerer wissenschaftlicher Disziplinen zur Lösung von Problemen, die nur gemeinsam bzw. durch eine Verknüpfung der verschiedenen Ansätze bewältigt werden können.

Kinderschutzfachkraft

Fachperson mit Kinderschutz-Qualifikation, die in einer Institution verankert ist und dort präventiv sowie im Krisenfall berät und begleitet. Die Kinderschutzfachkraft ist dauerhaft im System tätig, die insoweit erfahrene Fachkraft wird speziell zur Beratung bei konkreten Verdachtsfällen gemäß § 8a SGB VIII hinzugezogen.

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (komplexe PTBS)

Die komplexe PTBS (ICD-11: 6B41) entsteht meist durch langanhaltende oder wiederholte Traumatisierungen – etwa durch Gewalt, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch, besonders in der Kindheit. Sie umfasst die typischen Symptome der PTBS (Wiedererleben, Vermeidung, anhaltende Alarmbereitschaft) und zusätzlich tiefergehende Beeinträchtigungen in der Emotionsregulation, im Selbstbild und in der Beziehungsfähigkeit

Körperwissen

Wissen von Kindern oder auch Erwachsenen Personen über ihren eigenen Körper, seine Grenzen und seine Schutzrechte; zentral für Prävention sexualisierter Gewalt.

Neurobiologisch

Der Begriff „neurobiologisch“ bezieht sich auf die Prozesse und Strukturen des Gehirns und Nervensystems, die das Verhalten, Erleben und die körperliche Entwicklung beeinflussen. Er beschreibt z. B. wie Reize verarbeitet, Stress reguliert, Bindungen aufgebaut oder traumatische Erfahrungen im Gehirn gespeichert werden. Neurobiologische Erkenntnisse sind zentral für das Verständnis kindlicher Entwicklung und die Wirkung von Belastungen oder Schutzfaktoren

Orale Phase (nach Freud)

Frühe Phase der psychosexuellen Entwicklung (0–1,5 Jahre), in der laut Freud das Erleben über den Mund im Vordergrund steht.

Partizipation

Partizipation bedeutet aktive Beteiligung an Entscheidungen, die die eigene Person betreffen. Sie stärkt Selbstbestimmung und Verantwortung – bei Kindern ebenso wie bei Fachkräften oder Eltern in gemeinsamen Prozessen.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die PTBS (ICD-11: 6B40) ist eine psychische Reaktion auf ein extrem bedrohliches oder schreckliches Ereignis – etwa Gewalt, sexuellen Missbrauch oder einen schweren Unfall. Typisch sind anhaltende Symptome in drei Bereichen: Wiedererleben des Traumas (z. B. Flashbacks), Vermeidung traumaassoziierter Reize und eine anhaltende Wahrnehmung erhöhter Bedrohung (z. B. Übererregung, Schreckhaftigkeit, Schlafprobleme). Die PTBS kann das alltägliche Leben erheblich beeinträchtigen und erfordert in der Regel fachliche Unterstützung.

Präverbal

„Präverbal“ bezeichnet die Zeit vor dem Spracherwerb, in der sich Kinder vor allem durch Mimik, Gestik, Laute oder Körperbewegungen mitteilen. Diese frühen Ausdrucksformen sind wichtige Grundlagen für Bindung und Kommunikation.

Psychosozial

Bezieht sich auf das Zusammenspiel von psychischen und sozialen Faktoren im Erleben und Verhalten von Menschen.

Psychosexuelle Entwicklung

Entwicklung der sexuellen Identität, Empfindungsfähigkeit und Beziehungskompetenz über die Lebensspanne hinweg.

Reviktimisierung

Wiederholte Erfahrung von Gewalt oder erneut erlebte Belastung durch unangemessenen Umgang mit einem bereits erlittenen Trauma.

Selbstregulation

Fähigkeit, eigene Emotionen, Impulse und Verhalten zu steuern und an die jeweilige Situation anzupassen..

Skills (engl. für Fähigkeiten)

Hilfreiche Strategien oder Techniken zur Selbsthilfe, z. B. zur Emotionsregulation oder Bewältigung von Stress.

Somatische Entwicklung

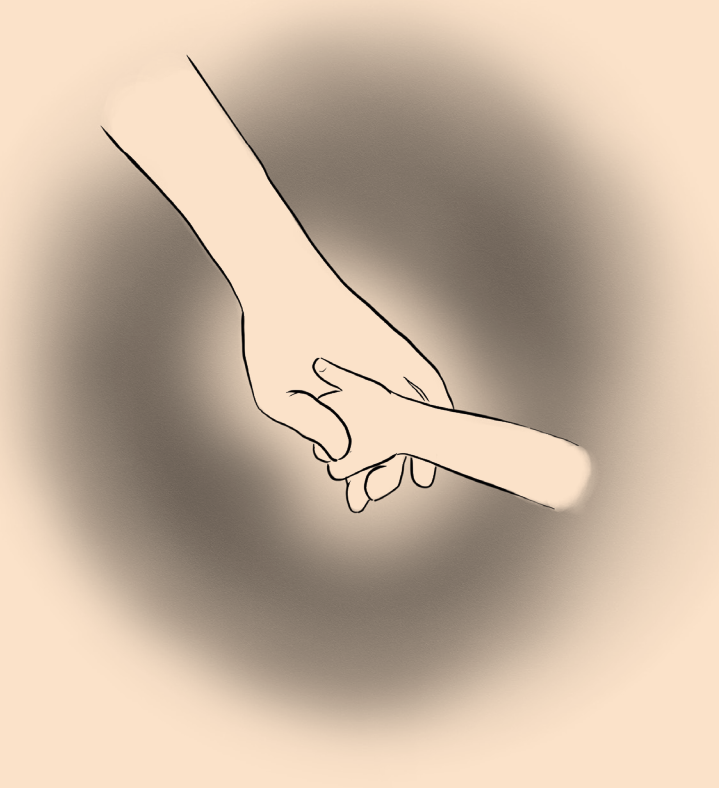
Körperliche Entwicklung eines Menschen, z. B. Wachstum, Motorik oder Pubertät.

Traumainformiertes Handeln

Traumainformiertes Handeln ist ein fachlicher Ansatz, der davon ausgeht, dass Menschen – insbesondere in belastenden Lebenslagen – traumatische Erfahrungen gemacht haben könnten. Ziel ist es, durch einfühlsame, verlässliche und sichere Rahmenbedingungen Re-Traumatisierungen zu vermeiden und Vertrauen aufzubauen. Fachkräfte begegnen Betroffenen mit Verständnis für mögliche Stressreaktionen und orientieren sich an deren Bedürfnissen und Ressourcen.

Verbal

Bezieht sich auf die Sprache oder sprachlichen Ausdruck.



Impressum

Herausgeberin

World Childhood Foundation Deutschland
Marilena de Andrade
Prinzregentenstraße 78
81675 München
Webseite: www.childhood-de.org
E-Mail: info@childhood-de.org

Verantwortlich für die Inhalte

Die Verantwortung für die Inhalte der einzelnen Beiträge liegt bei den jeweils namentlich genannten Autor:innen.

Chefredaktion

Marilena de Andrade

Gestaltung

Inga Sineux
concept & design
Pferdnerstieg 10d
22419 Hamburg
Webseite: <https://www.ingasineux.de>
E-Mail: mail@ingasineux.de

Illustrationen

Annabell Götttert
Binsenschlauchweg 21
76187 Karlsruhe
E-Mail: annabell.goetttert@hotmail.com

Druck

Studio b. media friends GmbH
Kirchstraße 61
42553 Velbert-Tönisheide
Webseite: www.studiob-velbert.de

Bildrechte

Alle im Booklet verwendeten Illustrationen unterliegen dem Urheberrecht von Annabel Götttert.
Die ausschließlichen Nutzungsrechte an den Illustrationen liegen bei der World Childhood Foundation Deutschland.
Eine Weiterverwendung durch Dritte ist ohne ausdrückliche schriftliche Genehmigung nicht gestattet.

Copyright

© 2025 World Childhood Foundation Deutschland
Alle Rechte vorbehalten. Die Vervielfältigung, Verbreitung oder sonstige Nutzung der Inhalte – auch auszugsweise – ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung des Herausgebers gestattet.

Förderhinweis

Initial gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg im Rahmen des Masterplans Kinderschutz.
Projektlaufzeit: 12/2023 –11/2025.

CHILDHOOD

WORLD CHILDHOOD FOUNDATION

FOUNDED BY H.M. QUEEN SILVIA OF SWEDEN