

Childhood-Haus: Chance & Herausforderung im interdisziplinären Kinderschutz

Marilena de Andrade & Astrid Helling-Bakki

Zusammenfassung: Childhood-Häuser sind ambulante Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche, die von sexualisierter und körperlicher Gewalt sowie Vernachlässigung betroffen sind. Sie werden seit 2018 von der World Childhood Foundation deutschlandweit in verschiedenen Bundesländern auf den Weg gebracht. Was es im Detail bedeutet, eine komplexe und interdisziplinäre, traumasensible und kindzentrierte Zusammenarbeit über die Grenzen verschiedener Professionen und behördlicher Strukturen hinweg zu gestalten, soll in diesem Artikel im Hinblick auf verschiedene Tätigkeitsfelder der Psychologie mit ihren Schnittstellen der klinischen Psychologie und Psychotherapie, Psychiatrie und Rechtspsychologie erläutert werden. Hierbei soll auch auf das Dilemma der Therapie im Strafverfahren bzw. den Umgang damit in der interdisziplinären Zusammenarbeit eingegangen werden.

Einleitung

Stellen Sie sich vor, Sie wären wieder acht Jahre alt. Stellen Sie sich vor, Sie stehen in diesem Moment in einer Notaufnahme im Krankenhaus: Das Licht ist grell, es laufen hektisch Menschen an Ihnen vorbei. Diese Menschen sind doppelt so groß wie Sie, tragen weiße Kittel und sprechen Wörter aus, die Sie nie gehört haben. Es riecht unangenehm, Menschen weinen, manche sehen vielleicht verletzt, krank oder zumindest besorgt aus. Wie würden Sie sich fühlen? Wonach würden Sie sich in so einem Moment sehnen?

Stellen Sie sich nun vor – Sie sind immer noch acht Jahre alt –, Sie müssen zur Polizeistation und etwas aussagen. Sie gehen in die Polizeistation und überall sind Menschen in Uniform, teilweise mit Pistolen am Gürtel. Alle Tische sind zu hoch für Sie und der Stuhl, auf den Sie sich setzen, ist eindeutig für die Größe eines Erwachsenen gemacht. Sie werden Sachen gefragt, die kompliziert klingen. Vielleicht werden Sie auch in einer Art gefragt, die Ihnen das Gefühl gibt, Sie hätten etwas falsch gemacht. Vielleicht, weil Sie nicht mehr alles ganz genau wissen. Was würden Sie sich in so einem Moment wünschen?

Und jetzt stellen Sie sich vor, Sie betreten als achtjähriges Kind ein Gerichtsgebäude, weil sie etwas aussagen müssen. Die Eingangshalle ist groß und die Treppen sind beeindruckend breit, sie sehen Menschen mit schwarzen langen Umhängen, die hinter Türen verschwinden, die mit lautem Ton ins Schloss fallen. Was bräuchten Sie wohl in diesem Moment?

In diese und ähnliche Situationen werden Kinder und Jugendliche in Deutschland häufig gebracht, wenn sie rechtliche Klärung und professionelle Unterstützung nach Gewaltvorfällen – insbesondere sexualisierten Gewaltvorfällen – su-

chen. Sie müssen meist viele unterschiedliche Institutionen durchlaufen, die nicht auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind, und werden immer wieder – selten kindgerecht – nach ihren Erlebnissen befragt (UBSKM, 2021). Diese Situation hat die gemeinnützige Stiftung World Childhood Foundation dazu bewogen, deutschlandweit das Konzept Childhood-Haus auf den Weg zu bringen, das auf den europäischen Barnahus- („Haus für Kinder“) Standards basiert. Childhood-Häuser sind multidisziplinäre ambulante Anlaufstellen, in denen verschiedene Disziplinen unter einem Dach zusammenkommen und einen Schutzraum schaffen, in dem das Kind im Zentrum steht. Grundlegend ist ein koordiniertes und abgestimmtes Vorgehen an einem Ort, an dem Jugendhilfe, Medizin, Psychologie, Polizei und Justiz kindgerecht und traumasensibel agieren, ohne dass für das Kind bei den verschiedenen Vorstellungen, Untersuchungen und ggf. polizeilichen oder richterlichen Befragungen ein Ortswechsel erfolgen muss. Was diese komplexe und interdisziplinäre Zusammenarbeit über die Grenzen verschiedener behördlicher Strukturen hinweg im Detail bedeutet, soll hier insbesondere im Hinblick auf die Tätigkeitsfelder der Psychologie mit den Kontaktpunkten zu klinischer Psychologie und Psychotherapie, Psychiatrie und Rechtspsychologie erläutert werden. Damit diese Erläuterung möglich ist, werden einleitend die Themenfelder Trauma, sexualisierte Gewalt und potenzielle Folgen eingeordnet und das Childhood-Haus-Konzept näher erläutert.

Trauma und sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Der Begriff Trauma (*griech. Verletzung, Wunde*) wurde lange ausschließlich auf körperliche Verletzungen bezogen (Maercker, 2017), bis die Psychotraumatologie daran anknüpfte und unter dem Begriff Psychotrauma eine seelische Verletzung fasste. Fischer und Riedesser (2009, S. 86) definieren ein



Kindgerecht gestaltete Räumlichkeiten im Childhood-Haus (Foto: Michael Bader, Childhood)

Trauma als ein „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht“. Ob eine Situation traumatisch ist oder nicht, hängt weniger mit äußeren Geschehen als mit dem subjektiven Erleben und den nachfolgenden Verarbeitungsmöglichkeiten zusammen (Gebrende, 2021). Faktoren wie das Alter der Person, die Dauer, die Intensität und Form der traumatisierenden Situation sowie das Maß an Unterstützung vor-, während und danach bestimmen maßgeblich über den Verlauf der Bewältigung (Hantke & Görge, 2023). Die zwei Diagnosen (nach ICD-11) Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) stellen dabei die zwei relevantesten klinischen Störungsbilder dar.

Bei Kindern können die Folgen potenziell traumatischer Ereignisse sehr unspezifisch und individuell variieren. Schmid und Kollegen (2010) verweisen auf die Vielzahl an biopsychosozialen Problemen, die durch ein traumatisches Ereignis auftreten können und die stark vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig sind. Sie sprechen von einer „Breitbandsymptomatik mit vielen komorbiden Störungen“ (Schmid et al., 2010, S. 47). Wie umfassend und schwerwiegend die biopsychosozialen Auswirkungen von solchen potenziell traumatischen Erlebnissen (vor allem komplexer Traumatisierungen) sein können, hat in den USA die ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences Study) deutlich herausgestellt. Je mehr kritische Kindheitserlebnisse wie Vernachlässigung, sexualisierte Gewalt oder physische Gewalt ein Mensch erlebt hat, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für spätere psychische wie körperliche Belastungen wie zum Beispiel Depression, suizidales Verhalten, Drogenkonsum, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes (Felitti et al., 1998; aktuell für Deutschland in ähnlicher Form auch die NAKO-Studie, siehe dazu Klinger-König et al., 2024¹).

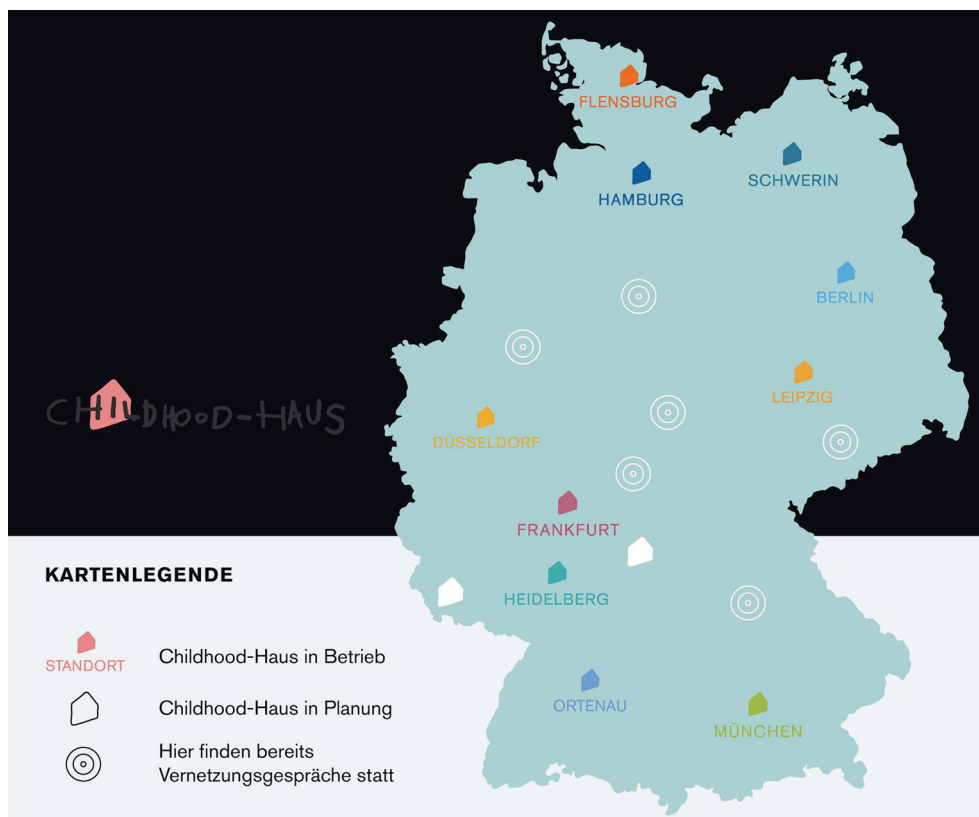
Gewaltbetroffene Kinder und Jugendliche im deutschen System

Statistisch gesehen sind ein bis zwei Kinder einer deutschen Schulklasse von sexualisierter Gewalt betroffen (UBSKM, 2017). Dass diejenigen, die betroffen sind, jedoch mit ihren Erlebnissen Gehör und Unterstützung finden, ist nicht selbstverständlich: Meist gelingt es erst nach vielfältigen Versuchen. Daraufhin beginnt in der Regel ein Behörden-, Ärzt*innen- und Befragungsmarathon mit verschiedenen, teils sehr „versäult denkenden“ Professionen bzw. Behörden mit unterschiedlichen Aufträgen. Komplexe Hilfesysteme, unterschiedliche regionale und föderale Strukturen stellen alle Beteiligten vor erhebliche Herausforderungen bezüglich Vernetzung und Schnittstellenarbeit. Für Betroffene bedeutet das in aller Regel eine Vielzahl verschiedener – teils einschüchternder – Befragungen über die aktuelle Situation bzw. das Geschehene (Haldorsson, o. J.), mit einer großen Gefahr von suggestiv wirkenden Fragen, insbesondere dann, wenn traumauninformiertes und für diese spezifische Situation ungeschultes Personal die Befragungen durchführt. Zudem werden medizinische Untersuchungen, denen sich Betroffene unterziehen müssen, häufig nicht von qualifizierten Kinderschutzmediziner*innen und in der forensischen Spurensicherung geschulten Ärzt*innen geleistet. Entscheiden sich Betroffene bzw. deren Umfeld, Anzeige zu erstatten, und es kommt zu einem Verfahren, zieht sich dieses in der Regel über Monate oder sogar Jahre hin, was Betroffene als sehr belastend empfinden (UBSKM, 2021). Kommt es in all diesen Prozessen zu – meist unbeabsichtigten – Unstimmigkeiten und Informationsverlusten durch Befragungen bzw. durch eine unzureichende oder fehlerhafte Dokumentation, entsteht ein hohes Risiko, dass Kinder und Jugendliche als Zeug*innen angezweifelt werden bzw. die erhobenen Befunde und Beweismittel unzureichend sind. Diese Schwierigkeiten im Klärungsprozess tragen auch maßgeblich zu einem erhöhten Risiko an Reviktimisierung und Retraumatisierung bei und können gezielte Maßnahmen zum Schutz des Kindes auch aus Perspektive des Jugendamtes und Familiengerichts erschweren (ebd.).

Das Childhood-Haus Konzept und seine Qualitätsstandards

Um all das möglichst zu verhindern, setzt die World Childhood Foundation in Deutschland das Konzept Childhood-Haus um und bringt alle involvierten Professionen unter einem Dach zusammen, die die betroffenen Kinder und Jugendlichen brauchen. 1999 von I.M. Königin Silvia von Schweden mit dem Ziel gegründet, die Lebensbedingungen junger Menschen zu verbessern, die Gewalt, insbesondere sexualisierter Gewalt und Vernachlässigung, ausgesetzt sind, fokussiert

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.



Bereits bestehende und geplante Childhood-Häuser in Deutschland

sich die Stiftung in Deutschland seit einigen Jahren auf die Umsetzung von Childhood-Häusern bzw. international auf sog. Child-Advocacy-Center- oder Barnahus-Modelle.² Die inzwischen zehn ambulanten Childhood-Haus-Anlaufstellen in neun Bundesländern bieten einen Rahmen, in dem alle nötigen Kinderschutzmaßnahmen durchgeführt werden und insbesondere kind- und opfergerechte strafrechtliche Maßnahmen erfolgen können, ohne dass die Kinder und Jugendlichen einen Ortswechsel vollziehen müssen. Alle beteiligten Stellen – Polizei, Jugendamt, Medizin, Psychologie und Justiz – kommen zum Childhood-Haus in eine kinderfreundliche Umgebung. Psychosoziale Fachkräfte für das individuelle Casemanagement koordinieren dabei alle Prozesse und können als konstante Ansprechpersonen bei medizinischen und forensischen Untersuchungen, polizeilichen Befragungen, ermittlungsrichterlichen Vernehmung bis hin zu psychologischer und sozialpädagogischer Beratung und Unterstützung sowie notwendigen Abstimmungen mit dem Jugendamt die Prozesse begleiten. Es werden Abläufe mit den Professionen Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendgynäkologie, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychologie sowie -psychiatrie und bei Bedarf weiteren medizinischen Fachrichtungen, mit Jugendämtern, Trägern der Jugendhilfe, Fachberatungsstellen, Polizei, Staatsanwaltschaft, Amtsgericht, Landgericht und ggf. Oberlandesgerichten sowie Opferhilfe stets im Blick behalten.

Das Childhood-Haus-Konzept basiert dabei auf dem sogenannten europäischen „Barnahus-Modell“ mit seinen zehn

Barnahus-Qualitätsstandards. Mit diesen Standards wurde erstmals versucht, die Grundsätze für die Interventionen und Leistungen in Europa zu definieren. Der Name Barnahus („Haus für Kinder“) kommt ursprünglich aus Island, wo 1998 die erste Anlaufstelle gegründet wurde und sich daraufhin – bisher vor allem in den nordischen Ländern – viele weitere Barnahus-Einrichtungen etablierten. Die Childhood-Häuser/Barnahus-Modelle können als „Versuch betrachtet werden, die Rechte von Kindern zu „operationalisieren“, um eine Unterstützung sowie einen angemessenen Schutz zu erhalten und Zugang zu einer kinderfreundlichen Justiz zu haben“. (Haldorsson, 2017, S. 2). Sie sollen zudem als „Leitlinien“ auf einem Weg zur Verbesserung der Rechte minderjähriger Opfer und Zeug*innen von Gewalt und Vernachlässigung gesehen

werden. Inhaltlich basieren sie auf der UN-Kinderrechtskonvention und sind fachlich durch wissenschaftliche und evidenzbasierte Erkenntnisse unterlegt.

Die Standards bestehen aus zugrundeliegenden Prinzipien, spezifischen Aktivitäten und institutionellen Vereinbarungen, die kindzentrierte und effektive, kollaborative Maßnahmen ermöglichen:

Standard 1 umfasst die Kerngrundsätze: Alle folgenden Qualitätsstandards haben Kerngrundsätze gemeinsam, die eine Kontinuität bezüglich der Qualität der Versorgung und Behandlung der Betroffenen garantieren sollen. Im Zentrum aller Handlungen und Prozesse, die im Childhood-Haus stattfinden, steht zu jeder Zeit das Wohl des betroffenen und zu betreuenden Kindes. Kinder und Jugendliche haben jederzeit das Recht, Informationen in altersgerechter Form zu erhalten

² Die World Childhood Foundation wurde 1999 von Ihrer Majestät, Königin Silvia von Schweden, mit dem Ziel gegründet, das Recht der Kinder auf eine sichere und liebevolle Kindheit zu schützen und die Lebensbedingungen derjenigen Kinder zu verbessern, die sexuellem Missbrauch und Gewalt ausgesetzt sind. Die vier Schwesterstiftungen der World Childhood Foundation in Deutschland, Schweden, den USA und Brasilien arbeiten derzeit mit über 60 Partnerorganisationen in 14 Ländern zusammen. Die gemeinsame Vision ist es, dass alle Kinder eine sichere und beschützte Kindheit erleben dürfen. Die World Childhood Foundation Deutschland fördert innovative und nachhaltige Projekte, die sich in der Prävention und Intervention von Kindesmissbrauch und sexualisierter Gewalt an Kindern stark machen. Die Stiftung möchte Kindern ihr Recht auf eine geschützte Kindheit wahren und somit durch präventive Maßnahmen Missbrauch, Ausbeutung und Vernachlässigung verringern. Die gemeinnützige Arbeit der Stiftung, die in diesem Jahr ihr 25. Jubiläum feiert, wird allein durch Spenden finanziert. Weitere Informationen unter: www.childhood-de.org

und ihre Ansichten und Bedürfnisse mitzuteilen. Unangemessene Verzögerungen sollen stets vermieden werden, Kinder und Jugendliche sollen in den verschiedenen Prozessen effizient und effektiv unterstützt und befähigt werden. Grundlegerend für all das ist ein traumainformiertes Gesamtverständnis.

Die **Standards 2 und 3** fokussieren auf die Zusammenarbeit im Childhood-Haus. Diese ist multidisziplinär und ressortübergreifend mit klar definierten Rollen, um eine strukturierte und transparente Zusammenarbeit zu garantieren. Die Zielgruppe ist dabei inkludierend, breit gefasst und in Kooperationsvereinbarungen klar definiert.

Standard 4 definiert eine kinderfreundliche Umgebung, die entsprechend gestaltete Innenbereiche, einen Befragungsräum mit Video- und Tonaufzeichnung sowie weitere räumliche Möglichkeiten beinhaltet, die einen Rückzugsort für das Kind sowie die Kontaktverhinderung zwischen Betroffenen und Angeschuldigten gewährleisten.

Im **Standard 5** geht es um das Casemanagement, das die Koordination ressortübergreifenden Arbeitens beinhaltet sowie die Berücksichtigung der Perspektive des Kindes, die Einhaltung formaler Verfahren und Routinen, die Fallplanung und -besprechung sowie die Lotsenfunktion für das Kind und seine Angehörigen.

Der **Standard 6** fokussiert auf das altersgerechte forensische Interview. Dieses wird durch geschultes Fachpersonal der Polizei oder Justiz im Childhood-Haus evidenzbasiert durchgeführt und audiovisuell aufgezeichnet. Eine rechtssichere Durchführung insbesondere im Hinblick auf eine faire Verhandlung und die Wahrung der Verfahrensrechte aller Beteiligten werden sichergestellt.

Die medizinische Betreuung – **Standard 7** – ist kinderschutzmedizinisch und forensisch durch qualifizierte medizinische Fachkräfte in die Abläufe und als Teil der Fallbesprechung und Planung integriert. Die therapeutischen Leistungen – **Standard 8** – beinhalten die Beurteilung, Beratung und gegebenenfalls die Einleitung der Behandlung des Kindes durch geschultes Fachpersonal, bei Bedarf Krisenintervention, und sind als Teil der Fallbesprechung und Planung zu berücksichtigen. Das Recht des Kindes auf Information und Partizipation wird dabei stets gewahrt.

Durch die **Standards 9 und 10**, in denen der Aufbau von Kapazitäten der Fachkräfte und die Verbreitung von Wissen und Kompetenzen beschrieben werden, wird das Fundament des Konzeptes weiter gestärkt. Die Mitglieder des Childhood-Haus-Teams und die involvierten Partner*innen der verschiedenen Berufsfelder erhalten regelmäßige Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Supervision. Schulungen werden sowohl für Spezialgebiete der einzelnen Professionen als auch zu bereichsübergreifenden, transprofessionellen Aspekten angeboten.

Das primäre Ziel der Stiftung ist, in jedem Bundesland mindestens ein Pilotprojekt zu implementieren, wodurch dann Multiplikations- und Skalierungseffekte angestoßen werden. Föderalistische Strukturen und regionale Besonderheiten führen dazu, dass die Umsetzung des Konzepts trotz gleicher Grundstandards heterogen ist. Trägerschaften, inhaltliche Schwerpunkte, Teamzusammensetzungen, Zugangswege und Niedrigschwelligkeit, (Langzeit)Finanzierungsmodelle, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen sowie mit den weiteren Netzwerkpartner*innen sind stets standortspezifisch adaptiert. Trägerstrukturen wurden in Deutschland bisher in den Sektoren Gesundheit und Jugendhilfe an (Universitäts-)Kliniken und kommunalen/freien Jugendhilfeträgern etabliert. Ein Childhood-Haus kann demnach im Angebotsspektrum und der strukturellen Integration variieren, insb. hinsichtlich der (Kinderschutz-)medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Leistungen sowie hinsichtlich der Größe und weiterer assoziierter Netzwerkangebote des regionalen Einzugsgebiets. Auch räumlich sind die „Childhood-Haus-Einheiten“ mit Wartebereich, Gesprächs-/Beratungsräumen, medizinischem Untersuchungsraum und Räumen für eine audiovisuelle Vernehmung stets unterschiedlich als in sich geschlossene Einheiten in den Gebäuden bzw. als eigenständiges Haus aufgebaut.



Kinderfreundliche Atmosphäre im Befragungsräum mit Video- und Tonaufzeichnungsmöglichkeit (Foto: Michael Bader, Childhood)

Was jedoch allen Childhood-Häusern ungeachtet ihrer Unterschiedlichkeit gemein ist: Jede Handlung, die in den Einrichtungen erfolgt, stellt die Perspektive und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in den Mittelpunkt. Das langfristige Ziel, einen professionellen, traumainformierten interdisziplinären Umgang mit Blick auf die Gesamtsituation der Minderjährigen zu gewähren, wird von allen beteiligten als Kernkooperationspartner*innen vorgegebenen Disziplinen fokussiert. Childhood-Häuser stellen damit einen konkreten Lösungsansatz für allgegenwärtige Herausforderungen und Belastungen in der Klärung/Versorgung und rechtlichen Bearbeitung von Kinderschutzfällen bzw. bei Gewalterfahrungen von Kindern dar.

In der praktischen Umsetzung bewegt sich das Modell stets in den Grenzen der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen

aller beteiligten Systeme in Deutschland und kann inhärente Reibungspunkte der Rechtsnormen, der zugrundeliegenden Systemlogiken und -werte nicht vollends auflösen. So werden auch in der Alltagspraxis beispielsweise Fragestellungen aufgeworfen, wie mit traumatherapeutischen Maßnahmen rund um ein laufendes Strafverfahren umgegangen werden sollte und welchen zeitlichen bzw. inhaltlichen Einbezug rechtspsychologische Leistungen in den Abläufen haben sollten.

Ein Fallbeispiel

Zum besseren Verständnis folgend ein fiktives Fallbeispiel wie es sich in einem Childhood-Haus abspielen könnte:

Ben ist ein tendenziell schüchterner und zurückgezogener zehn Jahre alter Junge, der in der Schule über einen längeren Zeitraum Verhaltensänderungen gezeigt hat. Bei einem Workshop in der Schule wird das Thema häusliche und sexualisierte Gewalt thematisiert, woraufhin er den Kontakt zu einer Schulsozialarbeiterin aufnimmt und über sexualisierte Gewalt durch den neuen Lebensgefährten seiner Mutter berichtet. Die Schulsozialarbeiterin spricht sich intern mit Kolleg*innen ab und folgt einem Handlungsleitfaden für den Umgang bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung/(sexualisierte) Gewalt. Da umgehender Handlungsbedarf besteht, wird eine Beratung durch eine Insofern erfahrene Fachkraft in Anspruch genommen und nach Kontaktaufnahme zu Bens leiblichem Vater, zu dem Ben nach der Schule gehen sollte, mit dessen Information und Einverständnis das zuständige Jugendamt informiert. Da Ben erzählt, dass er an verschiedenen Körperstellen Schmerzen empfindet, nachdem „es“ in der letzten Nacht besonders schlimm war, erfolgt nach Rücksprache mit dem Jugendamt die Kontaktaufnahme zum Childhood-Haus. Die dortige koordinierende Fachkraft organisiert noch für denselben Tag einen Vorstellungstermin unter Einbezug von Kinderschutzmedizin und Rechtsmedizin. Der zuständige Mitarbeiter des sozialen Dienstes kündigt an, ebenfalls zum Childhood-Haus zu kommen, um dort ein erstes Gespräch mit dem Vater zu führen.

Es wird von der koordinierenden Fachkraft geklärt, welche Behörden/ Institutionen bereits involviert sind, wie diese in die weiteren Maßnahmen einbezogen werden müssen und können (insb. auch hinsichtlich des Informationsaustauschs untereinander) und sie bespricht mit Jugendamt und Bens Vater, wie die Mutter als ebenfalls Sorgeberechtigter mit einbezogen werden muss.

Bei Eintreffen im Childhood-Haus empfängt die koordinierende Fachkraft Ben und seinen Vater in Ruhe und erklärt developmentgerecht, welche Angebote und Maßnahmen im Childhood-Haus möglich sind und welche nächsten Schritte und zu beteiligenden Personen notwendig sind. Die psychosoziale Fachkraft bespricht mit Ben und dem Vater, dass eine Untersuchung durch Ärzt*innen erfolgen sollte, um zu schauen, wie es Ben aus medizinischer Sicht geht, gerade weil an seinem Körper eventuell Spuren sein könnten, die festgehalten werden sollten. Wichtig ist, dass Ben jederzeit sagen bzw. zeigen kann, was er nicht will, und zu allem Fragen stellen kann. Im Zuge dieser Unterhaltung wird auch exploriert, ob Ben und/oder sein Vater direkten Bedarf für ein psychologisches Beratungsgespräch haben bzw. wie die Belastungssituation adressiert werden kann. Die kinderschutzmedizinischen Untersuchungen werden gemeinsam von einem Pädiater und einer Rechtsmedizinerin altersgerecht und in ruhiger Atmosphäre durchgeführt.

Das erste Kennenlerngespräch mit der Psychologin zielt darauf ab, Ben und seine Lebenswelt besser kennenzulernen und Belastungen und Ressourcen zu screenen. Die konkreten Erlebnisse, die zu der Vorstellung im Childhood-Haus geführt haben, sind dabei jedoch nicht Fokus des Gesprächs. Alle spontanen Äußerungen von Ben, die sich auf die vermuteten Übergriffe beziehen, werden von allen Beteiligten Berufsgruppen im Childhood-Haus möglichst wortlautgetreu dokumentiert.

Die rechtsmedizinischen Untersuchungsergebnisse zeigen indessen keine eindeutigen bzw. beweiskräftigen Befunde (wie es bei sexualisierten Gewaltformen häufig der Fall ist), die Untersuchungsproben von Körperabstrichen werden asserviert. Der allgemeine Gesundheitszustand von Ben ist weitestgehend altersentsprechend. Bezüglich der anamnestisch geschilderten zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten wird im weiteren Verlauf diskutiert, ob ggf. eine weiterführende Entwicklungsdiagnostik indiziert ist bzw. hilfreich sein könnte. Da ohnehin noch eine Folgeuntersuchung bezüglich möglicher sexuell übertragbarer Erkrankungen vereinbart werden muss, wird dieses Thema zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen.

Hinsichtlich des weiteren Vorgehens fragt der Vater, was es eigentlich bedeuten würde, wenn eine Anzeige erstattet würde. Auch Ben zeigt sich verunsichert, was nun weiter passieren wird.

Der Kollege des Sozialen Dienstes des Jugendamtes hat bereits mit dem Vater erläutert, welche Aufgaben das Jugendamt hat, welche Schritte bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung erforderlich sind und wie diese mit dem Familiengericht zusammenhängen.

Bezüglich einer möglichen Anzeigeerstattung schildert die koordinierende Fachkraft des Childhood-Hauses auch im Beisein des Jugendamtsvertreters, wie Kontaktaufnahmen mit der Polizei erfolgen können, wie Vernehmungen von der Polizei in den Räumen des Childhood-Hauses durchgeführt werden können, welche Unterstützungsmöglichkeiten es z. B. auch durch Psychosoziale Prozessbegleitung gibt und was ein Ergänzungspfleger ist. In dem Gespräch werden auch die Bedenken des Vaters aufgegriffen, welche Belastungen mit einem Strafverfahren einhergehen können.

Der Vater wird darüber aufgeklärt, dass es in Deutschland keine polizeiliche Anzeigepflicht für Fachkräfte gibt, auch nicht für das Jugendamt. Es wird zudem erläutert, dass für Ermittlungsbehörden wichtig ist, dass sie möglichst zeitnah ermitteln können, da möglicherweise Beweismittel ansonsten nicht mehr zugänglich sind. Als Ben sich aufnahmefähig zeigt, wird auch mit ihm besprochen, was Polizei und Gericht eigentlich tun und was eine Vernehmung ist, falls diese durchgeführt wird. Dazu wird ihm auch der audiovisuelle Vernehmungsraum im Childhood-Haus nochmals gezeigt, in dem alles stattfinden würde.

Am ersten Vorstellungstag im Childhood-Haus steht natürlich die Frage im Vordergrund, wie sichergestellt werden kann, dass Ben innerhalb der nächsten Stunden bzw. Tage keiner erneuten Gefährdung ausgesetzt wird, bis weitere Klärungsschritte erfolgt sind. Die informierte Abwägung und Entscheidung, ob eine Anzeige erstattet werden soll, lässt sich oftmals nicht im Zuge des ersten Vorstellungskontaktes klären und bedarf meist weiterer Gespräche. Bevor alle das Childhood-Haus an diesem ersten Tag wieder verlassen, wird besprochen, wie der weitere Austausch geregelt ist und welche nächsten Schritte bereits feststehen.

Die koordinierende Fachkraft bleibt in den kommenden Tagen mit der Familie in engem Austausch und weist darauf hin, dass auch die Eltern mit der Psychologin sprechen können, um sich in der Akutsituation beraten zu lassen und um über die grundsätzliche Möglichkeit ergänzender Beratungs- und ggf. Therapieangebote informiert zu werden.

Nach einer kurzen Weile wird – insbesondere auch, weil Ben dies möchte – eine Anzeige bei der Polizei durch den Vater erstattet und von der Polizei ein Termin zur polizeilichen audiovisuellen Vernehmung im Childhood-Haus vereinbart. Bei diesem Termin ist Ben kaum wiederzuerkennen. Er scheint kaum geschlafen oder gegessen zu haben und wirkt völlig aufgelöst. Es findet ein stabilisierendes Gespräch mit der ihm bereits bekannten Psychologin statt. Anschließend lernt Ben den vernehmenden Polizisten kennen. Dieser ist in Kindervernehmungen geschult und geht in der Befragung sehr geduldig vor, sodass es Ben gelingt, seine Aussage zu machen, auch wenn er insgesamt sehr belastet wirkt. Die Polizei erklärt zum Ende hin, dass noch weitere Ermittlungen erfolgen müssen und die Staatsanwaltschaft für das Ermittlungsverfahren verantwortlich ist.

Ben kommt daraufhin zu weiteren stabilisierenden Gesprächen ins Childhood-Haus. Aufgrund seiner ausgeprägten Belastungszeichen wird ihm eine längerfristige ambulante traumatherapeutische Anbindung empfohlen. In der Region gibt es bisher zwar noch keine Kinder- und Jugendtraumaambulanz, jedoch sehr erfahrene ambulant tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.

Seitens der Staatsanwaltschaft wird die Durchführung einer ermittelungsrichterlichen Videovernehmung von Ben nach § 58a StPO beantragt. Diese erfolgt ca. drei Monate, nachdem er sich das erste Mal im Childhood-Haus vorgestellt hat. Die Staatsanwaltschaft veranlasst, dass bereits eine rechtspsychologische Sachverständige im Übertragungsraum im Childhood-Haus anwesend ist und aussagepsychologisch relevante Fragen in die Vernehmung mit einbringen kann. Durch den räumlichen Aufbau des Childhood-Hauses wird sichergestellt, dass alle an dieser Stelle relevanten Verfahrensbeteiligten durch die audiovisuelle Vernehmung ihre Rechte zur Verfahrensbeteiligung wahrnehmen können, so auch der Angeschuldigte sowie dessen Verteidigung und die Nebenklagevertretung.

Bens Familie hat ihren Anspruch auf Psychosoziale Prozessbegleitung wahrgenommen und Ben fühlt sich soweit wohl in der mittlerweile bekannten Umgebung des Childhood-Hauses. Er weiß genau, was auf ihn zukommt. Er ist sogar damit einverstanden, das Vernehmungsgespräch alleine mit dem Ermittlungsrichter im Vernehmungsraum zu führen. Den Raum kennt er bereits von der polizeilichen Befragung. Ben weiß, dass auch andere Menschen die Übertragung sehen können (auch der Lebensgefährte seiner Mutter), während er dort mit dem Richter spricht, und dass alles, was er sagt, aufgenommen wird. Er weiß, dass dadurch ermöglicht werden kann, dass er später, wenn es eventuell noch eine Hauptverhandlung im Gericht geben wird, nicht ins Gericht gehen muss, um alles erneut zu erzählen. Ben erzählt der Psychologin im Nachhinein, wie stolz er ist, dass er mit dem Richter gesprochen hat, und wie erleichtert er ist, dass er all das, was er erlebt hat, in Ruhe erzählen konnte.

Eine weitere Anbindung von Ben an einen Kinder- und Jugendtraumatherapeuten wird anschließend durch das Childhood-Haus angebahnt, denn es gibt weiterhin noch viele „Baustellen“ und offene Fragen. Zu-

dem wird ein familiengerichtliches Verfahren angestoßen. Ben weiß, dass er sich jederzeit im Childhood-Haus melden kann, falls er Fragen hat. Für seinen Alltag sind jedoch die wesentlichen Sachen geklärt, die weiteren Anbindungen erfolgt, sodass Ben beim Abschied nur sagt, dass er vielleicht nochmal auf eine Runde Uno vorbeikommen möchte.

Auch wenn dieser fiktive Fall exakt so in einem der Childhood-Häuser hätte ablaufen können, werden mit solchen Beispielen nie die Komplexität sowie das immense Spektrum an Flexibilität abgebildet, das in der realen Umsetzung von Kinderschutzfällen in den Childhood-Häusern stets nötig ist. Ein sich – ggf. auch im Fallverlauf dynamisch – veränderndes Detail kann zur Auftrags- bzw. Schwerpunktverlagerung im Fallverlauf führen (wenn z. B. keine Anzeige gestellt worden wäre oder erst zu einem anderen Zeitpunkt; wenn das Sorgerecht anders geregelt gewesen wäre etc.). Genau diese Flexibilität und Agilität der ständigen Anpassung an den individuellen Fall sind die Besonderheit in den Childhood-Häusern. Unabhängig davon, ob letztlich nur ein Ausschnitt oder aber das gesamte, hochkomplexe interdisziplinäre Angebot gebraucht wird oder nicht – zentral ist, dass Letzteres immer möglich ist und zeitnah umgesetzt werden könnte. Die Fälle sind alle unterschiedlich, das Spektrum an Unterstützung und Klärungsbedarf riesig, das Ziel jedoch ist stets dasselbe: Kindern und Jugendlichen soll es nach einem Verfahren besser gehen als vorher, Retraumatisierung und Reviktimisierung sollen dabei verhindert und Resilienz gestärkt werden.

Das Childhood-Haus-Konzept im Spannungsfeld diverser Interaktionsfelder der Psychologie

Wie im Fallbeispiel deutlich wurde, werden in Childhood-Haus-Fällen je nach Bedarf (auch) Vertreter*innen der klinischen Psychologie und Psychotherapie, der Entwicklungspsychologie sowie der Rechtspsychologie einbezogen. Zudem wird bei Bedarf zu den Angeboten der Psychosozialen Prozessbegleitung oder der Traumaambulanzen vermittelt bzw. können diese je nach Verfügbarkeit am Standort mit einbezogen werden. In der Praxis zeigen sich – bei den anderen involvierten Berufsgruppen der Medizin, Jugendhilfe, Polizei und Justiz sowie nicht zuletzt auch bei den Betroffenen selbst – nicht selten Unklarheiten oder Unverständnis für die unterschiedlichen Teilbereiche und Aufgaben der Psychologie.

Dabei unterscheiden sich die Aufträge und Haltungen der verschiedenen Fachkräfte innerhalb der Disziplin sehr. Psychotherapeut*innen stehen ihren Patient*innen offen und unterstützend zur Seite und versuchen, im Aufarbeitungsprozess die individuellen Ressourcen zu aktivieren, zu stabilisieren, das Geschehene einzusortieren und einen individuellen Umgang zu ermöglichen. Psychiater*innen haben einen ähnlichen Auftrag, fokussieren dabei zusätzlich noch auf medizinische bzw. medikamentöse Aspekte. In der Regel wird beides nicht direkt im Childhood-Haus angeboten, die psychologische Fachkraft bzw. die kinderschutzmedizinisch,

somatisch orientierten Ärzt*innen verweisen die Kinder und Jugendlichen nach einer ersten Diagnostik gegebenenfalls an die passenden Stellen und unterstützen die Überleitung. Aussagepsychologische Angebote hingegen, die Teil der Rechtspsychologie sind, dienen primär der Objektivierung der mitgeteilten Informationen im Sinne einer separaten Sachverständigenkompetenz. Auftrags- und Rollenklarheit aller Beteiligten bzw. gegenüber allen Akteur*innen und zu jedem Zeitpunkt der sich teils sehr dynamisch entwickelnden Fallgeschichten, ist daher von aller höchster Bedeutung.

Aktuell wird diskutiert, ob bzw. wie eine frühe aussagepsychologische „Diagnostik“ im Sinne einer forensischen Exploration im Rahmen der Klärungsprozesse ggf. bereits vor zivil- oder strafrechtlichen Verfahren in einem Childhood-Haus möglich und sinnvoll ist und wie diese in spätere juristische Verfahren einfließen könnte. Diese Frage ergibt sich insbesondere daher, dass die meisten (Verdachts-)Fälle zeitlich vor einem strafrechtlichen oder familienrechtlichen Verfahren vorgestellt werden, zumeist im Kontext einer Kindeswohlgefährdungsvermutung oder davon unabhängigen Gewalttaten. Oftmals ist dabei zu Beginn unklar, ob überhaupt oder wann eine strafrechtliche Aufarbeitung, also eine Anzeigeerstattung, erfolgen wird. In Deutschland gibt es im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern keine (polizeiliche) Anzeigepflicht für Fachkräfte, was – anders als in Barnahus-Modellen anderer Länder – das Angebot und die Prozesse in den Childhood-Häusern beeinflusst.

Interessant für die weitere Entwicklung und Verknüpfung der Angebote von Childhood-Häusern wird auch die Auslegung des neuen Sozialen Entschädigungsrechts SGB XIV, insbesondere, da eine flächendeckende Versorgung mit Kinder- und Jugendtraumaambulanzen noch in weiter Ferne liegt. Im SGB XIV, das in diesem Jahr nun vollumfänglich in Kraft getreten ist, ist explizit für Betroffene von Gewalt eine rasche therapeutische Anbindung in Traumaambulanzen gesetzlich geregelt (SGB XIV). „Bei der psychotherapeutischen Frühintervention (§ 32 SGB XIV) handelt es sich um eine Akutversorgung in der Traumaambulanz in den ersten zwölf Monaten nach der Tat bzw. nach Kenntnis der Tat. Diese Art der Sofortintervention kann für Betroffene nach traumatischen Ereignissen zur Vermeidung oder Abmilderung von Langzeitfolgen sinnvoll sein (Bräu et al., 2024, S. 25).

Das Dilemma der Therapie im Strafverfahren – wie kommen die Disziplinen zusammen?

An dieser Stelle nähern wir uns der Fragestellung der Therapieaufnahme bzw. des Umgangs mit laufenden/stattdaher

geführten Therapien in Strafverfahren aus dem Fallbeispiel, denn in der Diskussion um Wahrheitsfindung und Glaubhaftigkeit von Opferzeug*innen in strafrechtlichen Verfahren hält sich weiterhin hartnäckig die Behauptung, keine Psychotherapie in Anspruch nehmen zu dürfen, solange das Strafverfahren noch läuft, um die Aussage der Kinder und Jugendlichen nicht zu verfälschen (Schemmel & Volbert, 2021; Fegert et al., 2024). An der Schnittstelle zur Justiz und Rechtspsychologie kann sich hieraus – wie im Fallbeispiel angedeutet – im Childhood-Haus-Alltag ein regelrechtes Dilemma ergeben. Kinder und Jugendliche, die sich in einem Strafverfahren befinden, sind sowohl durch das Erlebte und ihre aktuelle Lebenssituation als auch durch den (rechtlichen) Klärungsprozess oftmals hoch belastet. Statt ihrem Bedürfnis nachzukommen, professionell therapeutisch begleitet zu werden, begegnet ihnen hier jedoch die Befürchtung, dass insbesondere eine traumazentrierte therapeutische Aufarbeitung die Erinnerung verändern könne und damit die Gefahr bestehe, die Glaubhaftigkeit von Aussagen zu beeinträchtigen. Es gehe vor allem darum „dass sich durch eine Behandlung die eine Aussage

— Anders lautende Empfehlungen, mit dem Therapiebeginn bis zum Abschluss des Strafverfahrens zuzuwarten, wären geeignet, die Gesundheit der Verletzten zu gefährden, und finden eine Stütze weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung. —

begleitenden Emotionen abschwächen und die Glaubhaftigkeit dadurch beeinträchtigt werde, dass die Traumatisierung nicht mehr spürbar sei“ (Schemmel & Volbert, 2021, S. 15). Die Konsequenz daraus ist, dass (Trauma)Therapeut*innen nur selten Kinder und Jugendliche aufnehmen, wenn das juristische Verfahren noch nicht abgeschlossen ist (Stang & Sachsse, 2014). Die Chance minimiert sich noch einmal, wenn es explizit um eine traumazentrierte und nicht nur stabilisierende Begleitung geht (ebd.) Bublitz (2019) spricht hierbei von einem traumatherapeutischen Dilemma. Wenn Kindern und Jugendlichen gerade dann von psychotherapeutischen Interventionen abgeraten wird, wenn sie es am meisten benötigen, stellt das alle involvierten Disziplinen vor eine immense Herausforderung.

Es gibt keine Vorschrift, die besagt, dass Personen in einem laufenden Strafverfahren nicht psychotherapeutisch angebunden sein dürfen. Laut Schemmel und Volbert (2021) haben Vertreter*innen von Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden bisher auch keine offizielle Stellungnahme dazu abzugeben. Im BGH-Beschluss vom 25. November 1998 (Az. 2StR 496/98 NStZ – RR 1999, 108) ist interessanterweise sogar eindeutig festgehalten: „Auch darf und muss, soweit medizinisch-psychologisch indiziert, ohne Rücksicht auf die in einem Strafverfahren anstehenden Vernehmungen mit einer Therapie begonnen oder eine bereits begonnene Therapie weiter durchgeführt werden. Anders lautende Empfehlungen, mit

dem Therapiebeginn bis zum Abschluss des Strafverfahrens zuzuwarten, wären geeignet, die Gesundheit der Verletzten zu gefährden, und finden eine Stütze weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung. Insbesondere ist der Beweiswert von Zeugenaussagen, die erst nach oder während einer Therapie erfolgen, nicht generell geringer. Es ist lediglich erforderlich, dass das Tatgericht die Tatsache der Therapie in seinem Urteil erwähnt und sich bei der Beweismwürdigung auch mit dieser Tatsache auseinandersetzt“. Zudem ist bisher empirisch weder belegt noch widerlegt, ob und wenn ja, inwiefern traumafokussierte Interventionen Gedächtnisinhalte verändern (Fegert et al., 2024).³ Fakt jedoch ist, dass in manchen Beweisaufnahmen einer laufenden oder abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung eine starke Gewichtung gegeben wird, da schnell die Frage im Raum steht, ob die*der Betroffene eventuell verzerrte Erinnerungen an das Geschehene haben könnte und damit die Glaubhaftigkeit ihrer*seiner Aussage in Gefahr gerät (Schemmel & Volbert, 2021). Die grundsätzliche Debatte um falsche Erinnerungen in Psychotherapien entflammt immer wieder zwischen den Disziplinen, erst kürzlich in der Diskussion zur organisierten und rituellen Gewalt (s. dazu Stellungnahme GPTD, 2023; Positionspapier DGfPI & Fachverband Traumapädagogik, 2023; Aé, 2023; Berbner, 2023).

Die aktuelle Expertise zur Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung von Fegert und Kolleg*innen (2024) setzt sich in einer kritischen Betrachtung mit der bestehenden Rechtspraxis und dem Stellenwert der „Nullhypothese“ in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung auseinander. Zusammenfassend wird konstatiert, dass eine falschverstandene Wissenschaftlichkeit und Sicherheit, die mit der „Nullhypotheseprüfung“ im Praxisalltag einhergeht, gravierende Folgen für die richterliche Würdigung dieser rechtspsychologischen Methodik und die resultierende Rechtsprechung in allen betroffenen Rechtsbereichen habe. Es wird deutlich, dass die Mängel der Methode weder ausreichend bekannt sind noch entsprechend diskutiert und kritisch reflektiert werden. Zu betonen ist, dass wissenschaftliche rechtspsychologische, kognitions- und entwicklungspsychologische Aspekte und traumapsychologische Erkenntnisse in der gelebten Verfahrenspraxis und Rechtsprechung keine ausreichende Berücksichtigung finden und insbesondere die Vulnerabilität und Benachteiligung von minderjährigen Opferzeug*innen und Betroffenen sexualisierter Gewalt dadurch systematisch verstärkt werden.

Die Expertise geht zudem explizit auf das Spannungsverhältnis von Psychotherapie und Glaubhaftigkeit vor dem Hintergrund empirisch gestützter traumafokussierter Psychotherapieverfahren ein und argumentiert unter anderem, dass aus psychotraumatologischer Perspektive vielmehr diskutiert werden sollte, inwiefern eine evidenzbasierte Traumatherapie nicht eher Betroffene befähigt, trotz „bestehender emotionaler Überflutung bei Abruf und starker Vermeidung einen Freitext zu generieren bzw. eine in Bezug auf die Realkennzeichen ausreichende Qualität der Aussage zu errei-

chen“ (Fegert et al., 2024, S. 58). Die Expertise positioniert sich aufgrund vorhandener Ansprüche Betroffener auf eine adäquate Krankenbehandlung eindeutig gegen das Abwarten einer traumafokussierten Psychotherapie im Strafverfahren, um die Aussagefähigkeit zu steigern. Es wird insgesamt eine verstärkte Zusammenarbeit von Forschung und Praxis in den Bereichen Psychotherapie und Aussagepsychologie als zwingend erforderlich betrachtet, „um das unbeeinflusste Aussageverhalten nicht über das gesundheitliche Wohlergehen der Betroffenen zu stellen“ (ebd., S. 3).

Das Konzept der Childhood-Häuser kann im Rahmen dieser Kontroverse dazu beitragen, in der Praxis einen engen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen sowie Klarheit und Handlungssicherheit zu schaffen. Durch professionalisierten Umgang, Transparenz für alle Beteiligten und gut koordiniertes intersektorales Vorgehen kann das Konzept als Gute-Praxis-Beispiel dienen. Empirische Berichte aus den Childhood-Häusern zeigen bereits jetzt sowohl, dass das Konzept im Ganzen und insbesondere eine gute psychosoziale Beratung, Begleitung und Überleitung der Kinder und Jugendlichen die Belastungen der Klärungsprozesse und strafrechtlichen Aufarbeitung reduzieren können, als auch, dass zudem ein positiver Effekt auf die Aussagequalität und Verfahrensführung beobachtet werden kann. Aktuell laufen in Deutschland verschiedene (noch nicht veröffentlichte) Maßnahmen zur weiteren wissenschaftlichen Evaluation des Childhood-Haus-Konzeptes, um den theoretisch naheliegenden und empirisch berichteten Nutzen und die Wirksamkeit in den deutschen Strukturen besser zu erfassen.

Fazit und Ausblick

Interdisziplinarität muss für eine gelingende Konzeptumsetzung also an allen Stellen in seiner Komplexität verstanden und gelebt werden. Klare Rollen, Aufträge und Verantwortungsbereiche, gute Koordinationsmechanismen sowie regelmäßiger Austausch unter allen involvierten Akteur*innen sind Voraussetzung, um teilweise sehr unterschiedlichen Professionen eine gemeinsame Arbeitsgrundlage basierend auf dem Konzept der Childhood-Häuser zu ermöglichen. Kindeswohl und Kinderschutz als eine gemeinsame Verantwortung zu verstehen, ohne dabei den eigenen professionellen Auftrag und damit verbundene Handlungsmöglichkeiten und -grenzen aus dem Blick zu verlieren, ist oberstes Ziel. Unstimmigkeiten, Unklarheiten, Überschneidungen und teilweise hartnäckige Vorurteile oder gar gravierende Widersprüche in den Systemlogiken bzw. Zielkonflikte zu adressieren und Lösungen auszuarbeiten, ist eine stetige Herausforderung in der Implementierung des Childhood-Haus-Konzeptes. Es bedarf dabei stets intensiver und kontinuierlicher Reflexionsprozesse aller Beteiligten, die – wie soeben aufgezeigt – nicht immer einfach sind. Die Entwicklung von einer Multidisziplinarität hin zu

³ Für eine bessere Einordnung möchten wir hier auch auf das Positionspapier zur psychotherapeutischen Behandlung der Folgen sexuellen Missbrauchs der Fachgesellschaft DGPM und weiterer verweisen (2023).

einer neuen Transdisziplinarität bietet dabei sowohl Chancen als auch viele Herausforderung. Das Childhood-Haus-Konzept kann dabei als Lernort für alle Disziplinen dienen und mit der Zeit tieferes und umfassenderes Verständnis für die Situation und Perspektive der Kinder und Jugendlichen ermöglichen. Im Sinne der Operationalisierung der Kinderrechte können das Childhood-Haus-Konzept sowie die ihm zugrundeliegenden Barnahus-Standards als zentrale Bausteine für einen Systemwandel betrachtet werden.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bräu, M., Drohsel, F., Härtel, S., Igney, C. & Schwedes, K. (2024). SGB XIV: Das neue Soziale Entschädigungsrecht. Eine Praxishandreichung zur Unterstützung Betroffener von sexualisierter Gewalt, häuslicher Gewalt und Menschenhandel. Herausgegeben von bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe Frauen gegen Gewalt e.V., BKSF – Bundeskoordinierung Spezialisierter Fachberatung gegen sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend und KOK – Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V. Verfügbar unter: <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/broschueren-und-buecher/ser.html> [18.07.2024].

Bublitz, C. (2019). Gesundheit oder Glaubhaftigkeit? Auswege aus dem traumaspezifischen Dilemma. *Ethik in der Medizin*, 8 (4), 429–438.

Fegert, J. M., Gerke, J., Kliemann, A., Pusch, M., Rixen, S. & Sachser, C. (2024). Die Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung im deutschen Sprachraum – Ein interdisziplinäres Plädoyer für eine kritische Bestandsaufnahme zur Anwendung der sogenannten „Nullhypothese“ in unterschiedlichen Verfahrenskontexten. Verfügbar unter: <https://beauftragte-missbrauch.de/mediathek/publikationen/expertisen-und-studien> [18.07.2024].

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245–258.

Haldorsson, O. L. (o. J.). Barnahus Qualitätsstandards. Leitfaden für den interdisziplinären und ressortübergreifenden Umgang mit minderjährigen Opfern und Zeugen von Gewalt – Zusammenfassung. Promise. Verfügbar unter: https://www.barnahus.eu/en/wp-content/uploads/2020/02/DE_Standards_Summary_FINAL.pdf. [12.03.2024]

Klinger-König, J., Berger, K. & Grabe, H. J. (2024). Kindheitstraumata und somatische sowie psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter. *Ergebnisse der NAKO Gesundheitsstudie. Deutsches Ärzteblatt*, 121 (1), 1–8.

Landolt, M. (2021). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen* (3., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Positionspapier zur psychotherapeutischen Behandlung der Folgen sexuellen Missbrauchs (DGPM und weitere Fachgesellschaften) (2023). Verfügbar unter: www.gptg.eu/Positionspapier_Psychotherapeutenverb%C3%A4nde_BVVP_23.07.2023.pdf [12.03.2024].

Schemmel, J. & Volbert, R. (2021) Therapie oder Glaubhaftigkeit? – Psychotherapeutische Behandlung bei laufenden Strafverfahren. *Report Psychologie*, 46 (10), 14–24.

Stang, K. & Sachsse, U. (2014). *Trauma und Justiz* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). (2017). *Fakten und Zahlen zu sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen*. Verfügbar unter: https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/2017/10_Oktober/05/6_Fact_Sheet_Zahlen_Ausmass_sex_Gewalt.pdf [12.03.2024].



Marilena de Andrade

marilena.deandrade@childhood-de.org

Marilena de Andrade ist Projektmanagerin bei der World Childhood Foundation Deutschland. Sie ist Sozialarbeiterin (M.A.) und war vor der Stiftungstätigkeit in Forschung und Lehre vor allem für den Bereich Psychosoziale Intervention an der Alice-Salomon-Hochschule tätig.



Dr. Astrid Helling-Bakki

astrid.helling-bakki@childhood-de.org

Dr. Astrid Helling-Bakki ist Geschäftsführerin und Vorstandin der World Childhood Foundation Deutschland sowie Senior Advisor im EU PROMISE Elpis Projekt der Charité. Sie ist Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin, Kinderschutzmedizinerin und ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt aktuell in der Entwicklung und Skalierung des Childhood-Haus-Konzeptes in Deutschland.