5 Fragen an…

Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier

Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier ist Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalytiker und seit 1996 ist Professor für Sexualwissenschaft am Universitätsklinikum Charité der Humboldt-Universität zu Berlin. Im Jahr 2005 rief er das Präventionsprojekt Dunkelfeld „Kein Täter werden" ins Leben.

Das Präventionsprojekt Dunkelfeld „Kein Täter werden" existiert seit 2005. Wie kam es zu der Idee für das Projekt?

Grundlage für die Projektidee waren Forschungsergebnisse, die ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle der Universität Kiel gesammelt hatte. Dort lag die einmalige Situation vor, dass Zugriff bestand auf eine hohe Zahl von Gerichtsgutachten über Sexualstraftäter, die über viele Jahrzehnte kontinuierlich erstellt worden waren. Im Rahmen meiner Habilitation habe ich die ehemals Begutachteten nachuntersucht, um der Frage nachzugehen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass jemand, der einen Übergriff begangen hat, wieder übergriffig werden wird. Es stellte sich heraus, dass Täter mit einer pädophilen Präferenzstörung ein besonders hohes Risiko aufweisen, im weiteren Lebensverlauf wieder Taten zu begehen. Bei einem durchschnittlichen Nachuntersuchungszeitraum von 25 Jahren lag die Rückfallwahrscheinlichkeit für diese Gruppe bei 80 Prozent, wobei sich die meisten der erneuten Übergriffe im Dunkelfeld ereigneten, also nicht justizbekannt wurden. Die Täter waren überwiegend unbehandelt gewesen.
Wir wissen, dass sich eine Präferenzstörung – das betrifft neben der Pädophilie auch beispielsweise masochistische oder fetischistische Neigungen – in der Jugend der Betroffenen manifestiert und hiernach für das weitere Leben unveränderbar bestehen bleibt. Dies gilt im Übrigen auch für die sexuelle Orientierung auf das erwachsene Körperschema des Gegengeschlechts, in der Alltagssprache als Heterosexualität bezeichnet, wobei in diesem Falle die Unveränderbarkeit von niemandem in Frage gestellt wird. Bei kooperationsbereiten Menschen, die wahrheitsgemäß Auskunft geben, lässt sich das sexuelle Präferenzmuster durch Exploration der präorgastischen Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung gut in Erfahrung bringen. Wenn ein Mann beispielsweise auf Männer orientiert ist, werden da Männer auftauchen und keine Frauen. Wenn jemand einen Fußfetischismus hat, dann taucht dort ein Fuß auf. Und wenn jemand pädophil ist, tauchen da Kinder auf. Auch mit Hilfe bildgebender Verfahren konnten wir nachweisen, dass Personen mit einer pädophilen Präferenzstörung als Reaktion auf ein kindliches Körperschema als visuellen Stimulus ein ähnliches Aktivierungsmuster zeigen wie das, welches ein auf Frauen orientierter Mann beim Blick auf das erwachsene weibliche Körperschema aufweist.
Bis zu diesem Zeitpunkt hatte allerdings noch niemand den – eigentlich nahe liegenden – Schluss gezogen, dass, wenn bei den Betroffenen eine Ausrichtung auf Kinder ab dem Jugendalter besteht, die sich dann nicht mehr ändert und hiermit ein hohes Übergriffs- sowie Rückfallrisiko verbunden ist, man versuchen sollte, diese Personen möglichst primär präventiv zu erreichen, also bevor sie übergriffig geworden sind. Dann besteht die Möglichkeit, dass sie lernen, die Verantwortung für ihre Neigung zu übernehmen und ihr Verhalten vollständig zu kontrollieren. Im Falle der Pädophilie würden Kinder Schaden nehmen – bei direkten Übergriffen, aber auch durch die Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Die Forderung, die man stellen kann und muss, ist damit ganz klar: vollständige Verhaltenskontrolle, lebenslang.

Wie war die erste Resonanz auf das Projekt und die damit verbundene Werbeaktion mit Plakaten und Fernseh-Spots?

Unsere Pressearbeit war damals sehr offensiv und ein großer Erfolg. Am Anfang war bei den Journalisten eine gewisse Skepsis zu spüren. Aber je mehr sie sich mit dem Thema befassten, desto

© www.report-psychologie.de

mehr sahen sie: Dieser Präventionsansatz hat wirklich Sinn. Die Berichterstattung betraf in diesem Sinne alle großen Zeitungen. Und die Spots wurden deutschlandweit ausgestrahlt. Das hat die Akzeptanz des Projekts eindeutig gefördert und seit Projektbeginn haben wir mittlerweile über 1.600 Anfragen von Betroffenen. Über 600 Personen waren bei uns und wurden diagnostisch erfasst, 300 von ihnen haben wir einen Therapieplatz angeboten.
Mich wunderte diese Resonanz nicht. Ersten epidemiologischen Daten zufolge ist die Prävalenz paraphiler Präferenzstörungen viel höher als bisher angenommen. Laut Ergebnissen der „Berliner Männer Studie“ scheint für den deutschen Sprachraum die Hypothese berechtigt, dass etwa ein Prozent der Männer eine sexuelle Ansprechbarkeit für den kindlichen Körper aufweisen. Dazu gehören Personen mit sogenanntem ausschließlichem Typus, aber auch Personen mit nicht-ausschließlichem Typus, die sowohl das kindliche als auch das Erwachsenen-Körperschema als erregungssteigernd empfinden. Betroffen sind fast ausschließlich Männer, Frauen nur extrem selten. In meiner bisherigen Laufbahn habe ich erst bei einer Frau die Diagnose Pädophilie gestellt.
Berücksichtigen muss man, dass die Betroffenen große Angst vor sozialer Stigmatisierung haben und bemüht sind, ihr Erleben abzuschirmen. Vor der Medienoffensive haben wir daher Patienten aus unserer Ambulanz, die sich aufgrund einer pädophilen Präferenzstörung vorgestellt hatten, befragt, wie so eine Kampagne gestaltet sein müsste, damit sie darauf reagieren. Das war sehr eindeutig: Sie muss wertfrei sein, also nicht moralisierend, aber auch nicht pathologisierend – jedenfalls bezogen auf die pädophile Präferenz selbst. Wichtig war außerdem der Aspekt der Schweigepflicht als Grundlage für die erforderliche Offenheit. Die Ergebnisse dieser Befragung von Betroffenen sind neben unserer klinischen Erfahrung in die Gestaltung der Kampagne eingeflossen. Das hat sehr gut funktioniert: Wir vermochten die Zielgruppe tatsächlich anzusprechen und viele Betroffene meldeten sich.
Täter ohne Präferenzstörung erreichen wir hingegen leider nicht. Das ist vielen gar nicht klar: Über die Hälfte – wahrscheinlich etwa 60 Prozent – der Täter, die sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen, sind nicht pädophil. Bei diesen Taten, die von nicht präferenzgestörten Personen – übrigens auch deutlich mehr Männern als Frauen – verübt werden, sprechen wir von Ersatzhandlungen. Die gezeigten sexuellen Verhaltensstörungen können auf eine Persönlichkeitsstörung, oder auf soziosexuelle Unerfahrenheit oder geistige Behinderung zurückgehen, ereignen sich aber auch im Rahmen allgemein grenzverletzenden innerfamiliären Verhaltens durch Familienangehörige als Täter. Gerade in letzteren Fällen können die Opferschäden enorm sein, weil meist familiäre Bedingungen vorliegen, die wenige Schutzräume für die betroffenen Kinder bereit halten, welche für die Bewältigung der Traumatisierungen erforderlich wären.

Was passiert, wenn sich jemand bei Ihnen in der Ambulanz meldet? Wie verläuft der Prozess?

Anfangs zu klären ist das Störungsbild des Betroffenen – wobei größtmöglicher Aufschluss über die sexuelle Präferenzstruktur angestrebt wird – und ferner, ob er schon Übergriffe begangen hat und ob er Missbrauchsabbildungen nutzt. Dann sind Ausschlusskriterien zu prüfen, beispielsweise, ob aktuell ein Ermittlungsverfahren läuft und somit keine Dunkelfeldzugehörigkeit gegeben ist, was Auswirkungen auf die Behandlungsmotivation haben kann.
Sofern die Kriterien erfüllt sind, erhält der Betroffene ein Therapieangebot, das möglichst zeitnah umgesetzt wird. Das therapeutische Vorgehen integriert verhaltenstherapeutische und sexualmedizinische Ansätze, die die Möglichkeit einer medikamentösen Unterstützung beinhalten. Ziel der Therapie ist es, das eigene Verhalten so zu kontrollieren, dass es zu keinem sexuellen Übergriff auf Kinder oder einer Nutzung von Missbrauchsabbildungen kommt. Im Verlauf der Therapie erlernen die Patienten die angemessene Wahrnehmung und Bewertung ihrer sexuellen Wünsche und Bedürfnisse, die Identifizierung und Bewältigung gefährlicher Entwicklungen sowie Strategien zur Verhinderung von sexuellen Übergriffen. Vorrangig werden Gruppentherapien durchgeführt, es besteht aber auch die Möglichkeit einer Behandlung im Einzelsetting. Gruppentherapien haben den Vorteil, dass die Betroffenen sich gegenseitig korrigieren, zum Beispiel hinsichtlich ihrer kognitiven Verzerrungen.
Im Rahmen des Programms informieren wir alle Patienten über die medikamentöse Therapie, die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente und unsere Erfahrungen damit. Eine

© www.report-psychologie.de

medikamentöse Behandlung wird zwar nur etwa von einem Fünftel der Patienten genutzt, aber allen Patienten sollte diese Option bekannt sein, um gegebenenfalls darauf zurückgreifen zu können.
Das manualisierte Programm läuft über die Dauer eines Jahres. Anschließend haben die Betroffenen die Möglichkeit, weiter Kontakt zu halten. Wir haben sowohl eine Nachsorgegruppe als auch offene Gruppen, in denen Patienten einzelne Module wiederholen können. Denn eine pädophile Präferenzstörung ist eine lebenslang bestehende, chronische Problematik für die Betroffenen. Auch zehn Jahre nach Abschluss des Behandlungsprogramms können durch eine Veränderung der Lebensumstände, zum Beispiel einen Umzug und neue soziale Kontakte, unerwartet Risikosituationen entstehen. Etwa im Rahmen der Nachbarschaftshilfe, wenn zum Beispiel die Kinder der alleinerziehenden Mutter von nebenan gehütet werden sollen. Allerdings ist es keineswegs so, dass jemand mit pädophiler Präferenz alle Kinder gleichermaßen anziehend findet. So wie Männer, die auf Frauen orientiert sind, nicht alle Frauen attraktiv finden, haben auch Männer mit einer pädophilen Präferenzstörung ein ziemlich spezifisches Muster: Das Kind muss ein bestimmtes Erscheinungsbild haben, eine bestimmte Haarfarbe oder ein bestimmtes Merkmale aufweisen – bis hin zur Zahnlücke.
Insgesamt haben wir festgestellt, dass wir mit unserem Programm die Risikofaktoren, welche Übergriffe begünstigen – also zum Beispiel fehlende Opferempathie und kognitive Verzerrungen – erfolgreich beeinflussen können. Was sich als weniger gut beeinflussbar erweist, ist leider die Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Ich verwende schon lange nicht mehr den Begriff Kinderpornografie, denn dieses Wort ist eine echte Verharmlosung. Was auf diesen Abbildungen zu sehen ist, ist der Missbrauch von Kindern. Das hat mit Pornografie nichts zu tun. Sehr viele Betroffene, die zu uns kommen, haben diese Abbildungen bereits gesehen. Diese Materialien im Netz zu finden, ist nicht schwer. Somit ist eine große Versuchung gegeben, der viele nicht dauerhaft zu widerstehen vermögen. Wir schaffen es durch unser Programm, die Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu vermindern, das Ziel ist ein vollkommener Verzicht, eine Verhaltensabstinenz.

Was sind Ihre Pläne und Ziele für die Zukunft des Projekts?

Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich Folgendes sagen: Wir erreichen unsere Zielgruppe und können Übergriffe verhindern. Wir wollen Betroffenen aber deutlich früher primär präventive Behandlungsangebote unterbreiten – momentan sind sie im Durchschnitt 40 Jahre alt, wenn sie zu uns kommen. Ihr Problem haben sie aber schon seit dem Jugendalter. Je mehr es gelingt, die gesellschaftliche Akzeptanz dieser verursacherbezogenen Präventionsarbeit zu erhöhen, um so früher werden die Betroffenen zu uns kommen, und um so mehr Betroffene werden das Angebot annehmen.
Umdenken muss die Gesellschaft darüber hinaus in der Bewertung der Missbrauchsabbildungen. Es fehlt – so emotional das Thema ansonsten besetzt ist – ein ausreichendes Problembewusstsein. Selbst Staatsanwälte und Richter vertreten mitunter die Auffassung: Besser, sie benutzen diese Bilder, als wenn sie Kinder missbrauchen. Entsprechend ist der juristische Umgang mit der Problematik auch eher milde. Der Strafrahmen wird nur selten ausgeschöpft, das Verfahren meist mit einer Geldstrafe abgeschlossen. Eine Hauptverhandlung findet nur selten statt. Somit ist auch die rechtliche Hemmschwelle, diese Abbildungen zu nutzen, relativ niedrig. Wir versuchen daher in der Öffentlichkeitsarbeit deutlich zu machen, dass es sich nicht um Bagatellen handelt und für die Herstellung der Bilder Kinder real missbraucht wurden, bzw. weiterhin entsprechende Handlungen stattfinden, um diese Materialien zu produzieren. Parallel bemühen wir uns um eine fortgesetzte Optimierung des Behandlungsprogramms, um das Nutzerverhalten effektiv eindämmen zu können.
Ein andere Aufgabe für die Zukunft resultiert aus der Feststellung, dass etwa die Hälfte der Interessenten nicht in Berlin oder Brandenburg wohnt und infolgedessen die Behandlungsangebote nicht wahrnehmen kann. Daher bemühen wir uns, das Präventionsprojekt bundesweit auszubauen und weitere Ambulanzen zu eröffnen. Mittlerweile gibt es in Deutschland neben der ersten Ambulanz in Berlin drei weitere Anlaufstellen: in Kiel, Regensburg und Leipzig. Mitte März 2012 eröffnet der Standort Hannover. In weiteren Bundesländern gibt es diesbezüglich bereits konkrete Planungen.
Das war bzw. ist allerdings nicht ganz leicht. Denn wie immer geht es um die dafür benötigten Mittel. Einsicht in die Sinnhaftigkeit besteht allerorts – erst recht nach dem Abschlussbericht des Runden

© www.report-psychologie.de

Tisches zum sexuellen Kindesmissbrauch. Aber bis zu einer Haushaltsentscheidung ist es doch ein langer Weg.
Und es gibt ein weiteres Hindernis sowohl bei den Psychologen als auch bei den Ärzten: Diagnostik und Therapie sexueller Störungen sind nicht Teil der Ausbildung. Wenig nachvollziehbar, wenn man bedenkt, was für ein riesiges Betätigungsfeld das ist. Das führt aber dazu, dass es meist keine bestehenden fachlich qualifizierten Infrastrukturen gibt, auf die man zurückgreifen könnte. Sie müssen erst aufgebaut werden – was den Aufwand beträchtlich erhöht.
Langfristig möchten wir das Projekt auch international bekannt machen. Da diese Form der Prävention funktioniert, ist nicht einzusehen, warum nicht Kinder aus anderen Ländern ebenfalls davon profitieren sollten. Allerdings erweist sich in so großen Staaten wie den USA und Kanada die rechtliche Situation als hinderlich. Durch das dort geltende „mandatory report law“ besteht für die behandelnden Therapeuten die Pflicht, ihre Patienten anzuzeigen, wenn diese Übergriffe begangen haben. Ansonsten machen sie sich selbst strafbar. Wie ausgeführt, ist aber die Schweigepflicht der Therapeuten eine wichtige Voraussetzung für die Präventionsarbeit im Dunkelfeld. Wenn die Betroffenen die Sorge haben müssten, dass belastende Informationen bei der Justiz landen, würden sie sich wohl kaum melden. Ich hoffe, dass sich trotz der ungünstigen Gesetzeslage in einigen Ländern Wege finden lassen, vergleichbare Projekte zu installieren.

Das Thema Kindesmissbrauch ist sehr emotional besetzt. Wie war bzw. ist die öffentliche Reaktion auf das Projekt Dunkelfeld?

Die öffentliche Reaktion ist durchweg positiv und sehr ermutigend. Es gibt in einer offenen Gesellschaft natürlich immer einzelne negative Stimmen, die aber wenig Gehör finden, weil sie sich bei näherem Hinsehen nicht als stichhaltig erweisen. Zum Beispiel wird in dem TV-Spot die Frage gestellt: „Lieben sie Kinder mehr als Ihnen lieb ist?“ Da wurde reklamiert, dass sexuelle Übergriffe mit Liebe nichts zu tun haben – was richtig ist, aber auch zeigt, dass die Kritiker nicht wirklich eingedacht sind. Sie machen den grundlegenden Fehler, von der Fantasie auf das Verhalten zu schließen. Wenn jemand sich aufgrund seiner pädophilen Präferenz in Kinder verliebt und Kinder in seinen sexuell erregenden Fantasien vorkommen, heißt das nicht, dass er Taten begehen muss. Doch das nehmen viele Menschen automatisch so wahr. Wenn ein alleinstehender Mann zu seiner Nachbarin sagen würde: Ich bin pädophil und kann aus diesem Grund nicht auf Ihr Kind aufpassen, dann wäre das ein sehr korrektes Verhalten. Aber selbst in dem unwahrscheinlichen Fall, dass die betreffende Nachbarin ihm dafür Respekt zollt, weil sie das selbst für ein sehr korrektes Verhalten hielte, würde sie dennoch zukünftig sehr vorsichtig sein und wahrscheinlich alles, was ihr – zumindest im Umfeld – an Straftaten gegenüber Kindern bekannt wird, mit ihm in Zusammenhang bringen. In ihrer Vorstellung wird er automatisch zum Straftäter. Das wäre anders, wenn der Mann gesagt hätte: Ich trinke mit Ihnen keinen Alkohol, weil ich Alkoholiker bin.
Es gibt es auch Einwände meist religiöser Herkunft, die so weit gehen, bereits die sexuellen Fantasien als Sünde zu deklarieren. Dann wären alle Männer mit pädophiler Präferenzstörung sowieso Verbrecher, ob sie ihr Verhalten kontrollieren oder nicht. Da wir uns aber im Zeitalter nach der Aufklärung befinden, sind solche unplausiblen und inhumanen Einstellungen nicht mehrheitsfähig. Gleichwohl sollte es auch in einer aufgeklärten Gesellschaft Ziel sein, das Menschenbild hinsichtlich der Sexualität in zweierlei Hinsicht weiter zu fassen als viele das tun. Erstens: Keiner sucht sich seine sexuelle Ausrichtung aus. Das gilt für jeden – egal wie das jeweilige Präferenzmuster aussieht, welches wir genau aus diesem Grunde nicht moralisch bewerten dürfen. Zweitens: Fantasien sind nicht mit Verhalten gleich zu setzen. Und nur Verhalten – vor allem, wenn es anderen Schaden zufügt – ist zu verurteilen. Eigentlich ist das relativ simpel, aber von einem sachlichen Diskurs sind wir noch weit entfernt. Die gesamte Thematik ist – wie ich finde, aus sehr verständlichen Gründen – stark emotional belastet. Viele sind aber zugleich erstaunlich uninformiert. Gerade deshalb müssen wir das Wissen mehren und gezielt Informationen vermitteln. Und wir müssen hinzunehmen lernen, dass der Garten Gottes groß ist und darin auch die außerordentliche Vielfalt menschlicher Sexualität enthalten ist.

© www.report-psychologie.de