

Zeitschrift: Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie SAK = Criminologie / Groupe Suisse de Criminologie GSC = Criminologia / Gruppo Svizzero di Criminologia GSC

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 39 (2022)

Artikel: Prävention sexueller Traumatisierungen - "kein Täter werden" : 15 Jahre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld

Autor: Beier, Klaus M.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051613>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 06.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Prävention sexueller Traumatisierungen – «Kein Täter werden»: 15 Jahre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld

Klaus M. Beier*

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	33
Résumé	34
1. Notwendigkeit einer pandemischen Perspektive	34
2. Primäre Prävention.....	37
2.1. Pädophilie und Hebephilie	39
2.2. Sexuelle Verhaltensstörungen	41
2.3. Präventionsangebote für Erwachsene	44
2.4. Präventionsangebote für Jugendliche.....	45
2.5. Präventionsangebote via Fernbehandlung	46
2.6. Präventionsangebote via Internet.....	46
3. Die Zukunft der «Trauma-Pandemie»	47

Zusammenfassung

Der sexuelle Missbrauch von Minderjährigen kann aufgrund der hohen Prävalenzraten weltweit sowie der häufig schwerwiegenden Folgen für die Opfer und konsekutiv für Dritte wie auch die Gesellschaft als Ganzes als «Trauma-Pandemie» bezeichnet werden. Entsprechend sind länderübergreifende primär-präventive Massnahmen notwendig. Das bedeutet, dass für Personen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema Behandlungsangebote entwickelt und bereitgestellt werden müssen, sowohl für Erwachsene wie auch Jugendliche. Wo die Versorgung erschwert ist, können auch internetbasierte Selbstmanagementprogramme hilfreich sein. Ohne solche Massnahmen wird die «Trauma-Pandemie», gerade auch wegen der Weiterentwicklung des Internets aber auch sozialer und demografischer Faktoren, nicht gebremst werden können.

* Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Charité – Universitätsmedizin Berlin, a Corporate member of the Freie Universität Berlin und Humboldt-Universität zu Berlin. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Luisenstrasse 57, 10117 Berlin. Webseite: <sexualmedizin-charite.de>. E-Mail: <klaus.beier@charite.de>.

Résumé

Les abus sexuels sur mineurs peuvent être qualifiés de « pandémie traumati-que » en raison des taux de prévalence élevés dans le monde entier et des conséquences souvent graves pour les victimes et, par conséquent, pour les tiers et la société dans son ensemble. Des mesures de prévention primaire sont donc nécessaires dans tous les pays. Cela signifie que des offres de traitemen-tement doivent être développées et mises à disposition pour des personnes présentant une sensibilité sexuelle au schéma corporel de l'enfant, aussi bien pour les adultes que pour les jeunes. Lorsque la prise en charge est difficile, des programmes d'autogestion basés sur internet peuvent également être utiles. Sans de telles mesures, la « pandémie de traumatismes » ne pourra pas être freinée, notamment en raison du développement d'internet, mais aussi de facteurs sociaux et démographiques.

1. Notwendigkeit einer pandemischen Perspektive

Für die Entwicklung geeigneter Strategien zur Prävention sexueller Traumatisierungen bedarf es eines Perspektivwechsels: Auszugehen ist von einer weltweiten Herausforderung, weil jedes Land und jede Kultur betroffen ist und der Kontakt unter Menschen den entscheidenden Faktor für den sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen sowie die Nutzung von Missbrauchsabbildungen und deren zunehmender Verbreitung darstellt.¹

Aus diesem Grund drängt sich die Analogie zu einer Pandemie geradezu auf: Eine Pandemie (von altgriechisch «pan» [gesamt, umfassend, alles] und «demos» [Volk]) bezeichnet eine länder- und kontinentenübergreifende Ausbreitung einer Krankheit. Zwar wird im allgemeinen Sprachverständnis das Wort bezogen auf Infektionskrankheiten, die sich weltweit ausdehnen (während eine Endemie lokal begrenzt auftritt), aber gleichwohl ist es auch hier der Kontakt unter Menschen, der aus der Endemie eine Pandemie macht – in heutigen Zeiten um einiges erleichtert durch ein annähernd weltweites für zahlreiche Menschen verfügbares Transportwesen und die Möglichkeiten des Internets.

Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge sind weltweit eine von fünf Frauen und einer von 13 Männern im Alter bis zu 17 Jahren sexuell missbraucht worden.² Somit wäre weltweit von mindestens 250 Millionen sexuell traumatisierten kindlichen und jugendlichen Opfern auszugehen, wovon

1 Klaus M. Beier, Die Zukunft einer Pandemie – Sexueller Kindesmissbrauch als weltweite Herausforderung, Zeitschrift für Rechtspolitik 8/2020, 255–258.

2 World Health Organization (WHO), Fact Sheet Child Maltreatment (2020), <<https://who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>> (zuletzt besucht am 30.4.2021).

die allermeisten den Justizbehörden nicht bekannt werden. Nur die wenigsten Taten werden angezeigt; die meisten verbleiben im sog. Dunkelfeld.³

Dies gilt für jedes Land, wenn auch ohne Frage kulturabhängige Besonderheiten immer zu beachten sind, weil die Anzeigenbereitschaft grundsätzlich stark von der jeweiligen gesellschaftlichen Verfasstheit abhängt (z.B. der jeweiligen Definition von Gewalt, Geschlechterrollen etc.), was im Übrigen auch auf das Geschlechterverhältnis der Opfer zutrifft: Während in Deutschland und Europa dreimal so viel Mädchen wie Jungen betroffen sind, ist beispielsweise in Indien und auf den Philippinen in grossen (allerdings nicht repräsentativen) Erhebungen der Anteil von Jungen höher gewesen als derjenige von Mädchen.⁴

Hinzu kommt die zunehmende Verbreitung von Missbrauchsmaterialien im Internet. Die Internet Watch Foundation berichtete, im Jahr 2010 insgesamt 1351 Webseiten mit Missbrauchsabbildungen ausfindig gemacht zu haben. Im Jahr 2013 waren es 13 182 Webseiten, im Jahr 2017 bereits 78 589 und schliesslich 105 047 Webseiten im Jahr 2018 sowie 132 730 Webseiten im Jahr 2019, folglich eine Verhundertfachung in neun Jahren.⁵

Die Weitergabe von Missbrauchsabbildungen im Netz wird in terminologischer Analogie häufig als «virale Verbreitung» bezeichnet. Es gibt auch «Superspreaders», die besonders vielen anderen Bildmaterialien zur Verfügung stellen, welche den Missbrauch von Kindern zeigen. Damit erhöhen diese potentiell die Wahrnehmungsverzerrungen bei weiteren Nutzern, so dass perspektivisch wieder mehr Kinder Schaden nehmen könnten, weil weitere Kindesmissbrauchsabbildungen hergestellt und verbreitet werden, was durch die neuen Technologien auf sehr einfache Weise möglich ist.

Für sexuelle Missbrauchshandlungen zum Nachteil von Kindern und Jugendlichen sollte gelten: Da es sich offensichtlich um eine Pandemie handelt, müssten die Massnahmen sich in gleicher Weise konzentrieren auf die *Verursachenden, die Übertragungswege und die Opfer*.

3 Noemi Pereda *et al.*, The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis, Clinical Psychology Review 4/2009, 328–338; Jürgen Barth *et al.*, The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis, International Journal of Public Health 3/2013, 469–483.

4 Ministry of Women and Child Development, Government of India, Study on Child Abuse: India 2007, <<https://resourcecentre.savethechildren.net/node/4978/pdf/4978.pdf>> (zuletzt besucht am 30.4.2021); Council for the Welfare of Children and UNICEF, National Baseline Study on Violence against Children: Philippines (2016).

5 Internet Watch Foundation (IWF), The Internet Watch Foundation: Annual Report 2019, <https://www.iwf.org.uk/sites/default/files/reports/2020-04/IWF_Annual_Report_2020_Low-res-Digital_AW_6mb.pdf> (zuletzt besucht am 30.4.2021).

Dabei liegt hinsichtlich der Auswirkungen sexueller Traumatisierungen ganz unzweifelhaft ein Global Health Problem vor.

Die Langzeitfolgen von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend sind seit langem Gegenstand wissenschaftlicher Forschung, insbesondere auch hinsichtlich der neurobiologischen Veränderungen durch die Traumatisierung.⁶ Eine neuere Übersicht findet sich bei Lo Iacono und Mitarbeiter (2021),⁷ die erneut auf den Zusammenhang zwischen Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse und Immunsystem verweisen, wonach bei sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte hier Dysregulationen nachweisbar sind. Unter anderem spielt eine Glukokortikoidrezeptor-Ressistenz als neurobiologische Traumafolge eine Rolle, was wiederum Auswirkungen auf die Stressverarbeitung und in dem Zusammenhang die Immunreaktion der Betroffenen hat, die auch die Immunantworten auf das SARS-CoV-2 betreffen dürften.⁸ Auszugehen ist also von neurobiologischen Veränderungen des Nervensystems, die zu einer erhöhten Stressanfälligkeit führen und dadurch das Risiko von psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen sowie auch von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen erhöhen.⁹

Eine erste Untersuchung zu den Folgen der Viktimisierung durch Herstellung und Verbreitung von Missbrauchsmaterialien stammt von Gewirtz-Meydan und Mitarbeitern (2018).¹⁰ Es handelte sich um eine Online-Untersuchung von Erwachsenen (n = 133), die bei Missbrauchshandlungen in ihrer Kindheit und Jugend fotografiert oder gefilmt wurden. Zwei Drittel waren weiblichen, ein Drittel männlichen Geschlechts. Drei Viertel von ihnen waren bei dem Geschehen jünger als neun Jahre und gaben an, dass sich das Tatgeschehen über mehr als ein Jahr hinzog. In fast allen Fällen (93%) war die tatverursachende Person ein Familienmitglied oder gehörte zum Bekanntenkreis und die Mehrzahl der Opfer (61%) teilte sich niemandem mit. Im Rückblick gaben die Opfer an, dass sie massive Schuldgefühle gehabt hätten, weil sie sich beteiligt hatten und damit sich selbst als tatverursachend ansahen. Etwa die Hälfte wusste, dass die Bilder verbreitet worden waren, die andere Hälfte hatte davon

6 Lotte C. Houtepen *et al.*, Genome-wide DNA methylation levels and altered cortisol stress reactivity following childhood trauma in humans, *Nature Communications* 1/2016, <<https://doi.org/10.1038/ncomms10967>> (zuletzt besucht am 30.4.2021).

7 Luisa Lo Iacono/Cristina Trentini/Valeria Carola, Psychobiological Consequences of Childhood Sexual Abuse: Current Knowledge and Clinical Implications, *Frontiers in Neuroscience* 15/2021, <<https://doi.org/10.3389/fnins.2021.771511>> (zuletzt besucht am 30.4.2021).

8 Eva M.J. Peters *et al.*, To stress or not to stress: Brain-behavior-immune interaction may weaken or promote the immune response to SARS-CoV-2, *Neurobiology of Stress*, Vol. 14, Mai 2021, <<https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2021.100296>> (zuletzt besucht 30.4.2021).

9 Vgl. Christine M. Heim *et al.*, Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse, *The American Journal of Psychiatry* 6/2013, 616–623.

10 Ateret Gewirtz-Meydan *et al.*, The complex experience of child pornography survivors, *Child Abuse & Neglect* 80/2018, 238–248.

keine Kenntnis, aber die Befürchtung, damit konfrontiert werden zu können, beschrieben sie als ständige Belastung. Schuld- und Schamgefühle gaben 74% als «ständig» an. Hinzu kam die Hilflosigkeit, das Bildmaterial nicht entfernen zu können, abgesehen von den Befürchtungen, dass sie Gegenstand von Diskussionen im sozialen Umfeld werden könnten.

Im Vergleich zum Forschungsaufwand bezüglich der Corona-Pandemie ist allerdings der Einsatz entsprechender Ressourcen bei der «Trauma-Pandemie» als minimal einzustufen, obschon die Auswirkungen auf den Gesundheitssektor jedes Landes sehr hoch sein dürften. So wurde im Rahmen der «Deutschen Traumafolgenkostenstudie» ermittelt, dass die «direkten» und «indirekten» Kosten bei sexuellem Kindesmissbrauch abhängig von der Schwere der Traumatisierung zwischen 400 000 Euro und 1,2 Millionen Euro pro Betroffenem ausmachen, von den nicht kalkulierbaren sog. «intangiblen» Kosten (wie etwa den Einschränkungen der Lebensqualität) einmal abgesehen.¹¹

Demgegenüber ist in den Gesundheitssystemen der Länder eine belastbare Versorgungsstruktur auch für die Opfer sexueller Traumatisierungen kaum vorhanden und ein signifikanter Ausbau nicht zu erkennen. Es fehlt hier ganz offensichtlich an gesellschaftlichem Interesse, welches wiederum bei der Corona-Pandemie in bisher nicht bekanntem Ausmass erkennbar wurde und wird.

2. Primäre Prävention

Wenn es durch gezielte Präventionsmaßnahmen gar nicht erst zu Opfern kommt, dann handelt es sich um primäre Prävention. Diese kann bei potentiellen Opfern ansetzen, aber auch bei potentiellen Täterinnen und 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.

Bei dem dabei gewählten Ansatz sollen diejenigen, welche sexuelle Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen verursachen könnten, durch adäquate, d.h. auf ihre besondere Problematik eingehende Therapiemaßnahmen eine konstante Verhaltenssicherheit ausbilden, um damit Übergriffe sowie die damit verbundenen Folgeschäden zu verhindern. Dies entspricht schon insofern dem Vorgehen bei der Corona-Pandemie, weil auch dort eine «Entschärfung» der Übertragungswege und der Viren angestrebt wird (durch

¹¹ Susanne Habetha *et al.*, Deutsche Traumafolgekostenstudie – Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?, Universitätsklinikum Ulm, Februar 2012.

Abstandsregeln, Maskenpflicht, Impfung), aber niemand ernsthaft davon ausgeht, dass sich das Problem komplett aus der Welt schaffen lässt.

Das gilt auch für die Pädophilie als einer sexuellen Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema, die im Diagnosemanual der WHO als Störungsbild klassifiziert ist und auf die ein nicht geringer Teil sexueller Missbrauchshandlungen zurückzuführen ist, insbesondere aber ein sehr grosser Teil der Nutzung von Missbrauchsabbildungen im Internet.

Dabei gilt grundsätzlich, dass sich die sexuelle Präferenzstruktur des Menschen auf drei wesentlichen Achsen konfiguriert, nämlich:

- dem Geschlecht eines gewünschten Partners: das andere oder das gleiche Geschlecht (oder beide);
- dem Körperschema eines gewünschten Partners: vorpubertäres, frühpubertäres, erwachsenes, greises;
- der Art und Weise eines gewünschten Partners bzw. eines Objektes oder einer Interaktion: Typ, Objekt, Modus, Praktik etc., die ineinandergreifen und allesamt (von normkonform bis paraphil) erfragt werden sollten, wobei diese sich insbesondere durch die Exploration der Begleitfantasien bei der Selbstbefriedigung gut in Erfahrung bringen lassen.¹²

Die sexuelle Ansprechbarkeit auf Kinder, die sich in der körperlichen Entwicklung vor Einsetzen der Pubertät (Tanner-Stadium I) bzw. in einem frühen Stadium der Pubertät (Tanner-Stadien II und III) befinden, hat in der wissenschaftlichen Forschung der letzten Jahre verstärkt Aufmerksamkeit gefunden. Auch wenn die Ätiologie dieser sexuellen Präferenzbesonderheiten weiterhin nicht ausreichend geklärt ist, konnte deren Existenz dennoch sowohl physiologisch als auch neurobiologisch nachgewiesen werden.¹³ Metaanalytische Untersuchungen konnten die Bedeutung einer entsprechenden Sexualpräferenz für die Prognose und Behandlung von Sexualstraftätern aufzeigen.¹⁴

12 Vgl. ausführlich hierzu Klaus M. Beier/Hartmut A.G. Bosinski/Kurt Loewit, Sexualmedizin – Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit, 3. Aufl., München 2021.

13 Rainer Banse/Alexander F. Schmidt/Jane Clarbour, Indirect measures of sexual interest in child sex offenders: A multimethod approach, *Criminal Justice and Behavior* 3/2010, 319–335; Kurt Freund *et al.*, The female child as surrogate object, *Archives of Sexual Behavior* 2/1972, 119–123; Jorge Ponseti *et al.*, Assessment of pedophilia using hemodynamic brain response to sexual stimuli, *Archives of General Psychiatry* 2/2012, 65–77.

14 R. Karl Hanson/Kelly E. Morton-Bourgon, The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 6/2005, 1154–1163.

2.1. Pädophilie und Hebephilie

Die sexuelle Ansprechbarkeit durch das vorpubertäre Körperschema wird als Pädophilie (griech. «pais» [das Kind])¹⁵ und die sexuelle Ansprechbarkeit durch das frühpubertäre Körperschema als Hebephilie (nach der griechischen Göttin der Jugend «Hebe»)¹⁶ bezeichnet. Die sexuelle Präferenz für das erwachsene, voll ausgebildete Körperschema wird als Teleophilie (griech. «teleos» [i.e. vollkommen, erwachsen]) bezeichnet.¹⁷

Pädophilie und Hebephilie repräsentieren klinische und keine kriminologischen oder juristischen Begriffe. Gemäss den internationalen Klassifikationssystemen (dem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und dem DSM-5 der Amerikanischen Psychiatrievereinigung) 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. In Fällen, in denen die Diagnose einer Pädophilie oder Hebephilie Jugendliche (Mindestalter 16 Jahre) betrifft, sollten emotionale, kognitive und sexuelle Reife nach dem DSM-5 mit in Betracht gezogen werden, bevor die entsprechende Diagnose gestellt wird. 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 (APA 2013).¹⁸ Bei tatsächlich stattgefundenem Kindesmissbrauch ist die Vergabe der Diagnose «pädophile Störung» auch möglich, wenn kein Leidensdruck besteht, da durch Missbrauchshandlungen eine Fremdgefährdung gegeben ist, Leiden bei anderen hervorgerufen und dadurch per se gegen gesellschaftliche Normen verstossen wird. Personen, die ihren auf präpubertäre Kinder gerichteten sexuellen Fantasien und Impulsen nachgehen, bei denen also aus Fantasien Taten werden, erfüllen somit die Kriterien der Diagnose «pädophile Störung», selbst wenn sie kein Problembewusstsein aufweisen. Andererseits haben Personen, die aufgrund ihrer auf präpubertäre Kinder gerichteten Fantasien keinen Leidensdruck haben, funktionell nicht eingeschränkt sind und niemals entsprechend ihrer sexuellen Impulse gehandelt haben, nach DSM-5 eine «pädophile sexuelle Ori-

15 Richard Krafft-Ebing, *Psychopathia Sexualis* (1886), Stuttgart 1898.

16 Bernard C. Glueck, 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.

17 Ray Blanchard *et al.*, Fraternal Birth Order and Sexual Orientation in Pedophiles, *Archives of Sexual Behavior* 5/2000, 463–478.

18 American Psychiatric Association (APA), *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition), Washington DC 2013.

entierung» bzw. ein «pädophiles sexuelles Interesse», aber keine «pädophile Störung».

Bei der Hebephilie steht das fröhlpubertäre Körperschema eines Kindes (Tanner-Stadien II und III) im Fokus der sexuellen Fantasien, Impulse oder des Verhaltens. Der Unterschied einer pädophilen und hebephilen Sexualpräferenz liegt also im psychophysiologisch und klinisch von der Pädophilie abgrenzbaren sexuell präferierten Körperschema.¹⁹ Aus klinischer Perspektive kann die Hebephilie als eigenständige sexuelle Präferenzbesonderheit mit möglichem Störungscharakter betrachtet werden. Es ist dennoch wichtig anzumerken, dass über den Begriff der Hebephilie und dessen Störungswert in Fachkreisen kontrovers diskutiert wird²⁰, was sich auch in den diagnostischen Kriterien des DSM-5 und ICD-10 insofern zeigte, als im ICD-10 (aber nicht mehr im ICD-11) mit dem Begriff Pädophilie die Ansprechbarkeit auf das vorpubertäre und/oder fröhlpubertäre Körperschema bezeichnet wird, während im DSM-5 nur das vorpubertäre Körperschema genannt wird und die Hebephilie bzw. die Ansprechbarkeit auf das fröhlpubertäre Körperschema nicht als eigene Kategorie erscheint, folglich in Restkategorien wie «nicht näher bezeichnete paraphile Störung»²¹ oder «andere paraphilen Störung mit nicht einwilligenden Personen» im ICD-11 eingeordnet werden muss.

Eine differenzierte Erfassung pädophiler, hebephiler oder teleiophiler Ansprechbarkeiten ist sowohl phallometrisch möglich²² als auch durch eine adäquate Exploration der Fantasieebene, welche bei auskunftsberreiten Betroffenen eine exakte Ermittlung auch der Mischbilder ermöglicht.²³

Hervorzuheben ist, dass sich die sexuelle Bedürfnisstruktur eines Menschen in ihren individuellen Kennzeichen (von normkonform bis paraphil) im Jugendalter erstmalig manifestiert und dann für das weitere Leben nicht mehr kategorial verändert werden kann (d.h. eine Orientierung auf das männliche Geschlecht kann nicht in eine Orientierung auf das weibliche Geschlecht umgewandelt werden, eine fetischistische Neigung nicht gelöscht werden usw.). Darüber hinaus kann eine pädophile Ausrichtung die gesamte Präferenzstruktur kennzeichnen (sog. ausschliesslicher Typus), oder nur einen Teil derselben ausmachen (sog. nicht-ausschliesslicher Typus).

19 Klaus M. Beier *et al.*, Hebephilie als sexuelle Störung, Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 3/2013, 128–137; Ray Blanchard *et al.*, Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V, Archives of Sexual Behavior 3/2009, 335–350.

20 Raymond B. Hames/Ray Blanchard, Anthropological Data Regarding the Adaptiveness of Hebephilia, Archives of Sexual Behavior 41/2012, 745–477.

21 APA (Fn. 18); Blanchard *et al.* (Fn. 19).

22 Blanchard *et al.* (Fn. 19).

23 Beier *et al.* (Fn. 19).

2.2. Sexuelle Verhaltensstörungen

Nach forensisch-sexualmedizinischem Erkenntnisstand ist bei Vorliegen von pädophilen und/oder hebephilen Präferenzbesonderheiten und der damit verbundenen Fantasiewelt nicht davon auszugehen, dass es grundsätzlich zur Umsetzung der fantasierten Handlungen kommt, wobei aber eine Änderung der Neigung nicht möglich ist. So gibt es Menschen mit pädophiler Sexualpräferenz, die keine sexuellen Missbrauchshandlungen begehen und umgekehrt Menschen, die Kinder sexuell traumatisieren, aber nicht pädophil sind.

Differenzialtypologisch lassen sich nach Beier²⁴ die wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern begutachteten Täter 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 (überwiegend männliche Jugendliche);
- im Rahmen besonderer familiärer Konstellationen, die allgemein durch Grenzverletzungen gekennzeichnet sind (Väter, Stiefväter, Brüder, Stiefbrüder können hier Täter sein).

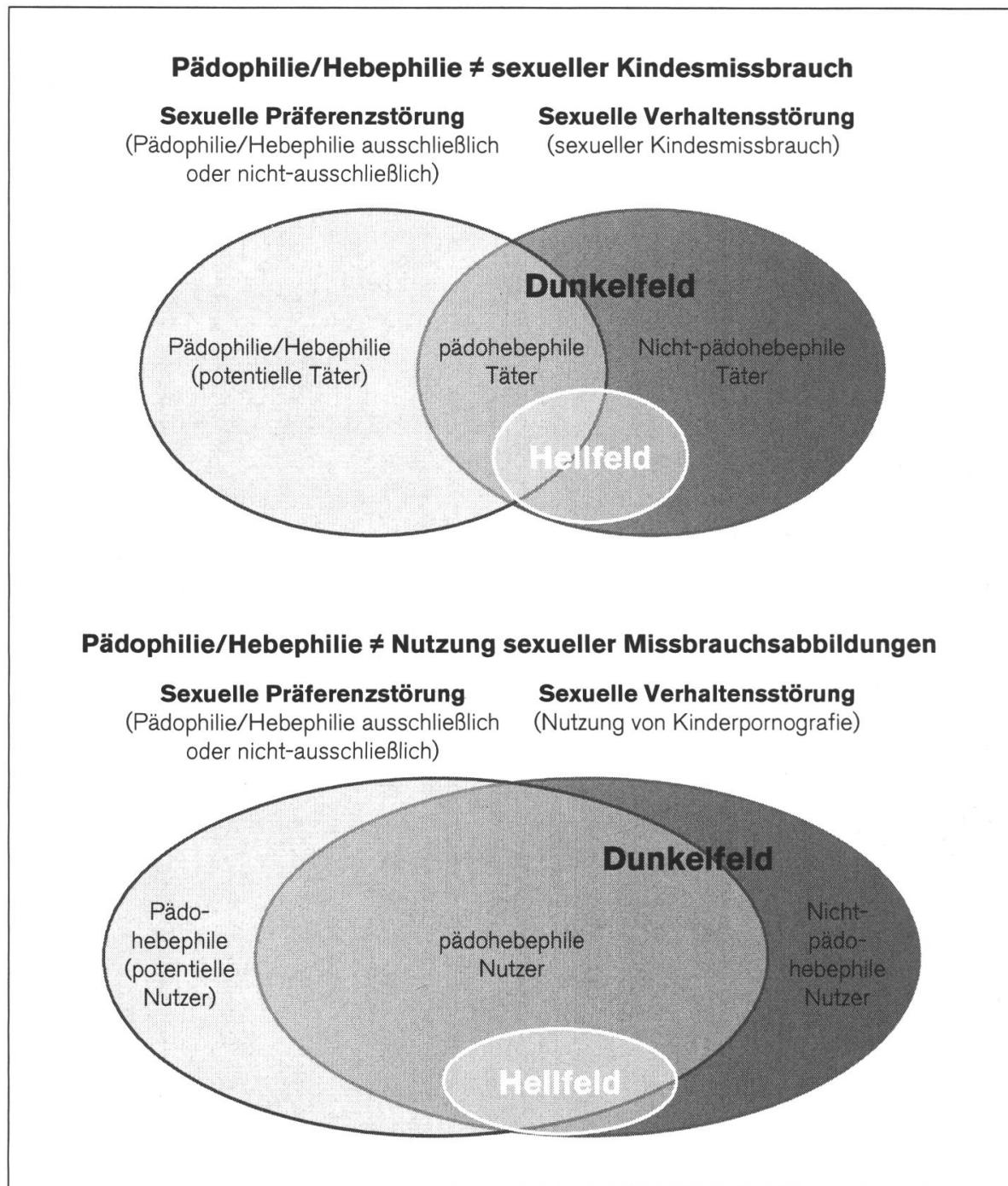
Die präzise Erfassung der Hintergrundproblematik ist zwingend an die Feststellung der sexuellen Präferenzstruktur gebunden und an die Erhebung von Drittanamnesen. Aus dem Gesamtbild muss schlüssig hervorgehen, dass die tatverursachende Person keine sexuelle Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema hat, gleichwohl aber ein Interesse an sexuellen Kontakten mit dem Opferkind, entgegen der meist vorhandenen Einsichtsfähigkeit in das Fehlverhalten, in die Strafbarkeit der Handlung und die möglichen Folgeschäden für das betroffene Kind.

Schätzungen zufolge sind etwa 50–60% der Männer, die sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen haben, nicht präferenzgestört und missbrauchen Kinder als «Ersatz» für eigentlich gewünschte erwachsene Sexualpartner, während 40–50% eine pädophile Sexualpräferenz aufweisen.²⁵ Dieser Anteil dürfte allerdings bei den Nutzern von Missbrauchsabbildungen höher liegen und es ist davon auszugehen, dass das Interesse für entsprechende Bildmaterialien

²⁴ Klaus M. Beier, Dissexualität im Lebenslängsschnitt – Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter, Berlin 1995.

²⁵ Beier (Fn. 24); Michael C. Seto, Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention, 2. Aufl., Washington DC 2008.

das sexuelle Interesse für das kindliche Körperschema widerspiegelt. Die Abbildungen 1a und b versuchen diesen Zusammenhang zu verdeutlichen.



Abbildungen 1a und b: Unterschiedlich grosse Überlappung von sexueller Präferenz- und Verhaltensstörung beim sexuellen Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen (aus: Beier et al. [Fn. 12])

Im Hinblick auf den Konsum von Missbrauchsabbildungen geben die meisten pädophilen Männer an, dass sie entsprechende Materialien sexuell erregend

finden und in ihrem Leben auch bereits genutzt haben.²⁶ Wegen der Nutzung von Missbrauchsabbildungen verurteilte Straftäter lassen ebenfalls häufig eine Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema i.S. einer Pädophilie/ Hebephilie erkennen.²⁷ Die Nutzung von Missbrauchsabbildungen kann daher als Indikator für das Vorliegen einer Pädophilie betrachtet werden.

Bei den Tätern mit pädophiler Sexualpräferenz liegt die Rückfallgefahr bei bis zu 80%, bei denjenigen ohne eine Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema deutlich niedriger (zwischen 10 und 30%).²⁸

Menschen mit pädophiler Sexualpräferenz sind häufig sozial isoliert, haben Angst vor sozialer Stigmatisierung und Ausgrenzung auch im Familien- und Freundeskreis, wenn ihre sexuelle Ausrichtung bekannt würde. Die Problematik steigt mit Exklusivität der Ausrichtung.²⁹

Dies macht nachvollziehbar, primäre Präventionsmaßnahmen auf Personen zu konzentrieren, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, sexuell übergriffig zu werden. Entsprechend der bisherigen Forschungsliteratur ist die sexuelle Präferenz für Kinder einer der bedeutendsten Risikofaktoren für erstmalige und wiederholte sexuelle Übergriffe.³⁰ Eine Möglichkeit der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch besteht somit darin, sich gezielt an die Gruppe pädophiler und/oder hebephiler Menschen zu wenden, die selbstbestimmt und eigenmotiviert therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen, um Unterstützung dabei zu erhalten, verantwortungsvoll mit ihren sexuellen Impulsen umzugehen, und die einen (erneuten) Verlust ihrer bisherigen Verhaltenskontrolle vermeiden wollen. Die Betroffenen sollen therapeutisch in ihrem Bestreben unterstützt werden, keinen (ggf. wiederholten) sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen und keine Missbrauchsabbildungen (ggf. erneut) zu konsumieren. Die Behandlung von Menschen mit einer sexuellen Präferenz für Kinder, die das Risiko aufweisen, erstmalige Delikte zu begehen, kann daher als proaktiver primärpräventiver Ansatz verstanden werden.³¹ Sekundärprävention bedeutet in diesem Zusammenhang die Verhinderung eines

26 Neutze et al. 2011; Quayle & Taylor 2002; Riegel D. L., Effects on boy-attracted pedosexual males of viewing boy erotica, Archives of Sexual Behavior 4/2004, 321–323.

27 Michael C. Seto/James M. Cantor/Ray Blanchard, Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia, Journal of Abnormal Psychology 3/2006, 610–615.

28 Vgl. Beier (Fn. 24).

29 Klaus M. Beier, Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch, Berlin 2018.

30 Klaus M. Beier, Differential typology and prognosis for dissexual behavior – a follow-up study of previously expert-appraised child molesters, International Journal of Legal Medicine 3/1998, 133–141; R. Karl Hanson/Monique T. Bussière, Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies, Journal of Consulting and Clinical Psychology 2/1998, 348–362; Hanson/Morton-Bourgon (Fn. 14); Ruth E. Mann/R. Karl Hanson/David Thornton, Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors, Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 2/2010, 191–217.

31 Klaus M. Beier et al., Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional

Rückfalls, wenn bereits sexueller Missbrauch stattgefunden hat – auch wenn dieser nicht verfolgt wurde und im Dunkelfeld stattfand.

2.3. Präventionsangebote für Erwachsene

In Deutschland wurde ein primärpräventives Therapieangebot für Menschen mit pädophiler Neigung (und damit weltweit) erstmals ab Juni 2005 im Rahmen des Forschungsprojekts Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld 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 ist das Wissen um die Prävalenz der pädophilen Neigung in der männlichen Allgemeinbevölkerung (ca. 1%), das Einsetzen entsprechender sexueller Interessen auf der Fantasieebene im Jugendalter sowie die erhebliche Gefahr sozialer Stigmatisierung bei Bekanntwerden der sexuellen Ansprechbarkeit für Kinder. Damit verbunden sind erhöhte Risiken für die psychische Gesundheit (erhöhte Rate von Depressionen, Angststörungen etc.), aber auch die Nutzung von Missbrauchsabbildungen oder direkter sexueller Übergriffe auf Kinder. In dem Zusammenhang ist die Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT) entstanden, die in ihren Versionen für Erwachsene und Jugendliche einschließlich der Herleitung und der ersten Erfahrungen in manualisierter Form publiziert wurde³² und mittlerweile auch auf Englisch vorliegt.³³

Seit dem Jahr 2018 ist dieses verursacherbezogene Präventionsangebot in Deutschland (weltweit einmalig) im Gesundheitssystem verankert: Es wird im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 65 d SGB V derzeit erprobt und mit 5 Mio. Euro jährlich für «besondere Therapieeinrichtungen» vom Spitenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) finanziert.

Seit Projektbeginn (1.6.2005) bis Ende des Jahres 2020 wurden am Gründungsstandort in Berlin 3297 Kontaktaufnahmen registriert (telefonisch, per E-Mail), von denen 1467 die Diagnostik vollständig abgeschlossen hatten und 738 ein Therapieplatz angeboten wurde. Die Betroffenen stammten aus allen sozialen Schichten, wussten im Schnitt seit dem 22. Lebensjahr um ihre sexuelle Neigung, kamen aber erst im Alter von durchschnittlich 38 Jahren ins Projekt.

help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD), Child Abuse & Neglect 8/2009, 545–549.

32 Beier (Fn. 29).

33 Klaus M. Beier, Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children – The Berlin Dissexuality Therapy, 2021.

Mittlerweile konnte das Konzept bundesweit etabliert werden und an allen 11 Standorten wird nun ein auf erwachsene Menschen ausgerichtetes kostenloses und durch Schweigepflicht geschütztes diagnostisches und therapeutisches Angebot für Individuen mit einer Pädophilie vorgehalten. Diese erhalten therapeutische Unterstützung, mit ihrer sexuellen Präferenz leben zu lernen, diese in ihr Selbstbild zu integrieren und zu akzeptieren. Gleichzeitig ist das Ziel, einen erstmaligen/wiederholten sexuellen Kindesmissbrauch bzw. die erstmalige/wiederholte Nutzung von Missbrauchsabbildungen (sog. Kinderpornografie) zu verhindern. Die Inanspruchnahme des Angebots hat sich durch diese Ausweitung bis Ende des Jahres 2020 mit über 11374 Kontaktaufnahmen verdreifacht, von denen 4229 diagnostisch vollständig erfasst wurden und 2314 ein Therapieangebot unterbreitet werden konnte (vgl. keintaeter-werden.de).

Im Zeitraum zwischen 2005 und 2020 hatten sich in Berlin 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 ein nicht-ausschliesslicher Typus einer Pädophilie.

2.4. Präventionsangebote für Jugendliche

Es zeigte sich im Rahmen dieser Präventionsarbeit, dass Erwachsene mit einer Pädophilie mehrheitlich angaben, bereits im Jugendalter um ihre sexuelle Präferenz gewusst zu haben und gehäuft gegenüber Kindern sexuell übergriffig geworden zu sein – was sich deckt mit den Ergebnissen der Studie von Elliott und Mitarbeiter*innen (1995).³⁴ 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.³⁵

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 – nunmehr aber auch im Rahmen des Modellvorhabens kassenfinanziert ist. Das Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) bietet kostenfreie Beratung, Diagnostik und Therapie für freiwillig hilfesuchende Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren, bei denen aufgrund von sexuell auffälligem Verhalten und/

³⁴ Michele Elliott/Kevin Browne/Jennifer Kilcoyne, Child sexual abuse prevention: What offenders tell us, *Child Abuse & Neglect* 5/1995, 579–594.

³⁵ Bundeskriminalamt, *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland, Berichtsjahr 2016*, Wiesbaden 2017.

oder Fantasien von einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema auszugehen ist.

Mit Stand Dezember 2020 erreichten das Projekt insgesamt 357 Anfragen, wobei es sich mit einer Ausnahme um männliche, durchschnittlich 15-jährige Jugendliche handelte: 80% hatten bereits sexuelles Missbrauchsverhalten gegenüber Kindern gezeigt, nur die wenigsten (15%) waren deshalb mit der Justiz in Berührung gekommen, die meisten Taten (85%) fanden im Dunkelfeld statt. Der Erstkontakt wurde v.a. von Bezugspersonen initiiert (80%), wobei auch Jugendliche selbst Kontakt suchten (20%). Die Anfragen stammten aus dem gesamten Bundesgebiet. Insgesamt haben 177 (männliche) Jugendliche die Eingangsdiagnostik vollständig abgeschlossen. Diese waren im Durchschnitt 15,4 Jahre alt, hatten zu 83% Geschwister und lebten zu 40% in Jugendhilfeeinrichtungen. Bei 56% lag mindestens eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung vor, u.a. ADHS, (hyperkinetische) Störung des Sozialverhaltens, Intelligenzminderung etc. Insgesamt 51% waren gegenüber Kindern sexuell übergriffig gewesen, 15% hatten Missbrauchsabbildungen genutzt und bei 15% fanden sich beide Delikte. Hinsichtlich der sexuellen Präferenz konnte bei 37% eine exklusive Präferenz für das vor- und/oder frühkindliche Körperschema ermittelt werden, bei 33% lag zusätzlich die sexuelle Ansprechbarkeit durch das erwachsene Körperschema vor und 25% der Jugendlichen zeigten eine Ansprechbarkeit durch das erwachsene Körperschema. Insgesamt wurde 102 Jugendlichen ein Therapieangebot unterbreitet.

2.5. Präventionsangebote via Fernbehandlung

Durch die Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2018 wird nun darüber hinaus für Jugendliche und Erwachsene auch eine Fernbehandlung erprobt, die auch Personen in Regionen mit einer geringen Versorgungsdichte erreichen soll. Das wurde im Zeitraum vom 1.5.2020 bis zum 31.12.2021 vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt unter dem Projekttitel „Prävention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot“ finanziell gefördert. Seit Projektbeginn (Mai 2020) bis November 2020 hatten sich 32 Erwachsene und drei Jugendliche gemeldet.

2.6. Präventionsangebote via Internet

Wegen der Vielzahl der internationalen Anfragen und einer speziellen Kooperation des Berliner Instituts mit einem Netzwerk von Therapeuten in Indien (dort v.a. in Mumbai und Pune³⁶), wurde zudem das internetbasierte Selbst-

36 Vgl. PPPSV.org (zuletzt besucht am 30.4.2021).

managementprogramm Troubled Desire entwickelt³⁷. Dies ist auf Deutsch, Englisch, Französisch, Hindi, Marathi, Portugiesisch, Spanisch, Russisch, und Türkisch online verfügbar (Italienisch in Vorbereitung). Innerhalb von 30 Monaten (zwischen dem 25.10.2017 und dem 25.4.2020) haben 7496 Nutzer aus allen Kontinenten (insgesamt aus 87 Ländern) eine Online-Session begonnen. 4161 Nutzer haben die Diagnostik vollständig durchlaufen, bei ca. 80% besteht eine pädophile und/oder hebephile Sexualpräferenz. Dabei besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme und Werbemassnahmen in den jeweiligen Ländern, weshalb Deutschland die meisten Nutzer verzeichnet.³⁸ Geplant ist, das Programm noch in weiteren Sprachen anzubieten, um auf diese Weise eine global zugängliche Präventionsmassnahme vorzuhalten.

3. Die Zukunft der «Trauma-Pandemie»

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

Eine prinzipielle präventive Erreichbarkeit von Verursachenden sexueller Traumatisierungen steht außer Frage, wenn man dafür die Voraussetzungen schafft, die insbesondere auf rechtlicher Ebene in den verschiedenen Ländern ganz unterschiedlich sein können und v.a. nicht die Schweigepflicht umfassen, sondern im Gegenteil, eine Offenbarungspflicht für Therapierende vorsehen, die Kenntnis erlangen von sexuellen Missbrauchshandlungen in der Vorgeschichte von Patienten (sog. «Mandatory Report Laws»).

In Indien besteht eine solche Offenbarungspflicht sogar für die allgemeine Bevölkerung, also für jeden.³⁹ Allerdings erweist sich dies dort als vollkommen wirkungslos, da die Anzeigebereitschaft äußerst gering ist. Das hängt damit zusammen, dass man aus kulturellen Gründen Opfer von Kindesmissbrauch nicht öffentlich bekannt machen möchte, weil sich dadurch beispielsweise die Heiratschancen von Mädchen drastisch mindern würden.

Die Bereitschaft der WHO, sich Präventionsmaßnahmen bezogen auf die Verursachenden in diesen Indikationsgebieten zu öffnen, ist gering. Seitens der Europäischen Union ist die Situation insofern ernüchternd, als die Lanzarote-

37 Vgl. <<https://troubled-desire.com/en/>> (zuletzt besucht am 30.4.2021).

38 Miriam Schuler *et al.*, Characteristics of the Users of Troubled Desire – A Web-Based Self-management App for Individuals with Sexual Interest in Children: Descriptive Analysis of Self-assessment Data, JMIR Mental Health 2/2021.

39 Ministry of Women and Child Development, Model Guidelines under Section 39 of The Protection of Children from Sexual Offences Act, September 2013, <<https://wcd.nic.in/sites/default/files/POCSO-ModelGuidelines.pdf>> (zuletzt besucht am 30.4.2021).

Convention des Europarates aus dem Jahre 2007 (Treaty Series-No. 201) und die Richtlinie 2011/92/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Dezember 2011 «zur Bekämpfung des sexuellen Missbrauchs und der sexuellen Ausbeutung von Kindern sowie der Kinderpornografie» bislang nicht umgesetzt wurden. Artikel 22 der Richtlinie betrifft «Präventive Interventionsprogramme oder -maßnahmen». Darin heisst es: «Die Mitgliedstaaten treffen die erforderlichen Maßnahmen, um sicherzustellen, dass Personen, die befürchten, dass sie eine der Straftaten nach den Artikeln 3 bis 7 begehen könnten, gegebenenfalls Zugang zu wirksamen Interventionsprogrammen oder -maßnahmen erhalten können, die dazu dienen, das Risiko möglicher Straftaten einzuschätzen und zu verhindern.» (Art. 3: «Straftaten im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch», Art. 4: «Straftaten im Zusammenhang mit sexueller Ausbeutung», Art. 5: «Straftaten im Zusammenhang mit Kinderpornografie», Art. 6: «Kontaktaufnahme zu Kindern für sexuelle Zwecke», Art. 7: «Anstiftung, Beihilfe und Versuch»).

Es ist zu hoffen, dass sich eine Berücksichtigung der verursacherbezogenen Präventionsarbeit in einem geplanten «EU Child Protection Centre» möglicherweise realisieren lässt.⁴⁰

Fakt ist, dass die «Trauma-Pandemie» fortschreitet und in präventiver, wie in therapeutischer Hinsicht nur einen Bruchteil der gesellschaftlichen Ressourcen zur Aufarbeitung und Bewältigung erhält, wie dies bei der Corona-Pandemie der Fall ist.

Dabei wären die zu ergreifenden Schritte relativ übersichtlich, aber diese nur (rechts-)politisch umsetzbar. Sie müssten sich inhaltlich konzentrieren auf die Verursachenden, die Übertragungswege und die Folgen – jeweils eingebettet in eine Begleitforschung zur fortlaufenden Optimierung der Prozesse. Es macht wenig Sinn, sich auf einen dieser Bereiche überwiegend zu konzentrieren – so wie man auch bei einer Virus-Pandemie Aktivitäten nicht auf Infizierte (Betroffene) beschränkt, sondern auf die Infektionsauslöser (Verursachende) und die Übertragungswege ausdehnt.

Bezogen auf Verursachende wären alle Massnahmen, die dazu beitragen, dass eine sexuelle Traumatisierung nicht stattfindet, eine potentiell tatverursachende Person also keinen Übergriff begeht und keine Missbrauchsabbildungen nutzt oder aber eine Person, die bereits Straftaten begangen hat, keine weiteren begeht. Dies würde durch verbesserte Ermittlungstätigkeit der Strafverfolgungsbehörden ermöglicht, die dafür entsprechend ausgestattet werden müssten – wie auch die Justiz zur zeitnahen Durchführung von Strafverfahren. Allerdings steht die Repression gerade nicht in Konkurrenz zur Prävention.

⁴⁰ Vgl. European Parliament, Children rights in occasion of the 30th anniversary of the Convention on the Rights of the Child (2019), https://europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2019-0066_EN.pdf (zuletzt besucht am 30.4.2021).

Das Ziel ist auch erreichbar durch die Inanspruchnahme von Therapieangeboten für potentiell tatverursachende Personen, die folglich vorgehalten und leicht zugänglich sein müssen (siehe 2.). Auch die Erforschung und Bereitstellung entsprechender Medikamente zur Erhöhung der Verhaltenskontrolle ist hochrelevant für die Prävention von Übergriffen, aber im Gegensatz zum Konkurrenzkampf um die erste wirksame Impfung gegen das Corona-Virus ist in diesem Indikationsgebiet kein wirkliches Engagement der pharmazeutischen Industrie erkennbar, das mit Anreizen geschaffen werden müsste.

Bezüglich der *Übertragungswege* ist eine ordnungspolitische Einflussnahme auf die IT-Konzerne erforderlich. Sie stellen ja den Nährboden her für die virale Ausbreitung. Analog würde man Einrichtungen mit erhöhter Verbreitungsgefahr des Corona-Virus isolieren. Mindestens zu fordern wären also wirksame und staatlich überprüfbare Eindämmungsmassnahmen für die Ausbreitung sexueller Traumatisierungen im Internet (etwa bezüglich Grooming, Bullying sowie der Nutzung von Missbrauchsabbildungen). 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. Betroffene von sexualisierter Gewalt leiden oftmals langfristig unter den psychischen Folgen des Erlebten. In Deutschland besteht durch die mangelnde Verfügbarkeit qualifizierter Hilfsangebote eine enorme Versorgungslücke für diese Zielgruppe. Der hochschwellige Zugang zu adäquater Diagnostik und Therapie wird durch die von Traumafolgestörungen verursachten Einschränkungen aufseiten der Betroffenen weiter verstärkt: Dabei stellen Stigmatisierungsängste und Scham die grössten emotionalen Barrieren im Hilfesuchverhalten dar. Trotz erfolgter Absichtserklärungen relevanter Akteure des deutschen Gesundheitssystems, die das Problem seit vielen Jahren kennen (siehe z.B. die «Rahmenempfehlung zur Verbesserung des Informationsangebots, der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung» aus dem Jahre 2012), hat sich an der Situation bis heute strukturell nichts geändert. Man geht als Folge dieser Versorgungsdefizite davon aus, dass mindestens 90% der Betroffenen bislang keine adäquate Therapie erhalten.⁴¹ Therapieangebote müssten möglichst niedrigschwellig verfügbar gemacht werden, gegebenenfalls auch über anonyme Fernbehandlungskonzepte und durch die Krankenkassen abgesichert.

Zusammengefasst: Es bedarf der *Verhaltensprävention* (bezogen auf die Verursachenden), der *Verhältnisprävention* (bezogen auf die Übertragungswege)

⁴¹ Christian J. Bachmann *et al.*, Prevalence and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Germany: An Analysis of Nationwide Health Insurance Data, 2008 vs 2017, Psychiatrische Praxis 6/2021, 316–323.

und der *Traumafolgenprävention* (bezogen auf die Opfer). Abbildung 2 verdeutlicht diese verschiedenen Ebenen der Prävention sexueller Traumatisierung und ihrer Folgen.

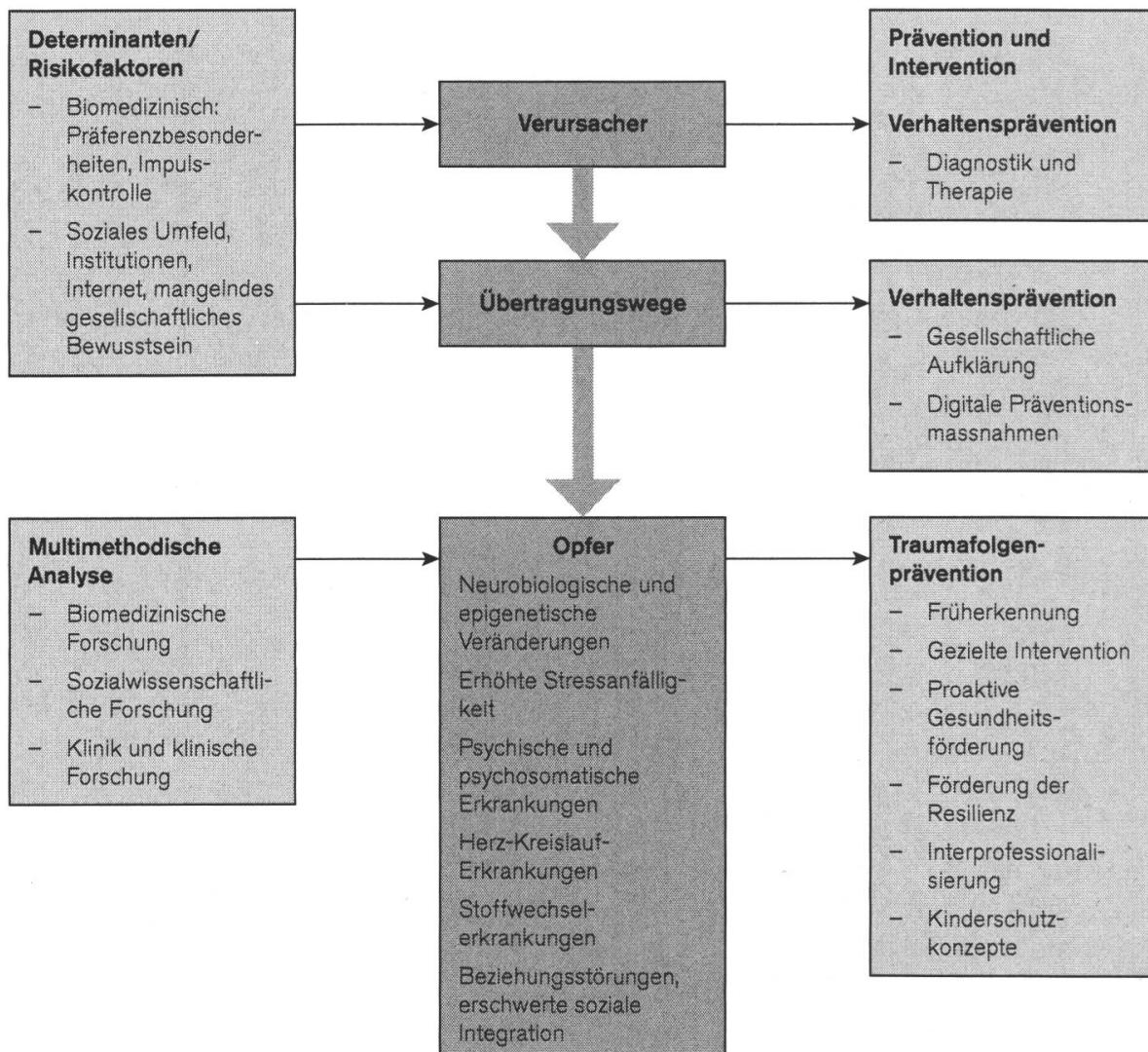


Abbildung 2: Verschiedene Ebenen zur Prävention sexueller Traumatisierung und ihrer Folgen

Erforderlich wäre schliesslich die Einrichtung von zentralen (nationalen) Forschungsstellen sowohl für die Diagnostik und Therapie der Opfer von sexuellen Traumatisierungen als auch für die Diagnostik und Therapie tatverursachender Personen. Es ist nach wie vor unverständlich, dass wegen Sexualstraftaten Angeklagte derzeit nur zu einem kleinen Prozentsatz (je nach Delikt zwischen 5 und 15%) begutachtet werden.⁴² Dem könnte man durch eine

⁴² Hartmut A. Bosinski *et al.*, Zur Häufigkeit der Schuldfähigkeitsbegutachtung von Sexualstraftätern im Erkenntnisverfahren, Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 3/2010, 202–210.

zentrale Begutachtungsstelle abhelfen, z.B. für alle angeklagten Fälle internet-basierter Sexualkriminalität. Zum einen liesse sich dadurch im Rahmen von diesbezüglichen Strafverfahren sachverständiges Wissen über Persönlichkeit, sexuelle Präferenzstruktur, Prognose und Therapiemöglichkeiten der Angeklagten regelhaft einbringen und zum anderen ein Referenzsystem für die interdisziplinäre Forschung an der Schnittstelle zwischen (forensischer) Verhaltensanalyse und Informationstechnik schaffen, was auch für die internationale Zusammenarbeit von erheblichem Nutzen wäre. Auch die Bereitstellung möglichst massgeschneideter Behandlungsoptionen für Opfer sexueller Traumatisierung setzt fachübergreifende Forschungsaktivitäten voraus, die sich nur durch suffiziente Förderstrukturen realisieren lassen.

Ohne diese Massnahmen dürfte die Zukunft der «Trauma-Pandemie» so aussehen, dass sie sich ungebremst weiter entfalten wird – weil sie eben als solche nicht (an-)erkannt wird und daher gesamtgesellschaftlich und international keine vergleichbaren Anstrengungen unternommen werden, um sie einzudämmen, wie dies bei anderen Pandemien, insbesondere der Corona-Pandemie, der Fall ist.

