



Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier

ist Corporate Member der Freien Universität Berlin und Humboldt-Universität zu Berlin und am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité, Universitätsmedizin Berlin, tätig.

/// Vorbeugende Hilfe

Prävention sexueller Traumatisierungen

Für die Entwicklung geeigneter Strategien zur Prävention sexueller Traumatisierungen bedarf es einer pandemischen Perspektive. Auszugehen ist von einer weltweiten Herausforderung, die alle Kulturen betrifft und – wie bei einer Pandemie – eine gleichzeitige Berücksichtigung von Verursachern, Übertragungswegen und Opfern erforderlich macht.

Pandemische Perspektive

WHO-Angaben zufolge sind weltweit eine von fünf Frauen und einer von dreizehn Männern im Alter bis zu 17 Jahren sexuell missbraucht worden.¹ Somit wäre global von mindestens 250 Millionen kindlicher / jugendlicher Opfer von sexueller Traumatisierung auszugehen, wovon die allermeisten den Justizbehörden nicht bekannt werden, weil nur die wenigsten Taten angezeigt werden und die meisten somit im sogenannten Dunkelfeld verbleiben. Hinzu kommt die zunehmende Verbreitung von Missbrauchsmaterialien im Internet.

Die Internet Watch Foundation berichtete, 2010 insgesamt 1.351 Webseiten mit Missbrauchsabbildungen ausfindig gemacht zu haben, 2013 waren es 13.182 Webseiten, 2017 bereits 78.589 und 2018 schließlich 105.047 Webseiten – folglich eine Verhundertfachung in acht Jahren.²

Die Prävalenzraten für sexuellen Kindesmissbrauch sind weltweit sehr hoch.

Die Weitergabe von Missbrauchsabbildungen im Netz wird in terminologischer Analogie häufig als „virale Verbreitung“ bezeichnet und es gibt „Super-spreader“, die besonders vielen anderen Nutzern Bildmaterialien zur Verfügung stellen, welche den Missbrauch von Kindern zeigen und damit die Nachfrage erhöhen, so dass wieder mehr Kinder Schaden nehmen könnten, weil weitere Kindesmissbrauchsabbildungen hergestellt und verbreitet werden, was durch die neuen Technologien auf sehr einfache Weise möglich ist.

Primäre Prävention hat zum Ziel, dass es gar nicht erst zu Opfern kommt.

Primäre Prävention

Wenn es durch gezielte Präventionsmaßnahmen gar nicht erst zu Opfern kommt, dann handelt es sich um primäre Prävention. Diese kann bei potenziellen Opfern ansetzen, aber auch bei potenziellen Tätern. Denn wenn es gelingt, deren Verhalten so zu beeinflussen, dass es nicht zu sexuellen Übergriffen oder der Nutzung von Missbrauchsabbildungen kommt, sind keine Opferschäden zu befürchten. Hierzu muss man aber wissen, wer die Täter sind und diese lassen sich zunächst in zwei Gruppen einteilen: Diejenigen mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit (Pädophilie / Hebephilie) und diejenigen, die keine solche aufweisen. Dann handelt es sich um Täter, die sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen, um sich soziosexuelle Erlebnisse zu verschaffen, die sie sich mit altersentsprechenden Partnern wünschen würden, auf die sie entsprechend ihrer sexuellen Präferenz auch ausgerichtet sind (deshalb auch als „Ersatzhandlungen“ bezeichnet). Dies tritt auf bei Tätern:

- mit Intelligenzminderung,
- mit (insbesondere antisozialer) Persönlichkeitsstörung,
- im Jugendalter (überwiegende männliche Jugendliche) und
- im Rahmen besonderer familiärer Konstellationen, die allgemein durch Grenzverletzungen gekennzeichnet sind (Väter, Stiefväter, Brüder, Stiefbrüder können hier Täter sein).

Etwa 50-60 % der Männer, die sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen haben, sind nicht präferenzgestört und missbrauchen Kinder als „Ersatz“ für eigentlich gewünschte erwachsene Sexualpartner, während 40-50 % eine pädophile Sexualpräferenz aufweisen.³ Dieser Anteil dürfte allerdings bei den Nutzern von Missbrauchsabbildungen höher liegen und es ist davon auszugehen, dass das Interesse für entsprechende Bildmaterialien das sexuelle Interesse für das kindliche Körperschema widerspiegelt.⁴

Pädophilie und Hebephilie

Besonders unter Männern findet sich eine sexuelle Ansprechbarkeit für das nicht oder nicht voll geschlechtsreife Entwicklungsalter. Seit Krafft-Ebing wird eine solche Sexualpräferenz als „Pädophilie“ bezeichnet (griech. „pais“ – das Kind).⁵ Die sexuelle Präferenz für das frühpubertäre Körperschema ist von Glueck mit dem Begriff Hebephilie gefasst worden (nach der griechischen Göttin der Jugend „Hebe“).⁶ Das sexuell präferierte körperliche Entwicklungsalter ist dabei geprägt vom Übergang zwischen dem kindlichen und dem erwachsenen Körperschema, repräsentiert in der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale entsprechend den Tanner-Stadien 2 und 3. Die Tanner-Stadien reichen von 1 (kindlicher Entwicklungsstatus) bis 5 (erwachsener Entwicklungsstatus). Kennzeichnend für diesen Übergang ist beim Mädchen die einsetzende Brustentwicklung durch die leichte Vorwölbung des Drüsengewebes im Bereich des Warzenvorhofs (sog. Brustknospe: Thelarche). Die beginnende Genitalentwicklung kennzeichnet eine erste Schambehaarung in Form spärlicher, leicht pigmentierter Haare an den großen Schamlippen bzw. an der Penismurzel (Pubarche) bei keinem oder geringem Größenwachstum des Penis und der Schamlippen.

Pädophilie ist die sexuelle Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema.

Pädophilie und Hebephilie repräsentieren klinische und keine kriminologischen oder juristischen Begriffe. Eine pädophile oder hebephile Sexualpräferenz ist nicht gleichzusetzen mit sexuellem Kindesmissbrauch, sondern beschreibt die sexuelle Ausrichtung auf das kindliche Körperschema, die sich in den Fantasien bei sexueller Erregung zeigt. Gemäß ICD-10⁷ und DSM-5⁸ muss die Person mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind sein, um das Kriterium für Pädophilie oder Hebephilie zu erfüllen. Die Diagnosekriterien des DSM-5 geben wiederkehrende, intensive sexuell erregende Fantasien vor, sexuelle Impulse und / oder sexuelle Verhaltensweisen mit präpubertären Kindern über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten und fassen dies als „pädophile sexuelle Orientierung“ bzw. „pädophiles sexuelles Interesse“. Als weiteres Kriterium ist gefordert, dass mit diesen Fantasien und / oder Verhaltensweisen Leidensdruck, interpersonelle Schwierigkeiten oder funktionelle Beeinträchtigungen einhergehen. In diesem Fall liegt dann eine „Pädophile Störung“ vor.⁹

Diagnostisch unterschieden werden muss, ob eine pädophile Ausrichtung die gesamte Präferenzstruktur kennzeichnet (sog. ausschließlicher Typus) oder nur einen Teil derselben ausmacht (sog. nicht-ausschließlicher Typus).

Hervorzuheben ist aber, dass sich die sexuelle Bedürfnisstruktur eines Menschen in ihren individuellen Kennzeichen im Jugendalter erstmalig manifestiert und dann für das weitere Leben nicht mehr kategorial verändert

werden kann. Die individuelle Ausformung ist Schicksal und nicht Wahl, weshalb sie nicht moralisch bewertet werden darf. Das gilt für alle sexuellen Orientierungen und so auch für die Pädophilie oder die Hebephilie. Zu bewerten sind ausschließlich Verhaltensweisen, welche die Selbstbestimmung anderer verletzen und dadurch deren Entwicklung beeinträchtigen, was fachwissenschaftlich als Dissexualität bezeichnet wird.¹⁰

Präventionsangebote für Erwachsene

**Therapie bei pädophiler
Sexualpräferenz
macht primäre
Prävention möglich.**

In Deutschland wurde ein primärpräventives Therapieangebot für Menschen mit pädophiler Sexualpräferenz im Juni 2005 am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin etabliert. Das Projekt wurde zunächst finanziell von der Volkswagen-Stiftung und seit 2008 auch vom Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz gefördert. Unterstützung erfuhr es darüber hinaus von der Kinderschutzorganisation Stiftung Hänsel + Gretel sowie der international tätigen Medienagentur Scholz & Friends. Die basale Idee für dieses Präventionsangebot war das Wissen um die Prävalenz der sexuellen Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema in der männlichen Allgemeinbevölkerung (ca. 1 %), das Einsetzen entsprechender sexueller Interessen auf der Fantasieebene im Jugendalter, die extreme soziale Stigmatisierungsgefahr bei Bekanntwerden der sexuellen Ansprechbarkeit und damit verbundenen erhöhten Risiken für die psychische Gesundheit (erhöhte Rate von Depressionen, Angststörungen etc.) sowie auch dem Risiko der Nutzung von Missbrauchsabbildungen oder direkter sexueller Übergriffe auf Kinder. In dem Zusammenhang ist die manualisierte Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT) entstanden,¹¹ die mittlerweile auch auf Englisch vorliegt¹².

Seit dem Jahr 2018 ist dieses verursacherbezogene Präventionsangebot im Gesundheitssystem verankert. Es wird im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 65 d SGB V derzeit erprobt und mit fünf Millionen Euro jährlich für „besondere Therapieeinrichtungen“ vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) finanziert.

Seit Projektbeginn am 1. Juni 2005 bis Ende 2020 wurden am Gründungsstandort in Berlin 3.297 Kontakte registriert, von denen 1.467 die Diagnostik vollständig abgeschlossen haben und 738 ein Therapieplatz angeboten wurde. Im gleichen Zeitraum haben sich lediglich 39 Frauen gemeldet, von denen 14 zur Diagnostik nicht erschienen sind. Bei 23 fand sich kein Hinweis auf eine pädophile Sexualpräferenz (überwiegend Zwangsstörungen) und lediglich bei zwei Frauen lag der nicht-ausschließliche Typus einer Pädophilie vor.

Mittlerweile konnte das Konzept bundesweit etabliert werden und an allen 12 Standorten wird ein kostenloses und durch Schweigepflicht geschütztes, anonymes diagnostisches und therapeutisches Angebot für Menschen mit einer Pädophilie und / oder Hebephilie vorgehalten. Die Inanspruchnahme des Angebots hat sich durch diese Ausweitung bis Ende 2020 mit über 11.374 Kontaktaufnahmen verdreifacht, von denen 4.229 diagnostisch vollständig erfasst und 2.314 ein Therapieangebot unterbreitet werden konnte.¹³

Präventionsangebote für Jugendliche

Laut Polizeilicher Kriminalstatistik (PKS) waren 2016 ca. 25 % der Tatverdächtigen hinsichtlich des sexuellen Kindesmissbrauchs und ca. 12 % in Bezug auf Besitz, Erwerb und Verbreitung von Kinderpornografie Individuen unter 18 Jahren.¹⁴ Dies war der Hintergrund für die Etablierung eines Präventionsangebotes auch für Jugendliche, das seit April 2014 am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité vorgehalten und bis Ende 2017 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert wurde und jetzt ebenfalls Teil des kassenfinanzierten Modellvorhabens ist. Mit Stand Dezember 2020 erreichten das Projekt insgesamt 357 Anfragen, wobei es sich (mit einer Ausnahme) um männliche, durchschnittlich 15-jährige Jugendliche handelte. Insgesamt wurde 102 Jugendlichen ein Therapieangebot unterbreitet.

Präventionsangebote werden auch von Jugendlichen angenommen.

Präventionsangebote via Fernbehandlung

Durch die Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2018 wird auch eine Fernbehandlung erprobt, die sich auf noch nicht versorgte Gebiete konzentrieren soll. Das wird im Zeitraum 1. Mai 2020 bis 31. Dezember 2021 vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt finanziell gefördert. Seit Projektbeginn im Mai 2020 bis November 2020 haben sich 32 Erwachsene und 3 Jugendliche gemeldet.

Präventionsangebote via Internet

Wegen der Vielzahl der internationalen Anfragen wurde zudem ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm entwickelt.¹⁵ Dies ist in neun Sprachen online verfügbar. Innerhalb von 30 Monaten, zwischen dem 25. Oktober 2017 und dem 25. April 2020, haben 7.496 Nutzer aus insgesamt 87 Ländern aus allen Kontinenten eine Online-Session begonnen und 4.161 Nutzer die Diagnostik vollständig durchlaufen.¹⁶

Pandemische Zukunft

Die Zukunft einer Pandemie hängt davon ab, ob diese als solche einschließlich der damit verknüpften Folgen erkannt und auf allen erforderlichen Ebenen durch gesamtgesellschaftliche Anstrengungen und internationale Zusammenarbeit eine Eindämmung angestrebt wird.

Verursacherbezogen wären alle Maßnahmen, die dazu beitragen, dass eine sexuelle Traumatisierung nicht stattfindet, ein potenzieller Täter also keinen Übergriff begeht und keine Missbrauchsabbildungen nutzt oder ein realer Täter keine weiteren Straftaten mehr begeht. Dies würde durch verbesserte Ermittlungstätigkeit der Strafverfolgungsbehörden ermöglicht, die dafür entsprechend ausgestattet werden müssten. Dabei steht die Repression gerade nicht in Konkurrenz zur Prävention. Das Ziel ist auch durch die Inanspruchnahme von Therapieangeboten für potenzielle Täter erreichbar, die folglich vorgehalten und leicht zugänglich sein müssen.

Bezüglich der Übertragungswege ist eine ordnungspolitische Einflussnahme auf die IT-Konzerne erforderlich. Sie stellen ja den Nährboden für die „virale Ausbreitung“ her. Zu fordern wären also mindestens wirksame und staatlich überprüfbare Eindämmungsmaßnahmen gegen die Ausbreitung sexueller Traumatisierungen im Internet (etwa bezüglich Grooming, Bullying sowie der Nutzung von Missbrauchsabbildungen). Und auch in diesem Bereich wären Ermittlungstätigkeit und rasche Strafverfolgbarkeit auf internationaler Basis auszubauen.

Hinsichtlich der Folgenbewältigung bedürfte es eines Ausbaus von therapeutischen Maßnahmen für Opfer sexueller Traumatisierungen, die in gleicher Weise möglichst niedrigschwellig verfügbar gemacht werden müssten, am besten auch anonym und über Fernbehandlungskonzepte sowie durch die Krankenkassen abgesichert.

Zusammengefasst: Es bedarf der Verhaltensprävention (bezogen auf die Verursacher), der Verhältnisprävention (bezogen auf die Übertragungswege) und der Traumafolgenprävention (bezogen auf die Opfer) und dies auf internationaler Ebene, sofern verhindert werden soll, dass sich die „Trauma-Pandemie“ ungebremst weiter entfaltet, was ohne diese Anstrengungen aber zu befürchten ist.

Verbesserte Prävention steht nicht in Konkurrenz zu verbesserter Jurisdiktion.

///

Anmerkungen

- 1 Vgl. World Health Organization WHO: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Eleventh Revision), 2018, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> und <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- 2 Internet Watch Foundation (IWF): Annual Report 2018, <https://www.iwf.org.uk/report/2018-annual-report>
- 3 Beier, Klaus M.: Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter, Berlin / Heidelberg 1995; Seto, Michael C.: Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention, Washington DC, 2. Aufl., 2008.
- 4 Seto, Michael / Cantor, James / Blanchard, Ray: Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia, in: J Abnorm Psychol. 115/3, 2006, S. 610-615.
- 5 Krafft-Ebing, Richard: Psychopathia Sexualis, Stuttgart 1886.
- 6 Glueck, Bernard: Final report: Research project for the study and treatment of persons convicted of crimes involving sexual aberrations. June 1952 to June 1955, New York 1955.
- 7 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, engl: ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ist das wichtigste weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen.
- 8 American Psychiatric Association (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen, Göttingen, 5. Aufl., 2018.
- 9 APA: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington DC, 5. Aufl., 2013.
- 10 Beier, Klaus M. / Bosinski, Hartmut A. G. / Loewit, Kurt: Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit, Jena, 3. Aufl., 2021.
- 11 Beier, Klaus M.: Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch. Die Berliner Dissexualitätstherapie. Berlin / Heidelberg 2018.
- 12 Beier, Klaus M.: Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children. The Berlin Dissexuality Therapy, Berlin / Heidelberg 2021.
- 13 Vgl. www.kein-taeter-werden.de
- 14 Bundeskriminalamt: Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2016, Wiesbaden 2017, https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2016/pks2016_node.html

- ¹⁵ Vgl. www.troubled-desire.com
- ¹⁶ Schuler, Miriam / Gieseler, Hannes / Schweder, Katharina / von Heyden, Maximilian / Beier, Klaus M.: Troubled Desire – An Internetbased Selfmanagement Tool for Individuals with Pedophilic and Hebephilic Sexual Interest Table of Contents, 2020, JMIR Prepr: <https://preprints.jmir.org/preprint/22277>