

***Sexuellem Kindesmissbrauch vorbeugen – Das  
Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“***

von

**Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier**

Dokument aus der Internetdokumentation  
des Deutschen Präventionstages [www.praeventionstag.de](http://www.praeventionstag.de)  
Herausgegeben von Hans-Jürgen Kerner und Erich Marks im Auftrag der  
Deutschen Stiftung für Verbrechenverhütung und Straffälligenhilfe (DVS)

---

Zur Zitation:

Klaus M. Beier: Sexuellem Kindesmissbrauch vorbeugen – Das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“, in: Kerner, Hans-Jürgen u. Marks, Erich (Hrsg.), Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages. Hannover 2014, [www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/2767](http://www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/2767)



# Sexuellem Kindesmissbrauch vorbeugen – Das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“



lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?

es gibt hilfe! kostenlos und unter schweigepflicht. institut für sexualmedizin der charité,  
telefon: 030/450 529 450, [www.kein-täter-werden.de](http://www.kein-täter-werden.de)

mit unterstützung von CHARITÉ UNIVERSITÄTSKLINIKUM BERLIN VolkswagenStiftung ANSELME KREIER



Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier  
Institut für Sexualwissenschaft und  
Sexualmedizin der Charité  
Universitätsmedizin Berlin  
Universitätsmedizin Berlin  
[www.sexualmedizin-charite.de](http://www.sexualmedizin-charite.de)  
[klaus.beier@charite.de](mailto:klaus.beier@charite.de)

Deutscher Präventionstag 2014 - Karlsruhe

# Indikationsgebiete der Sexualmedizin



- Störungen der sexuellen Funktion
- Störungen der sexuellen Entwicklung
- Störungen der Geschlechtsidentität (Geschlechtsdysphorie)
- **Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien)**
- **Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität)**
- Störungen der sexuellen Reproduktion

# Dimensionen von Sexualität

## Lustdimension

d.h. ihre Bedeutung für Möglichkeiten des sexuellen Lustgewinns.

## Fortpflanzungsdimension

d.h. ihre Bedeutung für die Fortpflanzung.

## Beziehungsdimension

d.h. ihre Bedeutung für die Befriedigung basaler, psycho-emotionaler Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Akzeptanz, Geborgenheit und Nähe.

(ausführlich: K.M. Beier und K. Loewit, Praxisleitfaden Sexualmedizin, Springer 2011)

# Sexuelle Präferenzstruktur

Manifestiert sich während der Pubertät auf drei Achsen:

- **Geschlecht** des begehrten Partners (androphil, gynäphil oder auf beide Geschlechter)
- **Körperliches Entwicklungsalter** des begehrten Partners (kindliches, peripubertäres, erwachsenes Entwicklungsalter)
- **Art und Weise der Interaktion mit dem begehrten Partner** (von normkonform bis paraphil)

Schicksal und nicht Wahl. Bleibt nach der Pubertät stabil.

(ausführlich: K.M. Beier und K. Loewit, Praxisleitfaden Sexualmedizin, Springer 2011)

# Häufigkeiten

- gemäß internationaler Studien mit kleinen, meist studentischen Stichproben:
  - masturbieren 3 - 5% der Befragten zu Fantasien mit „jungen“ Mädchen und Jungen
  - berichten 3 – 5% über sexuelle Kontakte mit Kindern jünger als 12 Jahre
- nach einer anonymen populationsbasierten Erhebung des Institutes für Sexualmedizin und Sexualwissenschaft der Berliner Charité (N=373):
  - geben 9,4% der befragten Männer wiederkehrende sexuelle Fantasien mit präpubertären Kindern an
  - berichten 5,9% von Masturbationsfantasien mit präpubertären Kindern
  - berichten 3,8% von sexuellen Kontakten zu Kindern
- aktuell muss eine Prävalenz von ca. 1 – 5% angenommen werden

Ahlers et al., 2009; Beier et al., 2006; im Überblick Seto, 2008

# Berliner Männer Studie (BMS 2003)

Repräsentative Stichprobe

Berliner Männer 40 – 79

Jahre

N = 6000



Ausgefüllter Fragebogen  
zu Erektionsstörung und  
Lebensqualität

BMS I

n = 1915



Teilnahme an ausführlicher Exploration zu  
sexuellem Erleben und Verhalten (einschl.  
Paraphilien)

n = 310 partnerschaftlich Gebundene

n = 63 Singles

n = 373 Männer

n = 108

Partnerinnen

BMS II

Keine Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Daten (z. B. Schulbildung,  
Familienstand)

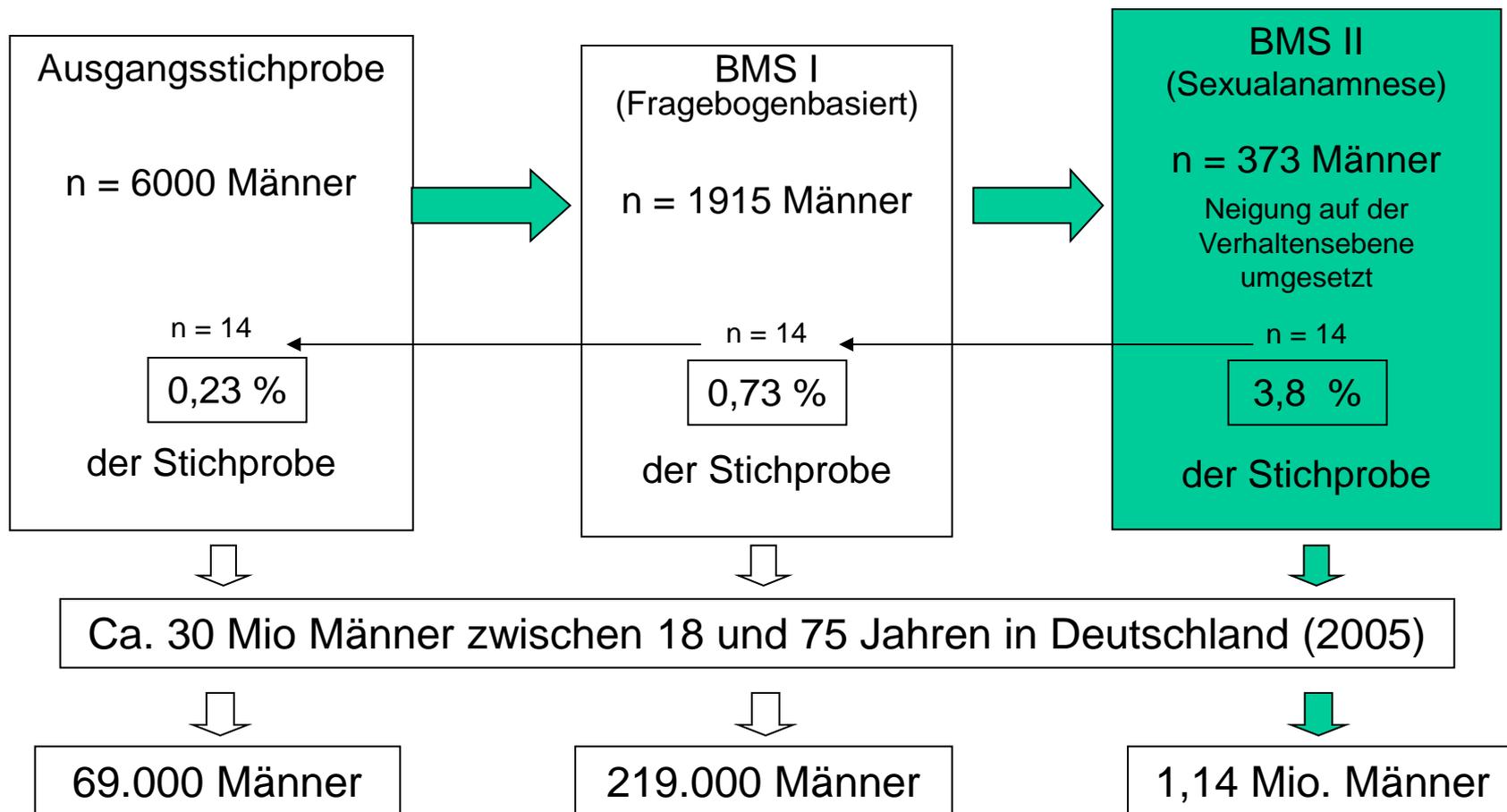
*Schäfer et al. 2003, Beier et al. 2005; Englert et al. 2007; Ahlers et al. 2009*



# Häufigkeit sexueller Erregungsmuster bei Teilnehmern der BMS (N=373)

Erregungsmuster	Erlebnisebenen (%)		
	Sexualphantasien	Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung	Sexualverhalten
nicht-menschliche Objekte (z.B. Stoffe oder Schuhe)	29,5	26,0	24,1
Tragen von Frauenkleidung	4,8	5,6	2,7
Gedemütigtwerden	15,5	13,4	12,1
Quälen anderer Personen	21,4	19,6	15,3
Heimliches Beobachten von Intimsituationen	34,3	24,1	17,7
Genitales Präsentieren gegenüber Fremden	3,5	3,2	2,1
Berühren fremder Personen in der Öffentlichkeit	13,1	7,0	6,4
<b>Kindliche Körper</b>	<b>9,4 (n=35)</b>	<b>5,9 (n=22)</b>	<b>3,8 (n=14)</b>
Sonstiges	6,2	6,2	4,6
Sexuelle Ansprechbarkeit auf mindestens ein Erregungsmuster	57,6	46,9	43,7

# Prävalenzschätzung basierend auf pädophil motivierten Verhaltensstörungen (BMS II)



- **Wetzels 1997**

- repräsentative Stichprobe; 3289 Personen zwischen 16 und 59 Jahren
- Prävalenz: Frauen 8,6 %; Männer 2,8 %

- **Bieneck, Stadler, Pfeiffer 2011**

- repräsentative Stichprobe; 11428 Personen zwischen 16 und 40 Jahren
- Prävalenz: Frauen 6,4 %; Männer 1,3 %

---

- **Häuser et al. 2011**

- repräsentative Stichprobe; 4455 Personen zwischen 14 und 90 Jahren
- Prävalenz für sexuellen Missbrauch in der Gesamtstichprobe: 12,6 %

## Wissensstand sexueller Kindesmissbrauch

- Bei ca. 40% der wegen sexueller Übergriffe auf Kinder inhaftierten Männer kann eine entsprechende sexuelle Präferenz angenommen werden (Präferenztäter).
- Ca. 60% der Taten wird von Männern ohne entsprechende Sexualpräferenz als sogenannte „Ersatzhandlung“ begangen (Nicht-Präferenztäter).

*Beier 1998, Seto 2008*

## Nicht-Präferenztäter („Ersatzhandlungen“)

der sexuelle Missbrauch des Kindes ist ein Ersatz für eigentlich gewünschte

Sexualkontakte mit erwachsenen Partnern. Mögliche Ursachen:

- soziosexuelle Unerfahrenheit (Jugendliche)
- geistige Behinderung
- Persönlichkeitsstörung
- Allgemein grenzverletzende familiären Bedingungskonstellationen  
(Täter: Väter, Stiefväter, Geschwister)

*Beier 1998; APA 1999*

# Definitionen von Pädophilie und Hebephilie

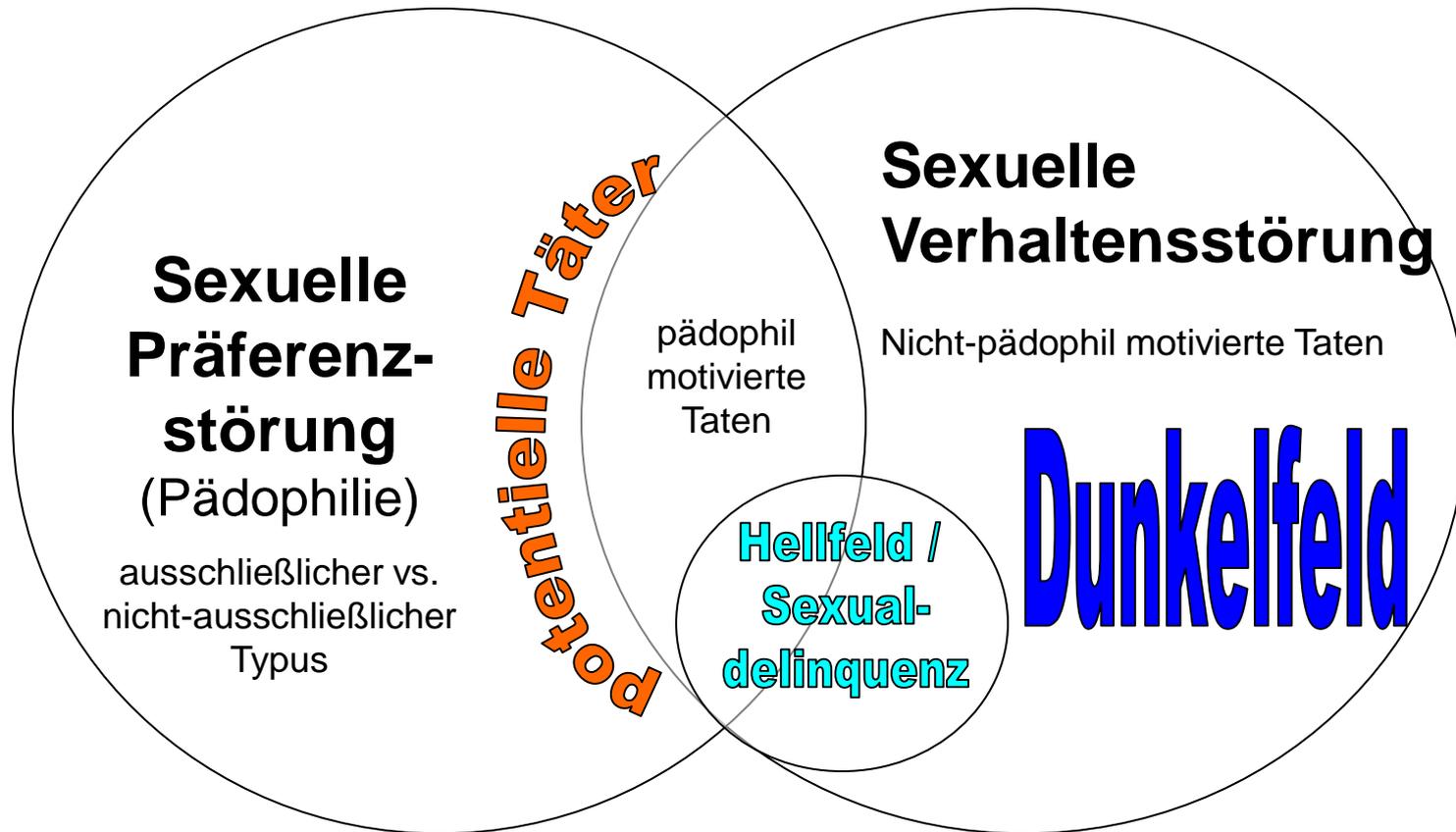
- **Pädophilie**: Sexuelle Ansprechbarkeit für ein kindliches Körperschema - DSM-5: 302.2 ICD-10: F65.4
- **Hebephilie**: Sexuelle Ansprechbarkeit für ein peripubertäres Körperschema (wird von den meisten Mädchen und Jungen im 12. Lebensjahr erreicht) - DSM-5: 302.9; ICD-10: F65.4 o. F 65.9

Kommt vor als „ausschließlicher Typus“ oder „nicht-ausschließlicher Typus“

Risikofaktor für Verhaltensstörung und deren Persistenz

# Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch

Pädophilie  $\neq$  sexueller Kindesmissbrauch  
Leidensdruck gleichwohl häufig



# Projektentstehung

- Forschung: Wissen über Manifestationsformen und Verlauf der pädophilen Sexualpräferenz (große Stabilität der Ausrichtung, hohe Rückfälligkeit)
- Klinik: Eigenmotivierte Patienten, die Hilfe suchen, weil sie
  - unter sexuellen Fantasien bezogen auf Kinder leiden
  - befürchten, erstmalig oder erneute sexuelle Übergriffe auf Kinder zu begehen
- Mangel an psychotherapeutischen Angeboten, da Diagnostik und Behandlung sexueller Präferenzstörungen nicht Gegenstand der Facharzt- oder Fachtherapeuten-Ausbildung ist
- sozialtherapeutische Programme der staatlichen Institutionen des Straf- und Maßregelvollzugs (inklusive Bewährungshilfe) sind ausschließlich für rechtskräftig verurteilte Sexualstraftäter zuständig (Hellfeld)



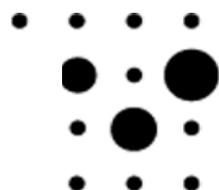
# Beteiligte an der Projektrealisation



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend



Bundesministerium  
der Justiz



Volkswagen**Stiftung**

CHOLZ & FRIENDS AGENDA

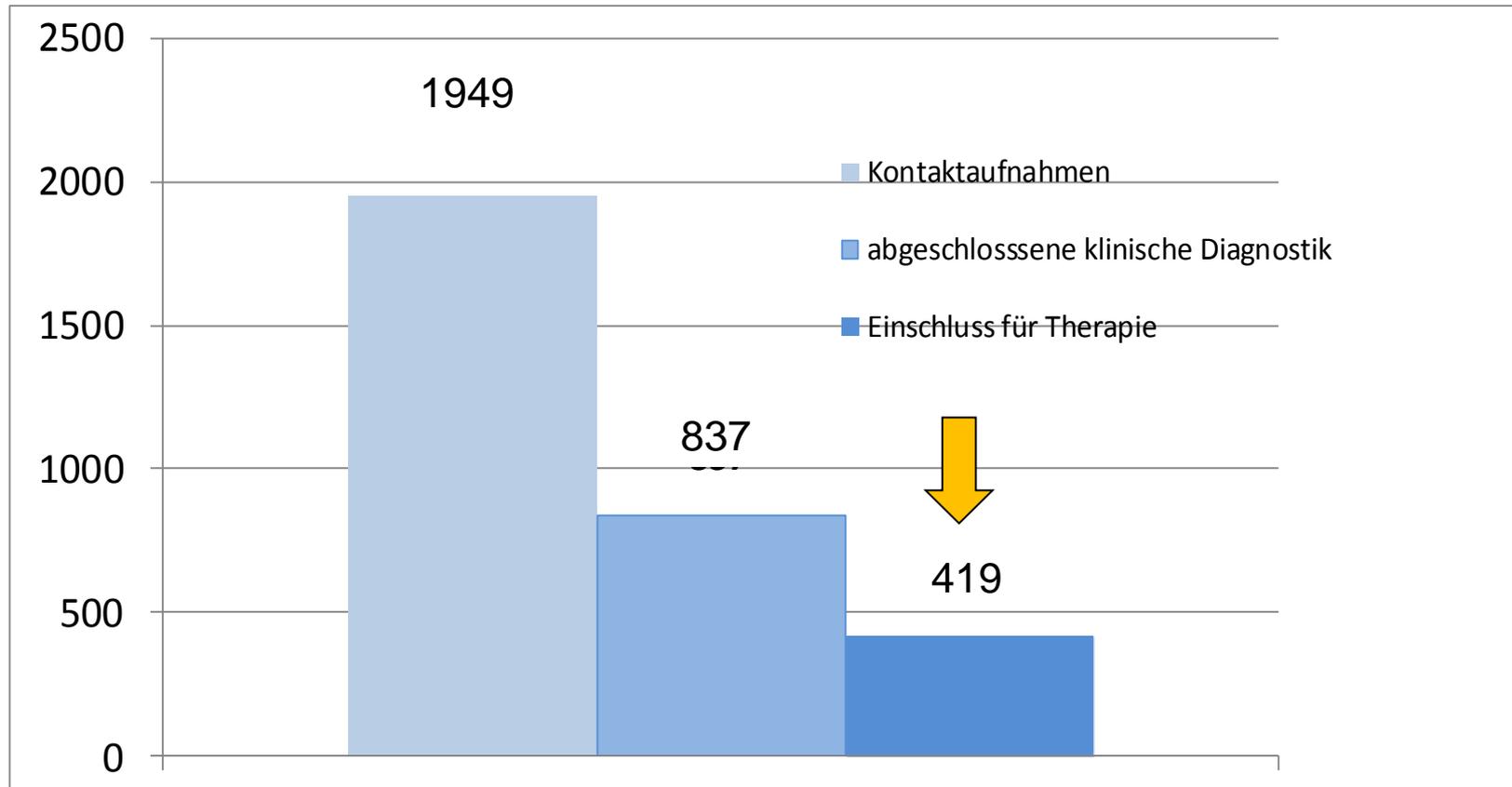
CHOLZ & FRIENDS HAMBURG

# Kommunikationsziele

- Niemand darf allein aufgrund seiner sexuellen Präferenz (vor)verurteilt werden.
- Konsum von Missbrauchsabbildungen und sexueller Kindesmissbrauch müssen verhindert werden
- Menschen mit einer sexuellen Präferenzstörung mit oder ohne Verhaltensstörung können bei sachgemäßer Behandlung Verhalten lernen.

# Projektstatus Berlin

## Juli 2005 – 18. März 2014



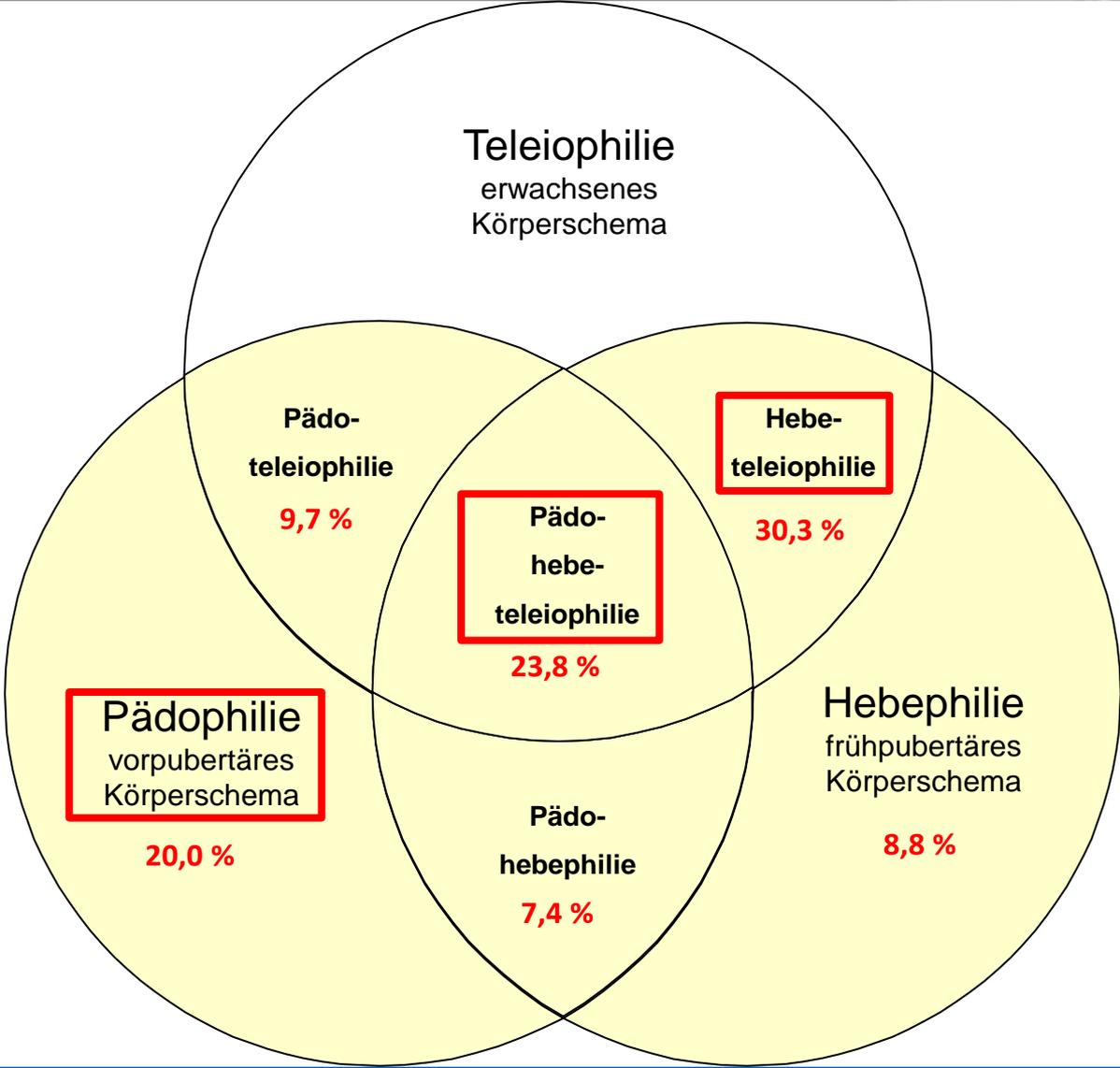
# Soziodemographische Daten

- **Durchschnittsalter:**
  - 37,2 Jahre (SD=11,5 J., Range: 17 – 68 Jahre)
- **Bildung:**
  - 53,5% besuchten > 11 Jahre Bildungseinrichtungen
- **Beschäftigung:**
  - 71,9% sind aktuell erwerbstätig
- **Bindung:**
  - 41,0% sind aktuell partnerschaftlich gebunden
- **Bezugsperson für Kinder:**
  - 35,2% sind Bezugsperson für ein/mehrere Kind(er)

n = 398



# Phänomenologie der sexuellen Präferenz



n = 340

# PPD-Leidensdruck

Betroffene berichteten mehr akute Symptombelastung im Vergleich zu einer männlichen Normstichprobe, beispielsweise ausgeprägtere Symptome

- bezüglich Zwanghaftigkeit
- Unsicherheit in Sozialkontakten,
- Depressivität,
- Ängstlichkeit

und weisen eine höhere Gesamtbelastung mit klinischen Symptomen auf.

# PPD-Risikofaktoren

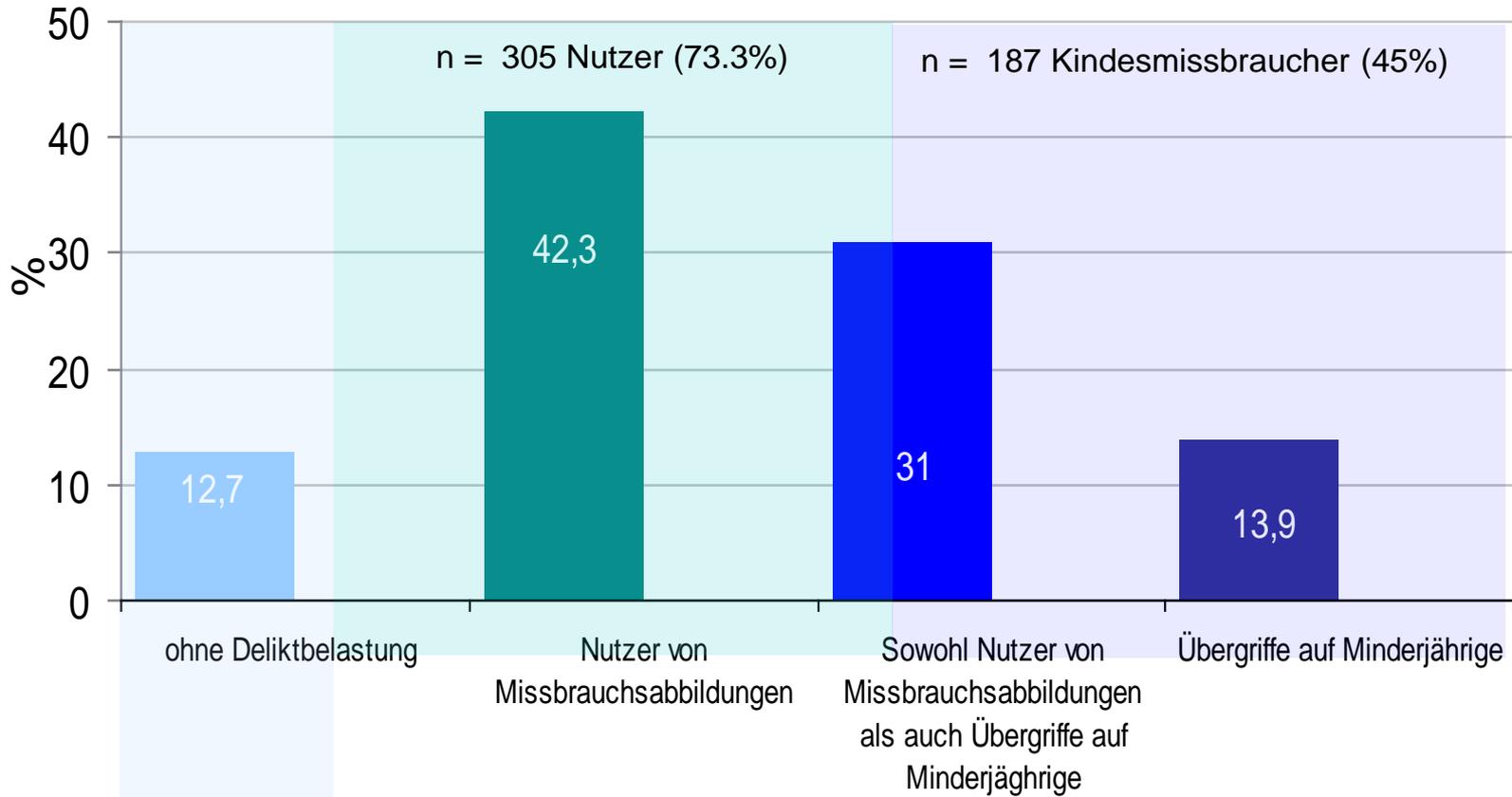
Betroffene berichteten bezüglich Ausprägungen auf bekannten dynamischen Risikofaktoren im Vergleich zu männlichen Vergleichsstichproben:

- mehr emotionale Einsamkeit
- stärkere Nutzung von emotionalen Bewältigungsstrategien in schwierigen/stressbetonten Situationen
- mehr problematische Einstellungen in Bezug auf sexuelle Übergriffe auf Kinder



# Deliktbelastung

Angaben in %

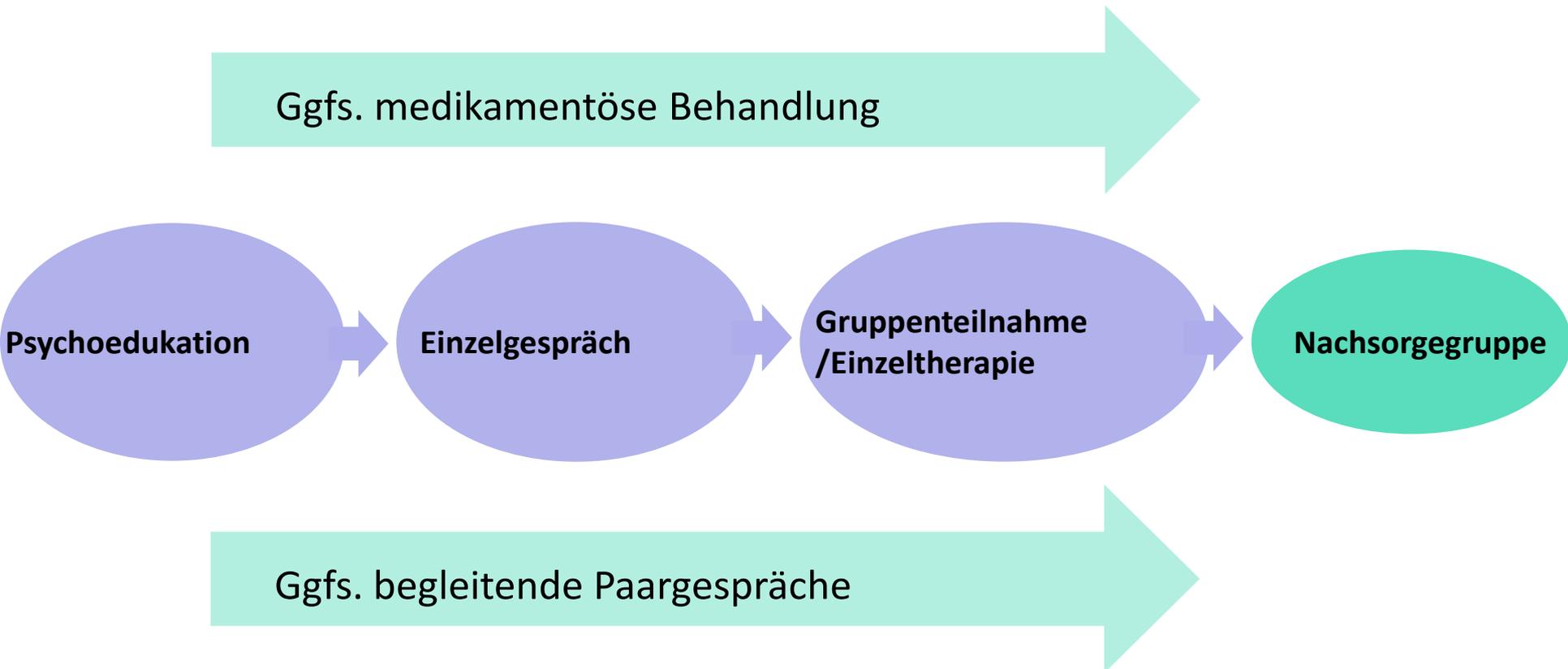


**88.9% der Delikte mit Missbrauchsabbildungen und 91.1% der Missbrauchsdelikte fanden *ausschließlich im Dunkelfeld* statt**

n = 416

# Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT)

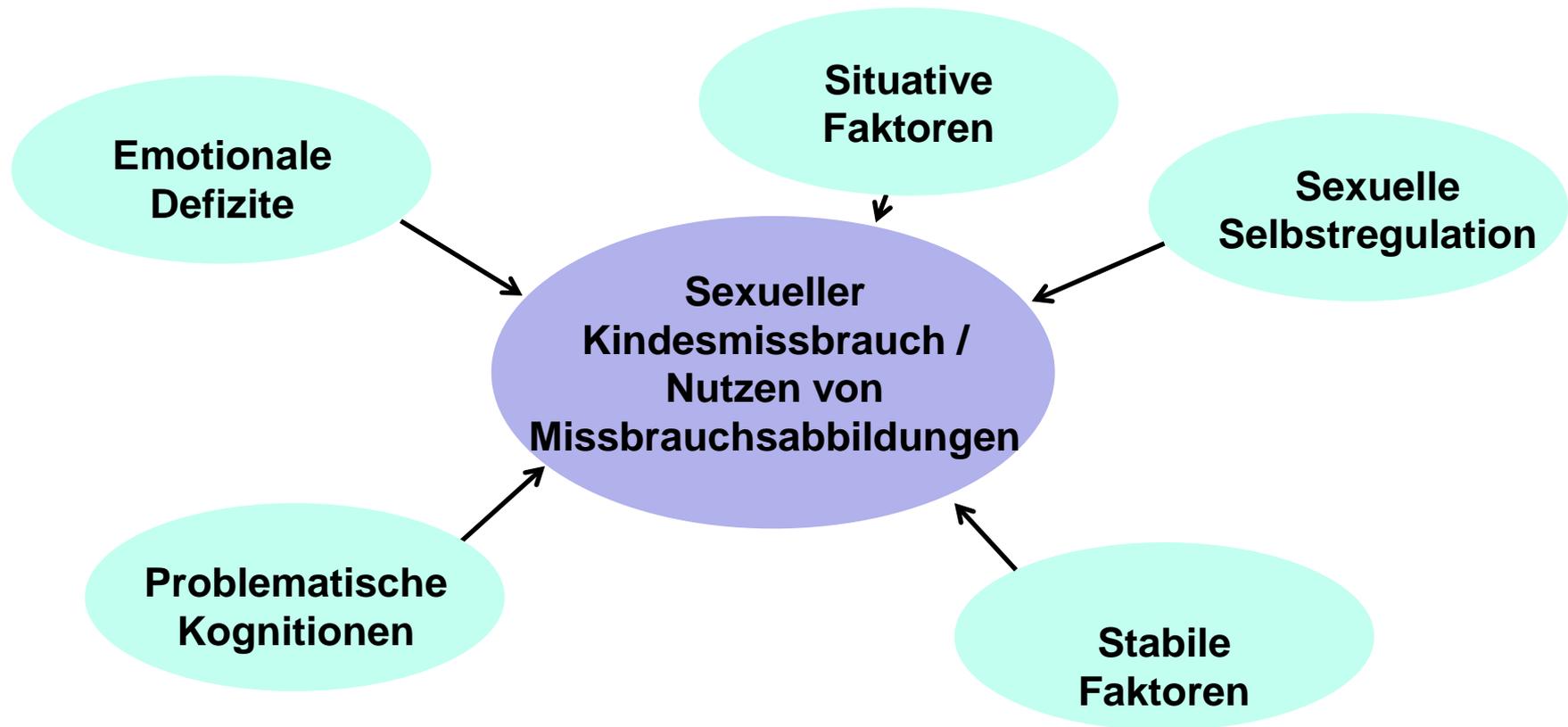
## Ablauf



Sukzessiver Aus- und Aufbau von Selbstkontrolle unter besonderer Berücksichtigung dynamischer Risikofaktoren

# Therapie-Rationale

Erhöhung der Verhaltenskontrolle durch therapeutische Bearbeitung der relevanten Risikofaktoren



- SSRI:
  - Citalopram, Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Venlafaxin
- Antiandrogene
  - Cyproteronacetat  
[Medroxyprogesteronacetat (USA)]
- GnRH-Analoga
  - Triptorelin  
[Leuprorelin, Goserelin]



# Veränderungen bedeutsamer Risikofaktoren (N=53; Berlin 2011)



Emotionale Defizite	<ul style="list-style-type: none"><li>• Einsamkeit <b>gesunken</b> *</li><li>• Emotionsorientiertes Coping <b>gesunken</b> *</li></ul>
Missbrauch begünstigende Kognitionen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Missbrauch begünstigende Einstellungen <b>gesunken</b> **</li><li>• Emotionale und kognitive Opferempathie <b>gestiegen</b> *</li></ul>
Sexuelle Selbstregulation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selbstwirksamkeitserwartung <b>gestiegen</b> *</li><li>• Häufigkeit von Masturbationsfantasien mit Kindern <b>gesunken</b> *</li></ul>



## Abschlussbericht des Runden Tisches vom 30.11.2011:

„Täterbezogene Präventionsmaßnahmen sollen systematisch ausgebaut werden, um sexuelle Übergriffe überhaupt (primäre Prävention) oder Rückfälle (sekundäre und tertiäre Prävention) zu verhindern.“ → ZIEL

# Stand Präventionsnetzwerk



## *Bisherige Standorte im Bundesgebiet*

- 07/2005 Berlin (finanziert BMJV)
- 03/2009 Kiel (Justiz)
- 09/2010 Regensburg (Justiz)
- 10/2011 Leipzig (Soziales)
- 03/2012 Hannover (Soziales)
- 04/2012 Hamburg (Justiz)
- 01/2013 Stralsund (Soziales)
- 12/2013 Gießen (Justiz)

## *Gerade begonnen*

- 06/2014 Düsseldorf (Wissenschaft)
- 07/2014 Ulm (Soziales)

## *Mögliche zukünftige Standorte*

- Mainz (Soziales)
- Saarland (Justiz)

## *Ziele*

- flächendeckende Versorgung
- Standards für Diagnostik/Therapie
- Vergrößerung der Stichprobe für Evaluation

# Situation in der EU: Handlungsbedarf

- Direktive 2011/92/EU des Europäischen Parlaments
  - Lanzarote Convention des Europarates

Mitgliedstaaten sollen sicherstellen, dass potentielle Sexualstraftäter, die behandlungswillig sind, Zugang zu effektiven Behandlungsprogrammen erhalten, welche das Risiko für sexuelle Übergriffe evaluieren und reduzieren können.