



Ruhr-Universität Bochum
Juristische Fakultät

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines
„Master of Criminology and Police Science (M.A.)“

Thema:

„Kriminalprävention durch Aktivierung von Selbstmeldern:
Täterorientierte Prävention bei pädophilen Männern
- primär- und sekundärpräventive Therapie im freiwilligen
Kontext“

Erstgutachter: Prof. Dr. Rüdiger Wulf

Vorgelegt von Christine Opfer
Kottendorfer Str. 37a
42697 Solingen
Matrikel-Nummer: 108108201049
Abgabedatum: 15.01.2011

Inhaltverzeichnis

1.	Einleitung und Problemstellung	S. 01
1.1	Kriminalpräventive Aspekte	S. 04
1.2	Beccaria-Standards	S. 05
2.	Pädophilie	S. 07
2.1	Terminologie	S. 07
2.2	Prävalenz der Pädophilie	S. 08
2.3	Formen der Pädophilie	S. 09
2.4	Tätertypologien	S. 10
2.5	Entstehungsbedingungen	S. 11
3.	Pädophilie und Kriminalität	S. 13
3.1.	Pädophilie und Kindesmissbrauch	S. 13
3.2	Pädophilie und Kinderpornografie	S. 15
3.3	Pädokriminalität und Internet	S. 16
3.6	Strategien pädosexueller Täter	S. 16
3.5	Viktimologie	S. 18
3.6	Pädophilenbewegung	S. 18
4.	Therapeutische Möglichkeiten	S. 19
4.1	Zielgruppe	S. 20
4.2	Therapieziele	S. 20
4.3	Therapiemotivation	S. 23
4.4	Zielgruppenerreichbarkeit	S. 24
4.5	Diagnostik	S. 25
4.6	Therapeutische Ansätze	S. 27
4.7	Anforderungen an die Therapeuten	S. 29
4.8	Versorgungslage	S. 30

5.	Prävention sexueller Delinquenz Pädophiler	S. 31
5.1.	Schutz durch Gesetze	S. 31
5.2	Prävention auf der Ebene der Gesellschaft und ihrer Institutionen	S. 32
5.3	Aufklärung und Information von Kindern und ihrem Umfeld	S. 33
5.4	Polizeiliche Präventionsmöglichkeiten	S. 35
5.5	Täterorientierte Prävention	S. 36
	5.5.1 Rückfallprävention	S. 37
	5.5.2 Selektive Prävention	S. 38
	5.5.3 Primärpräventive Aspekte	S. 38
6.	Der pädophile Mann im Spiegel der Gesellschaft	
	- Konsequenzen	S. 39
7.	Forschungsteil	S. 43
7.1	Methodenwahl	S. 43
7.2	Feldzugang	S. 47
7.3	Interviewergebnisse	S. 53
	7.3.1 Behandlungsnotwendigkeit und -bedarf	S. 53
	7.3.2 Unzureichende Versorgungslage	S. 54
	7.3.3 Zweifel an Selbsthilfe	S. 55
	7.3.4 Rolle des Internets	S. 55
	7.3.5 Bedeutung der Entstehungsbedingungen	S. 56
	7.3.6 Präventions- und Projektziele	S. 57
	7.3.7 Zielgruppe	S. 57
	7.3.8 Zielvorstellungen Betroffener	S. 58
	7.3.9 Erreichbarkeit der Zielgruppe	S. 59
	7.3.10 Therapiemotivation	S. 60
	7.3.11 Erreichbarkeit der Zielvorstellungen	S. 62
	7.3.12 Erforderliche Diagnostik	S. 63
	7.3.13 Bevorzugtes Setting	S. 63

7.3.14	Methodenwahl	S. 64
7.3.15	Einsatz von Medikamenten	S. 64
7.3.16	Therapieinhalte	S. 65
7.3.17	Umgang mit Schweigepflicht	S. 66
7.3.18	Bedeutung von Angehörigenarbeit	S. 66
7.3.19	Angemessene Behandlungsdauer	S. 67
7.3.20	Finanzierung der Behandlung	S. 67
7.3.21	Angemessener institutioneller Hintergrund	S. 68
7.3.22	Angemessener Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund der Mitarbeiter	S. 69
7.3.23	Fachlichkeit	S. 70
7.3.24	Erfolgskriterien	S. 70
7.3.25	Überprüfung der Erfolgskriterien	S. 70
7.3.26	Schwächen und Stärken bestehender Angebote	S. 71
7.3.27	Notwendigkeit von Nachsorgeangeboten	S. 72
7.3.28	Notwendigkeit schulischer Prävention	S. 72
7.3.29	Das gesellschaftliche Tabu und seine Folgen	S. 73
7.3.30	Perspektivische Überlegungen	S. 75
8.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	S. 76
9.	Fazit und Ausblick	S. 82
	Literaturverzeichnis	S. 85
	Erklärung	S. 94
	Anhang	

„Nobody likes sexual offending – often not the people who do it. Hardly anyone likes sexual offenders either“ (Mann, 2007).

1. Einleitung und Problemstellung

Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit sind kriminalpräventive Programme für pädophile Männer. Kriminalpräventive Maßnahmen dienen der Vorbeugung und Verhinderung von Straftaten. Der Forschungsgegenstand bewegt sich auf der Ebene primärpräventiver und sekundärer bzw. selektiver Prävention (vgl. Meier 2010, S. 274). Selektive Maßnahmen werden für Personen einer identifizierten Risikogruppe entwickelt: „Sekundäre Prävention will es dem (potentiellen) Täterschwer machen und dem Opfer helfen [...]“ (Schwind 2009, S. 18f.). Kriminologisch relevant ist zunächst nicht die sexuelle Neigung einer pädophilen Person für sich genommen, sondern die evtl. ausgeführte sexuelle Handlung des Pädophilen an einem Kind.

Sexualdelikte gegen Kinder machen der PKS¹ zufolge den größten Teil der angezeigten Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung aus² (Pitzing 2004, Folie 3). Beier/Neutze (2009, S. 66) schätzen, dass die Anzahl der Taten im Dunkelfeld³ um ein fünffaches höher liegt als die im Hellfeld.

Die Gruppe der Personen, die sich sexuell an Kindern vergreifen, stellt sich jedoch sehr heterogen dar (vgl. Fiedler 2004, S. 242). Verlässliche Zahlen zur Anzahl pädophiler Missbrauchstäter an dieser Gruppe fehlen. Unter den begutachteten verurteilten Sexualstraftätern finden sich ca. 20% pädophile Männer⁴ (vgl. Nedopil et al. 2000, S. 165 u. Fiedler 2004, S. 293). Beier/Neutze (2009, S. 67) gehen bei etwa 15% der aufgrund sexuellen Kindesmissbrauchs inhaftierten Männer vom Vorliegen einer pädophilen Hauptströmung und bei ca. 25% vom Vorliegen einer pädophilen Nebenströmung aus⁵.

¹ Zu offiziellen Statistiken und ihren Mängeln vgl. Schwind (2009, S. 22-28) u. Kunz (2008, S. 173-177).

² Im Jahr 2009 wurden in der PKS insgesamt 11.319 Fälle von sexuellem Missbrauch an Kindern (nach §§ 176, 176a, 176b StGB) registriert.

³ Zur Problematik des Dunkelfelds siehe z.B. Meier (2010, S. 134-141).

⁴ Vgl. hierzu auch die Stellungnahme der DGfPI vom 04.11.2010, S.1.

⁵ Sieverding (2009, S. 156) und Vogt (2006, S. 22) hingegen führen Schätzungen an, bei denen sich der Anteil pädophiler Männer an den Tätern pädosexueller Übergriffe auf nur ca. 5% beläuft.

Der Anteil von Frauen als Täterinnen bei pädosexuellen Übergriffen liegt bei weniger als 10% - die Anzahl pädophil veranlagter Frauen in dieser Gruppe ist schwindend gering⁶ (vgl. Sieverding 2009b, S. 156). Aus diesem Grund konzentriert sich die vorliegende Ausarbeitung ausschließlich auf pädophile Männer, wenn auch im Bereich der Pädophilie und bzgl. der Pädosexualität von Frauen sicherlich Forschungsbedarf besteht⁷.

Die Virulenz der Thematik wird nicht zuletzt in Zusammenhang mit den neuen Medien offensichtlich: Mit zunehmender Häufigkeit nutzen Pädophile das Internet, um über Instant Messenger, Chat-Rooms oder Social Networks Kontakt zu Kindern aufzunehmen. Bundesweit existieren zahlreiche Netzwerke, in denen sich Pädophile organisieren und austauschen (vgl. Karremann 2010, S. 42ff.). Hier kommt es u.a. durch die Weitergabe von pornografischem Material zu kriminellen Handlungen.

Ohne äußeren Druck oder Zwang begeben sich bislang nur wenige pädophile Männer in Behandlung. Therapeutische Angebote werden in der Mehrzahl nur von den Pädophilen wahrgenommen, die hierzu gerichtlich angehalten werden, da sie bereits durch sexuelle Übergriffe strafrechtlich in Erscheinung getreten sind. Therapeutische Angebote für Selbstmelder⁸, die den pädophilen Männern im Vorfeld sexueller Delinquenz oder strafrechtlicher Registrierung Hilfestellung bieten, sind rar und werden bislang nur bedingt von Pädophilen in Anspruch genommen (vgl. Berner et al. 2007, S. 25f. u. 37f.).

Es mangelt demnach an der Problematik gegenüber aufgeschlossenen qualifizierten Anlaufstellen, die die Zielgruppe erreichen, ansprechen und zur Behandlungsaufnahme motivieren. Niedergelassene Therapeuten⁹ - aber auch Facheinrichtungen wie Ambulanzen für Sexualstörungen - schließen Pädophile nicht selten gänzlich aus ihrem Adressatenkreis aus (vgl. Nusser 2005, S. 13). Insbesondere die ambulante präventive therapeutische Versorgung für pädophile Männer präsentiert sich demnach lückenhaft und verbesserungswürdig (vgl. Karremann 2010, S. 208 u. Pitzing 2005, S. 86).

⁶ Fiedler (2004, S. 295) geht hingegen von einem Anteil von 10-30 % weiblicher Täterinnen an sexuellen Übergriffen aus, von denen ein „mehr oder weniger großer Prozentsatz immer auch die Kriterien der Pädophilie-Diagnose erfüllt“.

⁷ Hierzu ausführlicher Sieverding (2009, S. 156).

⁸ Mit Selbstmeldern sind in diesem Fall Männer mit pädophiler Präferenzstruktur zu verstehen, die eigenmotiviert Therapie suchen (vgl. Rudel/Wähler 2009, S. 34).

⁹ Der Einfachheit halber wird im Folgenden nur die männliche Form benutzt.

Ausgehend von der Annahme, dass präventive therapeutische Angebote deliktverhütende Verhaltensveränderungen bei pädophilen Männern bewirken und somit die Gefahr einer Tatbegehung oder eines Rückfalls mindern können, leisten diese Projekte einen wertvollen Beitrag zum Opferschutz. Je größer die Teilnehmerzahl an effektiven präventiven Therapieangeboten für Pädophile ist, desto mehr Lebensläufe potentieller Opfer sowie potentieller Täter können vor Viktimisierung oder Täterschaft bewahrt werden. Der Prävention sexueller Übergriffe kommt eine besondere Bedeutung zu, da die negativen Folgen sexueller Delinquenz sowohl für das Opfer als auch für den Täter und die jeweiligen Angehörigen erheblich und nachhaltig schädigend sein können und hohe Kosten für die Gesellschaft verursachen (vgl. Nusser 2005, S. 13).

Klaus M. Beier, Leiter des Instituts für Sexualmedizin der Charité Berlin und Leiter des Projekts „Dunkelfeld“, dem Berliner Ansatz zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch, betont entsprechend die Notwendigkeit und Bedeutung primärer Präventionsangebote für pädophile Männer:

„Denjenigen zu helfen, die auf Kinder gerichtete sexuelle Impulse verspüren und selbst motiviert sind, sexuelle Missbrauchshandlungen an Kindern zu vermeiden. Dies ist ein effektiver Beitrag zum Kinderschutz“ (Beier et al. 2006, S. 9).

Aus oben genannten Sachverhalten ergeben sich die folgenden forschungsleitenden Fragestellungen: Wie müssen präventive therapeutische Angebote für pädophile Männer konzipiert sein, damit sie kriminalpräventiv wirksam sind? Existieren in der BRD präventive Angebote für pädophile Männer, die diese Standards vorweisen können? Sollten derartige Programme in der kriminalpräventiven Landschaft der Bundesrepublik fehlen, so gilt es zu ermitteln, ob und wie entsprechende Ansätze entwickelt werden können und müssen. Hierzu gilt es Gütekriterien zu formulieren, die als Maßstab für die Planung, Durchführung und Evaluation effektiver präventiver Programme für pädophile Männer gelten können.

Als Richtlinie für qualitativ angemessene Kriminalprävention werden in dieser Arbeit die Beccaria-Standards herangezogen, denn: „Qualität ist in der kriminologischen Diskussion zu einer Größe geworden, an der niemand mehr vorbeikommt“ (Linszen/Meyer 2007, S. 179). Die Einhaltung der Standards gewährleistet eine hinreichende Qualifikation kriminalpräventiver Angebote (vgl. LPR 2007, S. 4). Im Rahmen der Masterarbeit soll demnach geprüft werden, wie ein primärpräventives

Projekt für pädophile Männer konzipiert sein müsste, um die Zielgruppe pädophiler Männer zu erreichen und den Beccaria-Standards zu genügen.

Dem Forschungsgegenstand wird sich zunächst theoretisch mittels Literaturanalyse genähert. Hierbei dienen die Beccaria-Standards bereits als grobes Auswertungsschema bzw. „Suchraster“ (Gläser/Laudel 2010, S. 200). Da sich das Thema im Bereich der Psychiatrie, der forensischen Psychiatrie sowie der Sexualmedizin bewegt, liegt auch der Schwerpunkt der Literatursauswahl in diesen Fachgebieten. Die genauere Betrachtung der gesellschaftlichen Situation pädophiler Männer sowie die geplante empirische Herangehensweise erfordern darüber hinaus einen Einbezug sozialwissenschaftlicher Studien und Methodenliteratur.

Um in einem nächsten Schritt die forschungsleitende Frage genauer zu erfassen und neben den Beccaria-Standards weitere Kriterien für eine effektive Präventionsarbeit mit männlichen Pädophilen zu benennen, werden qualitative Interviews mit Fachleuten und Betroffenen geführt und diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 199-204).

Die Arbeit schließt mit einer Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse sowie einem Ausblick auf die zukünftige Planung und Umsetzung primärpräventiver Programme für pädophile Männer.

1.1 Kriminalpräventive Aspekte

Es muss „Ziel sein, therapeutische Präventionsmaßnahmen für potentielle Täter zu etablieren, die greifen bzw. wirksam werden, bevor es zu sexuellen Übergriffen kommt“ (Beier et al. 2006, S. 7). Diese Forderung macht deutlich, dass sich das Thema dieser Abhandlung auf der Ebene der sekundären täterbezogenen Prävention¹⁰ bewegt, da es darum geht, „potentielle Täter [...] so zu beeinflussen, dass sich das konkretisierte Risiko möglichst nicht zu einer Straftat realisiert“ (Northoff 2007, 4.1., S. 1). Es handelt es sich demzufolge um ein kriminalpräventives Ziel, denn

„Kriminalprävention zielt auf die direkte oder indirekte Beeinflussung von Personen bzw. Situationen, um das Risiko zu vermindern, dass Straftaten began-

¹⁰ Sekundäre Prävention zielt des Weiteren darauf ab, kriminogene Situationen und „schutzbedürftige Opfer“ zu beeinflussen (Northoff 2007, 4.1., S. 1).

gen und Menschen Täter oder Opfer werden“ (BMI/BMJ 2006, S. 667).

Folgt man Northoff (2007, 4.1., S. 1), so berücksichtigt sekundäre Prävention jedoch „ungünstige gesellschaftlich Strukturen und psychosoziale Defizite“ nicht ausreichend und findet daher schnell ihre Grenzen. Da das Anliegen dieser Ausarbeitung auf weiter reichende Effekte bei potentiellen Tätern zielt, greift ein rein sekundärpräventiver Ansatz hier zu kurz. Nur wenn die sekundäre Prävention auch Anreize für die potentiellen Täter selbst schafft (z.B. eigener Nutzen durch Bearbeitung psychosozialer Defizite), kann sie erfolgreich sein. Und nur, wenn auch gesellschaftliche Einflüsse kritische Berücksichtigung finden, leistet der Präventionsansatz zugleich einen primärpräventiven¹¹ Beitrag und motiviert potentielle Täter zur freiwilligen Teilnahme¹². Täterorientierte Kriminalprävention bei Pädophilen kann nicht dazu beitragen, dass diese keine Pädophilie entwickeln. Sowohl Sekundär- als auch Primärprävention¹³ stoßen bei der Pädophilie demnach schnell an eine Grenze: die sexuelle Präferenzstörung ist nicht manipulierbar und dauert ein Leben lang fort (Beier et al. 2006, S. 4). Hieraus resultiert aber auch die Tatsache, dass präventive Beratungsangebote für Pädophile nicht zu einer weiteren Stigmatisierung der Zielgruppe führen, da das beschriebene Risiko bereits ohne entsprechende zielgerichtete präventive Angebote „konkretisiert“ ist (Northoff 2007, 4.1., S. 2): Pädophile Männer laufen Gefahr, eventuell sexuelle Handlungen an Kindern vorzunehmen oder diese auf anderem Wege zur Befriedigung ihrer sexuellen Bedürfnisse zu missbrauchen¹⁴.

1.2 Beccaria-Standards

„Tut man das Richtige richtig?“ (Linssen/Meyer 2007, S. 179) Diese Frage ist ebenso relevant für die Motivation der Mitarbeiter von kriminalpräventiven Angeboten sowie für die eventuelle Investition von Fördergeldern in derartige Projekte.

¹¹ Primäre Kriminalprävention setzt an den „hinter der Kriminalität stehenden Ursachen“ an (Northoff 2007, 3.1., S. 1).

¹² Hier zeichnet sich das Dilemma der Kriminalprävention ab, das der Epidemiologe Geoffrey Rose bereits 1981 als „prevention paradox“ bezeichnete: „a preventive measure that brings large benefits to the community offers little to each participating individual“ (Rose 1981, S. 1850, zit. In Lengerke/Manz 2007, S. 22).

¹³ Zur Unterscheidung primärer, sekundärer und tertiärer Kriminalprävention siehe genauer Meier (2010, S. 274-276).

¹⁴ Grundsätzlich gelten den Ergebnissen des Sherman-Reports zufolge „Maßnahmen, die im prädeliktischen Bereich an erkennbare Risiken und Gefährdungslagen anknüpfen“ als Erfolg versprechende Ansätze (Meier 2010, S. 284).

National wie international mangelt es an „Standards und Qualitätskriterien zur Planung, Durchführung und Bewertung kriminalpräventiver Projekte“ (ebd., S. 185)¹⁵. Standards ermöglichen durch systematische Vorgehensweise eine konzeptionelle Weiterentwicklung, eine Effektivitätssteigerung und eine Erhöhung der Effizienz von Projekten (vgl. ebd., S. 186). Sie dienen somit der Wirkungsüberprüfung¹⁶ und der Qualitätssicherung kriminalpräventiver Programme (ebd., S. 187).

Die so genannten Beccaria¹⁷-Standards sind das Ergebnis des Beccaria-Projekts „Qualitätsmanagement in der Kriminalprävention“ des Landespräventionsrates Niedersachsen¹⁸ (gefördert durch das EU-Rahmenprogramm AGIS¹⁹). Als so genannte „tools“ (Werkzeuge) sollen die Beccaria-Standards „gewährleisten, dass sich die Planung, Durchführung und Überprüfung kriminalpräventiver Projekte an den in Wissenschaft und Literatur genannten Qualitätskriterien orientieren, d.h. Projekte so konzipiert werden, dass sie grundsätzlich evaluierbar sind“ (ebd., S. 183).

Folgende sieben Hauptanforderungen stellen die Beccaria-Standards an kriminalpräventive Programme (Meyer 2006, S. 315):

- „1. Problembeschreibung
2. Analyse der Entstehungsbedingungen des Problems
3. Festlegung der Präventionsziele, Projektziele und Zielgruppen
4. Festlegung der Maßnahmen für die Zielerreichung
5. Projektkonzeption und Projektdurchführung
6. Überprüfung von Umsetzung und Zielerreichung des Projekts (Evaluation)
7. Schlussfolgerung und Dokumentation“.

¹⁵ Eine Zusammenschau vorhandener Beiträge zum Thema findet sich bei Linssen/Meyer (2007, S. 185f.). Hervorzuheben sind hier insbesondere der „Sherman-Report“ und das „Düsseldorfer Gutachten“ (vgl. hierzu auch Meier 2010, S. 282 f. u. S. 284f.).

¹⁶ An dieser Stelle sei auf die verbreitete Skepsis von Praktikern gegenüber der Kontrolle ihrer Projekte hingewiesen (vgl. Linssen/Meyer 2007, S. 182).

¹⁷ Der Namensgeber des Programms, Cesare Beccaria (1738-1794) war ein italienischer Rechtsphilosoph und Strafrechtsreformer. Er gilt u.a. als „Pionier moderner Kriminalpolitik“ (LPR 2007, S. 3). Beccaria propagierte den „Primat vorbeugender Kriminalpolitik“: Vorbeugung sei besser als Bestrafung (Schwind, 2009, S. 91; vgl. auch Kunz 2008, S. 34ff.).

¹⁸ Der Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR) arbeitet seit 1995 im Bundesland Niedersachsen als ein auf Kriminalprävention spezialisiertes Gremium und setzt sich aus mehr als 250 verschiedenen Organisationen zusammen (LPR, 2007, S. 2).

¹⁹ Das EU-Rahmenprogramm AGIS fördert seit 2003 finanziell die Zusammenarbeit auf justizieller Ebene – u.a. im Bereich der Kriminalprävention (Meyer 2006, S. 1).

Eine ausführliche Darstellung der sieben Schritte verschafft die Veröffentlichung des Landespräventionsrats Niedersachsen (2007, passim). Eine weitere genauere Erläuterung der Beccaria-Standards bietet der „7-Schritte –Flyer“ (LPR 2005, passim). Bei den sieben Handlungsempfehlungen handelt es sich um aufeinander aufbauende Phasen. Nur die Berücksichtigung aller Schritte gewährleistet ein angemessenes Qualitätsniveau (vgl. Meyer 2006, S. 315).

2. Pädophilie

Um die Beccaria-Standards auf die präventive täterorientierte Arbeit mit pädophilen Männern anzuwenden, bedarf es zunächst eines Einblicks in das Phänomen der Pädophilie, seine kriminologische Relevanz sowie die Notwendigkeit präventiver therapeutischer Angebote für pädophile Männer.

2.1 Terminologie

Der Begriff Pädophilie geht auf den deutsch-österreichischen Gerichts-Psychiater Richard von Krafft-Ebing²⁰ zurück, der Ende des 18. Jahrhunderts die Bezeichnung „Peadophila erotica“ prägte (vgl. auch Wulff 2010, S. 13). Unter Pädophilie ist laut ICD-10²¹ der WHO eine Störung der Sexualpräferenz zu verstehen, bei der das sexuelle Interesse einer erwachsenen Person sich vorrangig auf Kinder bezieht, die sich überwiegend noch in der Vorpubertät oder in einem frühen Pubertätsstadium befinden. Im DSM-IV²² wird die Pädophilie den Paraphilien²³ (ausgeprägte sexuell erregende Phantasien, drängende Bedürfnisse oder Verhaltensweisen) zugeordnet. Während diese Klassifikationen der Pädophilie einen Krankheits – bzw. Störungswert beimessen, wird die Pädophilie in Forschung und Literatur

²⁰ Krafft -Ebbings Hauptwerk „Psychopathia Sexualis“ aus dem Jahr 1896 kennzeichnet für Becker (1997, S. 10) „den Übergang vom kriminalisierenden zum medizinisierenden, psychopathologisierenden Blick auf abweichende Sexualität“.

²¹ Bei dem Klassifikationssystem ICD handelt es sich um von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebenen Leitlinien zur Internationalen Klassifikation von Krankheiten in 10. Auflage. Die international gültige Version stammt aus dem Jahr 2006.

²² Das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatischen Vereinigung liegt in seiner 4. Version seit 1996 in deutscher Sprache vor. Version 5 ist in Arbeit und wird voraussichtlich im Mai 2013 erscheinen (vgl. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=186>).

²³ Die Bezeichnung Paraphilie ersetzt den früher verwendeten Begriff der „Perversion“, der wegen seiner „moralistischen Ursprünge und Implikationen“ hier heute keine Verwendung mehr findet (Fiedler 2004, S. 17).

häufig primär als eine sexuelle Normvariante verstanden (Vogt 2006, S. 15). Auch Beier et al. (2006, S. 4) betonen, dass Personen, die von der Norm abweichende sexuelle Interessen haben, unter denen sie selbst nicht leiden, nicht per se als „krank oder behandlungsbedürftig“ betrachtet werden sollten, „solange sie weder andere noch sich selbst durch ihre abweichenden sexuellen Bedürfnisse beeinträchtigen oder gefährden“. Im Gegensatz zu Sexualformen wie Homo- oder Bi-Sexualität handele es sich hierbei jedoch um eine einseitig sexuelle Affinität von einem Erwachsenen zu einer nicht gleichaltrigen Person. Die pädophile Beziehung sei demnach durch einen großen Altersunterschied und ein Machtgefälle gekennzeichnet. Bei der Pädophilie handele es sich um ein die Lebensspanne überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal (vgl. ebd., S. 4).

Der Ausdruck „Pädosexualität“ wird in der Literatur teilweise synonym verwendet, bezeichnet aber ein sexuelles Verhalten, nicht die sexuelle Ausrichtung allein (vgl. Sieverding 2009a, S. 154). Beier et al. (2006, S. 4) betonen daher dass, wenn sexuelle Handlungen mit Kindern in der Realität umgesetzt werden, zusätzlich „Dissexualität, d.h. eine sexuelle Verhaltensstörung“ vorliege.

Das Wort Pädophilie stammt aus dem Griechischen (παῖς (pais) „Knabe, Kind“ und φιλία (philia) „Freundschaft“) und bedeutet übersetzt so viel wie Liebe/Freundschaft zu Kindern (vgl. Vogt, 2006, S. 14 u. Fiedler, 2004, S. 290). Vielfach wird die Bezeichnung Pädosexualität bewusst von Kritikern der Begriffswahl Pädophilie benutzt, um die sexuell motivierte Komponente der Pädophilie zu unterstreichen²⁴ (vgl. Braun u.a. 2003, S. 11).

2.2 Prävalenz der Pädophilie

Aussagen zur Prävalenz der Pädophilie sind schwer zu treffen. Fälle offiziell registrierter Kriminalität beziehen sich auf die Fallzahlen von sexuellem Missbrauch an Kindern oder den Besitz von Kinderpornografie. Hier werden jedoch unterschiedliche Tätergruppen miteinander vermengt. Die Pädophilie stelle Becker (1997, S. 5) zufolge auch in der Sexualwissenschaft „ein relativ vernachlässigtes Thema [dar], zu dem es nur wenige fundierte Untersuchungen gibt“. Zum einen mangle es folglich an Studien, zum anderen werden in Untersuchungen häufig

²⁴ Braun u.a. (2003) titeln als Herausgeber unmissverständlich: „Pädosexualität ist Gewalt“.

unterschiedliche Definitionen des Begriffs Pädophilie zu Grunde gelegt (vgl. Vogt 2006, S. 23). Beier/Neutzer (2009, S. 68) gehen von einer Prävalenz der Pädophilie in der Grundgesamtheit der Bevölkerung von ca. 1% in der männlichen Bevölkerung aus²⁵.

Einigkeit herrscht darüber, dass Pädophilie und Störungen der sexuellen Präferenz im Allgemeinen mit weit über 90% hauptsächlich Männer betreffen²⁶ (Berner et al. 2007, S. 44, Fiedler 2004, S. 183, Beier/Neutze 2009, S. 68). Festzuhalten ist ebenfalls, dass Pädophilie ubiquitär ist (vgl. Berkel 2010, S. 263).

2.3 Formen der Pädophilie

Das Phänomen Pädophilie ist nicht einheitlich. In Wissenschaft und Literatur benennen unterschiedliche Formen und Typen²⁷. Solche Typologien beziehen sich z.B. auf das genaue Alter der bevorzugten Kinder, deren Geschlecht sowie auf die Intensität der sexuellen Fixierung auf Kinder.

Zu differenzieren sind Beier (2010, Folie 2) zufolge die Pädophilie (Ansprechbarkeit für ein vorpubertäres Körperschema) und die Hebephilie (Ansprechbarkeit auf ein peripubertäres Körperschema).

In der Literatur findet sich des Weiteren die Unterscheidung zwischen dem fixierten und dem regressiven Typus²⁸ (vgl. Nedopil 2000, S. 165). Die Gruppe der fixierten Pädophilen wird auch als „Kernpädophile“ bezeichnet und ist seit der eigenen Pubertät in ihrer sexuellen Orientierung ausschließlich auf Kinder festgelegt (Berner et al. 2007, S. 14). Die weitaus größere Gruppe der regressiven Pädophilen entwickelt erst im Erwachsenenalter pädophile Interessen. Pädophile vom regressiven Typus nutzen Kinder häufig als leicht zu beherrschenden Ersatz für gescheiterte Beziehungsversuche auf der Erwachsenenenebene und werden alternativ

²⁵ Damit ist das Auftreten der Pädophilie vergleichbar mit dem der Schizophrenie oder von Morbus Parkinson (vgl. Beier/Neutze 2009, S. 68).

²⁶ Zur Pädophilie bei Frauen siehe Fiedler (2004, S. 295) u. Seikowski (2009, S. 142).

²⁷ Zu Klassifikationen und Typologien siehe auch Olmes (2006, S. 27-32). Weitere mögliche Untertypen nennt Stiel-Glenn (2010, S. 34f.). Auch Gschwind (2010, S. 303ff.) und Seikowski (2009, S. 140 ff.) nehmen eigene Gruppierungen und Vignetten vor.

²⁸ Häufig werden für diese Unterscheidung auch die Bezeichnungen „primäre“ und „sekundäre“ Pädophilie verwandt (Vogt 2006, S. 15).

als „situative Pädosexuelle“²⁹ bezeichnet (Sieverding 2009a, S. 156). Fachleute sprechen auch von Personen mit Pädophilie als Haupt- oder Nebenströmung³⁰ oder einer Pädophilie als „ausschließlicher oder nicht-ausschließlicher Typus“ (Beier 2010, Folie 2, vgl. auch Berner et al. 2007, S. 13f.). Menschen mit einer Pädophilie als Hauptströmung werden auch als „strukturierte Pädophile“ bezeichnet (Stiels-Glenn, 2010, S. 35, vgl. auch Nedopil 2000, S. 201).

Olmes (2006, S. 29) unterstreicht die Bedeutung der Differenzierung zwischen regressivem und fixierten Typus für die Beurteilung evtl. pädosexueller Übergriffe und der allgemeinen Gefahr, die von dem (potentiellen) Täter ausgeht sowie für die Wahl einer geeigneten Therapie. Olmes (2006, S. 29) behauptet: „Die Prognose für den regressiven Täter ist günstiger als für den Fixierten, weil letzterer nie eine befriedigende Beziehung führen kann.“

Becker (1997, S. 15 f.) beklagt, dass geistig behinderte Menschen während ihrer Pubertät aufgrund von sexueller Annäherung an Kinder oftmals vorschnell als pädophil eingestuft werden³¹. Sie betont in Folge:

„Aufklärung über Mythen der Pädophilie bedeutet für mich nicht nur, über Mythen der Pädophilie aufzuklären, sondern auch über Mythen über Pädophile, wozu auch das falsche Unterstellen pädophiler Neigungen gehört“.

2.4 Tätertypologien

Die Mehrzahl pädosexueller Übergriffe wird von 26-40-jährigen Männern begangen. Gallwitz/Paulus (2009, S. 146) warnen jedoch davor, diesbezüglich die Gruppe der Jugendlichen und Heranwachsenden, aber auch die strafunmündiger Kinder zu unterschätzen. Gleichaltrige und jüngere Kinder und Jugendliche seien dem DSM und der ICD zufolge jedoch nicht als pädophil zu diagnostizieren. Pädose-

²⁹ Das zum regressiven Typus zählende Phänomen der so genannten „Alterspädophilie“ führt Nedopil (2000, S. 166) z.B. darauf zurück, dass ältere Menschen oft nur wenig soziale Kontakte haben und diese dann verbunden mit „Zuwendung und Zärtlichkeit“ zu Kindern suchen anstatt sich altersgemäßen Partnern zuzuwenden.

³⁰ Die Begriffswahl Haupt- und Nebenströmung geht auf Klaus Beier zurück, der diese Unterscheidung in seinem Artikel „Dissexualität im Lebenslängsschnitt, theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter“ (Berlin 1995) erstmals benannte.

³¹ Auch Nedopil (2000, S. 181) weist daraufhin, dass es sich hierbei häufig um „passagere Phänomene einer sexuellen Reifungskrise handelt“.

xuelle Übergriffe dieser Tätergruppe seien vielmehr auf eine unreife oder abnorme sexuelle Entwicklung zurückzuführen³².

Bezüglich einer Tätertypologie schlagen Gallwitz/Paulus (2009, S. 152-160) - basierend auf der Erfahrung mit Pädokriminellen in der polizeilichen Praxis - eine Einteilung „nach der für die Tat auslösenden Situationen“ vor. Eine Klassifikation pädosexueller Täter nach den Motiven der Beziehung zum Opfer findet sich bei Sieverding (2009a, S. 156).

2.5 Entstehungsbedingungen

Hinsichtlich der Ursachen von Pädophilie existieren psychoanalytische³³, soziokulturelle und integrative Erklärungsansätze³⁴. Es wird heute davon ausgegangen, dass ein multifaktorielles Zusammenspiel³⁵ biologischer, psychologischer und psychosozialer Komponenten zur Entwicklung einer pädophilen Ausrichtung führt (vgl. Bundschuh 2003, S. 20, Sieverding 2009a, S. 156, Berner et al. 2007, S. 44 u. DGfPI 2010, S. 1). Bislang konnte die Forschung auf diesem Gebiet nicht abschließend klären, welche Rolle hierbei eine mögliche genetische Disposition spielt und welche Bedeutung biographischen Einflüssen zukommt. Die Hypothesen der klassischen Therapieschulen greifen demnach jedoch für Fiedler (2004, S. 297) durch ihre jeweilig „enge Sicht“ zu kurz und werden an dieser Stelle dementsprechend nicht weiter ausgeführt. Bis dato mangelt es an empirischem Material, das fundierte Aussagen zu den Ursachen der Pädophilie ermöglicht³⁶. Empirisch belegte ätiologische Aspekte liegen bislang lediglich für „sexuellen Missbrauch als Gesamtphänomen“ vor, eine Unterscheidung der pädosexuellen Tätern nach Vorliegen einer bestimmten Störung ist hier jedoch nicht gegeben (ebd., S. 299).

³² Zur Rolle der Jugendhilfe in Zusammenhang mit minderjährigen sexuellen Missbrauchern siehe Meyer-Deters (2003, S. 79).

³³ Zu den Erfahrungen eines Therapeuten in der psychoanalytischen Untersuchung und Behandlung von pädophilen Männern siehe Schwind (2010, passim). Zur Pädosexualität in der psychoanalytischen Theorie vgl. ebenfalls Gschwind (2010, S. 307-310).

³⁴ Eine kurzer Abriss gängiger Theorien findet sich bei Sieverding (2009, S. 155f.), ausführlicher hierzu: Fiedler (2004, S. 297-306) u. Olmes (2006, S. 27-39).

³⁵ Ein mögliches multifaktorielles Erklärungsmodell der Pädophilie liegt mit dem „Vier-Stufen-Modell nach Finkelhor“ vor (Olmes 2006, S. 39-51).

³⁶ Zu den Ergebnissen einer kleineren (nicht repräsentativen) Studie der Universität Bielefeld zu „Entstehungsbedingungen der Pädosexualität“ (1994-1998) siehe Bundschuh (2003, S. 20).

Die Annahme, bei der Pädophilie handele es sich um „eine angeborene, vererbte Neigung“ ist in Fachkreisen sehr umstritten und lässt empirische Nachweise vermissen (Briken u.a. 2006, S. 296). Als bedeutsamer für die Entwicklung einer Paraphilie gelten „unspezifische Faktoren“ sowie psychosoziale Faktoren wie z.B. Traumatisierungen, die sich gleichsam über Generationen hinweg wiederholen und auswirken können (ebd., S. 297).

Bzgl. der verbreiteten „Missbrauchs-Missbraucher-Hypothese“³⁷ schlussfolgert Vogt (2006, S. 24) - gestützt auf die Ergebnisse verschiedener Studien³⁸ – dass diese nicht gültig sei und somit auch nicht als Erklärungsansatz für die Entwicklung einer Pädophilie herangezogen werden könne (vgl. auch Walter et al. 2009, S. 68). Sieverding (2009a, S. 156) hingegen nimmt Bezug auf Studien zu Missbrauchserfahrungen bei pädosexuellen Tätern, die erlebten Missbrauch in 40-60% der Fälle angeben. In beiden Fällen liegen den Studien jedoch keine trennscharfen Unterscheidungen in pädophile Täter und andere pädosexuelle Täter zugrunde. Demnach besteht in diesem Bereich weiter Forschungsbedarf (vgl. auch DGfPI, 2010, S. 1).

Fromberger/Müller (2009, S. 279) weisen auf die neuere neurobiologische Forschung hin, in Zuge derer bezüglich der Pädophilie „neuroanatomische Auffälligkeiten in Hirnregionen, die an der Verarbeitung sexueller Reize oder an der Steuerung sexuellen Verhaltens beteiligt sind“, entdeckt wurden (vgl. auch Walter et al. 2009, passim). Die mangelnde Datenlage ermögliche jedoch noch keine Aussagekraft für eine Bewertung der „Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit“ der Untersuchungsteilnehmer (Fromberger/Müller 2009, S. 279). Von einer empirisch belegten neurobiologischen Entstehungstheorie der Pädophilie kann demnach aktuell noch nicht gesprochen werden³⁹. Walter et al. (2009, S. 70) halten weitere Forschungen auf diesem Gebiet für notwendig, um eine Spezifizierung der Unterformen einer

³⁷ Der „Missbrauchs-Missbraucher-Hypothese“ liegt die alltagspsychologische Annahme zugrunde, dass Menschen, die in ihrer Kindheit missbraucht wurden, im Erwachsenenalter ebenfalls Missbrauchstaten begehen (vgl. Vogt 2006, S. 24f.).

³⁸ Demnach widerlegten Vogt (2006, S. 25) zufolge z.B. Garland/Dougher (1990) bereits Ende der 80er-Jahre die „Missbrauchs-Missbraucher-Hypothese“ mittels einer Sichtung aller zu diesem Zeitpunkt existierenden Untersuchungen zum Thema (Literatur: Garland, R. J./Dougher, M. J.: *The Abused/Abuser Hypothesis of Child Sexual Abuse: A critical Review of Theory and Research*. In: J. R. Feierman (Ed.), *Pedophilia. Biosocial Dimensions* New York 1990, pp. 488-509).

³⁹ Auch Briken (u.a. 2010, S. 310) rufen zur Vorsicht bei der Interpretation neurobiologischer Befunde in Zusammenhang mit sexuellen Auffälligkeiten auf. In vielen Studien seien die Stichproben zu unspezifisch oder zu klein oder mögliche komorbide Störungen wurden nicht mit einbezogen.

Pädophilie auf der Basis neurologischer Befunde zu realisieren, die differenzierte prognostische und therapeutische Aussagen und Entscheidungen ermögliche.

Festgehalten werden kann, „dass die endgültige Konstituierung der Sexualstruktur im Jugendalter erfolgt und dann in ihren grundsätzlichen Merkmalen lebensüberdauernd bestehen bleibt und nicht mehr veränderbar ist“⁴⁰ (Beier et al. 2006, S. 4).

3. Pädophilie und Kriminalität

„Aus forensischer Sicht sind vorwiegend jene Auffälligkeiten interessant, deren Ausübung strafbar ist, [...]“ (Nedopil 2000, S. 164). Pädophilie als „sexuelle Ansprechbarkeit auf vorpubertäre Körper“ bezeichnet ausschließlich eine sexuelle Präferenz und sagt über das tatsächliche sexuelle Verhaltensmuster einer Person zunächst nichts aus (Sieverding 2009a, S. 154). Sexuelle Ausrichtungen allein sind demnach strafrechtlich nicht relevant: „Gedanken sind frei und bleiben straf-frei, solange Menschen über ausreichend Impulskontrolle verfügen“ (Gallwitz 2009, S. 7f.).

3.1 Pädophilie und Kindesmissbrauch

Sexuelle Handlungen zwischen einem Erwachsenen und einem Kind fallen in den Bereich der Sexualdelinquenz, können aber nicht zwangsläufig dem Phänomen der Pädophilie zugerechnet werden⁴¹: „Pädophilie ist nicht gleich Pädosexualität und umgekehrt“⁴² (Sieverding 2009a, S. 154). Pädosexualität bezeichne „nach sexualmedizinischer Definition ein sexuelles Verhalten und nicht eine Form sexueller Ausrichtung“ (ebd.). Der Begriff Pädophilie muss demnach von dem des Kindesmissbrauchs, des sexuellen Missbrauchs und dem der sexuellen Gewalt abge-

⁴⁰ Die Entwicklung der sexuellen Identität und die damit verbundene „Aneignung des sexuellen Objektes und dessen Integration ins Bewusstsein“ führt in der Pubertät dazu, dass das Individuum beginnt sich „entlang seines Sexualobjektes als heterosexuell, homosexuell, bisexuell oder pädosexuell etc. wahrzunehmen“ (Becker, 1997, S. 7f.).

⁴¹ Eine kurze Darstellung verschiedener Missbrauchstäter findet sich bei Sigusch (2010, S. 248).

⁴² Neuere diagnostische Methoden aus dem Bereich der Neurobiologie und Neuropsychologie, die beispielsweise mittels MRT-Aufnahmen Aussagen über die sexuelle Orientierung einer Person möglich machen (vgl. hierzu Fromberger/Müller (2009, S. 279) u. Dressing et al. (2001, passim) bergen beispielsweise das Risiko einer Vorverurteilung Pädophiler (vgl. Kühn, 2009, S. 4).

grenzt werden⁴³. Das Phänomen Inzest kann ebenfalls nicht mit Pädophilie im familiären Bereich gleichgesetzt werden, da auch inzestuöse Beziehungen zwischen Gleichaltrigen verwandten Personen existieren und das sexuelle Interesse eines Erwachsenen an dem „Inzestopfer“ erst dann erwacht, wenn dieses Zeichen körperlicher Reife zeigt (Fiedler, 2004, S. 292).

Pädosexualität als Verhalten hat jedoch strafrechtliche Bedeutung, da sexuelle Übergriffe auf ein Kind diesem erheblichen Schaden zufügen können⁴⁴ (Braun u.a. 2003, S. 13). Für die Mehrzahl der kindlichen Opfer sexuellen Missbrauchs⁴⁵ hat die Tat schwere physische, psychische und soziale Beeinträchtigungen zur Folge (vgl. Sieverding 2009a, S. 157f.). Fiedler (2004, S. 11) zählt die Pädophilie daher zu den „eher problematischen und gefährvollen“ sexuellen Präferenzstörungen⁴⁶.

Kinder werden durch nationale⁴⁷ und internationale Gesetze vor Kindesmissbrauch⁴⁸ geschützt⁴⁹. In der Bundesrepublik Deutschland stehen Kinder diesbezüglich unter dem Schutz der UN-Kinderrechtskonvention (Artikel 34 „Schutz vor sexuellem Missbrauch“ und Artikel 35 „Maßnahmen gegen Entführung und Kinderhandel“) und der „Charta der Grundrechte der Europäischen Union“ (Artikel 24 „Rechte des Kindes“) sowie den § 176 StGB „Sexueller Missbrauch von Kindern“,

⁴³ Eine Untersuchung von 807 Sexualstraftätern, die zwischen 2002 und 2009 inhaftiert wurden, ergab für 17% der Häftlinge, die sexuellen Missbrauch an Kindern begangen hatten (430), eine Pädophilie-Diagnose. Eine sexuelle Präferenzstörung wurde bei 78% der Kindesmissbraucher diagnostiziert. In der Gruppe der Vergewaltiger überwog hingegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (vgl. Eher et al. 2010, S. 27).

⁴⁴ Zu den möglichen Folgen sexueller Übergriffe für die betroffenen Kinder und Jugendlichen vgl. z.B. Sieverding (2009, S. 157f.)

⁴⁵ Zur Häufigkeit des Vorkommens und zu den Symptomen sexuellen Kindesmissbrauchs sowie zu den Frühfolgen und zur Diagnostik vgl. Bosinski (2000, passim).

⁴⁶ Gschwind (2010, S. 300) grenzt die Pädophilie ebenfalls deutlich vom „gewöhnlichen Fetichismus“ ab: „Und das Objekt ist kein Zopf und keine Stiefelette, kein Hundehalsband und keine Peitsche [...]“.

⁴⁷ 1997 wurde Kindesmissbrauch im Rahmen des 6. Strafrechtsreformgesetzes in seinem Anwendungsbereich erweitert und mit einem höheren Strafmaß belegt. Das SexualdelÄndG 2003 führte zu einer Streichung des so genannten „minder schweren Falles“ im § 176 StGB (vgl. Sieverding 2009, S. 159). Gallwitz/Paulus (2009, S. 44) werten die in diesem Bereich des Rechts häufigen Gesetzesänderungen als Zeichen gesellschaftlicher Unsicherheit und eine sich wandelnde „gesellschaftliche Moral“.

⁴⁸ Auf die kontroverse Diskussion um den Begriff „sexueller Missbrauch“ sowie um die mit diesem verbundenen Folgen soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden (siehe hierzu u.a.: Gallwitz/Paulus 2009, S. 30-35, Olmes 2006, S. 15-18 und Bundschuh 2003, S. 36). Mit Olmes (2006, S. 80) ist festzuhalten, „dass sexueller Missbrauch auch dann Gewalt ist, wenn keine direkte körperliche Gewalt zur Erreichung des Ziels ausgeübt wird“.

⁴⁹ Hier bewegen wir uns im Bereich der Generalprävention: Ein Rechtsgut - in diesem Fall das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und das Recht auf körperliche Unversehrtheit - wird durch das Strafrecht geschützt (vgl. Northoff 2007, 2.1.3., S. 2). Zum Begriff der sexuellen Selbstbestimmung und dessen Entwicklungsgeschichte vgl. z.B. Northoff (2007, 6.1.1., S. 7)

§ 176a StGB „Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern“, § 182 StGB „Sexueller Missbrauch von Jugendlichen“ und § 184 StGB „Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornographischer Schriften“ (Gallwitz/Paulus 2009, S. 35-43). In Deutschland liegt die Schutzaltersgrenze bei 14 Jahren⁵⁰.

Auch für Beier et al. (2006, S. 9) ist es diesbezüglich „von Bedeutung, im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit darauf hinzuweisen, dass Pädophilie nicht mit sexuellem Missbrauch und daher nicht mit einem Straftatbestand gleichzusetzen ist“.

Kommt es jedoch zu sexuellen Übergriffen durch Pädophile, so ist die Rückfallwahrscheinlichkeit Untersuchungen zufolge mit 50% bei „wegen sexuellen Missbrauchs verurteilten mit pädophiler Nebenströmung“ und 80% bei Tätern „mit pädophiler Hauptströmung“ sehr hoch⁵¹ (Sieverding 2009a, S. 157). Rudel/Wähner (2009, S. 36) nenne Basisraten für Rückfalldelinquenz von 50% bei Pädophilen, die auf Jungen fixiert seien sowie 25-50% bei Pädophilen, die Sexualdelikte oder exhibionistische Taten verübt hätten.

3.2 Pädophilie und Kinderpornografie

Konsumenten illegaler Internetpornografie erfüllen nur zum Teil die diagnostischen Kriterien einer Pädophilie (vgl. Graf/Dittmann 2009, S. 99, Beier/Neutze 2009, S. 66). Dessen ungeachtet konsumieren viele Pädophile Kinderpornografie (Bundschuh, 2003b, S. 146 u. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin 2009, Folie 2f., Beier/Neutze 2009, S. 68). Die Frage, ob kinderpornografische oder erotische Darstellungen Pädophile dazu motivieren, Übergriffe zu begehen oder als Ersatzhandlung dienen, soll an dieser Stelle nicht aufgegriffen werden⁵². Die Herstellung von Kinderpornografie⁵³ setzt jedoch in den meisten Fällen den sexuellen Missbrauch von Kindern voraus⁵⁴ (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexu-

⁵⁰ Zur erheblichen Variation des gesetzlich fixierten Schutzalters in Europa siehe Sieverding (2009, S. 153f.).

⁵¹ Die genannten Prozentwerte stammen aus einer Untersuchung von Beier: Differentialtypologie und Prognose der Täter bei sexuellem Missbrauch von Kindern, in: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie: Jugend und Strafrecht, Zürich 1998.

⁵² Vgl. stattdessen hierzu Bundschuh 2003b, S. 149, Drewes 2003, S. 152f. u. Fiedler, 2004, S. 300. Zu Zusammenhängen und Übergängen von Kinderpornografie-Nutzung und Kindesmissbrauch siehe Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin (2009, Folie 9-12) u. Graf/Dittmann (2009, passim).

⁵³ Zum „Milliardengeschäft Kinderpornografie“ siehe Karremann (2010, S. 150-164).

⁵⁴ Wulff (2010, S. 19) schränkt den Vorwurf des Missbrauchs ein und verweist auf die zunehmenden technischen Möglichkeiten von Fotomontagen. Dieser Einwurf soll hier jedoch nicht weiter

almedizin 2009, Folie 4). Herstellung, Verbreitung und Besitz bestimmter Formen von Kinderpornografie sind gemäß § 184b StGB gesetzeswidrig. Der Konsum illegaler Pornografie ist Graf/Dittmann (2009, S.99) zufolge jedoch weit verbreitet und auch die Anzahl strafrechtlicher Verurteilungen steige stetig. Es bedarf daher weiterer Forschungen zu Theorie und Praxis der Prävention des Konsums von Kinderpornografie, auch als Ansatzpunkt für täterorientierte Sekundärprävention (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin 2009, Folie 13-20).

3.3 Pädokriminalität und Internet

Das World Wide Web spielt im Zusammenhang mit Pädokriminalität eine weit reichende und vielschichtige Rolle (vgl. hierzu ausführlicher Gallwitz 2009, S. 6-17). Mitglieder der Pädophilenbewegung nutzen das Internet, um sich zu vernetzen und zu organisieren (vgl. Drewes 2003, S. 157 u. Karremann, 2010, S. 42). Einige Pädophile handeln dort mit Kinderpornografie, kaufen und konsumieren oder tauschen diese.

Des Weiteren spielt das Internet eine große Rolle bei der Kontaktaufnahme zu minderjährigen Kindern, die von Pädophilen in Netzwerken und Chat-Rooms verdeckt angeschrieben werden können (vgl. Drewes 2003, S. 157 u. Gallwitz/Paulus 2009, S. 190ff.). Gallwitz/Paulus (2009, S. 178) weisen auf die im Internet deutlich herab gesetzte Hemmschwellen hin, die darauf zurückzuführen sei, dass „soziale Kontrolle nicht mehr spürbar und das Entdeckungsrisiko häufig sehr gering ist“.

3.4 Strategien pädosexueller Täter

Der überwiegende Teil pädosexueller Übergriffe erfolgt im sozialen Nahraum, also in der Familie, durch Bekannte, Nachbarn oder mit der Erziehung oder Betreuung der Kinder beauftragte Personen⁵⁵ (vgl. Gallwitz/Paulus 2009, S. 144). So genannte „Überfalltäter, [...], die ihren Opfern auf dem Spielplatz auflauern oder mit dem Auto auf der Suche nach geeigneten Opfern durch die Gegend fahren“ seien ge-

verfolgt werden, da die Herstellung einer Fotomontage ebenfalls „Risiken für den Kinderschutz“ (Zander 2010, S. 54) mit sich bringt und gegen die allgemeinen Persönlichkeitsrechte der Kinder verstößt (Art. 2 GG.)

⁵⁵ Eine Studie von Eher u.a (2010, S. 33) ergab u.a., „dass Täter mit fremden Opfern auch in psychiatrischer und sexologischer Hinsicht am auffälligsten sind“.

genüber der in der medialen Darstellung und Berichterstattung dargestellten Wirklichkeit in der Realität sehr selten (ebd.).

Erwachsene pädophile Täter gehen in Anlehnung an Gallwitz/Paulus (2009, S. 120) häufig geplant und systematisch vor⁵⁶. Eine große Rolle spielen hierbei die Manipulation des Kindes, der (meistens weiblichen) Erziehungsberechtigten⁵⁷ und des institutionellen Umfeldes (z.B. Nachbarschaft, Kindergarten, Schule). Habe der Täter ein Opfer ausgewählt, so nehme er zunächst Kontakt auf und versuche dann, über die Wünsche, Bedürfnisse und Interessen des Kindes eine Beziehung zu diesem aufzubauen⁵⁸. Viele Pädophile verfügen über eine hohe Sensibilität gegenüber emotionalen wie materiellen Defiziten von Kindern und nutzen diese als Anknüpfungspunkt⁵⁹ (ebd.). Schrittweise sexualisiere der Täter dann die Interaktion mit dem Kind⁶⁰ (ebd., S. 123). Mit zunehmender Häufigkeit nutzen Pädophile auch das Internet, um über Instant Messenger, Chat-Rooms oder Social Networks Kontakt zu Kindern aufzunehmen (vgl. Sieverding 2009b, S. 217). Diese Strategie wird als Cyber –„Grooming“ (grooming= Kontaktanbahnung) bezeichnet⁶¹ (ebd., S. 121).

⁵⁶ Briken (2009, S. 274) betont diesbezüglich die Fähigkeit vieler pädophiler Sexualstraftäter, ihre Impulse über einen längeren Zeitraum zu kontrollieren, um eine schrittweise Kontaktanbahnung möglich zu machen. Berner (2009, S. 281f.) weist daraufhin, dass dieses systematische Vorgehen jedoch nicht per se als „Selbstkontrolle und Freiheit zur Entscheidung“ aufgefasst werden dürfe, da dem Handeln ein dauerhafter „Drang“ zugrund liege, „der zwar aufgeschoben aber nicht aufgegeben werden kann“.

⁵⁷ Nicht selten führt der Weg zum Kind über eine Kontaktaufnahme zur Mutter des Kindes, die in vielen Fällen allein erziehend ist. Ähnlich wie bei den Kindern nutzt der Täter hier die möglichen emotionalen und materiellen Defizite der Frau aus, um ihr Vertrauen zu gewinnen und eine Abhängigkeit herzustellen (Gallwitz/Paulus 2009, S. 122 u. Olmes 2006, S. 75ff.).

⁵⁸ Becker (1997, S. 17) gibt jedoch zu Bedenken, dass die „nicht-sexuellen Wünsche der Pädophilen gegenüber Kindern“ häufig verallgemeinernd und abwertend als „geschickte Tarnung/Maskierung“ ihres sexuellen Verlangens verstanden und bezeichnet und als „Heuchelei“ abgetan würden.

⁵⁹ Schilling (2009) hat das vertrauensbildende Verhalten von Sexualstraftätern gegenüber Kindern anhand von Gesprächen mit Patienten der psychotherapeutischen Ambulanz des Vereins für Bewährungshilfe e.V. in Stuttgart untersucht. Er kommt zu dem Schluss, dass die Vorgehensweise der Täter inhaltlich letztlich individuell sei und Pädosexuelle demnach nicht völlig homogen agieren. Präventiv ergebe sich für Schilling (2009, S. 58) dennoch für Erziehungsberechtigte und –beauftragte der Auftrag „Kindern Aufmerksamkeit zu schenken, ihnen zuzuhören, sie ernst zunehmen, sich mit ihnen zu beschäftigen, sie nicht zu vernachlässigen, damit all die Menschen ihnen kein Unheil anrichten können, die einen ‘Draht für solche Kinder’ haben“.

⁶⁰ Eine genauere Darstellung der so genannten „Grooming-Phasen“ sich anbahnender sexueller Übergriffe durch Pädosexuelle an Kindern findet sich bei Gallwitz/Paulus (2009, S. 122ff.) und Olmes (2006, S. 54-67).

⁶¹ Sieverding (2009b, S. 217) weist daraufhin, dass die virtuelle Ausspähung und der Versuch der Kontaktanbahnung – gleichsam der realen – noch nicht das „strafrechtlich relevante Versuchsstadium einer Straftat erreichen“. Dennoch können gemäß der KA-Richtlinien des LKA Niedersachsen

Das Wissen über häufige Strategien pädosexueller Täter ermöglicht Schlussfolgerungen für die Arbeit mit (potentiellen) Tätern und deren Umfeld sowie mit (potentiellen) Opfern (vgl. David 2003, S. 59). Ohne Kenntnisse über die Vorgehensweisen der Täter kann es keine Erfolg versprechende Prävention und Intervention geben (vgl. Gallwitz/Paulus 2009, S. 120).

3.5 Viktimologie

Während gesamt genommen wesentlich häufiger Mädchen Opfer pädosexueller Täter werden, ist der Großteil der Opfer von sexuellen Übergriffen durch pädophile Täter männlich (vgl. Becker. 1997, S. 20 u. Eher u.a. 2010, S. 33). Dies sei laut Sieverding (2009a, S. 156) u.a. darauf zurück zu führen, dass die Mehrzahl der Kernpädophilen auf „Jungen vor der Pubertät fixiert“ sei⁶².

Die Gefahr, Opfer von sexuellem Missbrauch zu werden, ist Olmes (2006, S. 55) zufolge für Kinder erhöht, die ein besonderes Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung und Anerkennung haben - dieses mache die Kinder für die Täter leichter manipulierbar (vgl. Gallwitz/Paulus 2009, S. 141).

3.6 Pädophilenbewegung

Die so genannte Pädophilen – oder auch „Pädosexuellenbewegung“ setzt sich seit Mitte des 20. Jahrhunderts für Menschen mit pädophiler Präferenz und Pädosexuelle ein und fordert die Herabsetzung der Schutzaltersgrenzen sowie einhergehend eine Legalisierung pädophiler Kontakte (Sieverding 2009a, 154f.). In der Pädophilenbewegung finden sich Fürsprecher⁶³ einer Entkriminalisierung sexueller Kontakte zu Kindern, die davon ausgehen, dass pädophile Beziehungen Kindern nicht schaden und für diese sogar förderlich sein können (vgl. Wulff 2010, S. 16). Derartigen Behauptungen wird nicht nur seitens der Sexualwissenschaft und Pädagogik deutlich widersprochen (vgl. Sieverding, 2009a, S. 154f.). Becker (1997,

über so genannte „Gefährder“ Kriminalakten angelegt und z.B. Gefährdeansprachen durchgeführt werden.

⁶² Kernpädophile, die sich ausschließlich von Kindern vor Eintritt in die Pubertät erregt fühlen, machen Sexualmedizinern und Forensikern zu Folge aber nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Sexualstraftäter aus (vgl. Beier et al. 2006, S. 7).

⁶³ Diese Fürsprecher erleben ihre Pädophilie überwiegend ich- dyston und neigen dazu, andere und auch die Gesellschaft im Ganzen, von der sie sich eingegrenzt und ungerecht behandelt fühlen, zu „missionieren“ (Stiels-Glenn 2005, S. 3).

S. 7) bezeichnet Vertreter der Pädophilenbewegung als „pädophile Ideologen, [...], die ihr subjektives Interesse an Kindern progressiv im Sinne der kindlichen Sexualität ideologisieren“. Eine öffentliche Organisation der Pädophilen zur Verbreitung dieser Ideologie begann Mitte der 70er (Wulff, 2010, S. 10f.).

Sieverding (2009a, S. 154) kritisiert, dass ein „Fehlen offener Gewaltanwendung“ gegenüber Kindern insbesondere in Veröffentlichungen der Pädophilenbewegung häufig mit einer „Gewaltlosigkeit des pädosexuellen Kontakts gleichgesetzt“ werde⁶⁴. Eindeutig herausgestellt werden müsse jedoch, dass zwischen den sexuellen Interessen eines Erwachsenen und den Bedürfnissen eines Kindes stets eine deutliche „Disparität der Wünsche“ vorliege, für deren richtige Einschätzung und Berücksichtigung stets die erwachsene Person die Verantwortung trage und dass Verstöße gegen diese Verpflichtung strafrechtlich zu verfolgen seien (Becker 1997, S. 7). Auch Gallwitz/Paulus (2009, S. 146) betonen, dass sich die Frage nach einer eventuellen „Handlungsfreiheit bei den sexuellen Handlungen“ bei kindlichen Opfern prinzipiell nicht stelle, „da der Gesetzgeber aufgrund des Alters-, Reife- und damit angenommenen Machtsunterschieds zwischen Täter und Opfer grundsätzlich immer von einer fehlenden Einwilligung ausgehen muss“.

4. Therapeutische Möglichkeiten

Häufig nehmen pädophile Menschen erst durch externen Druck oder Zwang Beratung oder Therapie in Anspruch. In vielen Fällen ist es dann bereits zu Übergriffen gekommen und die Therapie erfolgt als richterliche Auflage oder im stationären Rahmen während eines Gefängnis- oder Psychriaufenthaltes. Berner et al. (2007, S. 25) stellen fest:

„[...] daher wissen wir viel mehr über die größere Gruppe von Patienten mit sexuellen Präferenzstörungen, die schon massiv Partnerinteressen verletzt haben und die deshalb gerichtlich zur Behandlung angehalten werden“.

Infolgedessen mangle es Beier et al. (2006, S. 7) zufolge an wissenschaftlich belegten Konzepten zu präventiven Therapiemöglichkeiten bei „potentiellen Tätern“. In der Sexualmedizin herrsche Einigkeit darüber, dass eine pädophile Orientierung nicht heilbar ist, aber behandelt werden kann (ebd., S. 8).

⁶⁴ Zur Diskussion zum Gewaltbegriff im Zusammenhang mit Kindesmissbrauch siehe auch Becker (1997, S. 19) und Amendt (2003, S. 36f) sowie Gallwitz/Paulus (2009, S. 150f.).

4.1 Zielgruppe

Grundsätzlich sollte ein Präventionsangebot sich an pädophile und hebephile Männer wenden, die sich durch minderjährige Jungen oder Mädchen oder durch Kinderpornografie angezogen bzw. erregt fühlen und noch keine Taten begangen haben (vgl. Beier/Neutze 2009, S. 68).

Die Zielpersonen sollten laut Beier/Neutze (ebd., S. 71) als „Einschlusskriterien“ die Kriterien einer pädophilen Präferenzstörung nach den klassischen internationalen Diagnosesystemen erfüllen und gewisse „Ausschlusskriterien“ wie z.B. eine akute Psychose, hirnorganische Schäden oder eine manifeste unbehandelte Substanzabhängigkeit nicht aufweisen. „Hellfeldstatus“ müsse aufgrund des präventiven Ansatzes als Ausschlussgrund gelten (ebd.). Weitere Zielgruppen stellen jedoch Dunkelfeldtäter dar, deren Taten nicht strafrechtlich verfolgt wurden sowie Ex-Hellfeldtäter, die keine Bewährungslagen mehr haben (ebd., S. 70).

4.2 Therapieziele

Eine „Löschung des ursächlichen Problems“ (Beier et al. 2006, S. 8) durch Therapie ist nicht möglich - die therapeutische Veränderung der sexuellen Präferenz ist eine „illusionäre Erwartung“⁶⁵ (vgl. Becker 1997, S. 20). Die DGfS (Berner et al. 2007, S. 48) schränkt das Zielspektrum therapeutischer Maßnahmen dementsprechend ein:

„Bei fixierten Störungen der Sexualpräferenz mit Ausschließlichkeit ist Beeinflussbarkeit äußerst fraglich. Allerdings kann oft eine bessere Kontrolle über die paraphilen Impulse erreicht werden.“

Gallwitz/Paulus (2009, S. 147) sehen therapeutische Möglichkeiten dahingehend, dem Pädophilen dabei zu helfen,

„zu lernen, manche Wünsche und Fantasien, die sein Leben lang weiter bestehen werden, nicht mehr ausleben zu wollen, oder ihm im Notfall Hilfe anzubieten, [...], wenn ihn die Wünsche und Fantasien wieder zu überwältigen drohen“.

Preuss (2007, S. 85) nennt dementsprechend eine „Verbesserung der Impulskontrolle bzw. der Steuerungsfähigkeit“ und eine „Auflösung der pädosexuellen kogni-

⁶⁵ Diese Erwartung existiert jedoch nicht nur seitens pädophiler Patienten. Nicht wenige Therapeuten versuchen, die sexuellen Interessen ihrer Klienten zu beeinflussen mit dem Ziel, ihre sexuelle Orientierung zu ändern. Dies resultiere für Stiers-Glenn (2010, S. 61) aus dem Wunsch vieler Therapeuten heraus, als Beschützer der Gesellschaft und vor allem der Kinder zu agieren.

tiven Verzerrungen⁶⁶“ als entscheidende Aspekte des Therapieerfolgs. Diese und weitere Therapieziele finden sich auch in den Zielkatalogen von Therapieangeboten für Sexualstraftäter wieder (vgl. Pitzing 2005, S. 93 u. David 2003, S. 75f.). Eine komprimierte Zusammenschau der dort genannten Therapieziele für (potentielle) Täter ergibt folgende Auflistung:

- Entwicklung von Opferempathie, Auseinandersetzung mit den Folgen der (möglichen) Delikte für das Opfer und dessen Angehörige
- Übernahme von Selbstverantwortung/Verantwortung für die (mögliche) Tat
- Erkennen riskanter Situationen und Stimmungen, Entwicklung von Bewältigungsstrategien, Deliktanbahnung und Deliktbegehung schrittweise reflektieren und Entscheidungsmöglichkeiten und Handlungsalternativen erkennen und künftig umsetzen
- wenn vorhanden eigene Missbrauchserfahrungen mitteilen und bearbeiten
- Reduktion delinquenter sexueller Fantasien
- Senkung von Suchtmittelkonsum⁶⁷

Um die Zusammenschau zu vervollständigen und spezieller auf die Präferenzstörung Pädophilie zu beziehen, sollen an dieser Stelle einige der Therapieziele des „Projekt Dunkelfeld“ der Berliner Charité herausgehoben werden:

- sich der eigenen sexuellen Präferenz bewusst werden (Beier et al. 2006, S. 8)
- lernen, die „biografischen Persistenz“ der sexuellen Präferenz zu akzeptieren (ebd.)
- lernen, die sexuelle Präferenz ins Selbstbild bzw. die „sexuelle Identität“ zu integrieren (ebd.)

⁶⁶ Kriminologisch betrachtet sind kognitive Verzerrungen „Überzeugungen und Einstellungen, die von Straftätern genutzt werden, um ihr delinquentes Verhalten zu leugnen, zu bagatellisieren und zu rationalisieren“ (Rambow et al. 2008, S. 341) Vgl. hierzu auch die „Theorie der Neutralisierungstechniken“ (Schwind, 2009, S. 400). Typische pädosexuelle kognitive Verzerrungen sind „z.B. die Meinung, dass Kinder gleichberechtigte Partner für Sex seien, ihnen doch Sex mit Erwachsenen Spaß mache oder Sex mit Erwachsenen ihnen nicht schade“ (Preuss 2007, S. 89). Kognitive Verzerrungen zählen zu den bedeutendsten Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch. Rambow et al. (2008, S. 352) weisen daraufhin, „dass Missbrauchstäter mit bzw. ohne Vorliegen der Diagnose einer Pädophilie jeweils unterschiedliche kognitive Verzerrungen zeigen“. Missbrauchstäter (mit oder ohne Pädophilie) unterscheiden sich Studien zufolge jedoch hinsichtlich ihrer Einstellung zu sexuellen Kontakten mit Kindern prinzipiell von anderen Sexualdelinquenten.

⁶⁷ Sowohl bei Sexualstraftätern im Allgemeinen als auch bei Tätern von sexuellem Kindesmissbrauch treten Suchtproblematiken einer Untersuchung von Eher et al. (2010, S., 23) zufolge gehäuft auf.

- sich systematische Kontrollstrategien aneignen und in „Konfrontationssituationen“ anwenden (ebd.)
- komplette Kontrolle über das persönliche sexuelle Verhalten erlangen und vollständige Verantwortung für das eigene Handeln übernehmen (ebd.)
- Verzicht auf Konsum von Kinderpornografie (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin 2009, Folie 9 u. Beier/Neutze 2009, S. 74).

Als übergeordnetes Ziel der therapeutischen Arbeit mit Pädophilen wird in fast allen Fällen zuerst oder ausschließlich der Opferschutz genannt (vgl. Stiels-Glenn 2010, S. 67). Dies impliziert die vorrangige Stellung des Kontrollgedankens vor dem Heilungsgedanken und signalisiert den pädophilen Männern die Nachrangigkeit ihres persönlichen Leidensdruckes im Behandlungsparadigma – eine Situation, die ein hohes Problembewusstsein und starke moralische Verpflichtung verlangt, um überhaupt zum Selbstmelder zu werden. Stiels-Glenn (ebd., S. 19) kritisiert in diesem Zusammenhang das unter Therapeuten diesbezüglich verbreitete Motto des „no cure but control“. Das Schlagwort wurde in der verhaltenstherapeutischen Therapie von Sexualstraftätern geprägt und entspringt der allgemeinen Kontroverse der verschiedenen Psychotherapieschulen über die Zielsetzungen psychotherapeutischer Behandlung (Brand, 2005, S. 106). Psychodynamisch orientierte Therapeuten entgegnen, „dass die Behandlung der ganzen Person auch zu einer Deliktfreiheit führen kann und wird“ (ebd.).

Psychotherapie wird laut einer von Horst Vogt durchgeführten Befragung im Jahr 2004⁶⁸ von den pädophilen Männern selbst häufig als hilfreich empfunden, insbesondere dann, wenn diese nicht in einem Zwangskontext stattfindet (Vogt, 2006, S. 118). Der Untersuchung zufolge wollen pädophile Männer durch Beratung oder Therapie folgende selbst gesetzten Ziele erreichen:

„Verbesserung allgemeiner Fähigkeiten, um im Leben zu bestehen; Erleben von Sinn und Zufriedenheit; Beseitigung bzw. Handhabung von affektiven Störungen; Finden eines Umgangs mit der eigenen Sexualität“ (ebd.).

⁶⁸ Die Befragung erfolgte über anonym auszufüllende Fragebögen und basiert auf 72 Datensätzen (Vogt 2006, S. 46f.).

4.3 Therapiemotivation

Pitzing (2005, S. 90f.) nennt - allerdings bezogen auf seine praktischen Erfahrungen mit Sexualstraftätern- einige Aspekte, die bzgl. der Aufnahme und Durchführung einer Therapie zu Motivationsproblemen führen: Ohne strafrechtlichen Druck seien grundsätzlich wenige sexuell Delinquente motiviert, eine Behandlung zu beginnen⁶⁹. Sie bewerten ihre Taten weniger drastisch, als es ihre Opfer und die strafrechtlichen Behörden tun. Vielen mangle es an „Krankheits- und Behandlungseinsicht“, andere empfinden Scham aufgrund der begangenen Delikte und ziehen sich zurück.

Einige Betroffene aber, bei denen die sexuellen Impulse der Pädophilie auf die Verhaltensebene drängen, suchen sich eigenständig therapeutische Hilfe. Hier gilt es mit präventiven therapeutischen Konzepten anzuknüpfen (vgl. Beier et al. 2006, S. 7). Berner et al. (2007, S. 25) weisen auf mögliche Motive hin, die therapeutisch aufgegriffen werden können: „Neben dem formal-gesellschaftlichen Druck gibt es so gut wie immer weitere Elemente von Unzufriedenheit (z.B. Selbstachtung, Beziehungskonflikte, Gruppendruck) [...]“⁷⁰. Wird die sexuelle Präferenz ich-dyston (als vom Selbst abgespalten) erlebt, so könne Rudel/Wähner (2009, S. 38) zufolge das Bedürfnis, das eigene Fühlen und Handeln zu verstehen sowie das Empfinden „von Angst vor einem als fremd und bedrohlich empfundenen Persönlichkeitsmerkmal“ intrinsisch motivieren.

Das übergeordnete Präventionsziel therapeutischer Bemühungen um pädophile Männer ist stets, sexuellen Missbrauch an Kindern zu verhindern (vgl. Beier et al. 2006, S. 4 u. Fiedler 2004, S. 294). Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass dieses Ziel nur dann erreicht werden kann, wenn Pädophile behandlungsbereit sind oder zu einer Behandlungsaufnahme motiviert werden können. Hier stellt sich, neben dem selbstverständlich allem voran stehenden Ziel des Schutzes der Kinder die Frage nach dem therapeutischen Nutzen für die betroffenen Männer, der deren Therapiebereitschaft und Behandlungcompliance fördern kann. Klar ist an dieser Stelle bereits, dass die Therapie pädophile Männer vor Täterschaft und deren strafrechtlichen Folgen sowie dem damit verbundenen sozialen Abstieg (vgl.

⁶⁹ Mit strafrechtlichem Druck handelt es sich jedoch um Therapie im Zwangskontext, meistens „ohne dass ein wirklicher innerer Behandlungsvertrag besteht“ (Stiels-Glenn 2010, S. 65).

⁷⁰ Festzuhalten ist, dass die therapeutische Arbeit mit pädophilen Männern „einen differenzierten Umgang mit Therapiemotivation“ (Berner et al. 2007, S. 25) und den „Scham und Schuldgefühlen“ (David 2003 S. 75) der Betroffenen erfordert.

Nedopil 2000, S. 165) bewahren soll. Deutlich wird aber auch, dass therapeutische Angebote einen wichtigen Beitrag zur Integration der abweichenden sexuellen Präferenz ins Selbstbild und somit für die psycho-soziale Gesundheit und Befindlichkeit der pädophilen Männer leisten sollten (vgl. Vogt 2006, S. 98).

Mit Stiels-Glenn (2010, S. 75) muss festgehalten werden:

„Pädophile werden ihr Verhalten nur dann ändern, wenn es sich für sie lohnt. Kurzfristig kann dies die Vermeidung weiterer Strafen bedeuten; langfristig braucht es mehr.“

Grundlegendes Therapieziel ist und bleibt die Verhinderung von (erneuten) sexuellen oder sexualisierten Kontakten zu Kindern. Um dieses Ziel aber erreichen zu können und um die Zielgruppe der pädophilen Männer überhaupt anzusprechen und zur Behandlung zu motivieren, „müssen die Trauer und die Verzweiflung der Klienten über den erzwungenen Verlust, die Wut auf die Gesellschaft und auch auf den Therapeuten Platz haben“ (Stiels-Glenn ebd., S. 71).

4.4 Zielgruppenerreichbarkeit

Nicht zuletzt stellt sich die Frage der „Erreichbarkeit therapiemotivierter potentieller Täter“ (Beier et al. 2006, S. 8). Einige Antworten hierzu geben die Erfahrungen des Präventionsprojekts „Dunkelfeld“ (PPD) der Berliner Charité mit der zum Projekt gehörenden Medienkampagne „Kein Täter werden“⁷¹. Als Erfolg versprechend gilt den Forschungsergebnissen zufolge eine offene Ansprache und klare Benennung des Problems unter Verzicht auf Schuldzuweisungen, Moralisierungen, Bewertungen oder gar Verurteilungen. Die Kampagne sollte seriös und vertrauenswürdig sein und emotional berühren. Die Patienten lehnen eine medizinische oder juristische Schwerpunktsetzung der Kampagne ab. Sie bevorzugen eine „kurze, klare, eindeutige Botschaft mit Kontaktdaten“ (ebd.). Eine besondere Rolle spiele dabei Beier/Neutze (2009, S. 70) zufolge die Zusicherung von Anonymität und die Einhaltung der Schweigepflicht.

Im Zeitraum von Juni 2005 bis Februar 2010 kam es in Zuge der Präventionsprojekte „Dunkelfeld“ (PPD) und „Kinderpornografie“ (PPK)⁷² zu 1134 Kontaktaufnahmen durch Projektinteressierte. 499 Personen durchliefen die klinische Diagnostik

⁷¹ Siehe hierzu www.kein-taeter-werden.de.

⁷² Vgl. ebenfalls www.kein-taeter-werden.de.

und 255 Männer konnten in die Projekte aufgenommen werden (Beier 2010, Folie 15).

4.5 Diagnostik

„Störungsspezifische Behandlungen“ erfordern eine möglichst genaue Diagnostik der zugrunde liegenden sexuellen Präferenzstörung⁷³, deren Schwere sowie möglichen komorbiden Störungen (Berner et al. 2007, S. 16ff. u. Berner/Briken/Hill 2007, S. 5-11). Insbesondere das Wissen über das mögliche Vorliegen anderer Störungen – z.B. weitere Paraphilie-Diagnosen – ist für eine wirksame Behandlung von Bedeutung (vgl. Eher et al. 2010, S. 24 u. Stiels-Glenn 2010, S. 71). Die Diagnose der Pädophilie wird mittels einer ausführlichen Anamnese gestellt, die auf der Durchführung eines klinischen Interviews sowie evtl. zusätzlichen psycho- und physiodiagnostischen Testverfahren (z.B. Fragebögen, Messung von Körperreaktionsableitungen) beruht⁷⁴ (vgl. Beier/Neutze 2009, S. 71). Zur Diagnose zählen auch die Analyse des bevorzugten Geschlechts und Alters des präferierten Sexualobjektes sowie die Anzahl evtl. Opfer, die Gestaltung der Kontakte und der Kontaktaufnahme, der allgemeine Lebensstil sowie insbesondere die Phantasien des Pädophilen (vgl. Stiels-Glenn 2010, S. 73). Auf die diagnostische Methode der so genannten „Penisplethysmographie“⁷⁵ wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, da die Methode als unsicher gilt und auch ca. ein Drittel der Probanden von nicht unter einer Pädophilie leidenden Kontrollgruppen bei Studien einen erhöhten „Pädophilen-Index“ aufwiesen (Berner et al. 2007, S. 16f.).

Als Leitlinien für die Diagnostik der Störungen der Sexualpräferenz gelten die gängigen internationalen psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 und

⁷³ Berner/Briken/Hill (2007, S. 5, Abb. 2.1) schlagen einen „Algorithmus zur Differenzierung der ‘Störung der Sexualpräferenz’“ vor (siehe auch Berner et al. 2007, S. 53).

⁷⁴ Berner et al. (2007, S. 17) stellen bzgl. der Diagnose der Pädophilie - insbesondere bei Sexualstraftätern - aufgrund von „Verleugnungstendenzen und Selbsttäuschungen“ die Bedeutung der Fremdanamnese (durch Partner, Angehörige, Institutionen etc.) heraus. Als geeignetes Instrument zur Messung „missbrauchsrelevanter Kognitionen“ nennen Rambow et al. (2008, S. 354) die „Bumby Child Molest Scale“ (im Deutschen: Skala zur Erfassung kognitiver Verzerrungen bei Missbrauchstätern = KV-M).

⁷⁵ Bei der Penisplethysmographie werden „sexuelle Stimuli“ in visueller (z.B. Fotografien) oder akustischer Form vorgegeben und die darauf folgende Erektion des Mannes gemessen, in dem die Volumenzunahme des Gliedes bestimmt wird (Berner et al. 2007, S. 16f.).

DSM-IV (vgl. Berner et al. 2007, S. 4). Im ICD-10-GM⁷⁶ wird die Pädophilie unter Kapitel V, den „Psychischen und Verhaltensstörungen“ auf der F-Achse (F60-F69) den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ und den „Störungen der Sexualpräferenz“ zugeordnet. Die Pädophilie mit dem Diagnoseschlüssel F65.4 wird dort wie folgt definiert: „Sexuelle Präferenz für Kinder, Jungen oder Mädchen oder Kinder beiderlei Geschlechts, die sich meist in der Vorpubertät oder in einem frühen Stadium der Pubertät befinden“. Die Diagnosekriterien für Pädophilie (F 302.2) im DSM-IV-TR⁷⁷ verlangen unter anderem ein Mindestalter der Person von 16 Jahren und einen Altersabstand zum präferierten Kind von mindestens 5 Jahren (Kriterium C)⁷⁸.

Vogt (2006, S. 20) kritisiert dass die Diagnosekriterien keine ausreichende medizinische Grundlage hätten, sondern „eher mit moralischen Werten der Gesellschaft“ zusammen hängen würden und somit nicht wertneutral seien⁷⁹. Folgt man Berner et al. (2007, S. 3), strebt die Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung daher mit der Herausgabe der „Behandlungsleitlinien für Störungen der sexuellen Präferenz“ an, „die unterschiedlichen sexuellen Ausdrucksformen des Menschen nicht unnötig zu pathologisieren“. Berner et al. (ebd., S. 3) weisen ausdrücklich darauf hin, dass im Sinne der ICD-10 und des DSM-IV sexuell abweichendes Verhalten erst dann als Störung⁸⁰ definiert werden könne, „wenn die Bedürfnisse des Gegenübers nicht mehr berücksichtigt werden“ bzw. „mit dem direkten subjektiven Leiden der Betroffenen an der Sexualität oder mit eindeutigem Leiden Anderer“ verbunden seien. Die Diagnose „Pädophilie“ wird demnach erst gestellt, „wenn die

⁷⁶ Seit dem 01. Januar 2010 gilt in der BRD für die stationäre und ambulante Versorgung als Klassifikation die Version ICD-10-GM (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>). Bezüglich der Diagnostik der Pädophilie haben sich gegenüber der vorherigen Version des ICD-10 keine Veränderungen ergeben.

⁷⁷ Bei DSM-IV-TR handelt es sich um die aktuelle Version des Klassifikationssystems (Stand März 2007, online verfügbar unter <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4tr.htm>).

⁷⁸ Das Kriterium C bleibt bislang auch im Vorschlag der überarbeiteten Fassung des F 302.2 für die geplante 5. Version des DSM erhalten, die Person müsste demnach aber ein Alter von 18 Jahren haben (vgl. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=186>). Kriterium B soll dem Vorschlag zufolge mehr differenziert werden und nun auch sexuelle Kontakte zu pubertierenden Kindern mit einbeziehen sowie wiederholten Konsum von Kinderpornographie über einen längeren Zeitraum.

⁷⁹ Zander (2010, S. 21) sieht in der klinischen Diagnose den Nachteil, dass sie die Pädophilie im Rahmen eines Klassifikationssystems pathologisiere. Ähnliche Kritik üben Fiedler (2004, S. 17) u. Vogt (2006, S. 20).

⁸⁰ Zu der Frage, welche von der Person unabhängigen gesellschaftlichen Voraussetzungen bzw. Vorannahmen gegeben sein müssen, um die „Pädophilie als Störung definieren zu können“ äußert sich aufschlussreich Stiels-Glenn (2010, S. 23 f.).

Person das dranghafte Bedürfnis ausgelebt hat oder wenn das sexuelle Bedürfnis zu deutlichem Leiden oder zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führt“ (Fiedler 2004, S. 223). Die Frage, ob und „wie sehr ein Patient in der Lage ist, die Interessen seiner Partner wahrzunehmen und zu berücksichtigen“ (Berner et al. 2007, S. 37), ist den Behandlungsleitlinien der DGfS zufolge Teil der Differentialdiagnostik.

4.6 Therapeutische Ansätze

Als „Basisbehandlung“ sexueller Präferenzstörungen im Allgemeinen gilt die Psychotherapie (Berner et al. 2007, S. 48). Stiels-Glenn (2010, 75) spricht – ausgehend von seinen Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit Pädophilen - von einer notwendigen Behandlungsdauer von mehreren Jahren.

Therapeutische Ansätze in diesem Bereich sind vorwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch orientiert (vgl. Berner et al. 2007, S. 25). Generell wird Berner et al. (ebd., S. 29) zufolge „eine eher störungs- als schulenspezifische Betrachtungsweise“ nahe gelegt. Fiedler (2004, S. 307) weist auf die Notwendigkeit einer individuellen Abstimmung der Therapieziele und Maßnahmen hin, die die Einrichtung „multimodaler Behandlungsprojekte“ erfordere⁸¹.

Laut Berner et al. (2007, S. 29) und Pitzing (2005, S. 93) liegen mehr empirische Belege für die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Programme als für die psychodynamisch orientierten Konzepte vor. Insbesondere bezogen auf Störungen der Sexualpräferenz, die zu Straftaten führen können, „haben sich in letzter Zeit besonders gezielte kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme etabliert, die meist als Gruppentherapie angeboten werden“ (Berner et al. 2007, S. 48)⁸². Auch Vogt (2006, S. 37) hebt die Bedeutung von Gruppentherapie⁸³ für die „Minderung und

⁸¹ Als ein Beispiel für ein integratives Behandlungskonzept ist an dieser Stelle das „Hamburger Modell der ambulanten Gruppenpsychotherapie für pädosexuelle Männer“ zu nennen, das „verhaltenstherapeutische, psychodynamische und gruppenspezifische Interventionstechniken“ verbindet.

⁸² Stiels-Glenn (2010, S. 66) spricht diesbezüglich von einer „Entwicklung deliktspezifischer manualisierter Behandlungsprogramme“, bei denen die Kontrolle der Impulse im Vordergrund stehe und nicht „Heilung“. Der einzelne Patient tritt vor dem Ziel der Impulskontrolle in den Hintergrund. Stiels-Glenn (2010, S. 62) kritisiert weiter, dass die persönliche Kompetenz des Therapeuten häufig vor den Regularien der Manuale zurück stecken müsse. Hier käme es zu einer fragwürdigen Verwechslung von Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit.

⁸³ Preuss (2007, S. 89) erklärt, dass die Gruppe „sowohl haltende mütterliche Sicherheit als auch väterliche Ermutigung oder Grenze und brüderliche Ermutigung“ bieten kann, „emotionale Qualität“

Beseitigung des Syndroms der isolierten Minderheit“ hervor. Die Möglichkeit, Schuld- und Schamgefühle zu überwinden, ermögliche Preuss (2007, S. 89) zufolge eine Offenlegung und Bearbeitung des pädophilen Erlebens und eventuellem pädosexuellen Handelns.

In der kognitiven Verhaltenstherapie haben sich therapeutische Übungen wie das so genannte „Delikt-Szenario“ (Berner et al. 2007, S. 26) bewährt, bei dem den Teilnehmern durch die gemeinsame Bearbeitung von Deliktszenarien Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, „Selbstverantwortung zu übernehmen und Abstand zu Kindern zu halten“⁸⁴ (Preuss 2007, S. 85). Hierzu gehört auch eine emotionale „Neubewertung“ pädosexueller Deliktszenarien, um eine Bagatellisierung von Übergriffen durch die Teilnehmer zu vermeiden (Preuss, 2007, S. 85 u. Berner et al. 2007, S. 26). Durch das Aufgreifen selbst erlebten Missbrauchs kann darüber hinaus eine Entwicklung von Empathie für Opfer⁸⁵ ermöglicht werden⁸⁶.

In der psychodynamischen Therapie stehe laut Berner et al. (2007, S. 28) das „Reagieren auf den vom Patienten vorgegebenen emotionellen Kontext“ im Vordergrund, das therapeutische Geschehen sei „deutlich weniger vorstrukturiert“⁸⁷.

Seien die sexuellen Impulse zu intensiv, um sie selbst kontrollieren zu können, so können diese zusätzlich medikamentös eingedämmt werden⁸⁸ (ebd., S. 48). Diesbezüglich komme eine antihormonelle Behandlung oder eine Therapie mit SSRI (Selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren) in Frage⁸⁹ (ebd.). Zu Rolle und Wirkung

ten, die von den meisten pädosexuellen Männern in entscheidenden Entwicklungsphasen kaum erlebt wurden“.

⁸⁴ Vgl. hierzu „Rückfall-Verhütungs-Programme“ (relapse-prevention-programs=RPP) (Berner et al. 2007, S. 26).

⁸⁵ Fuchs/Mann (2007, S. 40) weisen auf die hohe Bedeutung von „Empathietraining“ für die „Entwicklung von Opferempathie“ in der Behandlung von Sexualstraftätern hin.

⁸⁶ Berner et al. (2007, S. 26) merken diesbezüglich jedoch kritisch an: „Die meisten kognitiven Verhaltenstherapeuten warnen davor, der Frage, ob Täter früher selbst Opfer von sexuellen Übergriffen waren, zuviel Aufmerksamkeit zu schenken, da es leicht zu einer passiven Ergebnis in ein unveränderbares Schicksal führen kann.“

⁸⁷ Vgl. hierzu das „Wiener Modell“ für Sexualstraftäter (Berner et al. 2007, S. 27)

⁸⁸ Dies darf jedoch für pädophile Patienten und deren Therapeuten nicht bedeuten, die Verantwortung „auf das Medikament zu deligieren“ (Stiels-Glenn 2005, S. 10).

⁸⁹ Zu Möglichkeiten und Grenzen der Medikation siehe ausführlicher Berner et al. (2007, S. 29-33). Zur medikamentösen Therapie von Sexualstraftätern siehe Berner/Briken/Hill (2007, S. 133-143). Berner et al. (2007, S. 54) schlagen einen Algorithmus zur „kombinierten Psycho- und medikamentösen Therapie“ vor (vgl. auch „Behandlungsalgorithmus zur Pharmakotherapie nach Schwere der Störung“ bei Berner/Briken/Hill (2007, S. 143, Abb. 10.1).

der Pharmakotherapie sowie deren Einbettung in das sexualmedizinische Wirkungsmodell vgl. Beier/Neutze (2009, S. 72f., Abb.5 u. 6).

4.7 Anforderungen an die Therapeuten

Grundsätzlich bedarf es forensischer und sexualwissenschaftlicher Fachkenntnisse, um Pädophilie effektiv zu behandeln (Stiels-Glenn 2010, S. 100).

In der Arbeit mit (potentiellen) Sexualstraftätern erleben die Therapeuten häufig starke Gegenübertragungen, die „z.B. Abscheu, Verachtung, Zorn und Vergeltungsimpulse, eventuell auch Neugierde und Sensationslust und erotische Reaktionen“ beinhalten können⁹⁰ (Preuss 2007, S. 91). Diese Tatsache erfordere ausreichende Supervisionsmöglichkeiten für die Therapeuten, „um wieder zu einer professionell-neutralen Haltung⁹¹ zurückzufinden“ und für die eigene psychische Gesundheit zu sorgen (ebd.).

Niedergelassene Therapeuten seien Stiels-Glenn (2010, S. 79) zufolge meist gewandt in der Arbeit mit Opfern, nicht aber im Umgang mit (potentiellen) Tätern. Opferschutz als alleinige Motivation seitens des Therapeuten reiche für eine gute therapeutische Arbeit mit Pädophilen und die Entwicklung einer tragfähigen Berater-Klient-Beziehung nicht aus, da der Therapeut den Pädophilen dann als Subjekt nicht wahr und nicht ernst nehme (vgl. ebd., S. 11).

Stiels-Glenn (2010, S. 104) betont, dass Therapeuten nicht gut heißen müssten, was Pädophile denken und wünschen, aber sie sollten es verstehen lernen. Sie sollten „ein Gespür für die Schwere des Verzichts“ entwickeln, den Pädophile leisten, wenn sie auf (sexuelle) Kontakte zu Kindern verzichten⁹² (ebd., S. 73). Er kritisiert, dass selbst forensische Experten bzw. Therapeuten im Maßregelvollzug sich häufig weigern, Empathie für Pädosexuelle aufzubringen. Dies sei insbesondere deshalb problematisch, weil Pädophilen eben genau das nachgesagt würde: mangelnde Empathie. Dass die Förderung der Empathiefähigkeit eines der Therapie-

⁹⁰ Vgl. als Beispiel Gschwind (2010, S. 300).

⁹¹ Eine Neutralität gegenüber Sexualstraftaten ist an dieser Stelle keineswegs gefordert. Der Therapeut muss jedoch leisten, „zwischen der Tat und der Person, die sie begangen hat, genau zu unterscheiden“ (Preuss 2007, S. 91).

⁹² Stiels –Glenn (2010, S. 73) macht an dieser Stelle deutlich, dass ein jeder sich vergegenwärtigen sollte, was es für ihn bedeuten würde, ein Leben lang gänzlich auf sexuelle Kontakte oder generell auf jeden Kontakt zum anderen (oder bevorzugten) Geschlecht zu verzichten.

ziele in der Arbeit mit Pädophilen darstelle verschärfe die Brisanz (Stiels-Glenn 2005, S. 1).

4.8 Versorgungslage

Klinischen Erfahrungen zufolge gibt es Pädophile, die bislang nicht strafrechtlich in Erscheinung getreten sind und „von sich aus und ohne rechtlichen Druck therapeutische Hilfe wollen“ (Beier et al. 2006, S. 4) und „ein eigenes Anliegen darin sehen, keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) begehen zu wollen“ (ebd., S. 7). Sexualberatung gehört jedoch nach §1 Absatz 2 Satz 2 der Psychotherapie-Richtlinien nicht zu den Leistungen der Krankenkasse⁹³.

Stiels-Glenn (2010, S. 78) gibt des Weiteren zu bedenken, dass viele Psychotherapeuten „schwierige Patienten“ scheuen. Diese Patientengruppen hätten dann auch in psychotherapeutisch gut versorgten Regionen Schwierigkeiten, einen Therapeuten zu finden, der bereit sei, sie zu behandeln⁹⁴. Bei einer Untersuchung von Stiels-Glenn (ebd., S. 89) zur ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgungslage im Raum Essen erklärten sich nur vier männliche der 86 befragten Therapeuten und Therapeutinnen grundsätzlich dazu bereit, pädophile Patienten zu behandeln. Drei der vier Therapeuten würden auch Kindesmissbraucher behandeln. Die Bereitschaft, andere Sexualstraftäter zu behandeln war etwas höher: 6 Therapeuten erklärten sich zur therapeutischen Arbeit mit Vergewaltigern bereit (immerhin doppelt so viele wie für die Arbeit mit pädosexuellen Tätern) (vgl. ebd., S. 90). Die am häufigsten vorgetragenen Gründe für die Ablehnung der Arbeit mit Pädophilen waren mangelnde Kenntnisse und geringe praktische Erfahrung bezogen auf die Patientengruppe sowie in den meisten Fällen (ca. ein Drittel der befragten Therapeuten) Vorbehalte gegenüber dem Klientel (vgl. ebd.). Häufig wurde von den Therapeuten angeführt, man behandle Opfer und könne oder wolle daher

⁹³ Psychotherapie gilt gemäß §1 Abs. 2 Satz 1 nur als Krankenkassenleistung, wenn sie zur Heilung oder Vermeidung einer Krankheit beiträgt oder die Krankheitsbeschwerden lindert. Zu der Frage, warum präventive sexualtherapeutische Angebote im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten sind siehe: „Kleine Anfrage“ der CDU-Abgeordneten Katrin Schütz an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales des Landtags Baden-Württemberg vom 15.01.2008.

⁹⁴ Zu Versorgungsengpässen und Zuständigkeitsfragen bzgl. der ambulanten Therapie von Sexualstraftätern vgl. Stiels-Glenn (2010, S. 80). In Zeiten leerer Kassen werde auch im Gesundheitssystem die Tendenz deutlich, einzusparen. Nichtsdestotrotz stünden die Kosten für eine ambulante Therapie in keinem Verhältnis zu den bei einer Verurteilung oder einem Rückfall entstehenden Kosten einer evtl. stationären Therapie sowie einer evtl. Therapie Geschädigter (vgl. ebd.).

keine Täter behandeln⁹⁵. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die verbreitete Ablehnung pädophiler Patienten durch Therapeuten eine Unterversorgung der Klientel mit bedingt⁹⁶.

5. Prävention sexueller Delinquenz Pädophiler

Die Prävention pädosexueller Übergriffe erfordert einen Katalog an Maßnahmen, der auf mehreren Ebenen der Vorbeugung ansetzt (vgl. Olmes 2006, S. 79-112). Hierzu zählen die potentiellen Opfer und deren Umfeld genauso wie die potentiellen Täter und Institutionen, in denen Kinder und Jugendliche mit Erwachsenen zusammen treffen (vgl. Braun/Hasebrink/Huxoll 2003, S. 161ff.).

5.1 Schutz durch Gesetze

Grundsätzlich soll die Kriminalisierung und Verfolgung von pädosexuellen Handlungen durch das Strafrecht (vgl. Kapitel 3.1) und seine Instanzen im Sinne negativer Generalprävention abschreckend auf potentielle Täter wirken⁹⁷ (vgl. Northoff 2007, 2.1.3, S. 2). Northoff (ebd. S. 3) warnt jedoch vor zu hohen Erwartungen an die generalpräventive Wirkung des Rechtssystems: Die „Abschreckungswirkung“ dürfe nicht überschätzt werden⁹⁸. Zwar erzeuge Strafe bei potentiellen Tätern „Angst“ bzw. „die berechtigte Furcht vor negativen Konsequenzen“, diese Angst habe mitunter aber „erhebliche unerwünschte Nebenfolgen“ (ebd.). Das der kriminogenen Situation bzw. Motivation zugrunde liegende Problem werde dadurch nicht gelöst sondern allenfalls verdrängt:

⁹⁵ Stiels-Glenn (2010, S. 99) gibt daher zu Bedenken, dass noch kein Goldstandard für die Behandlung Pädophiler existiere und viele Therapeuten aus Unsicherheit, Zweifeln und Ängsten heraus daher den Pädophilen die Therapie verweigere. „Wer nicht behandelt, der kann auch keine Fehler machen.“ Vielen Therapeuten fühlen sich von der Sorge bestimmt, der pädophile Klient könne (erneut) zum Täter werden und spüren diesbezüglich einen starken gesellschaftlichen Druck (vgl. ebd. S. 6).

⁹⁶ Bezogen auf die Arbeit mit pädosexuellen und anderen Sexualstraftätern fordert Stiels-Glenn (2010, S. 100) daher konsequent einen „Erhalt und Ausbau der NRW-Beratungsstellen für Sexualstraftäter“. Vgl. hierzu auch Pitzing (2005, S. 94ff.).

⁹⁷ Negative Generalprävention soll nicht zuletzt auch die Bevölkerung von „Lynchjustiz“ abhalten, was Northoff (2007, 2.1.3., S. 2) zufolge gerade bei Sexualdelikten an Kindern und insbesondere bei Sexualmorden an Kindern nicht abwegig erscheine.

⁹⁸ Weitere relevante Wirkfaktoren seien z.B. das Risiko, entdeckt zu werden, die „subjektive Strafempfindlichkeit“ und die „moralische Verbindlichkeit der Norm“ (Northoff 2007, 2.1.3., S. 3).

„[...] die sozialen Defizite und persönlichen Bedürfnisse bleiben unbearbeitet und auch die komplexen situativen und gesellschaftlichen Anreize bleiben bestehen“ (ebd.).

Daher muss Prävention weiter greifen – Briken (2010, S. 193) bringt es auf den Punkt:

„Es genügt nicht, Missbrauch aufzudecken und Täter zu bestrafen. Vielmehr muss der Frage nachgegangen werden, wer unter welchen Umständen gefährdet ist, Missbrauch, Vernachlässigung und Misshandlung zu erleben oder aber Missbrauch an Abhängigen oder fremden Kindern und Jugendlichen zu begehen.“

Auch Beier et al. (2006, S. 9) betont, dass, da es sich bei der Pädophilie für sich genommen weder um sexuellen Missbrauch noch um einen anderen Straftatbestand handele, die Bedeutung der Primärprävention in diesem Bereich nicht unterschätzt werden dürfe.

5.2 Prävention auf der Ebene der Gesellschaft und ihrer Institutionen

Mehrere Autoren betonen die Notwendigkeit von Veränderungsprozessen gesellschaftlicher Strukturen, um Pädosexualität zu verhindern (vgl. Olmes 2006, S. 80 u. Sieverding 2009b, S. 212). Chancen und Hindernisse dieser Veränderungsprozesse können hier aus Platzgründen nicht abschließend diskutiert werden⁹⁹.

Mit Beier (2010, S. 20) ist jedoch festzuhalten, dass „sich Männer mit pädophiler Neigung sehr häufig ehrenamtlich im Freizeitbereich von Kindern und beruflich im pädagogischen Bereich engagieren“. Auch Gallwitz/Paulus (2009, S. 121f.) betonen, dass keine „täterfreien Zonen“ existieren:

„Berufsfelder, die mit jungen Menschen zu tun haben, wie Pädagogik, Sport, Ehrenämter, aber auch Medizin, Sozialarbeit, Psychotherapie und Seelsorge, haben immer schon eine Faszination auf Menschen mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen ausgeübt.“

Mit den jeweiligen Positionen sei Gallwitz/Paulus (ebd., S. 122) zufolge eine höhere Stellung im Machtgefüge sowie die Möglichkeit der „Tarnung“ hinter der professionellen Aufgabe und der löblichen Absicht verbunden. Peter/Verbeet (2003, S. 130) betonen daher: „Sexualisierte Gewalt ist Machtmissbrauch.“ Dem Risiko des Machtmissbrauchs in pädagogischen und sozialen Einrichtungen müsse durch Supervision, Beratung der Institution und Fortbildungen der Mitarbeiter/innen mit dem Ziel einer „institutionellen Haltung gegenüber dem Problem des sexuellen Missbrauchs begegnet werden Peter/Verbeet (2003, S. 134-142).

⁹⁹ Mögliche Ansatzpunkte nennen Olmes (2006, S. 81ff.) und Sieverding (2009b, S. 212 u. S. 218).

Nicht nur Gallwitz/Paulus (2009, S. 73) beobachten, dass in der medialen Darstellung die katholische Kirche eng mit sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen zusammen gebracht werde¹⁰⁰. In Zuge zahlreicher „Enthüllungen“ über unzählige Missbrauchsfälle in kirchlichen Einrichtungen (seit 2002 in den USA und in der BRD insbesondere im Jahr 2010) teilte die Deutsche Bischofskonferenz am 31.08.2010 in einer Pressemitteilung die überarbeitete Fassung der „Leitlinien für den Umgang mit sexuellem Missbrauch Minderjähriger durch Kleriker, Ordensangehörige und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz“ mit, die auch präventive Aspekte enthalten. In Leitlinie Nr. 48 wird beispielsweise von Bewerbern, die ein kirchliches Amt anstreben, das die Person in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen bringt, die Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses gefordert (Deutsche Bischofskonferenz 2010, S. 6).

Zur „Einführung des erweiterten Führungszeugnisses für kinder- und jugendnah Beschäftigte“ äußert sich Walentowitz (2010, S. 268) jedoch kritisch: Das originäre Anliegen, Kinder und Jugendliche vor sexuellem Missbrauch durch einschlägige Täter zu schützen, bahne einer verstärkten und teils fragwürdigen „Kontrolle und Überwachung von Beschäftigten“ durch die Arbeitgeber den Weg. Ob das Ziel, Kinder zu schützen, hierdurch erreicht werden könne, sei offen. Darüber hinaus können auf diese Weise nur ein Teil des Hellfeldes herausgefiltert und „Ersttaten von sexuellem Missbrauch“ sowie Wiederholungstaten von Dunkelfeld-Tätern nicht verhindert werden (Spehr/Ganschow 2010, S. 278). Dem erweiterten Führungszeugnis könne demzufolge allenfalls ein Signalcharakter zugesprochen werden¹⁰¹ (vgl. ebd., S. 279).

5.3 Aufklärung und Information von Kindern und ihrem Umfeld

Zahlreiche Präventionsprogramme zur Verhinderung von sexuellem Missbrauch machen Kinder als potentielle Opfer selbst zur Zielgruppe (vgl. Olmes 2006, S. 84). Gallwitz/Paulus (2009, S. 125) warnen jedoch zu recht davor, dass die sub-

¹⁰⁰ Sigusch (2010, S. 249) äußert diesbezüglich, dass die katholische Kirche und das mit ihr verbundene Zölibat pädophile Männer anlocke. Diese fühlten sich „oft halb bewusst, in der katholischen Kirche aufgehoben oder wollen ihre Neigung in ihr geschehen machen“.

¹⁰¹ Spehr/Ganschow (2010, S. 278) schwingen dennoch die moralische Keule: „Eine Hilfestellung, die genutzt werden muss, wenn dadurch der sexuelle Missbrauch an nur einem Kind verhindert werden kann.“

ektiv empfundene Sicherheit, die Selbstverteidigungsprogramme suggerieren, trügerisch sein könne. Darüber hinaus fokussierten diese vorwiegend auf Fremdtäter und vernachlässigten so das weitaus höhere Gefährdungspotential im familiären und sozialen Nahbereich der Kinder. Insbesondere die Aufklärung der Kinder und ihrer Erziehungsberechtigten über gängige Strategien möglicher Täter zu Kontakthanbahnung und Vertrauensbildung sei hier sinnvoll und notwendig¹⁰².

Nichtsdestotrotz steht in Frage, ob Kinder, die sich mit der Autorität und der psychischen wie physischen Macht eines pädosexuellen Täters konfrontiert sehen, in der Lage sind, die in den Programmen erlernten Strategien auch in der Realität erfolgreich umzusetzen (vgl. Olmes 2006, S. 88). Diese Ungewissheit lässt auch Zweifel an Gallwitz/Paulus (2009, S. 140) optimistischer Behauptung aufkommen, dass es sich bei „sexuellen Gewaltdelikten an Kindern [...] um eine sehr präventable Kriminalität“ handle. Diverse Studien zur Wirksamkeit derartiger Präventionsprogramme führen nicht nur Olmes (2006, S. 91) zu dem Schluss, dass Sexualerziehung und Selbstbehauptungsprogramme¹⁰³ ein unverzichtbarer Baustein im Rahmen der Präventionsbemühungen zur Verhinderung von Kindesmissbrauch darstellen, jedoch keinesfalls die einzigen Maßnahmen sein dürfen¹⁰⁴.

Einen weiteren wichtigen Baustein stellen die Elternbildung und die Fortbildung von pädagogischen Fachkräften¹⁰⁵ in der Thematik dar¹⁰⁶ (vgl. ebd., S. 100ff.).

Immer virulenter scheint die Gefährdung Kinder und Jugendlicher durch Pädosexuelle im Internet¹⁰⁷ (vgl. Gallwitz/Paulus 2009, S. 121). Information, Aufklärung und die Förderung von Medienkompetenz zählen diesbezüglich zu den Baustei-

¹⁰² Gleichsam von Bedeutung sei eine Information der Kinder über ihr Recht auf sexuelle Selbstbestimmung. Hieraus erschließe sich der grundsätzliche Bedarf nach einer Erziehung zur (sexuellen) Selbstbestimmung durch Erziehungsberechtigte und pädagogische Fachkräfte (vgl. Gallwitz/Paulus 2009, S. 142f. u. Olmes 2006, S. 84). Ziel dieser Erziehung sowie spezieller Programme zur Stärkung der Selbstsicherheit sollte nicht sein, Kinder zu verängstigen, sondern sie dazu zu befähigen, ihre Grenzen zu spüren, zu benennen und zu behaupten (Olmes 2006, S. 85).

¹⁰³ Siehe hierzu die „Qualitätsstandards Selbstsicherheitstrainings für Mädchen und Jungen gegen sexuelle Übergriffe“ (AJS 2005, passim).

¹⁰⁴ Eine kurze Zusammenschau verschiedener Wirkstudien von Präventionsprogrammen zur sexuellen Selbstbestimmung findet sich bei Olmes (2006, S. 89-91).

¹⁰⁵ Sieverding (2009b, S. 214) äußert sich kritisch über die mangelnde Kompetenz in Schulen, Jugendämtern und bei Kinderärzten, Missbrauch wahrzunehmen und zu benennen.

¹⁰⁶ Notwendig sei eine Enttabuisierung der Thematik und eine sachliche Wissensvermittlung, um Mythen entgegenzuwirken und Eltern wie Pädagogen zu einer präventiven Erziehungshaltung und Sexualerziehung zu befähigen sowie ihre Aufmerksamkeit bzgl. möglicher Gefährdungssituationen zu schulen (vgl. Olmes 2006, S. 100ff.).

¹⁰⁷ Ausführlich hierzu der Artikel „Kinder und Jugendliche als Opfer im Internet“ in Gallwitz (2009, S. 6-17).

nen sinnvoller Prävention (vgl. ebd., S. 181). Diesbezüglich existieren bereits zahlreiche Fortbildungsmöglichkeiten für Pädagogen und Eltern sowie pädagogische Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche und eine Fülle an zielgruppengerechten Informationsmaterialien¹⁰⁸.

5.4. Polizeiliche Präventionsmöglichkeiten

Sieverding (2009b, S. 212) weist auch auf die Möglichkeiten polizeilicher Beteiligung an der Präventionsarbeit hin: Kriminalpräventive polizeiliche Aktivität im Bereich der Pädosexualität reiche demnach von der Senkung der Inzidenzrate über das Aufdecken von Fällen bis hin zur Rückfallprävention¹⁰⁹. Polizeiliche Arbeit könne insbesondere durch Aufklärungskampagnen und Informationsveranstaltungen zu einer „Kultur des Hinsehens“ beitragen (ebd., S. 214). Als Anbieter von Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungstrainings arbeiten einige Polizisten als Trainer mit Kindern und Jugendlichen als möglichen Opfern sexueller oder anderer An- oder Übergriffe¹¹⁰ (ebd., S. 215). Innerpolizeilich könnte die Fortbildung der Sachbearbeiter von Jugendsachen und von Sexualdelikten dazu beitragen, sexuellen Missbrauch aufzudecken sowie die Entwicklung sexualdelinquenten Verhaltensweisen früh zu identifizieren und entsprechend zu intervenieren (ebd.).

Im Rahmen der Kriminalitätsvorbeugung bildet die Polizei darüber hinaus Multiplikatoren zur Medienerziehung von Kindern fort¹¹¹.

Aufgrund der Fokussierung dieser Arbeit auf täterorientierte Prävention werden die Möglichkeiten und Grenzen präventiver Ansätze auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene sowie bei den potentiellen Opfern und ihrem Umfeld an dieser

¹⁰⁸ In diesem Zusammenhang ist z.B. die Initiative „klicksafe.de“ zu nennen. Diese und weitere erforderliche präventive Maßnahmen führt Gallwitz (2009, S. 17) an.

¹⁰⁹ Einen weiteren wichtigen Bereich polizeilicher Mitwirkung sieht Sieverding (2009b, S. 214) im „opferschützenden Umgang mit Geschädigten und Opfern von Straftaten zur Vermeidung von Sekundärviktimisierungen und zur Minimierung der Folgen einer Tat“. Zur Vermeidung einschlägiger Delikte existieren in einigen Bundesländern bereits Konzeptionen wie z.B. K.U.R.S. in Niedersachsen oder HEADS in Bayern (vgl. ebd.). Vgl. hierzu auch Kasecker (2010, passim).

¹¹⁰ Vgl. hierzu die Standards polizeilicher Selbstbehauptungs-/Selbstverteidigungstrainings des LKA Niedersachsen (2005).

¹¹¹ Vgl. hierzu www.polizei-beratung.de/vorbeugung/medienkompetenz/.

Stelle nicht weiter ausgeführt¹¹². Ein kurzer Abriss war jedoch unabdingbar, um einen Eindruck darüber zu gewinnen, wo die angeführten vorbeugenden Maßnahmen an ihre Grenzen stoßen und auf welche Art und Weise Pädophile in diesen Präventionsansätzen charakterisiert werden. In den meisten Fällen – insbesondere in den Medien und im alltäglichen Sprachgebrauch – werden diese unreflektiert in die Gruppe der Pädosexuellen und Kindesmissbraucher subsumiert. Kinder werden vor dem ‘bösen fremden Mann’ gewarnt und auf institutioneller Ebene soll eine Art ‘Fahndungsnetz’ den gefährlichen Täter auffangen und aussortieren um drohendes Unheil abzuwenden (vgl. Gallwitz/Paulus 2009, S. 145). Gallwitz/Paulus (ebd.) warnen zu recht davor, dass solche Darstellungsweisen von der „Verbrechenswirklichkeit“ weit entfernt seien und die reale „Vielfalt“ möglicher Täter und Tatgeschehen so nicht berücksichtigt werde. Während potentielle Opfer durch niedrigschwellige präventive Angebote und Aktionen für die Polizei und andere Akteure generell relativ gut zugänglich erscheinen, scheint die polizeiliche Erreichbarkeit potentieller Täter „demgegenüber zweifelhaft“ (Northoff 2007, 2.1.2, S. 10).

5.5 Täterorientierte Prävention

Die Möglichkeiten und Grenzen negativer Generalprävention wurden bereits angerissen. Negative Spezialprävention basiert auf der Annahme, dass „die erlittene Strafe und die sich daraus ergebende Angst vor neuer Strafe“ bei einer Kosten-Nutzen-Abwegung¹¹³ des Täters dazu führen, dass „der mögliche Nutzen einer Straftat geringer erscheint“ (Northoff 2007, 2.1.3., S. 7). Ähnlich wie bei der negativen Generalprävention hängt die abschreckende Wirkung spezialpräventiver Maßnahmen jedoch von vielen weiteren Faktoren ab, die durch die Strafe selbst kaum oder gar nicht beeinflusst werden können (vgl. ebd., S. 8).

¹¹² Weitere Informationen hierzu finden sich z.B. bei Enders (2004, passim).

¹¹³ Vgl. hierzu die ökonomische Theorie des rationalen Wahlhandelns („rational choice approach“) (Schwind 2009, S. 120 u. Kunz 2008, S. 124ff.).

5.5.1 Rückfallprävention

Tertiäre Prävention bei pädophilen Tätern scheint dringend indiziert, da die Rückfallquote Beier/Neutze (2009, S. 67) zufolge bei „Präferenztätern“ mit 50-80% wesentlich höher liege als bei anderweitig motivierten Tätern mit 30%. Die Resozialisierung eines Täters im Sinne der positiven Generalprävention erfolgt durch geeignete Maßnahmen während der Haftstrafe und in deren Anschluss (vgl. Northoff 2007, 2.1.3., S. 9ff.). Die Forschung in der Behandlung von Sexualstraftätern liefert auch Ergebnisse für die stationäre und ambulante Therapie von Pädosexuellen im Allgemeinen und Pädophilen im Besonderen, wobei eine genaue Differenzierung nach der zu Grunde liegenden Präferenzstörung jedoch leider nicht immer gegeben ist (vgl. Fiedler 2004, S. 294). Stiels-Glenn (2005, S. 11) führt insbesondere die Möglichkeit der Nachsorge im Krisenfall als bedeutsam an. Auch nach Abschluss einer Therapie müsse den pädophilen ehemaligen Patienten ein möglicher Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Eine besondere Relevanz im Rahmen der Rückfallprävention kommt auch der Arbeit mit sexuell auffälligen Jungen zu (vgl. Olmes 2006, S. 96ff., Northoff 2007, S. 24, Briken et al. 2010, passim). Nicht nur Meyer-Deters (2003, S. 79) hält insbesondere minderjährige sexuelle Missbraucher für „eine Herausforderung für die Jugendhilfe“¹¹⁴. Auch für Heiliger (2005, S. 381) gilt es, die Entwicklung früher Übergriffe zu unterbrechen, „um Täter- (und Opfer-) Karrieren zu verhindern“. Die DGfPI (2010, S. 1) fordert entsprechend eine Optimierung der Versorgung von sexuell übergriffigen Kindern und Jugendlichen.

Da es sich bei der ambulanten wie stationären Therapie von Sexualstraftätern in den meisten Fällen um eine gerichtliche Anordnung handelt, bewegen sich diese Behandlungen in einem gänzlich anderen Kontext als primärpräventive Behandlungsangebote. Hieraus ergibt sich ein anderes Setting der Therapien sowie andere motivische Aspekte der Sexualdelinquenten als bei sich freiwillig in Behandlung

¹¹⁴ Dieser Herausforderung nimmt sich z.B. seit 1998 die Bochumer Beratungsstelle „Neue Wege“ in Kooperation mit der Universität Essen mit einem Forschungs- und Behandlungsprojekt für Minderjährige sexuelle Missbraucher an. Vgl. auch Gruber (2004, passim).

begebenden Patienten. Nicht zuletzt greifen diese Interventionen an einer gänzlich anderen Stelle in der Entwicklung des Täterlebenslaufes ein: nach der Tat¹¹⁵.

5.5.2 Selektive Prävention

Präventionsprogramme für potentielle Opfer, Erziehungsberechtigte und pädagogisch Verantwortliche existieren erfreulicherweise zahlreich (vgl. Gallwitz/Paulus 2009, S. 140). Auch die wissenschaftliche und praktische Auseinandersetzung mit der Behandlung von und Nachsorge bei Sexualstraftätern ist fruchtbar¹¹⁶. „Wissenschaftlich fundierte Konzepte zu präventiven Therapiemöglichkeiten für potentielle Täter fehlen hingegen“ (Beier et al. 2006, S. 7).

Eine positive Ausnahme bilden die Projekte „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ (PPD) und „Präventionsprojekt Kinderpornografie“ (PPK) des Instituts für Sexualwissenschaften und Sexualmedizin der Charité Berlin¹¹⁷. Die Angebote richten sich an Männer, die sich zu Kindern und/oder Jugendlichen sexuell hingezogen fühlen. Diese sollen darin unterstützt werden, keine sexuellen Übergriffe auf Kinder oder Jugendliche (mehr) zu begehen und keine kinderpornografischen Abbildungen (mehr) zu konsumieren (vgl. Beier 2010, Folien 10 u. 12).

5.5.3 Primärpräventive Aspekte

Olmes (2006, S. 92) unterstreicht die Bedeutung von pädagogischer Jugendarbeit¹¹⁸ - insbesondere während der Pubertät. Jungen sollten in ihrer Sozialisation und ihrer sexuellen Entwicklung unterstützt und begleitet werden, um sexueller Gewalt frühzeitig vorzubeugen. Insbesondere bezüglich der Entwicklung pädophi-

¹¹⁵ Sieverding (2009b, S. 215) und Northoff (2007, 6.1.1., S. 23f.) weisen in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit häufigerer Begutachtung von Sexualstraftätern sowie auf die noch verbesserungswürdige prognostische Kompetenz in diesem Bereich hin. Sieverding (2009, S. 213) merkt auch an, dass, wenn bereits die in Zusammenhang mit kinderpornografischem Material ermittelten Täter (Erwerb, Besitz, Herstellung und Handel) begutachtet und entsprechenden therapeutischen Maßnahmen zugeführt würden, die Chance bestünde, frühzeitig zu intervenieren und realen pädosexuellen Übergriffen vorzubeugen.

¹¹⁶ Siehe hierzu z.B. Bewährungshilfe Stuttgart e.V. (Nr. 53 2004) oder Gaenslen (2005, passim).

¹¹⁷ Die Projekte werden durch eine Mischfinanzierung realisiert, zu der u.a. die Volkswagen-Stiftung, die Opferschutzorganisation „Hänsel und Gretel“ und das Bundesministerium der Justiz sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beitragen (vgl. Beier 2010, Folie 27 u. Beier/Neutze 2009, S. 69).

¹¹⁸ Siehe hierzu „Neue Wege für Jungs - das Bundesweites Netzwerk von Initiativen zur Berufswahl und Lebensplanung von Jungen“ unter www.neue-wege-fuer-jungs.de.

ler sexueller Interessen spiele hierbei die Möglichkeit, einen Ansprechpartner für Unsicherheiten und Fragen bezüglich der eigenen sexuellen Entwicklung zu haben, eine entscheidende Rolle. Bundschuh (2003, S. 25) verweist diesbezüglich auf die Ergebnisse einer – allerdings nicht repräsentativen – Studie zum Thema „Entstehungsbedingungen der Pädosexualität“, die von 1994-1998 an der Universität Bielefeld durchgeführt wurde. Diese ergab, dass es den befragten Pädosexuellen in der Kindheit und Jugend häufig an psychosozialer Hilfestellung sowie einer Grenzsetzung bzgl. ihrer sexuell übergriffigen Handlungen fehlte. Auch Olmes (2006, S. 94) macht deutlich, dass sich Aufklärungsarbeit und Sexualpädagogik nicht auf „normale“ Heterosexualität beschränken dürfe. Auch wenn die verbreitete Annahme, männliche Missbrauchsoffer würden später selbst zu Tätern, empirisch bislang nicht bestätigt werden konnte, ist für Olmes (ebd., S. 99) ebenfalls die Arbeit mit männlichen Opfern sexuellen Missbrauchs für die Prävention von sexueller Gewalt von Belang¹¹⁹.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Die Entwicklung einer Pädophilie lässt sich durch die genannten Maßnahmen nicht vermeiden. Wohl aber können die Ansätze einen wertvollen Beitrag dazu leisten, der Entwicklung sexuell abweichenden übergriffigen (gewalttätigen) Verhaltens vorzubeugen oder diese zu mindern.

6. Der pädophile Mann im Spiegel der Gesellschaft - Konsequenzen

Nicht nur Becker (1997, S. 6) stellt fest, dass das Thema Pädophilie „offensichtlich bei allen Menschen heftige Affekte“ auslöst. Auch die Sexualwissenschaft kann sich von diesem Mechanismus nur bedingt lösen:

„Die Debatte über Pädophilie in der Sexualwissenschaft ist immer auch geprägt von dem jeweiligen gesellschaftlichen Diskussionsstand, der Reaktion auf ihn und der Reflexion über ihn.“

Gemeinhin falle es auch Fachleuten schwer, sich „jenseits von Dämonisierung und jenseits von Verharmlosung“ zu positionieren (ebd., S. 10). Nedopil (2000, S. 165)

¹¹⁹ Es besteht kein kausaler Zusammenhang zwischen eigenen Missbrauchserfahrungen und späterem Täterverhalten. Missbrauchserlebnisse stellen aber einen möglichen Risikofaktor dar, der zur Entwicklung von gewalttätigem Verhalten führen kann (Olmes 2006, S. 98f.).

weist diesbezüglich auf die Wandlungen hin, der der gesellschaftliche bzw. kulturhistorische Umgang mit der Thematik unterworfen sei¹²⁰:

„Während Pädophilie bis in die Romantik hinein nicht als moralisch verwerflich angesehen wurde, führt sie heute zu einer massiven gesellschaftlichen Stigmatisierung, die in Haftanstalten besonders ausgeprägt ist.“

Fiedler (2004, S. 177) kritisiert die häufige Gleichsetzung von „abweichenden sexuellen Präferenzen mit psychischer Gestörtheit“. Zwar „schaffen Sprachregelungen und Definitionen nicht zwangsläufig Realitäten, haben jedoch Konsequenzen“ (ebd., S. 180). Was gesellschaftlich abgelehnt werde, hänge Fiedler (ebd., S. 179) zufolge wesentlich davon ab, was medizinisch als krankhaft bewertet werde. Für Fiedler (ebd.) bedeute dies einen „sorgsam zu bedenkenden Teufelskreis der Wechselwirkungen sozialgesellschaftlicher und wissenschaftlicher Beurteilungsprozesse“. Fiedler (ebd., S. 9) weist auch darauf hin, dass „akzeptable Unterscheidungen zwischen Normalität, psychischer Störung und Delinquenz“ stets vom vorherrschenden kulturellen Kontext beeinflusst und daher schwierig zu treffen seien¹²¹. Dies ist mit Nedopil (2000 S. 198) auch auf die Abhängigkeit solcher Festlegungen „von gesellschaftlichen Normvorstellungen, von kulturell bedingten Sozialisationsprozessen und von der Entwicklung strafrechtlicher Vorschriften“ zurückzuführen¹²².

In Anlehnung an Stiels-Glenn (2010, S. 19) spielt gesellschaftlich die absolute „Parteilichkeit“ mit Opfern eine große Rolle. Widerspreche man dem „Mainstream“, gelte dies als Bagatellisierung von Taten und Verharmlosung der Täter bis hin zur einseitigen Parteinahme für diese¹²³ (ebd.). Für Wulff (2010, S. 15) mündet das

¹²⁰ An dieser Stelle sei beispielsweise auf die Kontroverse innerhalb und um die Partei „Die Grünen“ bzgl. der Überlegungen zu einer Abschaffung des Sexualstrafrechts in der BRD Mitte der achtziger Jahre verwiesen. Einige Anhänger der Grünen wollten „alle strafrechtlichen Androhungen und alle moralischen Tabuisierungen auf dem Feld der Sexualität, soweit sie gewaltfreie Handlungen umfassten“ abgeschafft sehen (Wulff 2010, S. 11f.).

¹²¹ Als Instanzen, die bei der „Festlegung, was angepasstes und unangepasstes Sexualverhalten ist und damit seine Tolerierung wie Disziplinierung durch die Gesellschaft bestimmt“, nennt Fiedler (2004, S. 17) Religion, Wissenschaft und Rechtsstaat. Northoff (2007, 4.1.1., S. 6) gibt diesbezüglich zu bedenken, dass, wenn Moral als „aktuell gültiges Sittengerüst“ verstanden werde, den Machthabenden Tür und Tor offen stehe, um „Moral nach ihren Bedürfnissen zu formulieren und durchzusetzen“. Als Beispiel hierfür erinnert er an die mittelalterliche Hexenverbrennung.

¹²² Homosexualität kann als ein Beispiel dafür gelten, dass auch die Medizin nicht unabhängig von solchen Normen ist: 1975 wurde Homosexualität entkriminalisiert, erst 1978 wurde sie in den medizinischen Klassifikationssystemen nicht mehr als Störung aufgeführt (vgl. Nedopil 2000, S. 198).

¹²³ Nicht selten werden psychotherapeutische Angebote für Sexualdelinquente als „unverdiente Wohltat“ betrachtet (Stiels-Glenn 2010, S. 5). Wissenschaftler hingegen verweisen häufig auf die nur geringe Wirkung von Strafen sowie auf deren kontraproduktive Auswirkungen (vgl. Stiels-Glenn 2010, S. 5 u. Northoff 2007, 2.1.3., S. 3).

Abgrenzungsbedürfnis der Öffentlichkeit von Pädophilen in einer „heute fast einhelligen Verdammung des Pädophilen“ wie „ein aus verschiedenen Richtungen auf ihn gerichtetes Strahlenbündel, von dem er eingefangen wird wie ein feindliches Flugzeug von der Flugabwehr“. Als aktuelles Beispiel für diese „Hetzjagd“ ist das Fernsehformat „Tatort Internet“ zu nennen, das im Herbst 2010 auf dem privaten TV-Sender RTL-2 ausgestrahlt wurde (Aust 2010). Anstelle von sachlicher Aufklärung wurde hier in Anlehnung an Pilarczyk (2010) in erster Linie „Hysterie“ verbreitet und die mutmaßlichen Täter zum „Raubtier“¹²⁴ degradiert, das gejagt und gefangen werden müsse. Auch die DGfPI (2010, S. 1) und zwei andere Präventionsverbände distanzieren sich in einer Stellungnahme als Opferschutzorganisationen deutlich von der Sendereihe „Tatort Internet“. Ein derart „reißerisches und vorurteilsstärkendes Sendeformat leiste“ keinen vorbeugenden Beitrag zum Schutz von Kindern vor sexuellem Missbrauch, es diene lediglich dazu, „potentielle Sexualtäter an den Pranger zu stellen und altbewährte Ressentiments zu stärken“ (ebd.). Der Einfluss der Medien auf die Kriminalitätswahrnehmung und Kriminalitätsfurcht der Bevölkerung darf nicht unterschätzt werden: Sadistische pädophile Täter stellen Gallwitz/Paulus (2009, S. 158) zufolge eine absolute Minderheit unter den Tätern sexueller Gewalt an Kindern dar. Dennoch gelte ihnen und ihren Taten medial und gesellschaftlich eine unproportional große Aufmerksamkeit¹²⁵. Insbesondere bei sexuell motivierten Morden an Kindern „unterscheide sich die Vorstellungswelt der Bürger von der Wirklichkeit deutlich“ (ebd., S. 46). Dies führe zu Verunsicherung in der Bevölkerung und Forderungen nach „Schutz und Hilfe“ (Nöthen-Schürmann 2003, S. 112). Diese Forderungen münden meist in der Frage, wie Täter identifiziert und sicher untergebracht werden können, nicht aber in der Frage, welche Voraussetzungen geschaffen werden sollten, um Tatbegehungen in diesem Bereich grundsätzlich zu vermeiden.

Die Ablehnung und Verteufelung, die pädophilen Menschen seitens der Gesellschaft entgegenschlage, führe Vogt (2006, S.99) zufolge bei den meisten Betroffenen zu einem starken „Unbehagen gegenüber der eigenen Sexualität“ und der

¹²⁴ In den USA verfolgte in einer Fernsehsendung mit dem Titel „To catch a predator“ (Im Deutschen: „Ein Raubtier fangen“) ein Team des Fernsehsenders Dateline NBC von 2004-2007 potentielle Internettäter (Pilarczyk 2010). Vgl. hierzu auch: Pfäfflins (2009, passim) kritischen Beitrag zum amerikanischen „Raubtiergesetz“ („sexual predators law“).

¹²⁵ Das Kriminologische Institut Hannover sieht die „Hintergründe und Ursachen dieser deutlichen Fehleinschätzungen“ vorrangig in der Art der medialen Berichterstattung (Gallwitz/Paulus 2009, S. 47).

Vorausschau, „dass das eigene Sexualleben, aufgrund von strafrechtlicher Verfolgung, für die Zukunft wenig Positives und Lohnendes verspricht“. Viele Pädophile übernehmen so die verurteilenden Charakterisierungen der Umgebung in ihr Selbstbild¹²⁶ (vgl. Stiels-Glenn 2010, S. 42 u. S. 71). Die Mehrzahl pädophiler Männer akzeptiere laut Becker (1997, S. 17) die Entwicklung ihrer sexuellen Präferenz zunächst nicht und versuche die „psychosexuelle Fixierung“ abzuwehren. Diese Abwehrversuche führen häufig zur Entwicklung von neurotischen Symptomen und Depressionen (vgl. Becker 1997, S. 17 und Karremann 2010, S. 44). Auch Nedopil (2000, S. 198) konstatiert, dass „die Diskrepanz zwischen Normerwartung und Verhalten zu sozialen und manchmal auch zu gesundheitlichen Schwierigkeiten“ führe. Der „Mainstream-Diskurs“ jedoch nimmt kaum oder gar nicht zur Kenntnis, dass es sich bei Pädophilen und auch „bei Sexualstraftätern auch [H.i.O.] um leidende Menschen handeln kann“ (Stiels-Glenn 2010, S. 103). Pädophilie gilt in sexualmedizinischen Fachkreisen vielfach als Konfliktlösungsstrategie für ein von „Desintegration“ bedrohtes Ich (vgl. Becker 1997, S. 18f.). Auch Sigusch (2010, S. 253) betont die Relevanz der Pädophilie für das Selbst des pädophilen Menschen:

„Da fixierte Vorlieben oder entfaltete Perversionen die Person zusammenhalten, geht es für die Betroffenen bei Therapien ums Überleben und nicht um die Auflösung eines begrenzten Konfliktes aus der Kindheit [...].“

Die Integration der Paraphilie ins Selbst-Bild¹²⁷ ist für viele Betroffene kaum bis gar nicht zu leisten. Auch Fiedler (2004, S. 178) hält es daher nicht für verwunderlich, dass Betroffene bei der Lektüre so mancher Literatur zum Thema Pädophilie „Ängste entwickeln, wenn sie gelegentlich völlig unreflektiert mit Kindesmissbrauchern, Vergewaltigern und Sexualmördern in eine Reihe gestellt werden“. Vogt (2006, S. 16) kritisiert in diesem Zusammenhang, dass die undifferenzierte Vermengung des Begriffs Pädophilie mit sexuellen Übergriffen auf Kinder im alltäglichen Sprachgebrauch und in den Medien die Tatsache vernachlässige, „dass ein

¹²⁶ Vgl. hierzu die Theorie des Etikettierungsansatzes („labeling approach“) (Kunz 2008, S. 144ff. u. Schwind 2009, S. 149ff.).

¹²⁷ An dieser Stelle muss unterschieden werden zwischen Pädophilen, die ihre Präferenz ichsyston, also identitätsnahe erleben und solchen, die die Pädophilie als ichdyston erleben. Erstere leiden mehr unter der Gesellschaft und ihren Vorgaben, letztere unter sich selbst (vgl. Becker, 1997, S. 29).

Teil pädophiler Männer aus unterschiedlichen Gründen einen sexuell abstinenter Lebensstil verfolgt“.¹²⁸

Laut Beier et al. (2006, S. 4) richte sich das gesellschaftliche Engagement auf politischer und damit verbundener finanzieller Ebene vorwiegend auf die Bestrafung der „Täter im Hellfeld“, gleichwohl „klinische Erfahrungen aus dem Bereich der forensischen Sexualmedizin [zeigen], dass Hellfeld-Täter (rechtskräftig verurteilte Sexualstraftäter) für therapeutische Angebote schwerer zugänglich sind“¹²⁹. Dunkelfeld-Täter, die veränderungsbereit sind und insbesondere potentielle Täter im Hellfeld, bei denen „die Impulse auf die Verhaltensebene drängen“ sowie pädophile Männer, die unter sich selbst und ihrer sexuellen Präferenz leiden, müssen ihre Lobby noch finden (ebd., S. 7). Auch Braun/Hasebrink/Huxoll (2003, S. 163) konstatieren:

„Es braucht Beratungsangebote und Anlaufstellen für Pädosexuelle. Sowohl missbrauchende Jugendliche wie auch pädosexuelle Erwachsene haben in der Regel niemanden, mit dem sie über ihre sexuelle Orientierung sprechen können, wo sie frühzeitig ein Regulativ erfahren und wenn möglich konkrete Hilfe, ihre sexuellen Neigung nicht zu praktizieren.“

7. Forschungsteil

Aus der Untersuchungsfrage nach den Kriterien kriminalpräventiv erfolgreichen präventiven Programmen für pädophile Männer ergibt sich ein Erkenntnisinteresse, dass das Forschungsvorhaben strukturiert (Gläser/Laudel 2010, S. 62). Hieraus folgt, dass erhoben werden muss, was zur Beantwortung der Untersuchungsfrage beiträgt – und nur das (vgl. ebd., S. 63).

7.1 Methodenwahl

Der Frage nach den Qualitätskriterien eines kriminalpräventiven Beratungsangebotes für pädophile Männer wird in der vorliegenden Ausarbeitung mit einem qualitativen Forschungsansatz nachgegangen. Hierbei kommt es – im Gegensatz zur

¹²⁸ Für Stiels-Glenn (2010, S. 33) greift es darüber hinaus zu kurz, die von Pädophilen gewünschten Kontakte zu Kindern ausschließlich unter dem Motiv sexuellen Interesses und somit als Strategie zu betrachten.

¹²⁹ Zu häufig auftretenden Motivationsproblemen bei Sexualstraftätern siehe Pitzing (2005, S. 90f.).

quantitativen Forschung - auf individuelle Ansichten und Erlebnisse an. Dies stellt zugleich die Chance und die Stärke qualitativer Forschung dar:

„Indem wenige Personen sehr detailliert berichten, entsteht ein reichhaltiges Material, mit dem eventuell auch Tiefenstrukturen ausgelotet werden können“ (Walter u.a. 2009, S. 36).

Die Wahl der Methode folgt somit Zander (2010, S. 31), der es als angemessenen Ansatz betrachtet,

„um einer öffentlichen Verteufelung und Dehumanisierung von Pädophilie entgegenzuwirken, getreu der kritisch-psychologischen Maxime, nicht Menschen zum Problem zu erklären, sondern von den Problemen der Menschen auszugehen“.

Es gilt, mittels qualitativer Forschung Daten zu gewinnen und diese mit dem aus der Literaturarbeit gewonnen theoretischen Material zu konfrontieren. Die Erhebung der Daten erfolgt im Rahmen dieser Arbeit durch Interviews mit pädophilen Männern und mit Fachleuten, die Pädophile behandeln oder sich anderweitig professionell mit dem Phänomen Pädophilie auseinandersetzen. Einzelne Faktoren, die den Forschungsgegenstand beeinflussen, sollen so aufgedeckt und eventuelle Verbindungen zwischen Faktoren benannt werden (Mayring, 2008, S. 20). Zwar besteht bei qualitativer Forschung die Einschränkung, dass es sich bei den gewonnenen Daten um „weiche“ handelt, also um subjektive Bewertungen¹³⁰, dies „schmälert aber keineswegs den Erkenntnisgewinn [...], da letztlich alle von Personen getroffenen Aussagen subjektiv sind und sich so gesehen auf der gleichen Ebene bewegen“ (Walter/Brand/Wolke 2009, S. 40).

Die Auswertung der durch die Interviews gewonnenen Daten erfolgt mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Hierbei handelt es sich um eine „Extraktion“, bei der dem vorliegenden Text Informationen entnommen und dann weiter verarbeitet werden (Gläser/Laudel 2010, S. 271). Ziel qualitativer Inhaltsanalysen¹³¹ ist es, „auf einem möglichst konkreten, materialnahen, deskriptiven Level die Auswertungsaspekte aus dem Text heraus zu entwickeln“ (Mayring 2005, S. 11). Als mögliche Schwachstelle der qualitativen Inhaltsanalyse nennt Mayring (ebd., S. 10) die Interpretationsbedürftigkeit der Analyseergebnisse. Bereits die Analyse an sich stelle

¹³⁰ Bei dieser Datengewinnung soll die Wahl der qualitativen Untersuchung als „weiche“ Methode dazu beitragen, dass „das Subjekt ‘mehr zur Sprache’ kommt“ (Mayring 2008, S. 116).

¹³¹ Zu Herkunfts- und Entwicklungsgeschichte der qualitativen Inhaltsanalyse siehe z.B. Diekmann (2009, S. 607f.). Ursprünglich den Kommunikationswissenschaften zugehörig, nutzen seit ca. 20 Jahren insbesondere die Sozialwissenschaften die Methode zu Forschungszwecken (vgl. Mayring 2005, S. 7f.).

einen „Interpretationsakt“ dar, da der Text anhand der gebildeten Kategorien interpretiert werde. Interpretationsbedarf bestehe andererseits aber auch bezogen auf Daten, die mittels quantitativer Forschung gewonnen wurden¹³². Daher muss „diese Interpretation so regelgeleitet und so explizit wie möglich sein“ (ebd., S. 11). So können dann auch größere Datenmengen sinnvoll bearbeitet werden und eine methodische „Gegenstandsangemessenheit“ erreichen, die aussagekräftige Ergebnisse liefert (Mayring 2008, S. 116f.) Hierfür muss die qualitative Inhaltsanalyse jedoch „in einen übergeordneten Untersuchungsplan“ eingebettet sein und „mit Techniken der Datenerhebung und Datenaufbereitung“ kombiniert werden (ebd.).

Die Bildung von Kategorien entspricht der Entwicklung von Selektionskriterien. Die Kriterien werden aus der Forschungsfrage abgeleitet und theoretisch untermauert. Die Extraktion der Untersuchungsmaterialien baut auf diesem System von Kategorien auf. Diese Vorgehensweise stellt sicher, „dass die theoretischen Vorüberlegungen die Extraktion anleiten“ (Gläser/Laudel 2010, S. 201).

Die Thematik, zu der in der vorliegenden Arbeit Kategorien entwickelt werden sollen, wurde in den Kapiteln 1-6 ausführlich beschrieben. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse wird, anders als bei der zusammenfassenden Analyse, das Untersuchungsmaterial beiseite gelassen, das nicht zum methodischen Gerüst passt oder dieses nicht sinnvoll erweitert. Es handelt sich bei den Kategorien also um eine Art Suchraster, „das bestimmt, welche Aspekte im Material berücksichtigt werden sollen“ (Mayring 2005 S. 12) und welche nicht¹³³. Die gewählten Kategorien können im Anschluss überarbeitet und auf ihre Reliabilität hin untersucht werden. In dieser Untersuchung dienten zunächst die Beccaria-Standards 1-7 (vgl. Kapitel 1.3) als Filter. Die Bildung neuer Kategorien ist im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse möglich (Gläser/Laudel 2010, S. 201). Das Kategoriensystem ist demnach „offen“ und ermöglicht sowohl eine induktive als auch eine deduktive Forschung (ebd.). Diese Offenheit ermöglicht Flexibilität im Forschungsprozess sowie eine kreativere Herangehensweise an den Forschungsgegenstand und dessen Auswertung.

¹³² Die Möglichkeit, die klassischen Gütekriterien sozialwissenschaftlicher Methodenlehre im Rahmen quantitativer Forschung einzuhalten, gilt als umstritten (vgl. Mayring, 2008, S. 7 u. S. 109ff.).

¹³³ Die Extraktion ist demzufolge ein „entscheidender Interpretationsschritt“ (Gläser/Laudel 2010, S. 201).

Die durch die qualitative Untersuchung des in den Interviews erfragten Expertenwissens¹³⁴ gewonnenen Daten sollen dann mit den Annahmen aus dem Theorieteil konfrontiert werden. Es folgt also ein Rückbezug der gewonnenen Daten auf die forschungsleitende Frage sowie abschließend eine Interpretation und Diskussion der Ergebnisse und die Eröffnung weiterer möglicher Forschungs- und Handlungsfelder (vgl. Mayring 2008, S. 20).

Bezogen auf die Untersuchung des Forschungsgegenstandes stellt sich die Frage nach relevanten Prozessen und Situationen sowie den an diesen beteiligten bzw. in diesen befindlichen Personen und deren Zielen. Des Weiteren ist zu untersuchen, welche Handlungen und welche Bedingungen die Prozesse und Situationen mit bestimmen (Gläser/Laudel 2010, S. 93). Aus diesen Vorüberlegungen resultieren zum einen die Wahl des Interviews¹³⁵ als Methode zur Datenerhebung sowie zum anderen die Kriterien zur Auswahl der Interviewpartner¹³⁶. Das Interview als Befragungsinstrument kann sowohl im direkten persönlichen Kontakt als auch telefonisch oder schriftlich bzw. online durchgeführt werden (vgl. Diekmann 2009, S. 529). Während in der quantitativen Forschung die Standardisierung der Befragung möglichst hoch sein soll, liegt der Vorzug der quantitativen Befragung gerade in der starken „Subjektbezogenheit“, Alltagsnähe und Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand und gegenüber dem Interviewpartner (ebd., S. 531). Die Form des qualitativen Interviews ermöglicht den befragten Personen eine freie Äußerung und Formulierung ihrer Ansichten und Gedanken (vgl. ebd., S. 531). Dies erschien unter Berücksichtigung der Tabuisierung und Sensibilität der Thematik der Pädophilie sowie potentieller pädosexueller Übergriffe besonders relevant.

Um aussagekräftige Informationen zu erhalten, wurde die mündliche Befragung von Fachleuten, die sich mit dem Phänomen der Pädophilie befassen und auskennen sowie von Betroffenen, die unter einer Pädophilie leiden, angestrebt. Die-

¹³⁴ „Expertenwissen“ definiert sich hierbei nicht über die Höhe der Position in einer Institution oder den Status, den eine Person innehat, sondern „über eine Art besonderen Wissens“ (Diekmann 2009, S.11). Interessant ist hierbei die jeweils individuelle Perspektive auf den Fall oder die Sache sowie der persönlichen Erfahrungsschatz.

¹³⁵ „Das Interview zu Forschungszwecken knüpft an die alltägliche Situation des Fragestellens und Sichinformierens im Gespräch an, ist aber gleichwohl eine künstliche, asymmetrische Interaktion unter Fremden mit der stillschweigenden Vereinbarung, dass keine dauerhafte Beziehung eingegangen wird“ (Diekmann 2009, S. 439). Ausführlicher zur Theorie des Interviews: Diekmann (2009, S. 439-446).

¹³⁶ Zur angemessenen Auswahl der Interviewpartner vgl. (Gläser/Laudel 2010, S. 117f.).

se „Experten“¹³⁷ sind oder waren „Zeugen“ der zu untersuchenden Prozesse und verfügen über eine „besondere, mitunter sogar exklusive Stellung“ in dem zu untersuchenden Kontext (Diekmann 2009, S. 12f.). Die Interviewpartner sollen für die Erforschung des Untersuchungsgegenstandes „das besondere Wissen der in die Situationen involvierten Menschen zugänglich machen“.

In der vorliegenden Untersuchung wurde mit „offenen“ Interviews gearbeitet (ebd., S. 437). Es existierten keine vorgegebenen Antwortkategorien und die Reihenfolge der Fragen konnte variiert und so dem Gesprächsverlauf angepasst werden. Der Interviewleitfaden diente lediglich als Stütze, um die Gespräche zu strukturieren (vgl. ebd., S. 542). Die Fragen des Leitfadens wurden aus den verschiedenen Aspekten der Untersuchungsfrage, also dem „Erkenntnisinteresse“ abgeleitet (vgl. ebd., S.63). Der Leitfaden bildet somit das „Bindeglied zwischen den theoretischen Vorüberlegungen und der empirischen Erhebung“ (ebd., S. 271). Der Leitfaden „Interviewleitfaden für Betroffene“ findet sich im Anhang unter Punkt 1 (Anhang, S. 01). Der Interviewleitfaden für die Gespräche mit Fachleuten wurde je nach Institutionszugehörigkeit, Profession und Funktion des Interviewpartners angepasst und leicht verändert. Das Grundgerüst eines Interviews mit einer Fachperson kann ebenfalls im Anhang unter Punkt 2 (Anhang, S. 04) eingesehen werden. Auf ein Abdrucken aller Interviewleitfäden wurde aus Platzgründen verzichtet.

7.2 Feldzugang

Während des Untersuchungszeitraumes wurden insgesamt 14 Fachleute angeschrieben – überwiegend postalisch, einige auch per E-Mail. Trotz eines bei den postalisch versendeten Schreiben beigefügten frankierten Rückumschlages, der die Antwortwahrscheinlichkeit erhöhen sollte sowie erneuter Anfrage nach einigen Wochen, erhielt die Verfasserin insgesamt in nur 10 Fällen eine Rückantwort. 5 angeschriebene Fachleute sagten unter der Angabe von Arbeitsüberlastung und Zeitmangel ab, darunter Herr Prof. Dr. Bosinski aus Kiel, Leiter der Sektion für Sexualmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Kiel und Herr Prof. Dr. Fiedler, Mitarbeiter der Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg (Forschungs-

¹³⁷ „Interviewpartner für Experteninterviews kann jeder Mensch sein, dessen spezifisches Wissen für die Untersuchung relevant ist“ (Gläser/Laudel 2010, S. 43).

schwerpunkt „Sexuelle Orientierung und sexuelle Devianz“). Frau Dr. Sophinette Becker, leitende Psychologin der Sexualmedizinischen Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt am Main (Forschungsstelle der DGfS), verwies ebenso aufgrund von Zeitmangels an ihre Kollegen des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (ebenfalls Forschungsstelle der DGfS). Die Anfrage an Herrn Prof. Dr. Briken und Herrn Prof. Dr. Berner in Hamburg blieb jedoch leider unbeantwortet, so dass bedauerlicherweise kein Interview mit einem Mitarbeiter einer Forschungsstelle der DGfS zustande kam. Unbeantwortet blieben auch die Anfragen an den Journalisten Herrn Karremann¹³⁸ und Herrn Dr. Gschwind, einen niedergelassenen Arzt für psychotherapeutische Medizin, der zuvor lange in der Sexualmedizinischen Ambulanz der Frankfurter Universität tätig war und ebenfalls von Frau Dr. Becker empfohlen wurde¹³⁹. Herr Pitzing, Leiter der psychotherapeutischen Ambulanz für Sexualstraftäter des Vereins für Bewährungshilfe e.V. Stuttgart¹⁴⁰, mit dem ich zwei Telefonate führte, erklärte sich im Juli 2010 bereit, für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Er bat des Weiteren eine Kollegin der Ambulanz darum, ihre Klienten dafür zu gewinnen, an meiner Befragung teilzunehmen. Herr Pitzing zeigte sich jedoch skeptisch, ob sich ein Patient dazu bereit erklären würde, da sich die Therapiegruppe seiner Kollegin gerade erst neu gebildet habe und das Thema mit viel Scham besetzt sei. Seine eigenen Patienten fragte Herr Pitzing nicht, da diese bereits an mehreren Befragungen teilgenommen hatten und ihm diesbezüglich nun gesättigt erschienen. Im September 2010 zog Herr Pitzing seine Bereitschaft zur Interviewteilnahme dann zurück, da er und seine Kollegen zeitlich zu eingespannt und durch hohen Arbeitsanfall belastet seien. Insbesondere die Versorgung der durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofs zur nachträglichen Sicherungsverwahrung im Dezem-

¹³⁸ Manfred Karremann, Publizist und Dokumentarfilmer, ist u.a. Referent beim BKA. Karremann ist Autor des Buchs „Es geschieht am helllichten Tag“ (2010), für das er ein Jahr inkognito in der Pädophilenszene recherchierte.

¹³⁹ Im Dezember 2010 wurde in der Zeitschrift für Sexualforschung (Heft Nr. 23, S. 299-327) ein Artikel von Herrn Gschwind zur „psychoanalytischen Untersuchung und Behandlung von Männern, die sich selbst oder ihr Fantasieleben als pädophil bezeichnen“ veröffentlicht, der sich jedoch bezogen auf die hier vorliegende Untersuchungsfrage als wenig fruchtbar erwies (Gschwind, 2010, S. 299).

¹⁴⁰ Siehe hierzu Bewährungshilfe Stuttgart e.v. (2004, passim).

ber 2009 zu entlassenden Sicherungsverwahrten¹⁴¹ fordere die Kapazitäten der Ambulanz heraus. Von den Patienten seiner Kollegin habe sich leider auch keiner bereit erklärt, ein Gespräch zu führen bzw. an einer Befragung teilzunehmen¹⁴².

Die erste Rückmeldung - verbunden mit der Bereitschaft ein Interview zu geben – kam von Herrn Dr. Jörg Signerski-Krieger, dem Leiter der Ambulanz für Sexualstörungen des LVR-Klinikums Essen¹⁴³, die im Januar 2010 eröffnet wurde. Interessanterweise schließt diese Ambulanz Pädophile gänzlich aus ihrem Adressatenkreis aus. Pädophilie und Sexualstraftäter werden im Internetauftritt des LVR¹⁴⁴ in einem Atemzug genannt: „In unserer Sprechstunde für Sexualstörungen können Sexualstraftäter und Menschen mit einer Pädophilie nicht behandelt werden.“ Der Psychiater und Sexualtherapeut Herr Dr. Signerski-Krieger wurde von der Verfasserin dennoch angeschrieben, da diese sich von der Antwort auf die Frage, warum pädophile Männer nicht zur Zielgruppe der Ambulanz für Sexualstörungen zählen, wichtige Informationen zur Erhellung des Untersuchungsgegenstandes erhoffte. Ein entsprechendes Gespräch kam am 9. August 2010 in Essen zustande (Transkript siehe Anhang, Punkt 3.1, S. 07).

Eine ebenfalls unmittelbare Reaktion kam von Frau Anna Konrad, einer Mitarbeiterin des Projekts „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld“ der Charité Berlin, das seit Juni 2005 pädophilen Männern, die nicht zum Täter werden wollen, therapeutische Hilfe anbietet. Frau Konrad ist Diplom-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. Das Interview konnte am 19. August 2010 in Berlin geführt werden (Transkript siehe Anhang, Punkt 3.2, S. 22).

Eine Psychologin des sich seit 09.09.2010 in Regensburg in der Startphase befindlichen Projektes „Kein Täter werden“ antwortete ebenfalls zeitnah und bot ein Interview an. Kurz vor dem anvisierten Termin zeigte Frau Petya Schuhmann

¹⁴¹ Vgl. Pressemitteilung des Kanzlers des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 17.12.2009 zur Rechtswidrigkeit der nachträglichen Verlängerung der Sicherungsverwahrung (ECHR 2009 Beschwerde-Nr. 19359/04).

¹⁴² Hierbei hätte es sich ohnehin um verurteilte Sexualstraftäter gehandelt, die dort im Rahmen eines Zwangskontextes ambulant therapiert werden und die der Zielgruppe meiner Forschungsfrage daher nur auf Umwegen entsprechen.

¹⁴³ Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen.

¹⁴⁴ Siehe <http://www.rk-essen.lvr.de/behandlungsangebote/ambulanz/sexualstoerungen.htm>.

Zweifel, ob die bisherigen Projektergebnisse für ein Experteninterview ausreichen und sich eine Anreise nach Bayern dafür lohne. Sie bot alternativ an, die Fragen schriftlich zu beantworten. Die schriftliche Rückmeldung ging am 06. Oktober 2010 als Word-Datei ein (siehe Anhang, Punkt 3.3, S. 4.1).

Eine Anfrage an die forensische Ambulanz der LWL-Universitätsklinik Klinik Bochum der Ruhr-Universität Bochum bzgl. der im Internetauftritt der Klinik aufgeführten Spezialsprechstunde für Sexualstörungen im Juli 2010 blieb zunächst unbeantwortet. Auf eine zweite Anfrage im Oktober 2010 hin meldete sich Herr Dr. Knut Hoffmann, der stellvertretende ärztliche Direktor der Klinik. Er teilte schriftlich mit, dass die Sprechstunde für Sexualstörungen seit Januar 2010 nicht mehr existiere und der Internetauftritt dementsprechend aktualisiert werden müsse. Die Spezialsprechstunde schloss auch Pädophile deutlich in ihren Adressatenkreis mit ein: „Hierzu gehören ausdrücklich auch Personen mit sexueller Devianz sowie Paraphilien (von der Norm abweichender Sexualität), die entweder bereits mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen sind oder aber befürchten, in Zukunft straftätig zu werden.“¹⁴⁵ Herr Dr. Hoffmann verwies an Herrn Dr. Wähler weiter, der die Sprechstunde für Sexualstörungen an der LWL-Klinik Bochum bis Januar geleitet hatte. Herr Dr. Wähler – jetzt tätig im Forensischen Institut Bochum¹⁴⁶ - reagierte umgehend auf die Anfrage und erklärte sich zu einem Interview bereit. Dieses fand am 3. November 2010 in Bochum statt (Transkript siehe Anhang, Punkt 3.4, S. 48).

Die schriftliche Rückmeldung von Herrn Prof. Dr. Kurt Seikowski ging am 03.12.2010 per E-Mail als Word-Dokument ein. Herr Dr. Kurt Seikowski ist Diplompsychologe und Psychotherapeut und als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für psychische Gesundheit des Universitätsklinikums Leipzig tätig. Des Weiteren ist er Vorsitzender der „Gesellschaft für Sexualwissenschaft e.V.“ (GSW), die sich „in der Tradition und Pflicht der progressiven deutschen Sexualforschung aus den Jahrzehnten vor dem Zweiten Weltkrieg“ sieht (GSW, 2011, S.1).

¹⁴⁵ http://www.psychiatrie-bochum.de/front_content.php?idcat=1352.

¹⁴⁶ <http://fi-bochum.de/>.

Bei den drei mündlichen Experteninterviews war zusätzlich zur interviewenden Person ein Protokollant anwesend, der durch das schriftliche Festhalten von Stichpunkten zusätzlich zur Tonbandaufnahme eine grobe Mitschrift der gewonnenen Daten sicherstellte¹⁴⁷.

Da der Ganzheitlichkeit halber auf die Perspektive Betroffener in der Erhebung nicht verzichtet werden sollte, musste eine andere Möglichkeit des Feldzugangs genutzt werden. Hierzu setzte die Verfasserin einen Beitrag ins Internet, der auf die Untersuchung aufmerksam machen und Betroffene zur Interviewteilnahme motivieren sollte. Den kurzen Vermerk setzte die Verfasserin am 19.09.2010 ins Gästebuch des Internetauftritts „www.schicksal-und-herausforderung.de“. Initiator und Verantwortlicher der Website ist der Pädophile „Marco“ (Pseudonym), der bereits in und bei zahlreichen Medienbeiträgen zum Thema Pädophile mitgewirkt hat¹⁴⁸ (Anhang, Punkt 4.1, S. 69). Auch Zander (2010, S. 33) verweist auf die Internetseite „Marcos“, seine Texte und die dortigen Beiträge anderer pädophiler Männer und ihrer Angehörigen: „Man bekommt eine Vorstellung davon, was es heißt, pädosexuelle Präferenzen zu hegen, die als solche nichts mit sexuellem Missbrauch zu tun haben.“

Auf meine im September veröffentlichte Anfrage erhielt ich 3 Zuschriften von männlichen Pädophilen, die das schriftliche Interview ausfüllen wollten. Im Oktober erhielt ich von zwei Betroffenen den ausgefüllten Fragebogen zurück. 1 Teilnehmer meldete sich nicht wieder zurück. Auf einen zweiten Eintrag ins Gästebuch am 27.10. 2010 meldeten sich zwei weitere Männer und erklärten sich zu einer Interviewteilnahme bereit. Einen der bearbeiteten Fragebögen erhielt ich noch im Oktober zurück, der zweite folgte im November.

Die Kommunikation per E-Mail¹⁴⁹ ermöglichte in einigen Fällen einen kurzen Austausch über den Fragebogen hinaus sowie die schnelle Klärung von Verständnisfragen, die vereinzelt während der Bearbeitung der Interviews auftauchten¹⁵⁰.

¹⁴⁷ Diekmann (2009, S. 447) gibt zu Bedenken, dass die „Anwesenheit Dritter“ die Interviewsituation beeinflussen kann. Da es sich hier jedoch um Experten- und nicht um Betroffeneninterviews handelt, dürfte der Einfluss auf die erhobenen Daten zu vernachlässigen sein.

¹⁴⁸ „Marco“ wirkte u.a. im Jahr 2008 in einer Hörfunksendung des WDR mit dem Titel „Die Hölle im Kopf“ mit sowie bei mehreren Zeitschriftenartikeln und TV-Sendungen (<http://www.schicksal-und-herausforderung.de/ueber-mich.html>).

¹⁴⁹ Da die Notwendigkeit bestand, die E-Mail-Adresse im Internet zu veröffentlichen, legte ich mir einen gesonderten neutralen E-Mail-Kontakt zu (interviewteilnahme@gmx.de), über den die Kommunikation mit den Betroffenen stattfinden konnte. Meinen Namen und meine Adresse veröffent-

Selbstverständlich bleibt offen, ob es sich bei den 4 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, wirklich um pädophile Männer handelt. Eine Möglichkeit zur Verifizierung der Interviewpartner bestand nicht, da den teilnehmenden Männern absolute Anonymität zugesichert wurde¹⁵¹. Die Verfasserin bot den Interviewteilnehmern die Auswahl eines Pseudonyms an, um Verwechslungen oder andere Probleme zu vermeiden, die entstehen könnten, wenn das Pseudonym durch eine andere Person vergeben wird. 3 der befragten Männer machten von diesem Angebot Gebrauch. Im November 2010 lagen die schriftlichen Interviews mit „Marco“, „Basty“, „Max“ und „Person X“ (Pseudonym wurde vergeben) als Word-Dokumente vor (Anhang, Punkt 4, S. 69-96). Eine Transkribierung war demnach nicht erforderlich, da die Antworten direkt als Textmaterial vorlagen.

Ein weiterer Fragebogen wurde von einem Klienten eines privaten Anbieters für ambulantes betreutes Wohnen in einer Großstadt in Nordrhein-Westfalen handschriftlich ausgefüllt. Der Kontakt zu „Strolchi“ (selbst gewähltes Pseudonym) wurde von einer Fachkollegin hergestellt, die den Klienten als Diplom-Sozialpädagogin ambulant betreut und die Übermittlung des Fragebogens ermöglichte. Die handschriftlich verfassten Antworten wurden 1:1 übernommen (Anhang, Punkt 4.5, S. 97). Weder Inhalt, Ausdruck, Grammatik noch Zeichensetzung wurden bei der Eingabe in das Word-Dokument verändert.

Die folgende qualitative Inhaltsanalyse bezieht sich demzufolge auf vier Transkripte von „Face-to-face“¹⁵²-Interviews mit Fachleuten sowie auf einen schriftlich ausgefüllten und per E-Mail eingereichten Fragebogen einer Fachperson. Des Weiteren basiert die Untersuchung auf 5 schriftlichen Interviews mit pädophilen Männern. Um wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen, wurden die auf Tonband

lichte ich – auch auf den Rat von „Marco“ hin - nicht, um postale Zuschriften oder Kontaktaufnahmen anderer Art durch die Pädophilenbewegung oder andere Szenen in meinem Privatleben zu vermeiden.

¹⁵⁰ Weitere Vorteile einer schriftlichen Befragung sieht Diekmann (2009, S. 514) u.a. in der geringen Beeinflussung durch den Interviewer und in der den Interviewten zur Verfügung stehenden Bedenkzeit. Nachteilig sei jedoch die eingeschränkte Möglichkeit des Interviewers, zum Verständnis der Frage beizutragen und den Interviewten Rückfragen zu stellen.

¹⁵¹ Insofern trifft Diekmanns (2009, S. 514) Kritik bzgl. schriftlicher Befragungen per E-Mail oder auf postalischem Wege zu, dass hierbei nicht sicher sei, ob es sich bei der antwortenden Person wirklich um die Zielperson handele.

¹⁵² Bei einem „Face-to-face“- Interview handelt es sich um ein persönliches Gespräch zwischen Interviewer und Befragtem (Diekmann, 2009, S. 437).

aufgenommenen Interviews vollständig transkribiert und dieser Arbeit als Anhang beigelegt¹⁵³ (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 193f.).

Die schriftlich bearbeiteten Fragebögen wurden formatiert und ebenfalls als Anlagen angehängt. Weder Rechtschreibung und Zeichensetzung noch irgendwelche Inhalte wurden verändert, lediglich Schriftgröße und Schriftart wurden angeglichen.

7.3 Interviewergebnisse

7.3.1 Behandlungsnotwendigkeit und -bedarf

Die Behandlungsbedürftigkeit der Pädophilie gründe den befragten Fachleuten zufolge im erforderlichen „Schutz der Opfer“ (Signerski-Krieger, Z. 95f.) sowie im „Leidensdruck“ der pädophilen Männer (Signerski-Krieger, Z. 9 u. Z. 21, Konrad, Z. 10). Menschen mit einer Pädophilie zu behandeln sei daher eine vorbeugende Maßnahme um sexuelle Übergriffe auf Kinder zu vermeiden (Schuhmann, Z. 18ff.).

Auch für die befragten Betroffenen ergebe sich eine Behandlungsnotwendigkeit pädophiler Männer durch die beiden Aspekte Selbst- und Fremdgefährdung (Marco, Z. 42). Zum einen könne eine mangelnde Kontrolle der sexuellen Impulse zu einer Gefährdung von Kindern führen (vgl. Strolchi, Z. 31 u. Marco, Z. 43f.), zum anderen existiere ein starker innerer „Leidensdruck“ (Marco, Z. 45), der bei den Pädophilen zu Depressivität und Suizidalität führen könne (vgl. Marco, Z. 46ff.). Der Schutz der Kinder „vor den eigenen sexuellen Bedürfnissen“ mache die hohe Behandlungsnotwendigkeit aus, die eine Pädophilie begleite (Basty, Z. 37ff.). Nicht zu vernachlässigen sei aber auch die „enorme psychische Belastung“, seine Sexualität nicht ausleben und nicht über seine Probleme sprechen zu können, die ebenfalls den Behandlungsbedarf ausmache (Marco, 57ff.). Der entsprechende Bedarf sei sehr hoch (vgl. Person X, Z. 46, Strolchi, Z. 34). Laut Konrad (Z. 10) könne hierzu keine eindeutige Aussage getroffen werden, da eine „repräsentative Stichprobe“ befragter Männer fehle. Ihr „klinischer Eindruck“ sei jedoch ebenfalls

¹⁵³ Da für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand weniger relevant ist, wie etwas gesagt wurde, sondern inhaltliche Aussagen im Vordergrund stehen, kann auf ein differenziertes Transkriptionssystem verzichtet werden. Um die Gesprächsprotokolle im Anhang nachvollziehen zu können, müssen an dieser Stelle daher keine besonderen Transkriptionsregeln angeführt werden (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 193f.).

der, dass der Behandlungsbedarf hoch sei (Konrad, Z.10). Seikowski (Z. 20) schränkt hingegen ein, dass nur „verunsicherte Pädophile“ behandlungsbedürftig seien. Behandelt werden sollte nur, wer auch Leidensdruck habe (vgl. Seikowski, Z. 21f.). Auch Wähner (Z. 87- 89) weist auf die Problematik fehlenden subjektiven Krankheitserlebens bei einigen Pädophilen hin:

„[...] eine ganze Reihe, das ist so meine Erfahrung, die haben relativ wenig Problembewusstsein – auf Psychologendeutsch Leidensdruck. Das ist eine Gruppe, die nicht so klein ist.“

Andere Experten sehen jedoch einen großen Bedarf und gehen von vielen Pädophilen aus, die sich eigeninitiativ behandeln lassen wollen (Signerski-Krieger, Z. 83 u. Schuhmann, Z. 6f.). Signerski-Krieger (Z. 213ff.) betont:

„Der Leidensdruck ist erheblich. Die leben teilweise in einer sozialen Isolation, die können sich kaum austauschen, die werden zunehmend depressiv [...].“

Dazu käme das Leiden unter den immer wiederkehrenden Impulsen (Konrad, Z. 22). Den Wunsch nach Nähe und Geborgenheit könnten Pädophile „quasi ohne straffällig zu werden gar nicht ausleben“ (Signerski-Krieger, Z. 98f.). Es bestünde ein fortwährender „Mangel an einer intimen Partnerschaft“ (Konrad, Z. 61f.).

Im Berliner Projekt liefen zum Zeitpunkt des Interviews im August 2010 drei Therapiegruppen mit je 10 Teilnehmern (Konrad, Z. 349f.). Das Regensburger Projekt stelle Schuhmann (Z. 76f.) insgesamt 40 Therapieplätze zur Verfügung. Zum Zeitpunkt des Interviews am 06. Oktober 2010 hätten sich seit dem 09. September 2010 bereits 20 Betroffene gemeldet (Schuhmann, Z. 76f.).

7.3.2 Unzureichende Versorgungslage

Die interviewten Betroffenen beklagen einhellig, dass keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten für pädophile Männer existieren (vgl. Basty, Z. 27, Marco, Z. 31, Person X, Z. 33, Max, Z. 30). Auch Schuhmann (Z. 10f.) hält die bislang vorhandenen Spezial-Ambulanzen für zu wenig. Wende man sich als Pädophiler an niedergelassene Therapeuten, so habe man laut Wähner (Z. 165) „null Chance da eine Therapie zu bekommen“. Dies habe unter anderem eine Umfrage unter 250 niedergelassenen Psychotherapeuten in der Region ergeben. Die Ablehnung Pädophiler durch Therapeuten und andere Fachleute sei teilweise extrem (vgl. Seikowski, Z. 30ff.) Viele wollen Täter und Opfer nicht gleichzeitig behandeln (vgl.

Wähler, Z. 171f.), scheuen das Risiko der potentiellen Fremdgefährdung (vgl. Konrad, Z. 195) oder seien sich im Unklaren darüber, wie eine Behandlung aussehen müsse (vgl. Konrad, Z. 196f.). Generell erfordere die therapeutische Arbeit mit Pädophilen „ein hohes persönliches Engagement“ (Konrad, Z. 160). Darüber hinaus gebe es nur wenige Angebote, weil es an qualifizierten Fachleuten mangelte. Selbst unter Sexualtherapeuten und Sexualwissenschaftlern sei das Interesse an Pädophilie nur sehr gering vertreten (vgl. Signerski-Krieger, Z. 185f.). In der Ausbildung liege der Schwerpunkt auf forensischen Aspekten, nicht auf präventiven (vgl. Signerski-Krieger, Z. 191f. u. 196f.). Vielen Pädophilen werde daher von professioneller Seite mitgeteilt, „dass sie erst dann Therapie bekommen, nachdem sie ein Kind missbraucht haben“ (Schuhmann, Z. 29f.). Das Thema Pädophilie käme in der Ausbildung ohnehin zu kurz (vgl. Konrad, Z. 155 u. Schuhmann, Z. 30f.). Des Weiteren sei Sexualmedizin „kein geschützter Begriff“, was die Abrechnung erschwere (Konrad, Z. 160). Insgesamt könne man die Behandlungsmöglichkeiten für Pädophile als „dürftig“ bezeichnen (Seikowski, Z. 12).

Sollte die Versorgungslage sich in den nächsten Jahren nicht bessern, so sei nach Meinung der pädophilen Männer eine „Verstärkung des Bereiches der Pädokriminalität im Internet und neuen Medien“ denkbar sowie eine „Tendenz zu brutaleren Taten“ und „gleich bleibenden Zahlen an Pädophilen und evtl. resultierenden Depressionen/Taten“ (Max, Z. 62ff.).

7.3.3 Zweifel an Selbsthilfe

Bezüglich der Möglichkeit für pädophile Männer, Selbsthilfegruppen zu besuchen, äußern sowohl Betroffene als auch Experten Skepsis gegenüber Teilnehmern und Zielen solcher Angebote (vgl. Basty, Z. 220ff., Wähler, Z. 587-593). Anders sähe dies aus, wenn die Gruppen professionell begleitet würden (vgl. Person X, Z. 205ff.) und ein offizielles „Netzwerk an Selbsthilfegruppen“ bestünde (Strolchi, Z. 23).

7.3.4 Bedeutung des Internets

Das Internet spiele für Pädophile eine „zentrale Rolle“ (Marco, Z. 271), berge jedoch „Chancen und Risiken“ (Marco, Z. 273, vgl. auch Max, Z. 203-206). Es werde

zur Information und Beratung aber auch zum Austausch von Kinderpornografie genutzt (vgl. Marco, Z. 272f.). Insofern sei die Nutzung des Internets durchaus „risikobehaftet, besonders auch für junge Pädophile“ (Basty, Z. 215f.). Marco (Z. 275ff.) betont die Bedeutung der weitgehenden Anonymität, die das Internet ermögliche und die für Pädophile sehr wichtig sei, „egal ob sie nun gute oder kriminelle Absichten verfolgen“. Seikowski (Z. 6ff.) zufolge informieren sich Pädophile, die Hilfe suchen, im Internet über Beratungsmöglichkeiten.

7.3.5 Bedeutung der Entstehungsbedingungen

Während Seikowski (Z. 45) betont, dass Pädophilie „angeboren“ sei und nichts mit einer Störung zu tun habe, halten Konrad (Z. 693) und Schuhmann (Z. 47ff.) sie für „bio-psycho-sozial“ bedingt. Von einer biologischen „Vulnerabilität“ (Konrad, Z. 701) sei auszugehen, eine klare Ursache aber sei „wie bei den meisten psychischen Erkrankungen“ nicht auszumachen (Konrad, Z. 693).

Für die betroffenen Männer, die an der Befragung teilgenommen haben, scheint die Ursache der Entstehung ihrer Pädophilie nur dann relevant zu sein, wenn dadurch die Entwicklung der Pädophilie aufgehalten werden (vgl. Person X, Z. 71f. u. Basty, Z. 66) oder eine bessere Behandlung ermöglicht werden könnte (vgl. Basty, Z. 66f. u. Max, Z. 67). Marco (Z. 72-75) halte es für einzelfallabhängig, ob in Bezug auf die Entstehungsbedingungen persönlicher Klärungsbedarf bestehe. Für Strolchi (Z. 48) beispielsweise spielen die Ursachen in seiner Behandlung eine tragende Rolle.

Schutz- und Risikofaktoren bilden sich eher in gegenwärtigen Prozessen ab (vgl. Schuhmann, Z. 112). Hierbei handele es sich laut Konrad (Z. 391f.) um „die aus der Forschung bekannten Risikofaktoren, die als bedeutsam für sexuelle Rückfälle in diesem Bereich gefunden wurden“. Hierzu zählen z.B. geringe Opferempathie, kognitive Verzerrungen und sozioaffektive Auffälligkeiten (vgl. Konrad, Z. 393ff.).

7.3.6 Präventions- und Projektziele

Als Projektziele von Präventionsangeboten für pädophile Männer nennen die Experten den „Kinderschutz“ (Schuhmann, Z. 84) durch Verringerung der Zahl sexueller Übergriffe auf Kinder (vgl. Konrad, Z. 84 f., Schuhmann, Z. 97) sowie „Forschung und Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Verfahren“ (Schuhmann, Z. 85f.). Konrad (Z. 336) merkt an, dass es auch darum gehe, Beispielprojekt zu sein:

„Dass es diese Männer gibt, können wir nicht ändern und dass die aber Hilfe suchen, wenn sie welche bekommen und dass wir denen helfen können [...]“ (Konrad, Z. 343-346).

7.3.7 Zielgruppe

Bezüglich der Zielgruppe pädophiler Patienten benennen die befragten Experten ausreichende Motivation als notwendiges und entscheidendes Kriterium für die Therapieeignung (vgl. Schuhmann, Z. 56). Der Klient müsse „compliant“ sein (Signerski-Krieger, Z. 117).

Zielgruppe seien Männer, die die Kriterien einer Pädophilie erfüllen (vgl. Konrad, Z. 77) und „die noch keine Übergriffe begangen haben, aber befürchten, dass es dazu kommen könnte“ (Konrad, Z. 51f.). Ebenfalls zur Zielgruppe gehören Männer, die bereits Übergriffe direkter oder indirekter Form – z.B. durch den Konsum von Kinderpornografie – begangen haben und „sich wünschen damit aufzuhören“ (Konrad, Z. 50f.). Diese Personen dürfen allerdings aktuell nicht im juristischen Hellfeld sein (vgl. Konrad, Z. 73-76).

Ausgeschlossen werden müsse, dass bei den Patienten andere psychiatrische oder somatische Erkrankungen bestehen, „die so im Vordergrund stehen, dass es eine Therapieteilnahme erschwert“ (Konrad, Z. 77). Dies beträfe beispielsweise „Menschen mit einer anderen manifesten behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung, hirnerkranklicher Beeinträchtigung oder behandlungsbedürftigen Substanzabhängigkeit“ (Schuhmann, Z. 58ff.).

An dem Präventionsprojekt der Charité nehmen Konrad (Z. 352) zufolge aktuell pädophile Männer von 17-60 Jahren teil. Zu den Einzelgesprächen kämen Personen aus der ganzen BRD (vgl. Konrad, Z. 301ff.). An den regelmäßigen Gruppenterminen nehmen auch Pädophile aus anderen Bundesländern teil, „die also wirk-

lich eine weite Reise auf sich nehmen und die jeden Montag meinetwegen mehrere 100km oder noch mehr hierher fahren.“ (Konrad, Z. 358ff.).

7.3.8 Zielvorstellungen Betroffener

Laut Seikowski (Z. 75) wünschen sich einige Pädophile, „dass es für immer weg geht“, andere „suchen für sich einen Weg, nie straffällig zu werden und was ihnen dabei helfen könne“ (Seikowski, Z. 75f.). Die schriftlich befragten Männer nennen als Therapieziele ein Nachlassen der pädophilen Phantasien (vgl. Strolchi, Z. 106), „den Leidensdruck abzubauen, Selbstwertgefühl aufzubauen und Sicherheit gegenüber den Impulsen (also vor Übergriffen) gewinnen“ (Max, Z. 81f.) sowie ein „Finden von individuellen Kompensationsstrategien“ bzgl. der unerfüllten Sexualität (Marco, Z. 130 f.). Einen hohen Stellenwert nehmen für die Pädophilen das „Erlernen von Techniken und Verhaltensstrategien“ zur Impulskontrolle (Marco, Z. 128 f.) und der damit verbundene Wunsch nach „mehr Sicherheit nie einen sexuellen Übergriff zu begehen“ ein (Basty, Z. 90f., vgl. auch Person X, Z. 98).

Grundsätzlich bestehe der Wunsch, über sein Problem sprechen können, „ohne dafür massiv vorverurteilt zu werden“ (Marco, Z. 57) und nach der Möglichkeit zum „Austausch mit anderen Pädophilen“ (Person X, Z. 99f.).

Basty (Z. 77) stellt klar: „Es geht um den Schutz der Kinder und um die Verbesserung der Lebenssituation Betroffener.“ Ähnlich bringt Marco (Z. 108-112) seine beiden grundlegenden Erwartungen an eine Therapie, die Kontrolle über sexuelle Impulse und das Erreichen von Lebenszufriedenheit, auf den Punkt:

„Zwei Ziele wären mir wichtig: Zum einen möchte ich mir sicher sein, meine sexuellen Impulse auch in Zukunft in allen nur denkbaren Situationen jederzeit absolut unter Kontrolle zu halten. Zum anderen möchte ich trotz der unerfüllbaren Sexualität ein halbwegs glückliches, zufriedenes und ausgeglichenes Leben führen. Beide Aspekte wäre für mich die zentralen Punkte einer jeden Therapie“ (Vgl. auch Max, Z. 157f. u. Z. 163ff.).

Er führt weiter aus:

„Wenn ich diese beiden Ziele für mich dauerhaft festigen kann, dann würde ich eine Therapie im Rückblick für mich als gewinnbringend bezeichnen“ (Marco, Z. 209 f., vgl. auch Konrad, Z. 310-313).

Einige Betroffene haben den Wunsch, dass „die Gefühle zu Kindern verschwinden“ (Person X, Z. 97) bzw. möchten durch „ein Ende der pädophilen Phantasien“ Heilung erreichen (Strolchi, Z. 62 u. Z. 109). Für diese Männer sei es eine „nieder-

schmetternde Botschaft“ (Konrad, Z. 318.) zu erfahren, dass eine Pädophilie lebenslang bestehe.

7.3.9 Erreichbarkeit der Zielgruppe

Experten zufolge nimmt die Frage nach der Zielgruppenerreichbarkeit einen hohen Stellenwert ein (vgl. Konrad, Z. 225) und erfordere eine „sehr intensive Öffentlichkeitsarbeit“ (Wähner, Z. 280). Den meisten Betroffenen seien „keine weiteren seriösen Anlaufstellen bekannt“ außer der in der Charité sowie deren Folgeprojekten in Kiel und Regensburg (Basty, Z. 31ff., vgl. auch Person X, Z. 176 u. Max, Z. 170). Wichtig, um die Zielgruppe zu erreichen, sei für die Betroffenen die Gewährleistung von „Anonymität“ und „Professionalität, die man schon vom ersten Telefonat an spürt“ (Max, Z. 78). Insbesondere eine „anonyme erste Kontaktaufnahme“ sei von großer Bedeutung (Max, Z. 91, vgl. auch Strolchi, Z. 66, Person X, Z.83, Schuhmann, Z. 112). Die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme per Telefon oder E-Mail müsse daher gegeben sein (Schuhmann, Z. 112).

Entscheidend seien auch entsprechende Räumlichkeiten, die die Anonymität der Patienten wahren (Konrad, Z. 494f.).

Seikowski (Z. 6ff.) nennt das Internet als wichtiges Medium, um die Zielgruppe zu erreichen:

„Verunsicherte Pädophile orientieren sich im Internet, ob es kompetente Ansprechpartner für Pädophilie gibt. Sie meiden die Kontaktaufnahme, wenn sie niemanden dazu finden.“

Bei der Präsentation der Institutionen legen die befragten Männer Wert auf eine respektvolle Ansprache (Marco Z. 88) und darauf, dass keine Reduktion der Persönlichkeit auf „den ‘potentiellen Täter’“ erfolge (Marco Z. 88f.) oder ausschließlich auf die Störung der Sexualpräferenz fokussiert werde (Basty, Z. 76). Bezüglich des therapeutischen Angebotes werde Individualität bzw. Flexibilität gewünscht (Marco Z. 85) sowie hohe Fachlichkeit und Multiprofessionalität (Person X, Z. 83f.). Betroffene wünschen sich „Respekt vor den Gefühlen der Zielgruppe in Werbung und Titel des Projektes“ (Max, Z. 91f.). In diesem Sinne sei die Medienkampagne als Methode der Charité zur Zielgruppenschließung erfolgreich gewesen (Konrad, Z. 208). Die Kampagne sei in Zusammenarbeit mit betroffenen Männern entwickelt worden (Konrad, Z. 209) und motiviere Pädophile zur Kon-

taktaufnahme, da sie „Perspektivübernahme“ durch die Helfenden erkennen lasse (Konrad, Z. 212f.). Man habe diesbezüglich viel positives Feedback von Betroffenen erhalten (Konrad, Z. 218).

Die interviewten Pädophilen erwarten, dass ihnen mit Offenheit, Unbefangenheit und Neutralität begegnet werde (vgl. Marco, Z. 114, Basty, Z. 90, Schuhmann, Z. 113). Man erhoffe sich echtes Interesse am Betroffenen genauso wie konsequentes Interesse am Kinderschutz (vgl. Basty, Z. 90f.). Entscheidend sei auch, ob Einzeltherapie möglich sei (Basty, Z. 79, Marco, Z. 139f.). Strolchi (Z. 73ff.) erwarte ernst genommen zu werden und halte einen guten Ruf der Institution für relevant.

Wähner (Z. 54) berichtet, dass sich nur wenige Selbstmelder an die Sexualsprechstunde der Bochumer Institutsambulanz wandten - diese sei aber auch „mit Schwerpunkt auf die Justiz im weitesten Sinne beworben worden“ (Wähner, Z. 40f.). Die Zielgruppe der Sexualstraftäter sei leichter zu erreichen:

„[...] wir haben also nicht unbedingt darauf hingearbeitet wirklich viele Selbstmelder zu bekommen, sondern das war natürlich in dem Kontext mit der Justiz – da war das Haus voll“ (Wähner, Z. 281ff.).

Pädophile Selbstmelder wurden über Werbung bei Hausärzten oder über den Internetauftritt auf der Homepage der Klinik auf die Sexualsprechstunde der Ambulanz aufmerksam (Wähner, Z. 66f.). Seikowski (Z. 101) hingegen betrachtet die Frage der Zielgruppenerreichung kritisch: „Patienten sucht man sich nicht“.

7.3.10 Therapiemotivation

Für Signerski-Krieger (Z. 83f.) stelle sich die Frage nach der Inanspruchnahme präventiver Behandlungsangebote für Pädophile. Er gehe zwar davon aus, dass die „Patientengruppe“ als solche vorhanden und der Bedarf da sei, die Frage sei aber, ob die Betroffenen ein drei Jahre langes „Behandlungskonzept“ tatsächlich nutzen würden (Signerski-Krieger, Z. 85ff.). Die bisherigen Interessenten des Regensburger Projektes, das am 09.09.2010 gestartet hat, seien sehr motiviert (vgl. Schuhmann, Z. 119), auch die Berliner Projektteilnehmer zeigen hohe Motivation (vgl. Konrad, Z. 17ff.).

Aspekte, die die Motivation, sich in Behandlung zu begeben, fördern, seien den befragten Männern zufolge neben der „Grundangst einen Übergriff zu begehen“ (Basty, Z. 102), die Angst, sich irgendwie falsch zu verhalten (Person X, Z. 114) oder „in eine Situation zu geraten, die einen Übergriff ermöglichen könnte (z.B. man lernt ein Kind in unmittelbarer Umgebung kennen)“ (Basty, Z. 104), der Wunsch, Kinder zu schützen (vgl. Max, Z. 25ff.) und „der Wunsch, kein Monstrum (=Täter) zu werden“ (Max, Z. 106f.). Der Leidensdruck durch die immer wiederkehrenden Phantasien (vgl. Strolchi, Z. 71) und das Gefühl, irgendwann die Kontrolle über sich zu verlieren (vgl. Basty, Z. 104), bestärken die Betroffenen ebenfalls darin, sich Hilfe zu suchen. Nicht zuletzt spiele dann laut Signerski-Krieger (Z. 382) die „Außenwirkung“ der Institution eine Rolle dafür, ob der Betroffene sich dann tatsächlich dorthin wende oder nicht.

Der Leidensdruck als entscheidender Motivationsfaktor führe jedoch zu der Frage, ob diesen überhaupt alle Pädophilen hätten (vgl. Signerski-Krieger, Z. 268f.). Davon sei nicht auszugehen (vgl. Signerski-Krieger, Z. 273, Wähler, Z. 87-89).

Laut Betroffenen sei die Motivation grundsätzlich da, jedoch hemme die Angst die Männer, sich an offizielle Stellen zu wenden (vgl. Basty, Z. 101). Hierzu zähle z.B. „das Gefühl, kriminalisiert zu werden“ (Strolchi, Z. 58) oder wie „vor Gericht“ zu stehen (Basty, Z. 83) sowie die Sorge, nicht anonym und professionell behandelt zu werden (Max, Z. 81f.). Einer Kontaktaufnahme gehe meist ein langer Prozess voraus, in dem der Pädophile abwäge, ob er sich jemand anderem anvertrauen könne (Max, Z. 49f.). Diese „Schwellenangst“ gelte es zu überwinden (Person X, Z. 116f., vgl. Signerski-Krieger, Z. 226). Die Betroffenen befürchten, nicht ernst genommen oder „als krankes Monstrum“ empfunden zu werden (Basty, Z. 84ff.). Generell bestehe eine Angst vor der Reaktion des Gegenüber (vgl. Person X, Z. 116f.) und eine empfundene „Unfreiheit“ in der Kommunikation mit Anderen (Max, Z. 50f.).

Wähler (Z. 602f.) weist daraufhin, dass das momentane gesellschaftliche „Klima“ die Bereitschaft Pädophiler, sich zu outen, erschwere. Es bestünden laut Konrad (Z. 272) diesbezüglich große Ängste und das Gefühl der Betroffenen, anders zu sein, etwas verbergen zu müssen und sich nicht mitteilen zu dürfen (Konrad, Z. 269f.). In der Sexuelsprechstunde der Institutsambulanz in Bochum meldete sich Wähler (Z. 101f.) zufolge in der Zeit ihres Bestehens kein einziger Patient

aus der Stadt Bochum. Dies sei laut Wähler (Z. 113) auf den hohen Schamfaktor sowie auf Angst vor dem Outing und vor eventueller Strafe zurückzuführen. Die Sorge, sich „in juristische Schwierigkeiten“ zu begeben, wenn man sich behandeln lasse, sei groß (Signerski-Krieger, Z. 236f.).

Die Problematik der Therapiemotivation stelle sich laut Wähler (Z. 596-602) im justiziellen Kontext gänzlich anders dar:

„Dann wollen die vielleicht auch was, das ist ja vielleicht auch der nächste Schritt in diesem Kontext, die dann auch ein bisschen zu intrinsischer Motivation oder zu Leidensdruck zu verhelfen. Das dauert manchmal ganz schön lange. Aber sie haben sie ja und sie haben keine Wahl sich zu outen. Sie sind ja schon geoutet worden.“

7.3.11 Erreichbarkeit der Zielvorstellungen

Signerski-Krieger (Z. 307) weist darauf hin, dass bei Präferenzstörungen im Allgemeinen andere Ziele erreichbar seien, als bei der Pädophilie im Speziellen, denn die Neigung dürfe ja gar nicht ausgelebt werden. Daher müssten andere Möglichkeiten sexueller Entlastung gefunden werden (Seikowski, Z. 82). Ein kritischer Moment in der Beratung sei, so Konrad (Z. 320), wenn der Patient realisiere, dass die Pädophilie nicht heilbar sei. Dann gehe es in einem nächsten Schritt für den Pädophilen darum, das „Schicksal“ zu akzeptieren und sich bewusst zu machen, dass er keine Schuld daran trage, dass er pädophil sei (Konrad, Z. 323ff., vgl. hierzu auch Schuhmann, Z. 98 u. Seikowski, Z. 81). In dieser Phase sei es besonders wichtig, den Patienten nicht auf seine Pädophilie zu reduzieren (vgl. Konrad, Z. 325-328).

Die Teilnahme an einem Präventionsangebot ermögliche den pädophilen Männern „raus aus der Anonymität“ (Person X, Z. 110) und der „Isolation“ (Signerski-Krieger, Z. 226) zu gelangen, einen Umgang mit ihrem schlechten Gewissen und „moralischen Druck“ zu finden (Signerski-Krieger, Z. 293) sowie mit ihrer „Neigung“ leben zu lernen (Signerski-Krieger, Z. 294, vgl. auch Person X, Z. 112 u. Max, Z. 97) und Verhaltenskontrolle zu erlangen (vgl. Schuhmann, Z. 96). Pädophile können darüber hinaus in Präventionsprojekten mit anderen Betroffenen ins Gespräch kommen (vgl. Person X, Z. 69) und laut Strolchi (Z. 69) auch einen Einblick in die Ursachen ihrer Pädophilie gewinnen. Grundlegendes Ziel bleibe, so Seikowski (Z. 83f.), das „Erreichen einer Kontrollierbarkeit sexueller Impulse“. Max

(Z. 97f.) beschreibt aus seiner Therapieerfahrung heraus „positive Erlebnisse mit dem Beherrschen der Impulse“. Es gehe auch darum, „Selbstwertgefühl aufbauen“ (Max, Z. 98). Nicht zu vergessen sei aber, dass das Maß der Zielerreichung auch abhängig vom Einzelfall sei (vgl. Max, Z. 102ff.).

7.3.12 Erforderliche Diagnostik

Die Eingangsdiagnostik umfasse eine „ausführliche Sexualanamnese“, die „sexuelles Verhalten, sexuelles Erleben, sexuelle Phantasien, Masturbationsphantasien, Pornographie-Konsum“ umfasse (Konrad, Z. 87ff.).

Liege den Übergriffen oder Phantasien ein anderer krankhafter Auslöser zugrunde, dann muss diese Störung an anderer Stelle vorrangig behandelt werden (vgl. Wähler, Z.382-392). Hierbei könne es sich z.B. um psychotisches Verhalten oder Grenzüberschreitungen unter Alkoholeinfluss handeln. Seikowski (Z. 59ff.) vertritt diesbezüglich eine andere Meinung. In der therapeutischen Arbeit mit Pädophilen sollte es sich seiner Ansicht nach nicht ausschließlich um die Pädophilie drehen. Lägen andere psychische Probleme vor, so sollten diese mitbehandelt werden (vgl. Seikowski, Z. 59ff.).

7.3.13 Bevorzugtes Setting

Betroffene und Experten halten sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie für wichtig (vgl. Marco, Z. 149, Person X, Z. 122, Max, Z. 118, Strolchi, Z. 78, Schuhmann, Z. 128). Die „Kombination macht Sinn“ (Signerski-Krieger, Z. 127). Zunächst müsse dem Betroffenen im Einzelkontakt ein „Outing“ ermöglicht werden, da so die Schwelle geringer sei (Signerski-Krieger, Z. 128ff.). Für die Betroffenen hätten beide Methoden „Vor- und Nachteile“ (Marco, Z. 150). In der Gruppe könne man voneinander lernen und sich austauschen, in der Einzelsituation gäbe es die Möglichkeit eigene Probleme zu bearbeiten (vgl. Marco, Z. 150-153). Gruppengespräche müssten professionell angeleitet werden (vgl. Person X, Z. 122). Ein befragter Betroffener zieht die Gruppentherapie dem Einzelkontakt vor (vgl. Max, Z. 119). Basty (Z. 114) hingegen lege Wert darauf, sich die Gesprächspartner selbst wählen zu können und zieht aufgrund eigener Gewalterfahrungen den einzeltherapeutischen Kontakt vor:

„Da ich als Kind selbst sexuelle und andere gewalttätige Übergriffe erlebt habe, könnte ein Gruppensetting (z.B. mit „Dunkelfeldtätern“) re-traumatisierend wirken“ (Basty, Z. 112ff.).

Daher wünsche er keinen Kontakt zu Pädosexuellen bzw. zu Mitgliedern der Pädophilenbewegung (Basty, Z. 116ff.).

7.3.14 Methodenwahl

In der Therapie werde ein multimodaler Ansatz verfolgt, in dem „Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, der Sexualtherapie und einer medikamentösen Therapie zusammen geführt werden“ (Schuhmann, Z. 124ff.). Eine große Rolle in der Therapie spiele es, dass die Betroffenen eine „systematische Selbstbeobachtung“ erlernen (Konrad, Z. 600) und darüber Selbstkontrolle wieder gewinnen (Konrad, Z. 604). Marco (Z. 86f.) lehnt als Betroffener standardisierte bzw. manualisierte Behandlungsangebote ab.

Wähner (Z. 311) hält ein hohes „Kontrollelement“ in der Therapie für bedeutend und weist darauf hin,

„dass man eigentlich auch ein guter Sexualtherapeut ist, wenn man ein guter Suchttherapeut ist. Es gibt ganz viele Analogien zu Alkohol oder Drogen. Die Rückfallprophylaxe ist entscheidend“ (Wähner Z. 311-314).

7.3.15 Einsatz von Medikamenten

Einige der interviewten Fachleute halten den Einsatz von Medikamenten in Kombination mit einer Psychotherapie für sinnvoll (vgl. Signerski-Krieger, Z. 97). Eine große Bedeutung habe die Möglichkeit der Medikation dann, wenn ein Patient unter sehr starken Impulsen leide (Konrad, Z. 374). Dies könne „sehr erleichternd wirken“ (Konrad, Z. 377f.). Über den Einsatz von Medikamenten sollte jedoch einzelfallabhängig entschieden werden (Schuhmann, Z. 132f.). Seikowski (Z. 112) vertritt diesbezüglich eine konträre Meinung: „Medikamente helfen bei Pädophilie nicht.“ Auch Wähner (Z. 534) spricht Medikamenten in der Behandlung nur eine geringe Bedeutung zu. Manche Patienten äußern jedoch sogar den Wunsch eine „chirurgische Kastration“ zu erhalten (Wähner, Z. 139).

Die Betroffenen selbst äußern sich ebenfalls kontrovers. Als „Bedarfsmedikation“ sei die Einnahme von Medikamenten denkbar (Basty, Z. 122), insbesondere in

einer „akuten Gefahrensituationen, wenn jemand seine sexuellen Impulse aus eigener Kraft nicht zu kontrollieren weiß“ (Marco, Z. 156f.). Dann handele es sich um eine „gerechtfertigte und manchmal auch notwendige Indikation“ (Marco, Z. 158). Die befragten Männer haben mit Medikamenten teils schlechte (Strolchi, Z. 80), teils positive Erfahrungen gemacht (Max, Z. 112ff.). Ein Grund, Medikamente abzulehnen könne sein, dass der Betroffene Sexualität mit erwachsenen Frauen auslebe und darauf nicht verzichten wolle (vgl. Person X, Z. 128f.). Eine reine medikamentöse Behandlung der Pädophilie sei abzulehnen, da dies zu einer Verdeckung der zu Grunde liegenden Konflikte führe (vgl. Marco, Z. 158ff.).

7.3.16 Therapieinhalte

Die Mehrzahl der befragten Betroffenen halten sowohl den Einbezug der Lebensgeschichte in die Behandlung als auch die Berücksichtigung gegenwärtiger Faktoren für bedeutsam (vgl. Marco, Z. 79, Basty, Z. 72f., Strolchi, Z. 52). Die Schwerpunktsetzung sollte jedoch vom Einzelfall abhängig gemacht werden – diesbezüglich wird seitens der Therapeuten bzw. bezüglich des Konzeptes Flexibilität gewünscht (vgl. Marco, Z. 81f.). Für Person X (Z. 79) ist die Auseinandersetzung mit dem „Jetzt und Heute“ bedeutender als biographische Aspekte. Ein Betroffener ziehe zunächst eine Konzentration auf Gegenwärtiges vor, um in einem stabileren Zustand auf die eigene Lebensgeschichte und die in seinem Fall damit verbundenen Gewalterfahrungen eingehen zu können (vgl. Max, Z. 73ff. u. Z. 69).

Auch von Expertenseite wird die Bedeutung aktueller Prozesse betont:

„Der Fokus ist tatsächlich eher aktuell Auseinandersetzung mit der Präferenz, die ist wie sie ist und mit den damit einhergehenden Impulsen und Phantasien umzugehen.“ (Konrad, Z. 625-628).

Schutz- und Risikofaktoren bilden sich eher in gegenwärtigen Prozessen ab (Schuhmann, Z. 112). Jedoch seien sowohl Gegenwart als auch Vergangenheit relevant, da gegenwärtig wirksame oder schädigende „Coping-Strategien“ in der Lebensgeschichte bzw. „Lerngeschichte“ erlernt wurden (Konrad, Z. 618ff.).

7.3.17 Umgang mit Schweigepflicht

Grundsätzlich erwarten die befragten Betroffenen eine strenge Einhaltung der Schweigepflicht (vgl. Marco, Z. 171-175 u. Strolchi, Z. 88). Situationen, in denen die Schweigepflicht ausgesetzt werden müsse, seien jedoch für die befragten Männer denkbar (vgl. Basty, Z. 133 u. Person X, Z. 138). Dies solle jedoch nur im „Ernstfall“ geschehen (Max, Z. 134) und gegenüber dem Pädophilen als Patient transparent gemacht werden (vgl. Person X, Z. 138). Die Ängste der interviewten Männer bzgl. eines Verstoßes gegen die Schweigepflicht halten sich in Grenzen: „Ich denke aber, die gesetzlichen Regelungen sind hierzu ausreichend“ (Marco, Z. 171-175).

Auch für die Experten nehme die Schweigepflicht einen sehr hohen Stellenwert ein (vgl. Seikowski, Z. 138). Vergangene Taten fallen ohnehin unter die Schweigepflicht (vgl. Schuhmann, Z. 148ff.). Es gelte jedoch immer, „das Gut der Unversehrtheit des Kindes höher einzuschätzen, als die Schweigepflicht“ (Konrad, Z. 406ff.).

7.3.18 Bedeutung von Angehörigenarbeit

Die befragten Fachleute gehen tendenziell davon aus, dass seitens der Patienten kein Interesse an einem Einbezug der Angehörigen in die Behandlung bestehe (vgl. Schuhmann, Z. 135f.). Pädophile öffnen sich meistens ohnehin gegenüber ihren Angehörigen nicht. Wenn, dann wenden sie sich laut Seikowski (Z. 126f.) an ihre Eltern, die dann aber erfahrungsgemäß ablehnend oder bagatellisierend reagieren. Bei Wähler (Z. 553 u. 573-576) kam es in einigen seltenen Fällen zu Angehörigenarbeit, die jedoch seitens der Angehörigen eher distanziert und skeptisch vonstatten ging. Die Mehrzahl der befragten pädophilen Männer kann sich Angehörigenarbeit jedoch vorstellen (vgl. Max, Z. 129, Marco, Z. 163f., Strolchi, Z. 83, Person X, Z. 132f.) oder hält diese sogar für „sinnvoll“ (Marco, Z. 163f.) und „wünschenswert“ (Strolchi, Z. 83). Person X (Z. 132f.) schränkt jedoch ein, dass er sich Angehörigenarbeit nur mit den Personen vorstellen könne, die bereits über seine Pädophilie informiert seien. Marco (Z. 163f.) hält einen Einbezug der Partnerin für sinnreich, wenn ein Pädophiler eine Beziehung zu einer erwachsenen Frau habe.

7.3.19 Angemessene Behandlungsdauer

Das Berliner Projekt „Prävention Dunkelfeld“ beantragte laut Konrad (Z. 368ff.) bei der VW-Stiftung „ein Jahr Einzeltherapie, ein Jahr Gruppentherapie und ein Jahr Nachsorge, also ein Dreijahreskonzept“ – bewilligt und somit finanziert wurde jedoch lediglich eine Behandlungsdauer von einem Jahr. Das Regensburger Nachfolge-Konzept sieht entsprechend ein Jahr mit 45-50 wöchentlichen Sitzungen vor (vgl. Schuhmann, Z. 103f.). Seikowski (Z. 87ff.) zufolge ist „bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Anzahl der Sitzungen [...] eine sinnvolle Betreuung oft nicht möglich“.

7.3.20 Finanzierung der Behandlung

Betroffene wünschen sich eine Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkasse (Basty, Z.194f.). Auch Experten fordern eine Finanzierung über die Krankenkassen: „Ich halte das für eine Erkrankung und ich finde dafür müsste auch die Krankenkasse bezahlen“ (Signerski-Krieger, Z. 215f.). Dies erfordere eine Definition der Pädophilie als Krankheit, nicht als „Normvariante“ (Signerski-Krieger, Z. 327f.). Es handele sich um eine „chronische Erkrankung“ und müsse daher über das Gesundheitsministerium finanziert werden (Konrad, Z. 77 und Z. 546). Das gegenwärtige „Finanzierungsproblem“ mache stets eine „Diagnose-Modifikation“ erforderlich (Wähler, Z. 26-28). Nachteilig an einer Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen per Überweisungsschein sei jedoch der Verlust der Anonymität der Betroffenen (vgl. Konrad, Z. 77). Das Berliner Charité –Projekt laufe über eine Mischfinanzierung aus Spenden und Geldern des Bundesjustizministeriums (vgl. Konrad, Z. 166ff.), das Regensburger Projekt werde über das bayrische Justizministerium finanziert (Schuhmann, Z. 176). Seikowski (Z. 36ff.) präferiert eine kostenlose und anonyme Beratung in staatlichen Beratungsstellen. Pädophilie dürfe seiner Ansicht nach ausschließlich „aus rein praktischen Gründen [...] als Krankheit bezeichnet werden, denn nur dann ist Therapie und Beratung bezahlbar“, obwohl es sich seiner Ansicht nach dabei nicht um eine Erkrankung handele (Seikowski, Z. 181ff.).

7.3.21 Angemessener institutioneller Hintergrund

Die präventive Behandlung pädophiler Männer gehöre Konrad (Z. 299f.) zufolge „zu sexualmedizinischen Ambulanzen, die sich nicht auf Sexualstraftäter spezialisieren, sondern generell auf sexuelle Störungen“ (Konrad, Z. 299f.). Für Signerski-Krieger (Z. 23) hingegen spreche die Behandlung von Opfern gegen die Sexualambulanz als Anlaufstelle für Pädophile (Signerski-Krieger, Z. 23). Es gelte zu vermeiden, „dass Täter und Opfer zusammen in einem Wartezimmer sitzen“ (Signerski-Krieger, Z. 27f.). Hierfür erhalte er viel „positives Feedback“ von Opfern, die Wert darauf legen, „dass sie genau wissen, es sind keine Täter hier“ (Signerski-Krieger, Z. 31f.). Für Signerski-Krieger (Z. 75) gehöre die Therapie der Pädophilie in die Psychiatrie und Psychotherapie. Basty (Z. 143f.) stelle sich „eine isolierte psychotherapeutische Einrichtung“ vor, die nicht in einer Psychiatrie angesiedelt sei. Psychotherapie in Kombination mit Medikamenten erfordere jedoch einen psychiatrischen Hintergrund mit Möglichkeit von EKG- und Blutuntersuchungen (vgl. Signerski-Krieger, Z. 153f., Person X, Z. 193f.). Um diese Aspekte sicher zu stellen sei aber auch eine Zusammenarbeit von verschiedenen Institutionen möglich (Signerski-Krieger, Z. 167f.). Da es sich bei der Medikation teilweise um „urologische Mittel“ handele, könne auch eine Kooperation mit einem Urologen Sinn machen (Wähner, Z. 148).

Basty (Z. 148) könne sich nicht vorstellen, sich in einer Forensik behandeln zu lassen, da ihm der „Täterumkreis“ nicht recht sei (Basty, Z. 148). Strolchi (Z. 99) könne sich eine Therapie in der Forensik für sich ebenfalls erst dann vorstellen, wenn er Taten begangen hätte. Auch Konrad (Z. 284f.) gehe davon aus, dass Selbstmelder in forensischen Ambulanzen und anderen Institutionen „letztendlich sehr verzweifelte Einzelfälle“ seien.

Person X (Z. 151) hält Beratungsstellen für ideale Anlaufstellen. Er stelle sich jedoch die Frage „wer klopft da an die Tür, wenn da etwas von pädophil steht“ (Person X, Z. 151f.). Denkbar seien für ihn Beratungsstellen, die z.B. in Krankenhäuser und Universitäten integriert werden könnten (Person X, Z. 152f.).

Seikowski (Z. 52f.) plädiert für die Einzeltherapie durch niedergelassene Therapeuten: „Ich halte von Präventivprogrammen gar nichts. Wenn sich jemand betreuen bzw. behandeln lassen möchte, dann immer individuell.“

7.3.23 Angemessener Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund der Mitarbeiter

Die Behandlung Pädophiler sollte man nach Expertenmeinung „spezialisierten Psychotherapeuten überlassen, die selbst mit dem Thema Pädophile neutral umgehen können“ (Seikowski, Z. 148ff.). „Moralisierer“ seien hier nicht gefragt (Seikowski, Z. 149f.). Wähler (Z. 293f.) gibt zu bedenken, dass es „eine anspruchsvolle Klientel ist, wo man schon ein bisschen aushalten muss“ (Wähler, Z. 293f.). Für (Signerski-Krieger, Z. 175f.) seien die Anforderungen an die Mitarbeiter eines Präventionsangebotes abhängig von der jeweiligen konkreten Aufgabe, mit der die Person beauftragt sei. Wer an der Psychotherapie beteiligt sei, müsse über eine fundierte „psychotherapeutische und sexualtherapeutische Ausbildung“ verfügen (Signerski-Krieger, Z. 178f., vgl. auch Seikowski, Z. 192). Konrad (Z. 140) setze ebenfalls eine „therapeutische Qualifikation“ (Konrad, Z. 140ff.) voraus, aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungskonzeptes vorzugsweise eine verhaltenstherapeutische. Darüber hinaus sei mindestens ein allgemeines sexualmedizinisches Verständnis vorausgesetzt (Konrad, Z. 150), idealerweise eine „sexualmedizinische Qualifikation“ (Konrad, Z. 145).

Im Regensburger Projekt arbeiten zwei Psychologen und ein Arzt, bei der Einstellung seien eine psychotherapeutische und eine sexualmedizinische Ausbildung vorausgesetzt worden (Schuhmann, Z. 159f.). Gleichsam erwarten auch die Betroffenen „umfassende psychologische Kenntnisse insbesondere des Bereichs der Sexualität“ (Max, Z. 140f., vgl. auch Strolchi, Z. 93 u. Basty, Z. 138f.). Person X (Z. 146ff.) halte eine Ausbildung im psychiatrisch-medizinischen Bereich für sinnvoll sowie „Erfahrung in diesem speziellen Bereich“ Pädophilie. Marco (Z. 180f.) betrachte eine psychotherapeutische als vorrangig vor einer medizinischen Ausbildung. Darüber hinaus wünsche er sich von einem Therapeuten eine pädagogische Ausbildung und Erfahrung im Umgang mit Kindern (Marco, Z. 184-188). Letztlich entscheidend sei laut Person X (Z. 145f.): „Kann und will er helfen.“

Seikowski (Z. 154-157) persönlich zeigt Zweifel an Präventionsprogrammen für Pädophile:

„Ich behandle zwar seit 27 Jahren Pädophile, würde aber nie in einem solchen Projekt mitarbeiten. Ich arbeite allein mit Pädophilen, weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass auch die meisten Therapeuten mit dem Thema überfordert sind. Das kann man auch nicht einfach so lernen.“ (Seikowski, Z. 154-157.)

7.3.23 Fachlichkeit

Um Professionalität und Qualität der Behandlung sicherzustellen müsse ein Präventionsangebot regelmäßig supervidiert werden und sich aktiv an der Forschung zur Thematik beteiligen (vgl. Schuhmann, Z. 169, Wähler, Z. 295).

7.3.24 Erfolgskriterien

Signerski-Krieger (Z. 458) hält „genügend und gutes Fachpersonal und passende Räumlichkeiten“ für ausschlaggebend, hierzu gehöre auch eine gute Lage der Institution, z.B. „nicht neben einem Kinderspielplatz“ (Signerski-Krieger, Z. 460). Insgesamt müssten die Patienten sich „wohl fühlen“ können (Signerski-Krieger, Z. 226).

Erfolgreiche Arbeit mit pädophilen Patienten erfordere darüber hinaus ein „hohes persönliches Engagement“ (Konrad, Z. 472), ein „gutes Team“ (Konrad, Z. 472), die Möglichkeit zu kollegialer „Intervision“ und externer „Supervision“ (Konrad, Z. 480) sowie grundsätzlich das „Gefühl, selbst ausreichend qualifiziert zu sein und qualifizierte Kollegen zu haben“ (Konrad, Z. 481f.). Konrad (Z. 485f.) hält diesbezüglich eine multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams für sinnvoll.

7.3.25 Überprüfung der Erfolgskriterien

Bezüglich der Wirksamkeitsüberprüfung stellt Signerski-Krieger (Z. 470) zunächst folgende Fragen: „Für wen? Für die Gesellschaft, für das Opfer oder für den Patienten?“ Grundsätzlich gehe es darum, die „Lebenszufriedenheit“ und die „Beziehungsfähigkeit“ vor und nach der Behandlung sowie die Anzahl oder das Vorkommen möglicher Rückfälle bzw. Ersttaten zu erheben (Signerski-Krieger, Z. 489ff., vgl. Konrad, Z. 96-99). Hierbei seien die Untersucher auf die Bereitschaft der Patienten zur Selbstauskunft angewiesen (Signerski-Krieger, Z. 490f.). Diese erfolge auf der Grundlage von „Fragebögen, die auf Selbstaussagen beruhen für verschiedene Konstrukte“ (Konrad, Z. 516f.). Als Prüfstein der therapeutischen Wirksamkeit gelte unter anderem die „Empathie-Zunahme“ (Konrad, Z. 97).

Die „Rückfallquote“ (Wähler, Z. 337) könne – das Einverständnis der Patienten vorausgesetzt. - langfristig auch durch eine Überprüfung der BZR-Auszüge kontrolliert werden (Schuhmann, Z. 186f.).

Die Kriterien zur Überprüfung der Wirksamkeit des Berliner Projektes seien im Antrag für die VW-Stiftung genau festgelegt. Es werde eine Abnahme der Anzahl sexueller Übergriffe und eine Verminderung der Schwere direkter und indirekter Übergriffe (z.B. Kinderpornografie) gefordert (Konrad, Z. 506-509). Um einen Vergleich mit einer untherapierten Patientengruppe zu ermöglichen, bedürfe es der Herstellung von „Kontrollbedingungen“ (Konrad, Z. 124). Hierzu existiere im Charité-Projekt eine so genannte „Warte-Kontrollgruppe“, die eine Therapie erst zu einem späteren Zeitpunkt erhalte (Konrad, Z. 128f.).

7.3.26 Schwachstellen/Stärken bestehender Angebote

Experten benennen insbesondere die Finanzierung der Präventionsprojekte als problematisch. Das Berliner Projekt z.B. werde weitestgehend über das Bundesjustizministerium finanziert und nicht, wie es wünschenswert wäre, durch das Gesundheitsministerium (Konrad, Z. 546). Des Weiteren sei nur die Finanzierung einer Behandlungsdauer von einem Jahr pro Patient bewilligt worden. Dies sei gemessen an dem beantragten Dreijahreskonzept absolut kein angemessener Zeitraum (Konrad, Z. 370ff.). Darüber hinaus müsse das Therapiekonzept noch weiter angepasst werden, da das „Manual ja [...] aus dem Hellfeld“ adaptiert sei (Konrad, Z. 572). Dies erfordere die Modifikation einzelner Module und Methoden (Konrad, Z. 573ff.).

Seikowski (Z. 175f.) kritisiert an den bisherigen Präventionsprojekten, dass diese pädophile Männer stets als „potentielle Täter“ bezeichnen: „Das ist eine Beleidigung von Menschen, die sich ihre Neigung nicht ausgesucht haben“ (Seikowski, Z. 175f vgl. hierzu auch Marco Z. 88f.).

Die Slogans der Charité hingegen („Kein Täter werden“ und „Lieben sie Kinder mehr als ihnen lieb ist?“) werden als treffend empfunden (Max, Z. 184ff.): „Es spricht genau den Aspekt an, der mir selbst aufgestoßen war und in dem ich Hilfe suchte“ (Max, Z. 185f.). Auch Marco (Z. 226-230) bewertet die offene Ansprache der Zielgruppe positiv. Dies führe zu einem Abbau von Schwellenängsten.

Die Betroffenen beklagen jedoch eine mangelnde „Kompetenz im Umgang mit anderen psychischen Problemen“ (Max, Z. 171f.): „Mein Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom überforderte schon teils die Therapeuten“ (Max, Z. 172f.). Marco (Z. 102ff.) beanstandet weiter: „Sämtliche Patienten werden stur nach einem vorgegebenen Schema behandelt, und so etwas lehne ich für *mich* [H.i.O.] strikt ab“ (Marco, Z. 102ff.).

7.3.27 Notwendigkeit von Nachsorge-Angeboten

Die interviewten Experten halten eine Nachsorge-Anlaufstelle für sinnvoll (Konrad, Z. 185 u. Z. 465f.). Auch Betroffenen wäre es wichtig, „dass ein Therapeut bzw. eine Beratungsstelle [...] auch langfristig bei Bedarf als Ansprechpartner zur Verfügung steht“ (Marco, Z. 213 ff.).

7.3.28 Notwendigkeit schulischer Prävention

Die pädophilen Männer, die an der Befragung teilgenommen haben, haben bereits in der Adoleszenz das Bedürfnis gespürt, sich an einen professionellen Ansprechpartner zu wenden und hätten sich dementsprechend bereits in ihrer Schulzeit eine Beratungsmöglichkeit gewünscht (vgl. Marco, Z. 8 u. 23, Basty, Z. 18). Marco (Z. 8) hätte bereits mit ca. 15/16 Jahren einen fachkundigen Ansprechpartner gebraucht, Person X (Z. 13f.) schon in der „Pubertät“.

Die anderen befragten Männer verspürten diesen Wunsch im Alter von 19-21 Jahren (vgl. ████████, Basty, Z. 10, Strolchi, Z. 7 u. Z. 11). Person X (Z. 15f.) unterstreicht, dass er den Bedarf zwar früh gespürt, aber erst spät genutzt habe. Strolchi (Z. 16f.) wünsche sich daher eine Thematisierung des Phänomens Pädophilie bereits im schulischen Biologieunterricht. Auch Konrad (Z. 657) hält es für notwendig, dass „der Aufklärungsunterricht endlich einmal überarbeitet und fundierter wird“. Sie kritisiert: „Die meisten Kinder lernen da, wie eine Gebärmutter aufgebaut ist, das ist nicht wirklich das, was 11-Jährige interessiert“ (Konrad, Z. 658f.). Sie schlägt vor, im Rahmen des Sexualkundeunterrichts die verschiedenen möglichen Ausprägungen menschlicher Sexualität anzusprechen und dann Möglichkeiten des Umgangs damit zu diskutieren (Konrad, Z. 664-668). Dies gebe auch Gelegenheit, Jugendliche frühzeitig darüber zu informieren, wo man passende An-

sprechpartner zu sexuellen Themen finde. So könnten Pädophile möglichst früh erreicht und ihnen Beratung angeboten werden (Konrad, Z. 671-674).

Marco (Z. 13), dem im „Teenageralter“ seine „sexuelle Ausrichtung in vollem Umfang bewusst geworden“ sei, sei ohne die erwünschte Unterstützung zunehmend depressiv und suizidal geworden (Marco, Z. 18f.). Max (Z. 15f.) hatte als einziger Befragter frühzeitig einen professionellen Ansprechpartner. Rückblickend hätte er sich in der Schulzeit gewünscht, seine Eltern auf sein Problem ansprechen zu können. Diese seien zwar enge Bezugspersonen, jedoch keine Ansprechpartner für sexuelle Themen gewesen.

7.3.29 Das gesellschaftliche Tabu und seine Folgen

Entsprechend dem Bedarf pädophiler Männer an freiwilliger Beratung und Unterstützung fordert Marco (Z. 27f.):

„Wir brauchen mindestens eine spezialisierte Fachberatungsstelle pro Bundesland, in größeren und bevölkerungsreichen Bundesländern sogar mehrere.“

Wähner (Z. 194-197) greift diesbezüglich die mangelnde Lobby für Täterarbeit auf:

„[...] das wird ja sehr stark unterschieden, also die Opfer- und die Täterperspektive. Da kann man sich ja auch sehr drüber streiten, ob das Sinn macht oder es ist müßig, weil der öffentliche Diskurs ist halt sehr scharf in dieser Richtung - also keine Täter.“

Auch Konrad (Z. 688f.) merkt an: „[...] ab und zu parkt auch ein Auto vor der Tür auf dem ‘Todesstrafe für Kinderschänder’ hinten draufsteht.“ (Konrad, Z. 688f.). Ähnliche Erfahrungen machte Signerski-Krieger (Z. 442f.) mit der ablehnenden Haltung der Ortsgruppe einer Partei, die die Sexualambulanz besuchte, gegenüber möglicher Täterbehandlung (Signerski-Krieger, Z. 442f.).

In der Zusammenarbeit mit Opferschutzorganisationen habe sich in Berlin anfangs ebenfalls Skepsis seitens der Organisationen spüren lassen (Konrad, Z. 677f.). „Inzwischen sind die gegnerischen Stimmen leiser geworden“ (Konrad, Z. 681). Komme der Vorwurf der „Täterhilfe“ (Konrad, Z. 679), so gelte es zu klären, dass das gleiche Ziel verfolgt werde (Konrad, Z. 680f.). „Gegenwind“ komme häufig auch von Pädosexuellen bzw. der Pädophilenbewegung (Konrad, Z. 685).

Insgesamt herrsche gegenüber dem Thema Pädophilie noch viel „Unwissen“ (Konrad, Z. 228). Die Gesellschaft reagiere weiterhin sehr empfindlich (Konrad, Z. 227), ein offener Umgang mit der Problematik sei noch nicht möglich (Konrad, Z. 231f.). Die gesellschaftlichen Reaktionen seien eher „hysterisch“ (Konrad, Z. 246). Wähner (Z. 504) befürchtet sogar, dass Deutschland sich auf dem Weg zum amerikanischen „Raubtier-Gesetz“ befinde.

Konrad (Z. 338f.) beobachte jedoch langsam eine angemessenere Berichterstattung, die ein „größeres Bewusstsein“ für die Thematik schaffe (Konrad, Z. 339f.). Sie merke, „dass auch mit den Begrifflichkeiten vorsichtiger umgegangen wird“ (Konrad, Z. 340f.). Das neue Regensburger Projekt habe bereits viele „Fürsprecher“ gehabt (Schuhmann, Z. 40). Dennoch gebe es auch hier gelegentlich Anrufer, die beklagen, dass nur Tätern geholfen werde (Schuhmann, Z. 39f.).

Auch die befragten Betroffenen bewerten das Charité- Projekt und die nachfolgenden Angebote in Kiel und Regensburg als Schritt nach vorn, empfinden diesen jedoch noch nicht als ausreichend (vgl. Person X, Z. 36., Marco Z. 35ff., Basty, Z. 30ff., vgl. auch Schuhmann, Z. 13f.). Grundsätzliche wachse das Bewusstsein in der Gesellschaft für die Problematik aber (Max, Z. 33ff.).

Während (Signerski-Krieger, Z. 257) davon ausgehe, dass die Strafbarkeit ihrer erwünschten sexuellen Praktiken die Betroffenen mehr quäle als das damit verbundene gesellschaftliche Tabu, sei Konrad (Z. 259, 261ff.) zufolge beides schwer voneinander zu trennen. Auch Seikowski (Z. 27) erlebe „beides gleichermaßen“ als belastend für seine Patienten. Die interviewten pädophilen Männer hingegen geben an, mehr unter dem gesellschaftlichen Tabu zu leiden (vgl. Basty, Z. 52, Marco, Z. 55, Max, Z. 48f., Strolchi, Z. 38).

Am meisten belaste sie aber die in der Gesellschaft verbreitete Gleichsetzung von Pädophilie und Missbrauch (vgl. Marco Z. 4f., Basty, Z. 4f.) bzw. von „Neigung und Handlung“ (Max, Z. 4). Die Öffentlichkeit bringe ihnen „blinde Wut“ entgegen (Max, Z. 4), ohne über ausreichendes Wissen zur Pädophilie zu verfügen (Max, Z. 6). Person X (Z. 216ff.) fordert entsprechend:

„Wenn ein Pädophiler schuldig geworden ist, soll er auch mit allen Mitteln des Gesetzes bestraft werden. Aber wenn er in seiner Phantasiewelt lebt - lasst ihn zufrieden.“

Die „Haltung der Gesellschaft“ nehme „Einfluss auf die Beratungsbereitschaft pädophiler Männer“ (Marco, Z. 263f.). Die Schwellenangst sei deshalb besonders hoch, da in der Öffentlichkeit eine unreflektierte Gleichsetzung Pädophiler mit Missbrauchern vollzogen werde – die Angst, „stigmatisiert zu werden“, hemme die Behandlungsbereitschaft (Marco, Z. 264-268). Daher sei

„nicht nur die Behandlung von Pädophilen wichtig, sondern auch die Aufklärung der Nichtbetroffenen. Es werden alle Pädophilen an die Wand gestellt, ohne sich darüber zu informieren warum es so ist. ‘Erst wird geschossen und dann gefragt’“ (Person X, 189 ff.).

Person X (Z. 5f.) vermisse in der allgemeinen Medienhetze eine Darstellung aus der Sicht der Betroffenen. „[...] es sollte vernünftig und mit fundiertem Wissen darüber geschrieben werden, und nicht eine Verfolgung auf unterstem Niveau geschehen“ (Person X, Z. 9f.). Basty (Z. 46ff.) wünsche sich, dass die Thematik aus dem „Dunkelfeld“ geholt werde. Bis dorthin sei es aber „noch ein langer Weg“ (Basty, Z. 46ff.). Wenn die Gesellschaft sich aber Kinderschutz wünsche, so sei es notwendig, „dass sich mit dem Thema innerhalb der ganzen Gesellschaft auseinander gesetzt wird“ (Basty, Z. 198f.).

7.2.30 Perspektivische Überlegungen

Seikowski (Z. 189f., vgl. auch Marco, Z. 250f.) zufolge sei es notwendig, „mehr Psychotherapeuten dafür zu gewinnen, neutral Pädophile wie jeden anderen Patienten mit einem Leidensdruck zu akzeptieren“.

Das Thema Pädophilie sollte Fachleuten und Betroffenen zufolge Teil der psychologischen, psychotherapeutischen und medizinischen Ausbildung sein (Konrad, Z. 301ff., Max, Z. 191). Grundsätzlich bestehe Bedarf an einer flächendeckenden Möglichkeit, sich sexualtherapeutisch zu spezialisieren und zu qualifizieren (Konrad, Z. 306f., Schuhmann, Z. 208f.).

Auch Hausärzte sollten mit der Thematik vertraut sein, da sie oft erste Ansprechpartner für Pädophile seien und dann im Idealfall an eine Fachstelle weiter vermitteln sollten (vgl. Marco, Z. 255ff.). Pädophile wenden sich oft mit Sekundärerkrankungen an den Hausarzt, die die zugrunde liegende Pädophilie überdecken (vgl. Marco, Z. 255ff.).

Die Meinung, dass es „flächendeckende spezifische Therapieangebote geben“ sollte, teilen pädophile Männer und Fachleute gleichermaßen (Basty, Z. 193, vgl. auch Max, Z. 189-193 u. Konrad, Z. 446). Die befragten Experten und Betroffenen fordern diesbezüglich eine Übernahme der Kosten für präventive therapeutische Angebote durch die Krankenkasse (Basty, Z.194f. Konrad, Z. 462). Die Behandlung der Pädophilie sei vergleichbar mit „Chronikerprogrammen“ (Konrad, Z. 462). Konrad (Z. 446-459) fasst zusammen:

„Also in meiner Traumwelt gäbe es flächendeckend – zumindest in jedem Bundesland – ein Angebot einer sexualmedizinischen Ambulanz in der man sich, ja niedrigschwellig, wo es also leicht ist sich beraten lassen zu können. Wo Menschen sitzen, die sowohl psychotherapeutisch, vor allem aber auch sexualmedizinisch versiert sind, dann eine entsprechende Diagnostik und auch Prognostik machen können und eben dem Patienten zurückmelden können [...]. Und dann auch eine Empfehlung auszusprechen und dann natürlich die Möglichkeit an Gruppen oder Einzeltherapien teilzunehmen. Das wäre sozusagen das Paradies in Anführungsstrichen, wenn es das gäbe, aber davon sind wir eben noch leider weit entfernt.“

8. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die Resultate der vorliegenden qualitativen Untersuchung haben nicht den Anspruch der Verallgemeinerbarkeit, dem quantitativ erhobene Ergebnisse im Rahmen einer repräsentativen Studie nachkommen sollen und können. Sie bieten aber Ansatzpunkte zur Generierung neuer Hypothesen und gewähren Einblicke in bislang eventuell nicht berücksichtigte Zusammenhänge.

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Experteninterviews mit Fachleuten und pädophilen Männern decken sich weitestgehend mit denen, die mittels Literaturarbeit gewonnen und im Theorieteil dieser Arbeit wiedergegeben wurden (vgl. Kapitel 1-6). Im Folgenden sollen daher nur die Gesichtspunkte herausgestellt werden, die von den theoretisch erarbeiteten Aussagen abweichen, diesen widersprechen, sie ergänzen oder neue Einblicke in das Thema gewähren. Des Weiteren sollen die Aspekte herausgegriffen werden, die als Richtlinien für die Operationalisierung der Beccaria-Standards im Rahmen präventiver therapeutischer Programme für pädophile Männer gelten können.

Einen zentralen Ansatzpunkt für präventive Programme sollte der Untersuchung zufolge der Leidensdruck der betroffenen pädophilen Männer ausmachen. Dieser

löst nicht nur bei den Pädophilen selbst einen Behandlungsbedarf aus, er sollte auch für die behandelnden Personen eine Behandlungsnotwendigkeit der Pädophilie begründen. Stellen die Behandelnden gegenüber den Betroffenen ausschließlich den Kinderschutz in den Vordergrund, so fühlen diese sich in ihren Bedürfnissen und ihrem Leiden verkannt und durch das Behandlungsangebot nicht ausreichend angesprochen (vgl. Kapitel 7.3.1 u. 7.3.8). Die Zielgruppe eines Präventionsprojekts muss gemäß den Beccaria-Standards nicht zwingend identisch mit der Zielgruppe des Präventionsziels sein (vgl. LPN 2007, S. 6). Die Motivation der Zielgruppe des Präventionsprojekts ist demnach äußerst relevant, um für die Zielgruppe des Präventionsgedankens Fortschritte zu erreichen. Nimmt kein Pädophiler an einem präventiven Behandlungsprogramm teil, so bleibt dieses demzufolge kriminalpräventiv unwirksam. Der Schlüssel des Erreichens des Präventionsziels liegt hier also darin, die Zielgruppe des Projektes zu erreichen und zu motivieren. Entsprechend sollte Beiers (2006, S. 7) Aussage, Anknüpfungspunkt für die präventive Arbeit mit pädophilen Männern müsse deren eigene Motivation sein, keine sexuellen Übergriffe auf Kinder zu begehen oder zu wiederholen, um die Berücksichtigung des Leidensdrucks der Betroffenen als weiteren Anker ergänzt werden. Im Sinne von Beiers (2010, Folie 3) Feststellung, „man kann sie nicht erkennen, sie müssen sich zu erkennen geben“, sollten also Anreize geschaffen werden, um die Zielgruppe pädophiler Männer zur Kontaktaufnahme und Behandlungsbereitschaft zu motivieren. Präventive Arbeit mit pädophilen Männern ist auf Selbstmelder angewiesen.

Betroffene legen den geführten Interviews zufolge Wert darauf, in Behandlungskonzepten nicht auf eine mögliche Täterschaft reduziert werden. Marco (Z. 87-89) äußert beispielsweise:

„[...] wichtig ist mir eine respektvolle Ansprache, bei der ich nicht nur auf den 'potentiellen Täter' reduziert werde, sondern mich als Mensch mit all meinen Facetten, auch mit meinen positiven Qualitäten, angenommen fühle.“

Die befragten Männer möchten sich in einem Behandlungsangebot als ganze Person gesehen fühlen und behandelt wissen. In den Gesprächen wird das grundlegende Anliegen der Betroffenen deutlich, sich mitteilen und öffnen zu können, ohne diskriminiert zu werden¹⁵⁴. Des Weiteren beschreiben sie den Wunsch, Kontrol-

¹⁵⁴ Hierzu passt der Hinweis von Rudel/Wähner (2009, S. 37), dass Experten bezogen auf die ambulante Therapie von Sexualstraftätern „zunehmend“ auf die hohe Bedeutung des therapeutischen Stils für den Behandlungserfolg hinweisen: „[...] Wärme, Empathie, eine belohnende, ermutigende

le über ihre sexuellen Impulse zu erlangen. Sie versprechen sich eine Erleichterung durch die Abnahme pädophiler Phantasien und einhergehend einen Zuegewinn an Lebenszufriedenheit und -qualität (vgl. Kapitel 7.3.8 u. 7.3.10). Die Motivation zur Therapie bildet neben der Therapiebedürftigkeit und -fähigkeit einen entscheidenden Faktor für die Therapieeignung der potentiellen Projektteilnehmer (vgl. Stiels-Glenn 2011, S. 1).

Bei der Suche nach Beratungsmöglichkeiten stehen für Betroffene die Gewährung von Anonymität und die Akzeptanz der sexuellen Präferenzstörung als solcher im Mittelpunkt. Als Informationsquelle über Hilfsmöglichkeiten, deren Seriosität und ihre Außenwirkung nutzen Pädophile vor allem das Internet. Die Medienkampagne der Charité ist Experten und Betroffenen zufolge ein gutes Beispiel für eine erfolgreiche Anwerbung der Zielgruppe (vgl. Kapitel 7.3.9).

Die befragten pädophilen Männer äußern sich eher ablehnend gegenüber standardisierten Behandlungsmanualen. Die Betroffenen wollen in ihrer Individualität berücksichtigt und flexibel behandelt werden¹⁵⁵. (vgl. Kapitel 7.3.14 u. 7.3.26) Dies entspricht Rudel/Wähner (2009, S. 37), die künftig in der Behandlung von Personen mit Störungen der Sexualpräferenz therapeutischer Flexibilität mehr Bedeutung zumessen als rigorose Manualtreue.

Die Möglichkeit, im Rahmen eines Therapieprogramms Einzelgespräche wahrzunehmen, könnte den Interviews zufolge einen zentralen Anker für die Behandlungsbereitschaft Pädophiler darstellen. Das Einzelsetting wird von den Befragten als Chance zum niedrighschwelligem Outing betrachtet sowie als Möglichkeit, in diesem Rahmen individuelle biografische Erfahrungen, z. B. selbst erlebten Missbrauch, anzusprechen und zu bearbeiten. Bezüglich des Angebots der Gruppentherapie äußern die Befragten – ähnlich wie bezogen auf Selbsthilfegruppen - die Sorge, dort mit Kindesmissbrauchern und Mitgliedern der Pädosexuellenbewegung konfrontiert zu werden (vgl. Kapitel 7.3.13).

Auffällig ist, dass die meisten Experten davon ausgehen, dass Pädophile ihre Angehörigen nicht in den therapeutischen Prozess mit einbeziehen wollen (vgl. Kapitel 7.3.18). Auch in der Fachliteratur finden sich zum Thema Pädophilie und Ange-

bzw. verstärkende Haltung und eine angemessene Direktivität waren günstiger als strikte Manualtreue und ein harsch-konfrontativer Stil.“

¹⁵⁵ Vgl. hierzu das Hamburger Modell der ambulanten Gruppenpsychotherapie mit pädophilen Männern (Berner/Briken/Hill 2007, S. 85).

hörigenarbeit kaum Beiträge, so dass diesem Aspekt im Theorieteil dieser Arbeit kein eigener Abschnitt gewidmet wurde. Alle in der zugrunde liegenden Untersuchung Befragten halten Angehörigenarbeit jedoch für sinnvoll und wünschen sich diese sogar. Aktuell wird die Thematik von Beier/Neutze (2009, S. 71) aufgegriffen: Der Einbezug von Angehörigen und Partnern als nahe Bezugspersonen in den therapeutischen Kontext bildet einen neuen Schwerpunkt in der Konzeption des „Präventionsprojekts Kinderpornografie“ der Charité Berlin. Dort nehmen die Bezugspersonen auch als erste Kontaktpersonen zum Projekt eine wichtige Vermittlerposition zwischen dem Hilfsangebot und den Betroffenen ein.

Bezüglich der Konzeption präventiver therapeutischer Angebote für pädophile Männer scheinen sich weitere Faktoren auf deren Effektivität und Qualität auszuwirken (vgl. Kapitel 7.3.19-7.3.26): Pädophile Männer ziehen ein Behandlungsangebot in einem nicht-juristischen Kontext vor. Sie wünschen sich Anonymität der Behandlungsinstitution durch Situierung als isolierte Außenstelle oder deren Integration in ein großes Behandlungssystem. Die Behandlung sollte Betroffenen und Fachleuten zufolge von einem multiprofessionellen Team aus sexualmedizinisch und psychotherapeutisch weitergebildeten Fachleuten bestehen. Die interviewten Fachpersonen legen Wert auf die Möglichkeit zur Supervision, um die Behandlungsqualität zu erhöhen und die eigene psychische Gesundheit stabil zu halten. Den Befragungsergebnissen entsprechend könnte auch eine Fortbildung/Information von Hausärzten sinnvoll sein, da diese häufig den ersten Ansprechpartner für Pädophile darstellen und ihre Patienten dann an Fachstellen weitervermitteln könnten und sollten. Entsprechend haben sich, folgt man Beiers (2010, Folie 17) Erfahrungen mit dem Klientel der Charité-Projekte, bereits die Hälfte der pädophilen Männer im Vorfeld ihrer Projektteilnahme einem anderen Arzt oder Therapeuten anvertraut.

Die Überprüfung der Wirksamkeit des Behandlungsangebotes sollte den interviewten Fachleuten zufolge durch Erhebung spezifischer, vorab festgelegter Faktoren (z.B. Opferempathie, Lebenszufriedenheit, Tatbegehung) vor und nach der Behandlung erfolgen (vgl. Kapitel 7.3.25). Die Eingangsdagnostik bildet so in Anlehnung an Beier/Neutze (2009, S. 71) die „baseline“, die Basis für eine Überprüfung der Behandlungsergebnisse. Um langfristige Effekte messen zu können, sollte die Erhebung nach einem gewissen Zeitraum wiederholt werden. Die behandelnden Personen sind diesbezüglich auf die Bereitschaft der Betroffenen zur wahrheits-

gemäßen Selbstauskunft angewiesen, da anhand der Überprüfung der Bundeszentralregisterauszüge¹⁵⁶ der Patienten (die Zustimmung der Männer vorausgesetzt) nur Aussagen über das Hellfeld gemacht werden können.

Betroffene halten es für sinnvoll, nach Abschluss der Therapie einen Ansprechpartner zu haben, der in Krisenzeiten aufgesucht werden kann. Auch in Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge gilt es demzufolge, im Rahmen eines Behandlungskonzeptes die Nachsorge sicher zu stellen (vgl. Kapitel 7.3.27).

Kritisch herauszustellen ist die unzureichende Behandlungsdauer, die bestehende Projekte bieten. Eine angemessene Therapie der Pädophilie erfordert ein mehrjähriges Behandlungskonzept (vgl. Kapitel 4.6 u. 7.3.19 u. 7.3.26). Aktuell ist jedoch schon die Finanzierung einer kürzeren Behandlungsdauer häufig vakant und nur über zusätzliche oder abgewandelte Diagnosen bzw. über Spenden- und Fördergelder möglich (vgl. Kapitel 4.8 u. 7.3.20).

Des Weiteren mangelt es bis dato noch an einem 'Dunkelfeld-Manual', das spezifisch auf die Behandlungsbedürfnisse pädophiler Männer zugeschnitten ist, die noch keine Taten begangen haben (vgl. Kapitel 7.3.27). Bei den vorhandenen Manualen zur Behandlung von Sexualstraftätern habe Fiedler (2004, S. 294) zufolge die langjährige Ignoranz der Unterscheidung von Missbrauchstätern nach Vorliegen einer Präferenzstörung zu relativ unspezifischen Behandlungsprogrammen geführt. Dies entspricht gemäß Stiels-Glenn (2011, S. 1) nicht der heutigens störungsspezifischen Vorgehensweise in der Psychotherapie.

Beier (2010, Folie 17) geht - basierend auf den Erfahrungen mit den Patienten der beiden Charité-Projekte - davon aus, dass Pädophile erst mit durchschnittlich 22 Jahren ein „erstes Problembewusstsein“ entwickeln. Diesbezüglich herauszustellen ist, dass die in der Untersuchung befragten Männer sich bezüglich ihrer sexuellen Orientierung bereits in der Pubertät und Adoleszenz einen professionellen Ansprechpartner gewünscht hätten (vgl. Kapitel 7.3.28). Ein Einbezug der Thematik in den schulischen Sexualkundeunterricht scheint sinnvoll. Im Rahmen schulischer Prävention sollten Jugendlichen bereits in der Pubertät Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Dies kann den Betroffenen erleichtern, sich „so früh wie möglich diesem Problem zu stellen“ (Seikowski 2009, S. 149) und entspricht den von Bundschuh (2003, S. 25) angeführten Untersuchungsergebnissen, dass Päd-

¹⁵⁶ Zum Bundeszentralregister und zur Unterscheidung von Vorstrafen und Rückfällen vgl. Schwind (2009, S. 26ff.).

dosexuelle sich bereits in ihrer Kindheit und Jugend mehr psychosoziale Hilfestellung gewünscht hätten. Entsprechende psychologisch-sexualpädagogische Ansätze müssten noch entwickelt werden.

In den geführten Interviews wurde die Thematik der Kinderpornografie nicht explizit aufgegriffen. Bezüglich der Rolle des Internets äußerten aber einige der Befragten, insbesondere bezogen auf junge Pädophile, dass das World-Wide-Web deutliche Risiken berge. Eine Gefahr stelle der Handel mit und Austausch sowie Konsum von Kinderpornografie dar (vgl. Kapitel 7.3.4). Pädophile Männer nutzen Kinderpornografie oder laufen Gefahr dies zu tun – dieser Zusammenhang kann und sollte präventiv genutzt werden indem versucht wird, (potentielle) Konsumenten therapeutisch zu erreichen und auf diesem Weg indirekt Kindesmissbrauch vermeiden (vgl. Beier/Neutze 2009, S. 66). Sonst bleibe in Anlehnung an Beier/Neutze (2009, S. 66) eine „Lücke“ in der Prävention.

In der Befragung wurde deutlich, dass das Tabu der Gesellschaft sich mehr auf die pädophilen Männer und deren Verhalten auswirkt, als ihre Angst vor Strafe (vgl. Kapitel 7.3.29). Schäfer-Wiegand (2010, S. 1) formuliert folgerichtig: „Das gesellschaftliche Tabu Pädophilie wirkt.“ Es kann Pädophile und deren Angehörige davon abhalten, sich zu outen und sich Hilfe zu suchen. Laut Becker (1997, S.19) könne die juristische Verfolgung darüber hinaus zur Entwicklung von „(sekundären) Strategien“ führen, um die sexuelle Neigung auszuleben – hier lässt sich beispielsweise ein Bogen zum Thema Kinderpornografiekonsum schlagen. Demgemäß kann und muss Projektziel präventiver therapeutischer Angebote für pädophile Männer auch sein, ein Beispielprojekt abzugeben. Beier (2010, Folie 14) benennt die Ziele eines Beispielprojekts als „Kommunikationsziele“. Es gelte, die Öffentlichkeit „über den Standpunkt des Institutes“ und somit im Rahmen professioneller Öffentlichkeitsarbeit sachlich über Pädophilie und deren Behandlungsmöglichkeiten zu informieren¹⁵⁷ (Beier/Neutze 2009, S. 71). Vorrangig solle folgender Wirkungszusammenhang kommuniziert werden: „Eine vorbeugende Behandlung für potentielle Nutzer ist **aktiver Kinderschutz** [H.i.O.]“ (Institut 2009, Folie 20, Beier 2010 Folie 14).

¹⁵⁷ Weitere notwendige Aspekte angemessener Öffentlichkeitsarbeit nennt Beier (2010, Folie 9).

Die mögliche Entwicklung eines Pädophilen von einem Mann, der pädophile Phantasien hat, zu einem potentiellen Täter, der an der Schwelle zum Konsum von Kinderpornografie oder zum sexuellen Missbrauch steht, bis hin zu einem Pädosexuellen, der seine pädophilen Bedürfnisse durch sexuelle Übergriffe an Kindern befriedigt, ist nach außen nicht erkennbar. Nuancen können den Ausschlag für den Übergang von der einen in die andere Gruppe geben (vgl. Beier 2010, Folie 23f.). Demzufolge lässt sich die vorbeugende therapeutische Arbeit mit Pädophilen auch nicht trennscharf in primäre und sekundäre Prävention unterscheiden. Die Wahrnehmung und Einschätzung eines Kriminalitätsrisikos ist einzelfallabhängig und kann sowohl durch den Betroffenen selbst als auch durch Außenstehende schwanken. Pädophile können und sollen nicht per se, wie es Beier 2009 (S. 70) formuliert, als „Risikogruppe“ kategorisiert werden. Im Gegensatz zur „indizierten Prävention“, bei der die Zielpersonen „gesicherte individuelle Risikofaktoren aufweisen“, handelt es sich in Anlehnung an Lengerke/Manz (2007, S. 22) bei der Zielgruppe sekundärer Prävention um eine „Subgruppe“ mit nur „tendenziell erhöhtem“ Risiko. Dementsprechend sind auch die Begrifflichkeiten 'Primär- und Sekundärprävention' in ihrer Verwendung in der vorliegenden Arbeit nicht immer klar voneinander abgegrenzt worden. Ein primärpräventiver Ansatz wendet sich an „selbst-motivierte Männer“ mit „ausreichendem Problembewusstsein“ (Beier/Neutze 2009, S. 67f.). Durch die vorliegende Untersuchung weiter unbeantwortet bleibt die Frage, wie die Pädophilen im Dunkelfeld erreicht werden können, die keinen Leidensdruck haben und nicht über Problembewusstsein verfügen. Mitglieder der Pädophilenbewegung stellen somit eine gänzlich andere Zielgruppe dar, als die, die primärpräventive Angebote für pädophile Männer erreichen kann und will (vgl. Kapitel 3.6).

9. Fazit und Ausblick

Es besteht ein flächendeckender Bedarf an präventiven therapeutischen Angeboten für pädophile Männer. Aspekte zur Zielgruppenerreichung und -motivation wurden aufgezeigt. Für die Zielgruppe muss die Möglichkeit zur anonymen ersten Kontaktaufnahme gegeben sein. Die fachgerechte Behandlung von Personen mit einer Pädophilie erfordert ein komplexes Behandlungsangebot, das die Möglichkeit medikamentöser Therapie einschließt. Einzelgespräche stellen einen unver-

zichtbaren Baustein des Behandlungskonzeptes dar. Angehörigenarbeit sollte ebenfalls angeboten werden. Neben sachlicher Öffentlichkeitsarbeit legen Betroffene großen Wert darauf, dass die Zielgruppe im Rahmen von Präventionsprojekten nicht auf ihre sexuelle Präferenzstörung und eine damit verbundene potentielle Täterschaft und Gefährlichkeit reduziert wird. Sie wünschen eine Wahrnehmung des mit ihrer schicksalhaften sexuellen Präferenz verbundenen Leidensdruckes, der für sich bereits eine Behandlungsnotwendigkeit ausmachen und Pädophile zur Therapieaufnahme motivieren kann.

Um die Versorgungsstruktur für Pädophile zu verbessern, bedarf es einer Etablierung der bislang randständigen Sexualmedizin im Gesundheitssystem (vgl. Schäfer-Wiegand 2010, S. 2). Es müssen Möglichkeiten und Anreize geschaffen werden, vermehrt Sexualmediziner und -therapeuten auszubilden¹⁵⁸ sowie eine Finanzierung präventiver Sexualberatung durch die gesetzlichen Krankenkassen zu gewährleisten¹⁵⁹.

Zwischen ersten sexuellen Phantasien Pädophiler und real umgesetzten sexuellen Übergriffen liegen in den meisten Fällen Jahre. Dieser Zeitraum muss in Anlehnung an Beier et al. (2006, S. 7) genutzt werden, um präventiv einzugreifen: Der „Übergang von Phantasie zu Verhalten ist altersabhängig“ (Institut 2009, Folie 9). Dementsprechend früh – möglichst schon im schulischen Bereich - sollten präventive Angebote gemacht werden. Die Bereitschaft Pädophiler, Beratung in der Adoleszenz zu nutzen, ist den Untersuchungsergebnissen zufolge gegeben.

Beier (2010, Folie 6) schätzt die Chancen präventiver Bemühungen bei Männern mit pädophiler Präferenz im Vergleich zu denen bei Männern, die sexuellen Missbrauch als Ersatzhandlungen begehen, höher ein. Bei letzteren müsste bei den jeweils spezifischen Ursachen angesetzt werden. In Hinblick auf die hohen Rückfallquoten bei pädophilen Missbrauchstätern bekommt die Vorbeugung zusätzliches Gewicht. Dennoch stehen Forschungsergebnisse zu den Effekten präventiver Behandlung Pädophiler noch aus. Beier/Neutze (2009, S. 74) stellen entsprechend evaluierte posttherapeutische Befunde ihrer Projekte in Aussicht:

„Eine abschließende Datenanalyse soll Annahmen bezüglich der Zielgruppe und erste Hinweise zur Therapiewirksamkeit kritisch bewerten.“

¹⁵⁸ Vgl. hierzu die Ausführungen „Wie lernt man Sexualmedizin“ von Beier et al (2001, S. 9-13) sowie Beiers (2010, Folie 25) Anmerkungen zur defizitären Versorgungsstruktur.

¹⁵⁹ Hier bieten sich eventuell Finanzierungsmodelle in Anlehnung an „Chronikerprogramme“ an (vgl. Konrad Z. 462).

Als „good practice“¹⁶⁰-Modelle therapeutischer Angebote für pädophile Männer, die den in dieser Arbeit entwickelten Gütekriterien hinreichend entsprechen, können die Präventions-Projekte „Dunkelfeld (PPD)“ und „Kinderpornografie (PPK)“ der Charité in Berlin sowie deren Ableger in Kiel und Regensburg gelten. Da die Projekte wissenschaftlich begleitet, evaluiert und stets weiterentwickelt werden, bieten sie eine angemessene Orientierung für die erforderlichen weiteren Anlaufstellen in anderen Bundesländern. Schäfer-Wiegand (2010, S. 2) schlägt diesbezüglich in Anlehnung an Herrn Prof. Dr. Beier eine „länderübergreifende Koordinierungsstelle“ vor, die den Aufbau neuer Einrichtungen, deren Qualitätssicherung und Vernetzung begleiten und sicherstellen könnte. Aktuell planen die Bundesländer Sachsen (vgl. Schäfer-Wiegand 2010, S. 2) und Baden-Württemberg (vgl. Beier 2010) die Einrichtung weiterer Anlaufstellen.

Ein flächendeckendes Angebot wäre sinnvoll und wünschenswert. Ansonsten wird es, wie einer der in der Untersuchung befragten pädophilen Männer treffend formuliert, „auch weiterhin die gleichen Opfer der gleichen Verbrechen in gleicher Zahl geben“ (Basty, Z. 60f.).

¹⁶⁰ Bei „good practice“ -Modellen handelt es sich um Projekte, „die aufgrund erzielter oder angennommener Wirkungen als nachahmenswert angesehen werden“ (Heinz 2004, S. 5).

Literaturverzeichnis

- Amendt, Gerhard*: Pädophilie: Pathologie ohne Krankheitseinsicht. In: Braun, Gisela / Hasebrink, Marianne / Huxoll, Martina (Hrsg.) 2003, S. 32-58.
- American Psychiatric Association*: DSM-V Development. 302.2 Pedophilia. Proposed Revision, <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=186>, zuletzt besucht am 05.01.2011.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendschutz (AJS) NRW e.V. (Hrsg.)*: Qualitätsstandards Selbstsicherheitstrainings für Mädchen und Jungen gegen sexuelle Übergriffe, woran erkenne ich gute Angebote? Die Position des Kinder- und Jugendschutzes, Köln 2005, www.ajs.nrw.de/presse/pwv_posi.pdf, zuletzt besucht am 04.01.2011.
- Aust, Diana: Am Rande der Legalität. Stand: 14.10.2010, <http://www.taz.de/1/leben/medien/artikel/1/am-rande-der-legalitaet-1/>, zuletzt besucht am 4.01.2011.
- Becker, Sophinette*: Pädophilie zwischen Dämonisierung und Verharmlosung. In: Werkblatt - Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik Nr. 38, Heft 1 1997, S. 5-21.
- Beier, Klaus M.*: Therapeutische Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen im Dunkelfeld. Power-Point-Vortrag im Rahmen eines Expertengesprächs im Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Senioren Baden Württemberg in Stuttgart am 16.12.2010.
- Beier, Klaus M./Neutze, Janina*: Das neue "Präventionsprojekt Kinderpornographie" (PPK): Erweiterung des Berliner Ansatzes zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Sexuologie* 16 (1-2) 2009, 66-74.
- Beier, Klaus M. et al.*: Präventionsprojekt Dunkelfeld. Der Berliner Ansatz zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch. In: *Humboldt-Spektrum*, 13. Jahrgang, Heft Nr.3 2006, S. 4-10.
- Beier, Klaus M. et al.*: Lehrbuch Sexualmedizin 2001. München/Jena 2001.
- Berkel, Irene*: Ende des Schweigens. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jahrgang 23, Heft 3 2010, S. 262-267.
- Berner, Wolfgang*: Wille, Schuld und Störung. Kommentar zu den Überlegungen von Peer Briken sowie von Peter Fromberger und Jürgen L. Müller. *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jahrgang 22, Heft 3 2009, S. 281-283.

- Berner, Wolfgang et al. (Hrsg.):* Behandlungsleitlinie Störungen der sexuellen Präferenz. Diagnose, Therapie und Prognose. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd. 8, Darmstadt 2007.
- Berner, Wolfgang/Briken, Peer/Hill, Andreas:* Sexualstraftäter behandeln. Mit Psychotherapie und Medikamenten, Köln 2007.
- Bewährungshilfe Stuttgart e.V. (Hrsg.):* Therapie und Bewährung, die Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern, Berlin 2005.
- Bewährungshilfe Stuttgart e.V. (Hrsg.):* Kurz-Konzeption. Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter, Stand 7/2004, <http://www.sd-stgt.de/downloads.htm>, zuletzt besucht am 04.01.2011.
- Bosinski, Hartmut:* Häufigkeit und Symptome sexuellen Kindesmissbrauchs. In: *Sexuologie* 8 (1) 2000, S. 55 – 62.
- Brand, Thomas:* Verurteilte Sexualstraftäter: Evaluation ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Kölner Schriften zur Kriminologie und Kriminalpolitik Bd. 11. Zugl. Diss. Köln 2005, Hamburg 2006.
- Braun, Gisela / Hasebrink, Marianne / Huxoll, Martina (Hrsg.):* Pädosexualität ist Gewalt – (Wie) kann die Jugendhilfe schützen? Weinheim 2003.
- Briken, Peer et al. (Hrsg.):* Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche, Lengerich 2010.
- Briken, Peer:* Wie frei ist der Mensch mit einer Paraphilie? Überlegungen im sexualforensischen Kontext. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jahrgang 22, Heft 3 2009, S. 268-276.
- Briken, Peer / Hill, Andreas / Berner, Wolfgang:* Paraphilien und Sexualdelinquenz: Neurobiologische und neuropsychologische Aspekte. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jahrgang 19, Heft 4 2006, S. 295-314.
- Bundesausschuss über die Durchführung der Psychotherapie:* Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie vom 19. 02. 2009. In: *Bundesanzeiger* Nr. 58 vom 17.04.2009, <http://www2.bptk.de/uploads/rl psycho 2009 02 19.pdf>, zuletzt besucht am 04.01.2011.
- Bundesministerium des Inneren (BMI)/Bundesministerium der Justiz (BMJ):* 2. Periodischer Sicherheitsbericht, Berlin 2006, <http://www.bmj.bund.de/files/-/1485/2.%20Periodischer%20Sicherheitsbericht%20Langfassung.pdf>, zuletzt besucht am 04.01.2011.
- Bundschuh, Claudia (2003a):* Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen der Pädosexualität. In: Braun/Hasebrink/Huxoll (Hrsg.) 2003, S. 13-31.
- Dieselbe (2003b):* Erotika und Pornographie mit Kindern. In: Braun/Hasebrink/Huxoll (Hrsg.) 2003, S. 143-150.

David, Klaus-Peter: Täterstrategien – Folgerungen für Täter- und Umfeldarbeit. In: Braun/Hasebrink/Huxoll (Hrsg.) 2003, S. 59-78.

Deutsche Bischofskonferenz: Leitlinien für den Umgang mit sexuellem Missbrauch Minderjähriger durch Kleriker, Ordensangehörige und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz. Pressemitteilung 132a vom 31.08.2010, http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse/2010-132a-Leitlinien.pdf, zuletzt besucht am 04.01.2011.

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung e.V. (DGfPI): Stellungnahme zum Bedarf an Präventionsangeboten in der Arbeit mit Tätern sexualisierter Gewalt vom 04.11.2010, http://www.dgfpi.de/tl_files/pdf/news/2010-11-03_Stellungnahme_DGfPI_eV_Bedarf_Taeterarbeit.pdf, zuletzt besucht am 04.01.2011.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)/Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) (Hrsg.): Behandlungsleitlinie Störungen der sexuellen Präferenz, Darmstadt 2007.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10-GM Version 2010. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. German Modification Version 2010, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm> zuletzt besucht am 05.01.2011.

Diekmann, Andreas: Empirische Sozialforschung, Grundlagen, Methoden, Anwendungen, Reinbek 2009.

Dressing, Harald et al.: Homosexuelle Pädophile und funktionale Netzwerke-fMRI- Fallstudie. In: Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, Stuttgart 2001, S. 539-544.

Drewes, Detlef: Pädosexuelle Netzwerke im Internet. In: Braun/Hasebrink/Huxoll (Hrsg.) 2003, S. 151-160.

Eher, Reinhard/Rettenberger, Martin/Schilling, Frank: Psychiatrische Diagnosen von Sexualstraftätern. Eine empirische Untersuchung von 807 inhaftierten Kindesmissbrauchstätern und Vergewaltigern. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jahrgang 23, Heft 3 2010.

Enders, Ursula: Das geplante Verbrechen. Sexuelle Ausbeutung durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus Institutionen. Hrsg. von Zartbitter e.V. Köln 2004.

European Court of Human Rights (ECHR): Pressemitteilung des Kanzlers vom 17.12.2009. Beschwerde-Nr. 19359/04, http://www.coe.int/T/D/Menschenrechtsgerichtshof/Dokumente_auf_Deutsch/, zuletzt besucht am 04.01.2011.

- Fiedler, Peter*: Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung, Basel 2004.
- Forensisches Institut Bochum*: Homepage, <http://fi-bochum.de/>, zuletzt besucht am 05.01.2011.
- Fromberger, Peter/Müller, Jürgen L.*: Willensfreiheit bei Störungen der Sexualpräferenz. Kommentar zu den Überlegungen von Peer Briken. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jahrgang 22, Heft 3 2009, S. 277-280.
- Fuchs, Andreas/Mann, Ruth*: Das Sex Offender Treatment Programm (SOTP) in England und Wales. In: Berner/Briken/Hill 2007, S. 33-46.
- Gaenslen, Rüdiger*: Die Behandlung rückfallgefährdeter Sexualstraftäter. Tübinger Schriften und Materialien zur Kriminologie Bd. 9, Tübingen 2005.
- Gallwitz, Adolf*: Pädokriminalität. Kinder und Jugendliche als Opfer im Internet. In: Deutsche Polizei, Zeitschrift der Gewerkschaft der Polizei, 58. Jahrgang, Heft Nr. 2 2009, S. 2-17.
- Gallwitz, Adolf/Paulus, Manfred*: Pädokriminalität weltweit – Sexueller Kindesmissbrauch, Kinderhandel, Kinderprostitution und Kinderpornographie, Hilden 2009.
- Gesellschaft für Sexualwissenschaft e.V. (GSW): Vorstellung, <http://www.sexualwissenschaft.org/ueber-uns/vorstellung-der-gsw.html>, zuletzt besucht am 10.01.2011.
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit*: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruktiver Untersuchungen, Wiesbaden 2010.
- Graf, Mark/Dittmann, Volker*: Konsumenten illegaler Internet-Pornographie – psychische Auffälligkeiten und Risiken der Straffälligkeit. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. Heft Nr. 2. 2009 S. 99-106.
- Gruber, Thomas*: Ratgeber für den Umgang mit sexuell auffälligen Jungen. Hrsg. v. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Stand: 2004, <https://services.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/download/1183/ratgeber-jungen-04.pdf>, zuletzt besucht am 05.01.2011.
- Gschwind, Herbert*: Pädosexuelle Männer. Eine psychoanalytische Untersuchung. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jahrgang 23, Heft 4 2010, S. 299-327.
- Hasenbrink, Marianne/Huxoll, Martina*: Pädosexualität in Institutionen – Prävention und Intervention. In: Braun/Hasebrink/Huxoll (Hrsg.) 2003, S. 118-129.
- Heiliger, Anita*: Täterprävention bei sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt unter Kindern und Jugendlichen. In: Deutsche Jugend, Heft 9 2005, S. 381-390.

Heinz, Wolfgang: Kommunale Kriminalprävention aus wissenschaftlicher Sicht. In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover 2004, unter http://www.praeventionstag.de/content/9_praev/doku/heinz/index_9_heinz.html, zuletzt besucht am 05.01.2011.

Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin: Prävention von Kinderpornographiekonsum im Dunkelfeld. Power- Point- Vortrag zur Präsentation auf der Pressekonferenz zum Start des Präventionsprojekts Kinderpornografie am 25.06.2009, <http://kein-taeter-werden-ppk.charite.de/>, zuletzt besucht am 04.01.2011.

Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin: Das Präventionsprojekt Dunkelfeld, therapeutische Primärprävention von Kindesmissbrauch im Dunkelfeld, Projektdarstellung und Zwischenbericht Juli 2008, http://kein-taeter-werden-ppd.charite.de/weitere_informationen/aktuelle_ziele, zuletzt besucht am 04.01.2011.

Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité: Website „kein Täter werden“ - kostenlose Beratung und Therapie für pädophile Männer, <http://www.kein-taeter-werden.de/>, zuletzt besucht am 05.01.2011.

Karremann, Manfred: Es geschieht am helllichten Tag. Die verborgene Welt der Pädophilen und wie wir unsere Kinder vor Missbrauch schützen, Köln 2010.

Kasecker, Kirstin: Die Überwachung rückfallgefährdeter Sexualstraftäter - Ein Vergleich der Konzepte und Strategien der Bundesländer unter kriminologischen, rechts- und polizeiwissenschaftlichen Aspekten. Bochumer Masterarbeiten des Studiengangs Kriminologie und Polizeiwissenschaft, Bochum 2010.

Kunz, Karl-Ludwig: Kriminologie. Eine Grundlegung, Bern 2008.

Kühn, Annika: Die Suche nach dem Feind im Kopf. Stand: 10.01.2009, unter <http://www.taz.de/1/zukunft/wissen/artikel/1/die-suche-nach-dem-feind-im-kopf/>, zuletzt besucht am 04.01.2011.

Landeskriminalamt Niedersachsen: Standards polizeilicher Selbstbehauptungs-/Selbstverteidigungstrainings, Hannover 2005, http://www.lka.niedersachsen.de/praevention/kinder_jugend/index.php, zuletzt besucht am 04.01.2011.

Landespräventionsrat Niedersachsen: Qualität in der Kriminalprävention. Beccaria-Standards, Hannover 2007, <http://www.beccaria-standards.net/Media/Beccaria-Standards-deutsch.pdf>, zuletzt besucht am 04.01.2011.

Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR): Beccaria, Qualitätsmanagement in der Kriminalprävention. In 7 Schritten zum erfolgreichen Präventionsprojekt, Hannover 2005, http://www.beccaria.de/Kriminalpraevention/de/Dokumente/beccariaflyer_de.pdf, zuletzt besucht am 04.01.2011.

Landschaftsverband Rheinland: LVR-Klinikum Essen: Sprechstunde für Sexualstörungen, <http://www.rk-essen.lvr.de/behandlungsangebote/ambulanzen/sexualstoerungen.htm>, zuletzt besucht am 05.01.2011.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe: LWL-Universitätsklinik Bochum: Forensische Ambulanz, http://www.psychiatrie-bochum.de/front_content.php?idcat=1352., zuletzt besucht am 05.01.2011.

Linssen, Ruth/Meyer, Anja: Wie kommt der Berg zum Propheten? Oder: Wie kommt die Qualität in die Präventionspraxis? In: Lösel, Friedrich/Bender, Doris/Jehle, Jörg M. (Hrsg.): Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik: Entwicklungs- und Evaluationsforschung, Godesberg 2007, S. 179-191.

Mann, Ruth: Geleitwort. In: Berner/Briken/Hill 2007, S. IX.

Marco (Pseudonym): Über mich. Stand: 28.12.2010, <http://www.schicksal-und-herausforderung.de/ueber-mich.html>, zuletzt besucht am 10.01.2011.

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim/Basel 2008.

Mayring, Philipp: Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In: Mayring, Philipp/Gläser-Zirkuda, Michaela (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim 2005, S. 7-17.

Meier, Bernd-Dieter: Kriminologie, München 2010.

Meyer, Anja: Beccaria-Standards – Tools für strukturiertes Vorgehen in der Kriminalprävention. In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, ZJJ Heft 3 2006, S. 314- 316.

Meyer-Deters, Werner: Minderjährige sexuelle Missbraucher – Eine Herausforderung für die Jugendhilfe. In: Braun/ Hasebrink/Huxoll (Hrsg.) 2003, S. 79-102.

Nedopil, Norbert: Geleitwort. In: Berner/Briken/Hill (Hrsg.) 2007, S. VII.

Nedopil, Norbert: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, Stuttgart 2000.

- Nöthen-Schürmann, Ute*: „Wir auf der Straße...“. Polizei und Jugendhilfe gemeinsam gegen sexuelle Gewalt. In: Braun/Hasebrink/Huxoll (Hrsg.) 2003, S. 112-117.
- Northoff, Robert (Hrsg.)*: Handbuch der Kriminalprävention. 7. Jahrgang, Baden Baden 2007.
- Nusser, Hans*: Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern aus Sicht der strafjustiziellen Praxis. In: Bewährungshilfe Stuttgart e.V.(Hrsg.) 2005, S. 11-16.
- Olmes, Judith*: Pädosexuelle Täter. Merkmale und Strategien als Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen, Wettenberg 2006.
- Osterkamp, Ute (Hrsg.)*: Forum Kritische Psychologie 54: Diskurse um Pädophilie, Kindheitssoziologie, "Integration" und Ausgrenzung, Hamburg 2010.
- Peter, Astrid/Verbeet, Lisa*: Machtmissbrauch und sexualisierte Gewalt in Einrichtungen sozialer und pädagogischer Arbeit. In: Braun/Hasebrink/Huxoll, (Hrsg.) 2003, S. 130-142.
- Pfäfflin, Friedemann*: Reflexionen über die amerikanischen Raubtiergesetze (Sexual Predator Laws). In: Hesse, D./Duncker, H (Hrsg.): Psychologie und Forensik- Festschrift für Martin Schott, Lengerich 2009, S. 12-23.
- Pilarczyk, Hanna*: Tatort Trash-TV. Stand: 08.10.2010, <http://www.spiegel.de/kultur/tv/0,1518,721974,00.html>, zuletzt besucht am 04.01.2011.
- Pitzing, Heinz-Jürgen*: Die ambulante Psychotherapie in der Praxis. In: Bewährungshilfe Stuttgart e.V.(Hrsg.) 2005, S. 85-97.
- Pitzing, Heinz-Jürgen*: „Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern ist ein Beitrag zum Opferschutz“ – Diskrepanz zwischen Gesetzgebung und Praxis, Vortrag von Heinz-Jürgen Pitzing im Juli 2004, <http://www.sd-stgt.de/downloads.htm>, zuletzt besucht am 04.01.2011.
- Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes*: So unterstützen Sie Ihr Kind bei der Medienkompetenz, www.polizeiberatung.de/vorbeugung/medienkompetenz/, zuletzt besucht am 05.01.2011.
- Preuss, Wilhelm F.*: Das Hamburger Modell der ambulanten Gruppenpsychotherapie für pädosexuelle Männer. In: Berner/Briken/Hill 2007, S. 85-112.
- Rambow, Jana et al.*: Einstellungen zum Kindesmissbrauch, Untersuchungen mit der Bumby Child Molest Scale bei Missbrauchs- und Gewalttätern. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jahrgang 21, Heft 4 2008, S. 341-355.

- Rose, Geoffrey*: Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease, Br. Med. J 282, p. 1850. Zit. in: Lengerke, Thomas von/Manz, Rolf: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Klassifikationen und eine dimensionale Systematik. In: Lengerke, Thomas von (Hrsg.): Public Health-Psychologie, Weinheim 2007, S. 19-32.
- Rudel, Astrid/Wähner, Alfred*: Ambulante Therapie von Sexualstraftätern im Zwangskontext. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 10. Jahrgang, Heft 4 2009, S. 34-41.
- Schäfer-Wiegand: Neue Sichtweisen für den Kinderschutz von Barbara Schäfer-Wiegand. Stand: Juli 2010, unter http://www.haensel-gre-tel.de/haenselundgretel_de/informationen/thema/neue_sichtweisen.php, zuletzt besucht am 04.01.2011.
- Schilling, Rüdiger*: Vertrauensbildendes Verhalten von Sexualstraftätern gegenüber kindlichen Opfern. Eine qualitative Untersuchung von Gesprächen mit ambulant therapierten Pädosexuellen. Bochumer Masterarbeiten des Studiengangs Kriminologie und Polizeiwissenschaft, Bochum 2009.
- Schütz, Katrin*: Kleine Anfrage an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales des Landtags Baden-Württemberg vom 15.01.2008 http://www.landtag-bw.de/wp14/drucksachen/2000/14_2219_d.pdf, zuletzt besucht am 04.01.2011.
- Schwind, Hans-Dieter*: Kriminologie, eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen, Heidelberg 2009.
- Sieverding, Andrea (2009a)*: Pädosexuelle Kriminalität. Grundlagen zur Verhütung von Straftaten. Teil 1: Phänomenologie und Recht. In: Kriminalistik Heft 3 2009, S. 153-160.
- Dieselbe (2009b)*: Pädosexuelle Kriminalität. Grundlagen zur Verhütung von Straftaten. in: Teil 2: Prävention. In: Kriminalistik Heft 4 2009, S. 212-219.
- Seikowski, Kurt*: Pädophilie – psychisch krank? In: Macht – Familie – Gewalt (?) Lengerich 2009, S. 139-154.
- Sigusch, Volkmar*: Sexualwissenschaftliche Thesen zur Missbrauchsdebatte. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jahrgang 23, Heft 3 2010, S. 247-257.
- Spehr, Aranke/Ganschow, Rainer*: Das erweiterte Führungszeugnis: Eine Hilfestellung für die Prävention von sexuellem Missbrauch. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jahrgang 23, Heft 3 2010, S. 277-282.
- Stiels-Glenn, Michael*: Psychotherapie (Tätertherapie, Kriminaltherapie, Sexualtherapie), Beitrag im Kriminologie-Lexikon online, http://krimlex.de/artikel.php?BUCHSTABE=P&KL_ID=150, zuletzt besucht am 04.01.2011.

- Stiels-Glenn, Michael:* „Er hat sich einer Behandlung seiner Pädophilie zu unterziehen.“ Ausgewählte Diskurse und Daten zur ambulanten Versorgung von pädosexuellen Straftätern. Unveröffentlichte Master These zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science im Universitätslehrgang „Psychotherapie“ am Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau-Universität Krems/Österreich 2010 [Arbeit liegt der Verfasserin und dem Bochumer Lehrstuhl als Dokument vor].
- Stiels-Glenn, Michael:* Herausforderung Pädophilie: Unbehandelbar? – oder wie könnte eine Behandlung aussehen? Vortrag gehalten auf der 19. Fachtagung in Eickelborn 2004. In: Osterheider, Michael (Hrsg.): Forensik 2004 – Aufbruch oder Stillstand? Therapeutische, wissenschaftliche und ökonomische Herausforderungen im Maßregelvollzug, Dortmund 2005, [Überarbeitete Fassung – liegt der Verfasserin und dem Bochumer Lehrstuhl als Dokument vor].
- Vogt, Horst:* Pädophilie. Leipziger Studie zur gesellschaftlichen und psychischen Situation pädophiler Männer, Lengerich 2006.
- Walentowitz, Gerhard:* Wir gegen die Kinderschänder. Kritische Anmerkungen zur Einführung des erweiterten Führungszeugnisses für kinder- und jugendnah Beschäftigte. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Jahrgang 23, Heft 3 2010, S. 268-276.
- Walter, Martin et al.:* Pädophilie. Neurobiologische Grundlagen veränderter Sexualfunktionen. In: NeuroTransmitter Heft Nr. 5 2009, S. 65-70.
- Walter, Michael/Brand, Thomas/Wolke, Angelika:* Einführung in kriminologisch-empirisches Denken und Arbeiten, Stuttgart 2009.
- Wulff, Erich:* Überlegungssplitter zum Thema Pädophilie. In: Osterkamp 2010, S. 9-20.
- Zander, Michael:* Zur Problematik der Pädosexualität. Einspruch gegen den Beitrag Erich Wulffs. In: Osterkamp 2010, S. 21-34.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Diese Masterarbeit ist noch nicht veröffentlicht und noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Die in Papierform und die per Onlineabgabe eingereichten Textfassungen stimmen überein.

Ort, Datum, Unterschrift

Verzeichnis Anhang

1.	Interviewleitfaden „Fachleute“	S. 01
2.	Interviewleitfaden „Betroffene“	S. 04
3.	Interviews Fachleute	S. 07
3.1	Interview 1: Herr Dr. Signerski (Ambulanz für Sexualstörungen Essen)	S. 07
3.2	Interview 2: Frau Konrad (Projekt „Prävention Dunkelfeld“ Charité Berlin)	S. 22
3.3	Interview 3: Frau Petya Schuhmann (Projekt „Kein Täter werden“ Regensburg)	S. 41
3.4	Interview 4: Herr Dr. Wähner (Forensisches Institut Bochum)	S. 48
3.5	Interview 5: Herr Dr. Seikowski (Universitätsklinikum Leipzig)	S. 63
4.	Interviews Betroffene	S. 69
4.1	Schriftliches Interview 1: „Marco“	S. 69
4.2	Schriftliches Interview 2: „Basty“	S. 77
4.3	Schriftliches Interview 3: „Person X“	S. 84
4.4	Schriftliches Interview 4: „Max“	S. 91
4.5	Schriftliches Interview 5: „Strolchi“	S. 97

1. Interviewleitfaden „Fachleute“

Institution:	Ort:
Name:	Profession:
Funktion:	in der Institution seit:

1. Problembeschreibung

- Wie schätzen Sie die Motivation pädophiler Männer ein, sich freiwillig in ambulante Behandlung zu begeben?
- Wie bewerten Sie die allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile Männer existieren?
- Hat sich diesbezüglich in den letzten Jahren etwas verändert?
- Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein? Oder: Was macht die Behandlungsnotwendigkeit der Pädophilie aus? (Für die Gesellschaft? Für die Betroffenen?)
- Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der BRD insgesamt ein?
- Was denken Sie quält die Betroffenen mehr? Das gesellschaftliche Tabu oder die Strafbarkeit ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?
- Wie gehen andere Institutionen Ihres Wissens nach damit um, wenn Pädophile Beratung suchen?
- Welche zukünftigen Entwicklungen wären denkbar, wenn es weiterhin keine entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer in ausreichender Anzahl gäbe?

2. Entstehungsbedingungen

- Welche Ursachen/Entstehungsbedingungen lassen sich Ihres Wissens und Ihrer Erfahrung nach als Erklärungen für die Entwicklung einer Pädophilie benennen?

3. Ziele und Zielgruppen

- Welche Voraussetzungen mussten pädophile Männer mitbringen, die sich in präventiven Programm behandeln lassen wollten (Merkmale)? Welche Umstände könnten in einigen Fällen gegen eine Behandlung sprechen?
- Welche komorbiden Störungen machen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung der Pädophilie unmöglich?
- Was ist darüber hinaus differenzialdiagnostisch zu beachten?
- Welche Präventionsziele würden Sie übergeordnet für die Arbeit mit pädophilen Männern benennen? Welche konkreten Ziele sollte ein präventives Angebot für pädophile Männer verfolgen?
- Würden Sie sagen, man kann potentielle Opfer von Sexualstraftaten als indirekte Zielgruppe solcher Angebote benennen?
- Welche Ziele wollen Pädophile ihrer Ansicht nach in einer Beratung erreichen? Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen sie mit einer Psychotherapie?
- Welche Ziele können Pädophile in einer Beratung oder Therapie erreichen? Welchen Mehrwert oder Nutzen bietet Beratung oder Therapie für die Zielgruppe pädophile Männer?
- Inwiefern ist der Weg zum Ziel zeitlich planbar? Sind die Ziele Ihrer Meinung nach in der in der Regel zur Verfügung stehenden Behandlungszeit erreichbar?

4. Maßnahmen

- Welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, um die Zielgruppe pädophiler Männer zu erreichen? Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um pädophile Männer dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ bei einem Beratungsangebot zu melden?
- Welche Multiplikatoren eignen sich evtl. dazu, die Zielgruppe zu erreichen?
- Wie kann die Therapiemotivation und die Behandlungscompliance Pädophiler gefördert werden?
- Die Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung nennen die Psychotherapie – evtl. in Kombination mit Medikamenten- als die Basisbehandlung der Störungen der Sexualpräferenz. Gilt dies auch für die Pädophilie?
- Welches therapeutische Setting sollte pädophilen Männern angeboten werden?
- Welche therapeutischen Methoden sollten Anwendung finden?
- Welche Rolle spielt evtl. eine medikamentöse Behandlung?
- Welche Rolle spielt evtl. Angehörigenarbeit?

- Welche Rolle sollten in der Therapie lebensgeschichtliche Aspekte spielen und welche die eher gegenwärtigen Prozesse rund um den Betroffenen?
- Gibt es bzgl. der pädosexuellen Handlung Schutz- oder Risikofaktoren, an denen man präventiv ansetzen könnte?
- Wie sollte in der Beratung von Selbstmeldern mit der Schweigepflicht umgegangen werden? Wann ist eine Intervention seitens der Therapeuten gefordert?

5. Projektkonzeption & Durchführung

- Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund sollten die Mitarbeiter/innen eines präventiven Angebotes für pädophile Männer haben? Welche fachlichen und persönlichen Mindestvoraussetzungen sollte ein Mitarbeiter/in eines solchen Angebotes mitbringen?
- Welchen Maßstäben und Gütekriterien muss ein Beratungsangebot für pädophile Männer Ihrer Meinung nach entsprechen? Unter welchen Bedingungen würden Sie in einem solchen Projekt/Beratungseinrichtung nicht arbeiten?
- Wodurch sollte die Fachlichkeit des Angebotes garantiert werden?
- Wie sollte ein solches Beratungsangebot finanziert werden? Welche Rolle spielt die Art der Finanzierung für die Betroffenen?

6. Evaluation

- Wie kann und wird die Effektivität eines solchen Beratungsangebotes gemessen und überprüft? Was sind die Erfolgskriterien? Inwiefern sind diese Kriterien messbar?
- Welche Schwachstellen und welche Stärken sehen Sie in den in der BRD bereits bestehenden Angeboten für pädophile Männer?
- Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung oder Normvariante? Welche Konsequenzen haben Festlegungen und Definitionen der internationalen Klassifikationssysteme für die Betroffenen und deren Behandlung?

7. Schlussfolgerungen und Dokumentation

- Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie künftig und gegenwärtig für notwendig?

- Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?

Herzlichen Dank!

2. Interviewleitfaden „Betroffene“

Schriftliches Interview

Lieber Interviewteilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklären, schriftlich einige wichtige Fragen für die Erstellung meiner wissenschaftlichen Arbeit an der Ruhr-Universität Bochum zu beantworten. Die persönliche Einschätzung pädophiler Männer bereichert meine Erhebung um die bedeutsame Perspektive Betroffener. Gerne informiere ich Sie nach Abschluss der Befragung über die Ergebnisse meiner Forschungsarbeit.

Selbstverständlich werden Ihre Antworten in meiner Arbeit ausschließlich vollständig anonymisiert verwendet. Sie können mir gerne ein Pseudonym nennen, unter dem ich Ihre Antworten verwenden darf. Andernfalls wähle ich ein Pseudonym frei aus.

Fragen, die Sie nicht beantworten können oder wollen lassen Sie bitte aus. Dies gilt ebenfalls für die Angaben im oberen Kasten.

Bitte beantworten Sie die Fragen in dem von mir an Sie per E-Mail gesendeten Word-Dokument und schicken mir dieses bitte ebenfalls per E-Mail an interviewteilnahme@gmx.de zurück.

Alter:	Bundesland:
Gewünschtes Pseudonym:	
Beratungserfahrung:	ja nein (bitte ankreuzen)
wenn ja, wo?(Art der Institution):	
Erfahrung mit medikamentöser Behandlung:	ja nein (bitte ankreuzen)

1. Was ärgert Sie am meisten, wenn in den Medien über Pädophilie berichtet oder davon gesprochen wird?

2. Können Sie sich an den Zeitpunkt (z.B. Lebensalter) erinnern, an dem Sie sich zum ersten Mal fachliche Beratung gewünscht haben?
3. Gab es Momente in Ihrem Leben (z.B. Situationen), in denen ein professioneller Ansprechpartner für Sie rückblickend besonders wichtig gewesen wäre (oder war)?
4. Hätten Sie sich bezüglich der Entwicklung/des Bewusstwerdens Ihrer Pädophilie bereits in Ihrer Schulzeit diesbezüglich einen neutralen Ansprechpartner gewünscht?
5. Wie schätzen Sie die allgemeine Motivation pädophiler Männer ein, sich eigeninitiativ in ambulante Behandlung zu begeben?
6. Halten Sie die Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile Männer existieren, für ausreichend?
7. Hat sich diesbezüglich Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren etwas verändert?
8. Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein?
Oder: Was kann die Behandlungsnotwendigkeit einer Pädophilie Ihrer Meinung nach ausmachen?
9. Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der gesamten BRD ungefähr ein?
10. Was quält Sie (oder andere Ihnen bekannte Pädophile) als Betroffenen mehr? Das gesellschaftliche Tabu, das mit der Pädophilie verbunden ist oder die Strafbarkeit Ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?
11. Wie gehen Institutionen Ihrer Erfahrung nach damit um, wenn Pädophile Beratung suchen?
12. Welche zukünftigen Entwicklungen wären Ihrer Meinung nach denkbar, wenn es weiterhin keine entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer in ausreichender Anzahl gäbe?
13. Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach die Ursachen der Entstehung einer Pädophilie für eine Beratung oder Therapie?
14. Wäre Ihnen eine Bearbeitung Ihrer Lebensgeschichte in der Beratung/Therapie wichtig oder sollten für Sie darin mehr Ihre gegenwärtigen Lebensumstände eine Rolle spielen?
15. Welche Voraussetzungen müsste ein Beratungsangebot bieten, damit Sie sich dort melden und behandeln lassen würden?
16. Welche Sorgen und Ängste bzw. Vorbehalte verknüpfen Sie oder andere Pädophile mit Beratungsangeboten?
17. Welche Ziele würden Sie oder Ihnen bekannte Pädophile Ihrer Meinung nach in einer Beratung erreichen wollen? Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen Sie mit einer Therapie?

18. Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um pädophile Männer dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ bei einem Beratungsangebot zu melden? (E-Mail-Kontakt? Anonymität? Titel des Projektes? Kostenfreie Telefonnummer?)
19. Welche Ziele können Pädophile Ihrer Meinung nach in einer Beratung oder Therapie realistisch erreichen?
20. Was würde Sie dazu motivieren, sich beraten zu lassen?
21. Was würde Sie davon abhalten, sich in Beratung zu begeben?
22. Unter welchen Umständen würden Sie die Beratung vorzeitig abbrechen?
23. Welches therapeutische Setting würden Sie warum bevorzugen (Gruppen- oder Einzeltherapie)?
24. Wie stehen Sie zu einer medikamentösen Behandlung?
25. Könnten Sie sich vorstellen, dass auch mit Ihren Angehörigen gearbeitet würde?
26. Wie soll in der Beratung mit der Schweigepflicht umgegangen werden? Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie mit einem Aussetzen der Schweigepflicht gegenüber bestimmten Personen/Institutionen einverstanden wären?
27. Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund würden Sie sich von den Mitarbeiter/innen eines Beratungsangebotes wünschen? Welche fachlichen und persönlichen Mindestvoraussetzungen sollte ein/e Berater/in mitbringen?
28. An welche Institution (Beratungsstelle, psychiatrisches Krankenhaus, Uni-Kliniken) sollte ein Beratungsangebot idealerweise angeschlossen sein?
29. Würden Sie sich auch in einer forensischen Ambulanz beraten lassen? Wenn nein, warum nicht?
30. Wie weit würden Sie für eine Beratung fahren? Legen sie Wert auf die Regionalität des Angebotes?
31. Wann würden Sie für sich sagen können war eine Beratung oder Therapie für Sie gewinnbringend (wenn welche Effekte erreicht wurden)?
32. Welche Wirkung/en einer Beratung/Therapie würden Sie sich für einen längeren Zeitraum wünschen?
33. Welche Beratungsmöglichkeiten für Pädophile, die nicht strafrechtlich in Erscheinung getreten sind, sind Ihnen in der BRD bekannt? Welche Schwachstellen und welche Stärken dieser Projekte sehen Sie? Haben Sie Verbesserungsvorschläge?
34. Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung oder Normvariante für Sie?

35. Welchen Einfluss nehmen Ihrer Meinung nach sprachliche Festlegungen? Was halten Sie von dem Titel „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ und dem Slogan „Kein Täter werden“ des Beratungsangebotes der Charité Berlin?

36. Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie künftig und gegenwärtig für notwendig?

37. Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?

38. Welchen Einfluss nimmt Ihrer Meinung nach die Gesellschaft auf die Bereitschaft Pädophiler, sich beraten zu lassen?

39. Welche Rolle spielt das Internet für Sie (Beratung? Information? Austausch? Chance oder Risiko?)

40. Welche Rolle spielen Selbsthilfegruppen für Sie? Wie bewerten Sie das Angebot, die Erreichbarkeit und den Nutzen von Selbsthilfegruppen für pädophile Männer?

Sonstiges (Was Sie noch gerne anmerken möchten...):

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Mühe!

3. Interviews Fachleute

3.1 Interview 1: Herr Dr. Signerski (Ambulanz für Sexualstörungen Essen)

Interview mit Herrn Dr. Jörg Signerski, Psychotherapeut und Sexualmediziner an den Uni-Kliniken Duisburg Essen, Leiter der Ambulanz für Sexualstörungen, am Montag, den 09.08.2010.

Ort: Räumlichkeiten der Ambulanz für Sexualstörungen

Anwesend: Herr Dr. Signerski (als Experte),

Frau Opfer (als Interviewerin),

Herr Blödorn (als Protokollant)

Dauer des Interviews: 29 Minuten und 52 Sekunden

Abkürzungen: I = Interviewerin

E1 = Experte 1

- 1 I: Vielleicht vorweg, worum es in meiner Arbeit geht: Pädophile Männer, ich
2 habe mich auf Männer konzentriert - auch wenn es durchaus einige Frauen
3 gibt - die sich freiwillig nur selten in Behandlung begeben oder Beratung
4 aufsuchen, d.h. durch gerichtlichen Zwang oder anderen äußeren Druck. Ich
5 möchten ein bisschen erkunden, woran das zum einen liegt und zum anderen
6 aber auch, ob es überhaupt angemessene Angebot gibt.
- 7 E1: Genau
- 8 I: Jetzt sind wir hier in der Ambulanz für Sexualstörungen.
- 9 E1: Ja genau.
- 10 I: Richtig, haben wir gerade gar nicht auf einem Türschild gelesen.
- 11 E1: Doch, das Schild hängt draußen neben der Tür.
- 12 I: Alles klar.
- 13 E1: Es ist nicht auf dem dicken Schild, aber es steht an der Tür.
- 14 I: Würden Sie Pädophilie generell eher der psychiatrischen Forschung oder der
15 Sexualforschung zuordnen?
- 16 E1: Wo sehen Sie den Unterschied?
- 17 I: Psychiatrie würde es ja direkt auch als Störung benennen, so habe ich es
18 bisher verstanden. Ich bin natürlich auch nicht der Fachmann.
- 19 E1: Beide Sachen werden im IC 10 unter F-Diagnosen verstanden.
- 20 I: Okay, gut. Dann auch vielleicht direkt darüber, wir haben anfangs am Telefon
21 kurz darüber gesprochen, warum schließt Ihre Ambulanz Pädophile aus dem
22 Adressatenkreis aus?
- 23 E1: Zwei Gründe, Punkt eins ist, ich habe hier einige an Opfern, die sich hier
24 sozusagen in Behandlung begeben mit ihrem Partner zusammen. Wohl
25 meistens dann Frauen quasi, die in der Kindheit missbraucht wurden, die dann
26 quasi eine Sexualstörung plus Lustlosigkeit entwickelt haben. Da kann ich
27 sozusagen ganz schlecht dafür sorgen, dass Täter und Opfer zusammen in
28 einem Wartezimmer sitzen. Das ist schwierig.
- 29 I: Okay...okay.
- 30 E1: Ich muss auch sagen, da habe ich von dieser Klientel, von Frauen, auch
31 schon häufig positives Feedback bekommen: Dass es extra auf dem Flyer
32 draufsteht, dass sie genau wissen, es sind keine Täter hier.
- 33 I: Aha, okay, darüber habe ich gar nicht nachgedacht.

34 E1: Punkt zwei ist, ich finde es für den Therapeuten schwierig, wenn ich Sie z.B.
35 als Patientin hier hätte, Sie wären Opfer, ich würde mich empathisch einfühlen
36 und in der nächsten Stunde käme ein Täter. Dort eine Switchebene
37 hinzukriegen finde ich eine hohe Kunst. Hut ab, wer es sich zutraut. Ich
38 glaube, das täglich zu machen ist zu viel. Also sozusagen für meine eigene
39 Psyche hier an der Stelle, also zwei Gründe.

40 I: Okay, das kann ich gut verstehen. Wenn sich jemand melden würde, ja
41 obwohl es ausdrücklich im Internet und auf den Flyern steht, wohin würden Sie
42 die Person überweisen oder hin empfehlen?

43 E1: Ja, ich habe im Internet gefunden, dass es in Bochum eine Ambulanz gibt.
44 Dorthin würde ich überweisen.

45 I: Gut.

46 E1: Das Konzept ist auch so besprochen mit Herrn Leygraf. Mein
47 sexualtherapeutisches Konzept ist mit Herrn Leygraf, mit den hiesigen
48 Zielpersonen so besprochen und er hat auch gesagt, dass ich beide Klientel
49 schlecht behandeln kann, sozusagen von der Richtung wurde das abgeseget
50 und sogar als gut empfunden.

51 I: Sind Sie der einzige Therapeut, der dann hier arbeitet in der Ambulanz?

52 E1: Im Moment ja.

53 I: Ah, okay. Solange gibt's die glaube ich dann auch noch nicht, habe ich jetzt
54 gelesen? Ist ja noch relativ neu.

55 E1: Genau

56 I: Andere Sexualambulanzen, wie gehen die damit um? Wissen Sie das?

57 E1: Ja, Hamburg hat beides, aber getrennt. Sozusagen es gibt extra, also das ist
58 eine größere Ambulanz mit mehr Menschen die dort arbeiten, die haben extra
59 sozusagen ...

60 I: die Räumlichkeiten auch getrennt

61 E1: ...die Räumlichkeiten auch getrennt für Täter, für Opfer, da ist es getrennt.

62 I: Okay, gut

63 E1: Von Frankfurt, die haben meistens Transsexuelle. Ob die Pädophile haben,
64 weiß ich nicht und zu sonstigen Ambulanzen habe ich keinen Kontakt.

65 I: Niedergelassene Therapeuten, wissen Sie, wie die damit umgehen? Könnten
66 Sie dahin überweisen, sind ihnen da welche geläufig?

67 E1: Mmh, mmh.

68 I: Eher nicht? Okay. Wen empfinden Sie den generell als zuständig für die
69 Problematik, wenn sich denn jetzt pädophile Menschen in Beratung begeben
70 wollen?

71 E1: Wie meinen Sie das, zuständig?

72 I: Würden Sie das eher psychiatrischen Ambulanzen zuschreiben oder eher
73 niedergelassenen Therapeuten oder von Ihrer Erfahrung her, wessen Job ist
74 das eigentlich? Wo gehört das hin?

75 E1: Das gehört in die Psychiatrie und Psychotherapie.

76 I: Generell?

77 E1: Ob das jetzt ambulant ist oder ob das jetzt niedergelassene ist, das ist ja erst
78 einmal egal.

79 I: Mmh, okay. Wie bewerten Sie denn überhaupt den Umfang des Problems. Ich
80 will jetzt persönlich, natürlich wegen meiner Arbeit, immer wieder auf die
81 Pädophilie aus. Glauben Sie überhaupt, dass da ein so großer Bedarf ist oder
82 wäre, wenn es mehr Angebote gäbe?

83 E1: Ja, ich glaube, dass ein großer Bedarf da wäre. Die Frage ist mal klar, die man
84 sich an dieser Stelle stellt, würden diese Angebote genutzt? Ich glaube, dass
85 diese, also dass sozusagen die Klientel, also die Patientengruppe schon da
86 wäre. Die Frage ist aber, gehen die überhaupt in ein Behandlungskonzept drei
87 Jahre hinein.

88 I: Da komm ich später auch noch einmal genauer drauf zurück mit ein paar
89 Fragen. Was macht denn überhaupt eine Behandlungsnotwendigkeit aus bei
90 der Pädophilie? Es gibt ja diese Pädophiliebewegung z.B., die sagt: „Es ist
91 keine Krankheit, es ist keine Störung, wir müssen nicht behandelt werden, wir
92 wollen nicht behandelt werden.“. Aus Ihrer Sicht, welche
93 Behandlungsnotwendigkeit gibt es oder könnte es in bestimmten Fällen
94 geben?

95 E1: Die Behandlungsnotwendigkeit mit Sicherheit von zwei Gesichtspunkten her,
96 einmal Schutz der Opfer als einen Gesichtspunkt. Zweitens ist aber auch
97 sozusagen der Leidensdruck derjenigen, die daran leiden. Weil es schwierig
98 ist für sie eine Partnerschaft zu finden. Auch die haben Wunsch nach Nähe,
99 nach Geborgenheit, können die aber quasi ohne straffällig zu werden gar nicht
100 ausleben.

101 I: Gar nicht ausleben, okay. Ich will bei meiner Arbeit auch näher auf mögliche
102 Projekte oder mögliche Beratungsangebote eingehen. Wie würden Sie die
103 Zielgruppe eines solchen Projektes beschreiben. Wie muss man sich die
104 vorstellen, also welche Voraussetzungen müssten die Teilnehmer mitbringen,

105 damit man effektiv arbeiten könnte. Wenn es jetzt eine Ambulanz gäbe, die
106 sich z.B. darauf spezialisieren würde.

107 E1: Sie meinen jetzt als Forschungsprojekt oder als Projekt wenn man sagt, man
108 baut hier in Essen eine Ambulanz für Pädophile auf?

109 I: Genau, wer wäre geeignet, wer wäre Ihrer Meinung nach eher nicht geeignet?

110 E1: Puh! Ich habe über Kontraindikationen in der ambulanten Behandlung ...

111 I: Also ob es vielleicht irgendwie bestimmte Merkmale gäbe, wo man sagen
112 könnte, das schränkt eine Teilnahmemöglichkeit ein, es macht sie sogar
113 unmöglich, irgend eine komorbide Störung oder so?

114 E1: Weshalb überhaupt erst einmal sozusagen eine Einschränkung machen? Mir
115 würde keine einfallen. Also mit Sicherheit würde, wenn man so eine Ambulanz
116 machen würde, das einschränkende Kriterium wäre dann, wenn der dann
117 quasi in der Therapie nicht compliant ist, dann müsste man sich überlegen,
118 was dann die Konsequenz ist oder wie man dann in der Ambulanz damit
119 umgeht. Ob man so wie bei anderen Therapien, wie in der Sucht, mit einem
120 Kartensystem arbeitet und sagt... Habe ich mir noch nie Gedanken drüber
121 gemacht, also...

122 I: Okay-

123 E1: Erst einmal sehe ich aber keine Einschränkung.

124 I: Vielleicht hängt es ein bisschen vom Setting ab, welches Setting würden Sie
125 als passend empfinden, eher Gruppen-Setting, eher eine Einzelberatung?
126 Was glauben Sie macht mehr Sinn, eher eine Kombi?

127 E1: Kombination macht Sinn. Also ich glaube mit einem Gruppen-Setting alleine
128 macht es keinen Sinn. Weil wenn sich ein Pädophiler sozusagen outet, das ist
129 quasi ein Outing, dann macht er das glaube ich nicht in der Gruppe. Dann
130 muss er ein Einzelangebot haben, um überhaupt diese Schwelle relativ gering
131 zu halten und dann weiß ich, die in Hamburg fahren gut mit Gruppen-Setting,
132 die haben nachher gruppentherapeutische Angebote, fahren damit ganz gut.

133 I: Okay, gut. Ich habe in den Leitlinien von der DGfS nachgelesen, da steht,
134 Psychotherapie wäre die Basisbehandlung bei sexuellen Präferenzstörungen
135 generell.

136 E1: Ja.

137 I: Gilt das auch für die Pädophilie, würden Sie das so sagen?

138 E1: Kann ich von der Fachgesellschaft her so zustimmen, ja. Also ich würde da
139 jetzt nicht widersprechen.

140 I: Manchmal in Kombi mit Medikamente, stand da,

141 E1: Ja.

142 I: Kann Sinn machen?

143 E1: Ja.

144 I: Okay. Ich glaube, die Frage erübrigt sich dann, welcher institutionelle
145 Hintergrund sich für so ein Präventionsprojekt anbietet, würden Sie
146 wahrscheinlich sagen, psychotherapeutisch, psychiatrisch, irgendwie an eine
147 Klinik angebunden?

148 E1: Ja, genau.

149 I: Oder wie hier dann eben an eine Tagesklinik.

150 E1: Man braucht ja quasi beides, wenn man das sozusagen so formuliert, wie Sie
151 das gerade formuliert haben, braucht man da klar Psychotherapie. Ob
152 psychologische oder medizinische wäre dann egal und plus, wenn man
153 Medikamente verschreibt, was psychiatrisches auf jeden Fall, wo
154 gewährleistet ist, dass ich Blutabnahmen machen kann EKGs etc.

155 I: Okay, würde das z.B. ausschließen, dass in irgendeiner Beratungsstelle
156 Pädagogen daherkämen und sagen würden, wir machen jetzt eine Gruppe für
157 pädophile Männer, die Beratung wollen?

158 E1: Nein

159 I: Nicht?

160 E1: Nein, weshalb?

161 I: Ich überlege gerade, weil ...

162 E1: Wenn man ein Selbsthilfekzept aufbaut, auch Pädagogen können eine
163 Psychotherapieausbildung machen. Wenn die gut geschult sind, wenn die eine
164 gute psychotherapeutische Ausbildung haben, können Sie solche Gruppen
165 leiten. Dann gibt es halt sozusagen keine Medikamentenverordnung, aber
166 dann kann man ja an der Stelle sagen, wenn man einen solchen Patienten
167 aufbaut: „Wir haben da Institut soundso, Psychiater, Urologe, irgendwas
168 soundso in petto“. Wenn das da ist.

169 I: Okay; dass man da eine Zusammenarbeit hat.

170 E1: Ja

171 I: Okay, genau die Frage hatte ich nämlich auch noch. Was glauben Sie, welche
172 Ausbildung, welchen Erfahrungshintergrund sollte der oder die Therapeutin
173 haben, die mit so einer Gruppe oder insgesamt in einem solchen Projekt tätig
174 ist?

175 E1: Da muss man unterscheiden, ob ... Projekt? Also die Frage ist welche
176 Aufgabe hat derjenige in diesem Projekt oder in dieser Gruppe? Ist er
177 psychotherapeutisch tätig und ist das sein Hauptschwerpunkt? Dann halte ich
178 es für sinnvoll, dass er eine psychotherapeutische und sexualtherapeutische
179 Ausbildung hat und zwar eine gute und fundierte.

180 I: Okay und da habe ich gehört und oft gelesen, sexualtherapeutische
181 Ausbildung, daran mangelt es glaube ich...

182 E1: Ja

183 I: Da haben viele diese nicht gemacht, da ist nicht so das Interesse, ich weiß es
184 nicht, aber ...

185 E1: Ja, da ist relativ wenig und die, die das machen, dies sind wenig, haben wenig
186 Interesse an der Pädophilie. Sondern der wirkliche Hauptschwerpunkt sind
187 dann die sexuellen Funktionsstörungen.

188 I: Ja genau, das Gleiche ist, glaube ich, was für Sexualstraftäter gilt, das ist
189 dann ähnlich. Da ist man dann sozusagen auch immer auf der Suche nach
190 Fachkräften, die eine solche Ausbildung haben.

191 E1: Die Frage ist na klar... Aber wenn man sich mit, ich meine, Hauptschwerpunkt
192 machen ja im Moment die Sexualstraftäter, die Forensik haben aus. Die Frage
193 ist na klar..., wenn man etwas für Pädophile anbietet, ob der Psychotherapeut
194 dafür nicht noch eine gesonderte Ausbildung haben muss. Ich bin ja als
195 Sexualtherapeut in Hamburg ausgebildet über die DGfS. Wir hatten ein
196 Wochenende über Pädophilie, der Hauptschwerpunkt dort
197 forschungstechnisch sind die Sexualstraftäter. Nur man muss sagen,
198 forensisch weiß ich darüber relativ wenig, d.h. ich glaube, dass das alleine
199 möglicherweise nicht ganz ausreicht.

200 I: Gut. Dann die große Frage der Finanzierung? Ich habe immer wieder gelesen,
201 es gibt wohl Krankenkassen, die übernehmen eine Psychotherapie nicht,
202 wenn es begründet ist darin, dass die Person aufgrund ihrer Pädophilie diese
203 Therapie aufnehmen will und die Projekte sind alle mischfinanziert ...

204 E1:durch Land und Krankenkasse ...

205 I: Spenden auch teilweise. Wer ist denn eigentlich zuständig für die
206 Finanzierung, also ich hätte jetzt gedacht die Krankenkasse?

207 E1: Ich auch, also

208 I: Müsste eigentlich?

209 E1: müsste eigentlich die Krankenkasse. Das ist genauso wie bei den sexuellen
210 Funktionsstörungen. Die Menschen, die daran leiden und auch an allen
211 anderen Präferenzstörungen, die haben Leidensdruck.

212 I: Ja

213 E1: Der Leidensdruck ist erheblich. Die leben teilweise in einer sozialen Isolation,
214 die können sich kaum austauschen, die werden zunehmend depressiv und
215 niedergeschlagen. Ich halte das für eine Erkrankung und ich finde dafür
216 müsste auch die Krankenkasse bezahlen.

217 I: Gibt es da Schwierigkeiten bei den sexuellen Präferenzen?

218 E1: Ja

219 I: Das wusste ich gar nicht. Ich hätte jetzt gedacht, dass es da klar ist und dass
220 es für ...

221 E1: Nein, umgekehrt. Die sexuellen Funktionsstörungen werden noch
222 stiefmütterlicher behandelt als die Pädophilie.

223 I: Okay, welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, um die Zielgruppe zu
224 erreichen? Dahin hatten Sie eben ja schon einen Schwenker hin gemacht.

225 E1: Ähhhhh

226 I: Da gibt es ja, glaube ich, große Schwellenangst.

227 E1: Ich weiß gar nicht, wie erfolgreich die Berliner mit ihrer Studie waren. Die
228 haben ja im Kino geworben und was weiß ich, keine Ahnung wie erfolgreich ...

229 I: Und mit Plakaten und so.

230 E1: Genau. Wenn ich die Daten wüsste, dann würde ich sagen, dass wenn es was
231 gebracht hätte, dann ja.

232 I: Oder glauben Sie es macht z.B. Sinn, dass man sich erst mal anonym melden
233 kann oder dass man es erst mal nur telefonisch macht, dass man die
234 Schwellen möglichst niedrig setzt?

235 E1: Klar, gerade da ist ja die große Angst. Wenn die schon straffällig geworden
236 sind, oute ich mich da, wie läuft das und begeben sich da in juristische
237 Schwierigkeiten.

238 I: Wie ist es eigentlich, wenn jemand Ihnen z.B. mitteilt, dass es schon mal einen
239 Vorfall gegeben hat, dann fällt das ja unter die Schweigepflicht generell?

240 E1: Genau

241 I: Es geht nur um geplante Taten?

242 E1: Ja

243 I: So ist es, klar.

244 E1: Und auch da ist die Frage was ist wirklich wenn der andere, wenn eine
245 erhebliche Gefahr für jemand besteht...

246 I: Das heißt: „Ich gehe zum Spielplatz und gucke.“, das eben nicht.

247 E1: Genau, das nicht.

248 I: Sondern: „Ich habe da schon die Nachbarstochter ausgeguckt und morgen
249 lade ich sie ein.“.

250 E1: Richtig, richtig, genau. Ja, so ist es meinem Wissensstand nach, aber
251 da ich mich mit Pädophilen wenig befasse, bin ich mir da nicht
252 hundertprozentig sicher, ob das wirklich so ist.

253 I: Gut, gucke ich selbst auch noch mal nach.

254 Was glauben Sie quält die Betroffenen mehr, das gesellschaftliche Tabu, das
255 allgemein existiert oder die mögliche Strafbarkeit ihrer sexuellen Praktiken, die
256 gewünscht sind?

257 E1: Die sexuelle Strafbarkeit.

258 I: Die Strafbarkeit, mmh.

259 E1: Ganz klar meiner Meinung nach.

260 I: Ja klar. Da sind wir wieder beim Leidensdruck. Ist das dann eher ein
261 Leidensdruck der eher zur Therapiesuche motiviert oder eben nicht, wie Sie
262 eben sagten? Ist es eher ein Hindernis, dass man sagt: „Mmh, das was ich mir
263 wünsche ist ja generell strafbar, wenn ich das jetzt mitteile, vielleicht komme
264 ich in Schwierigkeiten?“

265 E1: Naja, wenn die soweit denken. Dann ist es, glaube ich, eine Motivation zur
266 Therapie. Wenn sie sogar denken: „Ich bin einsam und ich habe da
267 Schwierigkeiten und ich bin depressiv deswegen“ - dann ist das ein
268 Leidensdruck der quasi zur Therapie motiviert. Nur die Frage ist, haben alle
269 Pädophile diesen Leidensdruck?

270 I: Wohl nicht.

271 E1: Genau

272 I: Sowie ich es nachgelesen habe, eben zum großen Teil wohl nicht.

273 E1: Richtig, das ist meine Info auch.

274 I: Was glauben Sie, wie kann man die Therapiemotivation und wie Sie auch
275 eben sagten, die Behandlungsplacance fördern bei Pädophilen? Ich
276 mache da gleich einen Schwenker. Ich habe mir viele Gedanken darüber
277 gemacht, welche Ziele überhaupt Pädophile mit einer Beratung für sich
278 verbinden und welche Wünsche sie an eine Psychotherapie oder ein

279 Beratungsangebot haben und ob diese Ziele sich überhaupt decken mit
280 denen, die dieses Projekt organisieren oder mit den Therapeuten, die darin
281 arbeiten. Ich habe z.B. gelesen, in das Projekt in der Charité sind viele mit
282 dem Wunsch gekommen, geheilt zu werden und haben dann mitgeteilt
283 bekommen: „Wir können Sie nicht heilen, Sie werden diesen Wunsch nicht
284 loswerden sozusagen“ - und das war der Grund wo viele abgebrochen haben
285 und das stelle ich mir auch als kritischen Punkt vor und da ist dann die Frage:
286 wie den überwinden oder welchen Mehrwert kann man Pädophilen denn
287 überhaupt anbieten in einer Beratung, Ihrer Meinung nach? Dass die auch
288 sagen, das lohnt sich für mich, gehe ich weiter hin auch wenn es unangenehm
289 ist, wenn ich da erst einmal durch muss.

290 E1: Der Mehrwert, den man ihnen erst einmal anbieten kann, wenigstens einigen,
291 ist aus der Isolation herauszukommen. Mehrwert ist, damit umgehen zu
292 können mit diesem ..., auch werden sie ein total schlechtes Gewissen haben
293 mit diesem moralischen Druck, damit umgehen zu können und quasi mit ihrer
294 Neigung, ja, leben zu lernen quasi.

295 I: Ist es dann ähnlich wie bei anderen Präferenzstörungen, dass man dann auch
296 guckt, dass man die Neigung auslebt ohne andere damit zu schädigen oder ist
297 das in dem Bereich eher ...?

298 E1: Wie will man das denn machen? Also ich behandle ja hier
299 Präferenzstörungen. Ich schließe ja wirklich nur die Pädophilen aus. Die
300 Präferenzstörungen, die ich hier behandle, da geht es wirklich darum: die
301 leben das aus. Die haben ja zum größten Teil, wenigstens die ich hier habe,
302 ein schlechtes Gewissen, dass sie das haben, schämen sich vor ihrem Partner
303 oder irgendwas. Wo ich sage, das ist Teil ihrer Sexualität und wo sie dann den
304 anderen Teil der Sexualität, wenn sie es wollen. mit entdecken können, d. h.
305 beide Bestrebungen, die Bestrebung nach Nähe und Partnerschaft und ihren
306 Fetisch, dass sie den quasi nebeneinander gleichberechtigt leben können.
307 Aber das geht ja bei der Pädophilie nicht.

308 I: Also es ist also noch ein extra Splitterprojekt in der Charité entstanden, dieses
309 Projekt „Prävention-Kinderpornographie“, weil eben das ja auch kein probates
310 Mittel ist, das auszuleben. Weil auch das ja Kinder schädigt und auch zu einer
311 Straftat führt

312 E1: Ja

313 I: So, fast durch, ich dachte es wäre ja noch so super viel, doch genau:

314 Was meinen Sie, welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als
315 Krankheit oder als Normvariante, da ist ja in der Literatur eine Uneinigkeit,
316 manchmal wird es als Krankheit benannt, dann wird es als Störung, als
317 Normvariante diskutiert. Ich glaube, eben habe ich herausgehört, Sie würden
318 es als Krankheit benennen?

319 E1: Ich würde es als Krankheit benennen, aber ich weiß na klar, bei der
320 Transsexualität gibt es die Diskussion zur Normvariante, das ist eine
321 psychische Erkrankung, das kann man bei vielen in diesem Grenzbereich
322 liegenden ...

323 I: Nicht so genau ...

324 E1: Nicht so genau herauskristallisieren, das ist auch so mit der Lustlosigkeit.
325 Diejenigen haben keinen Leidensdruck. Ist es ..., kommt es halt vor, dass 3%
326 der Menschen das haben oder ist es eine Krankheit, das ist schwierig. Die
327 Gefahr ist klar, wenn ich das zu einer Normvariante mache, dann sagt die
328 Krankenkasse und das zu Recht ...

329 I: Das ist ja der Gedanke.

330 E1: ...zahle ich nicht. Deswegen sagen ja viele, die sich mit Transsexuellen
331 beschäftigen: „Wir machen es nicht zur Normvariante, sondern sie sagen es
332 ist eine Erkrankung.“

333 I: Ach, klar, da werden, ach nein, ja doch auch mit Operationen. Die müssen ja
334 doch von der Krankenkasse getragen werden in diesen Fällen.

335 E1: Ja. Zweitens die Gefahr, das zur Normvariante zu machen ist, na klar, das zu
336 verharmlosen, zu sagen: „Das ist eine Normvariante, die können nichts dazu,
337 ist quasi normal.“ Da ist das Wort Norm etwas gefährliches, ja?

338 I: Ich glaube, es spielt dann ja auch für den Betroffenen eine Rolle, je nachdem
339 wie man auch strukturiert ist, dass man entweder sagt: „Okay, wenn es als
340 Krankheit benannt ist, dann ist es für mich eine Erleichterung und ich kann
341 dann anders damit umgehen.“. Aber es gibt mit Sicherheit auch Personen, die
342 genau dann eben auch so reagieren, Widerstand leisten und sagen: „Es ist
343 keine Krankheit. Ich halte das für mich als normal. Ich gehe nicht irgendwo hin,
344 wo man mir sagt, du bist gestört oder du bist krank.“.

345 E1: Ja

346 I: Also, die Gefahr besteht ja bei allen Erkrankungen.

347 E1: Genau, da müssen wir sagen: „Was ist krank?“. Dann müssen wir uns über die
348 Definition unterhalten.

349 I: Ja, okay.

350 E1: Also ich würde es nicht als Diskussion aufmachen, ob das eine Normvariante
351 ist. Weil ich glaube, auch wenn wir das unterschiedlich behandeln, wenn ich
352 mir vorstelle ich habe beide Konstrukte im Kopf und gehe therapeutisch mit
353 beiden um und dem einen Patienten sage ich dieses und dem einen jenes und
354 das machen dann sozusagen viele Therapeuten und dann wird das ja auch

355 irgendwann im Internet sozusagen als Normvariante oder gesellschaftlich als
356 Normvariante verkauft. Das sehe ich kritisch.

357 I: Das ist ja auch das, worauf die Pädophilenbewegung im Grunde genommen
358 hofft, dass sie sagen: „Homosexualität war lange verboten oder als Krankheit
359 oder Störung benannt und jetzt ist es nicht mehr so, also ist zumindest nicht
360 mehr verboten und das ist das, was wir für uns erhoffen und wünschen.“

361 E1: Gehen wir das doch umgekehrt an. Gucke ich das doch von der Seite aus an,
362 woher meine Patienten kommen. Gucke ich mir die Opfer an. Da muss ich ja
363 sagen, die Opfer, die ich hier sitzen habe, erleben ja den sexuellen
364 Missbrauch als unwahrscheinlich einschneidendes Erlebnis, als etwas: „Die
365 gehen über meine Grenzen. Ich habe keine Kontrolle mehr. Das ist ein
366 Erwachsener, der macht etwas gegen meinen Willen.“ Das ist also die ganze
367 Ichstruktur. „Da leide ich ja darunter.“ Bricht ja quasi sogar bei einigen ganz
368 zusammen. Die sind ja nachher wirklich krank. Also, da kann man ja nicht
369 mehr von Normvariante reden. Das heißt, wenn man von der Seite ausgeht,
370 kann man ja so sagen: „Okay, das ist jetzt normal, das ist Normvariante.“ Da
371 steckt ja auch hinter: „Wir akzeptieren das“ Nicht?

372 I: Ja, allerdings.

373 Generell die Frage: Welchen Einfluss nehmen sprachliche Festlegungen?
374 Zum Beispiel habe ich mir darüber Gedanken gemacht, das Projekt von der
375 Berliner Charité, das heißt „Prävention-Dunkelfeld“

376 E1: Ja.

377 I:weiß ich jetzt nicht, ob ich als pädophiler Mensch das so günstig finde, den
378 Namen, also im Dunkelfeld?

379 E1: Eine sprachliche Sache spielt immer eine Rolle. Ob das Wort Dunkelfeld jetzt
380 – keine Ahnung. Also ich glaube, dass spielt schon eine Rolle. Wie man etwas
381 benennt, ist genauso wie bei einer Normvariante oder Krankheit, da spielt es
382 schon eine Rolle wie die Außenwirkung ist.

383 I: Weil in Regensburg, da wird jetzt die erste bayrische Ambulanz auf gemacht,
384 die heißt „Prävention-Pädophilie“. Da habe ich mir überlegt, da schwingt ja so
385 ein bisschen mit, man könnte die Pädophilie vermeiden. Aber genau das geht
386 ja eigentlich nicht, wenn ich es richtig verstanden habe. Also das man es
387 pädosexuell auslebt, das könnte man therapeutisch vielleicht erarbeiten mit
388 der Person, aber „Prävention-Pädophilie“, das hört sich ja so ... „Prävention-
389 Depression“ klar, aber „Prävention-Pädophilie“?

390 E1: Ja, geht nicht.

391 I: Nein, nicht?

392 E1: Ja, weil es eine Präferenzstörung ist, haben sie das und das kann ich nicht

393 I: Ja, das finde ich nämlich auch. Deshalb, ich finde schon, dass wenn Titel recht
394 plakativ, wie Sie es auch gesagt haben, dann im Kino erscheinen, auf
395 Plakatwänden erscheinen usw., dann hat das für mich schon eine große
396 Bedeutung, aber das kennen Sie ja auch.

397 E1: Ja

398 I: Dann habe ich nachgelesen im DSM und im ICD, im einen heißt es Paraphilie,
399 wenn ich es richtig verstanden habe - wird es zugeordnet. Im anderen gehört
400 es zu den Störungen der Sexualpräferenz.

401 E1: Ja

402 I: Mit welchem Klassifikationssystem arbeiten Sie? Ist es immer ICD, glaube ich,
403 in Deutschland oder?

404 E1: Meistens ja.

405 I: Nimmt das irgendeinen Einfluss auf das, was man sich da ...?

406 E1: Nein

407 I: Das ist wurscht.

408 E1: Nein, ich halte das jetzt fast für synonym. Wobei, ob ich Paraphilie sage oder,
409 also ...

410 I: Für mich als Nichtfachmann, macht das nicht viel aus, aber in der Literatur
411 waren da richtige kapitellange Diskussionen darüber. Warum Paraphilie,
412 warum

413 E1: Da gibt es ja viele Wörter, worüber sich Wissenschaftler streiten, ich glaube
414 das ...

415 I: Aber Ihre Ambulanz heißt, glaube ich z.B., doch für ...?

416 E1: Für Sexualstörungen

417 I: Genau, okay.

418 E1: Da sind z.B. extra nicht, eigentlich stehen da die Paraphilen nicht mit drin,
419 obwohl ich die ja zum Teil, außer den Pädophilen, mit behandle.

420 I: Sexuellen Sadismus z.B. oder sowas?

421 E1: Oder Fußfetischismus oder sonstige.

422 I: Okay

423 E1: Weiß ich nicht.

424 I: Aber die werden doch im ICD auch genannt wahrscheinlich?

425 E1: Ja, die fallen unter Sonstiges glaub ich.

426 I: Okay, gut. Die haben Sie extra nicht mit benannt, damit ...?

427 E1: Nein, nein, ich fand den Namen einfach schön. Also sind wir wieder beim
428 Namen. Irgendwann muss man entscheiden, wie man das Ding nennt. Aber
429 sonst finde ich es unerheblich. Also dieser Patient, der vor mir sitzt, hätte ja
430 eine Präferenzstörung bezüglich eines Kindes, ja? Und ob das jetzt...,
431 Paraphilie ist ja auch nur ein Überbegriff, wie das jetzt heißt ...

432 I: In jedem Fall macht es ...

433 E1: ...dem Patienten das Leiden und das therapiere ich jetzt und ob ich mich
434 darüber unterhalte wie ich das jetzt nenne...

435 I: Das ist jetzt eine bedeutungsschwangere Frage. Welchen Einfluss nimmt die
436 Gesellschaft auf die Sexualwissenschaft und umgekehrt?

437 E1: Großen Einfluss, umgekehrt

438 I: Speziell auf die Pädophilie vielleicht bezogen?

439 E1: Ich weiß, die in Hamburg haben große Probleme wo die ihre Ambulanz haben.
440 Da nimmt die Gesellschaft einen großen Einfluss. Auch hier war es schon so,
441 dass wir eine SPD-Ortsgruppe hatten, die kamen zu Besuch und haben sich
442 die Tagesklinik angeguckt und wo es dann direkt hieß, ja, wir haben hier eine
443 Sexualambulanz: „Behandeln Sie auch Pädophile und was noch? Hilfe!“. Also
444 ich glaube schon

445 I: Aber dieser präventive Aspekt wird nicht gesehen?

446 E1: Nein, der wird überhaupt nicht gesehen, gar nicht. Große Gefahr, die waren
447 zufrieden, dass sie sie gesehen ...

448 I: Also die kommen ja dann hierhin, die weisen sie an und laufen hier herum.

449 E1: Genau

450 I: Ich habe gelesen, dass es in Bayern ganz lange keine Finanzierung gab für
451 dieses Präventions-Pädophilie-Projekt und jetzt, nachdem die ganzen Fälle mit
452 der Kirche aufkamen usw., wurden die Gelder freigegeben. Ich denke das ist
453 so ein bisschen ein Beispiel dafür, wie abhängig das dann auch immer ist.
454 Wenn wir uns jetzt ein konkretes Beratungsangebot vorstellen würden, z.B.
455 würde es hier initiiert, anstelle dieser Sexualambulanz oder in einer anderen
456 Stadt, welchen Maßstäben müsste es Ihrer Meinung nach denn entsprechen,
457 um zu sagen: „Das ist qualitativ gut, das ist angemessen“?

458 E1: Genügend und gutes Fachpersonal und passende Räumlichkeiten.

459 I: Passende Räumlichkeiten, was meinen Sie genau?

460 E1: Genügend Räume für Gruppentherapie, nicht neben einem Kinderspielplatz.
461 Wirklich passende Räumlichkeiten, wo man nicht irgendwo im 3. Stock in einer
462 Baracke untergebracht ist, sondern wirklich wo sich die Patienten wohl fühlen.
463 Wo man sich zu Hause fühlt.

464 I: Nicht gerade direkt stigmatisierend, weil man in die letzte Bruchbude im Keller
465 muss oder so.

466 E1: Genau, richtig.

467 I: Dann, nicht unwichtig, die Frage, wann ist denn ein Beratungsangebot
468 erfolgreich? Was meinen Sie, wann meinen Sie ist denn, könnte man sagen,
469 die psychotherapeutische Behandlung eines Pädophilen ist erfolgreich?

470 E1: Für wen? Für die Gesellschaft, für das Opfer oder für den Patienten?

471 I: Genau. Ich glaube, das ist die große Schwierigkeit dabei. Genau das ist
472 nämlich wieder die Frage mit den Zielen. Sind die Ziele, die wir von fachlicher
473 Seite haben dann die gleichen, die der Pädophile hat um den Leidensdruck
474 loszuwerden? Okay, dann vielleicht aus beiderlei Sicht?

475 E1: Für die Gesellschaft ist es erfolgreich, wenn der Pädophile nicht straffällig
476 wird.

477 I: Also wenn es keine Opfer gibt.

478 E1: Genau

479 I: Und für den Pädophilen selbst?

480 E1: Für den Pädophilen selbst ist die Behandlung zufriedenstellend, wenn er quasi
481 mehr Lebenszufriedenheit dadurch bekommt. Wenn er sich wohler fühlt.

482 I: Okay, wie könnte man das messen? Also wenn man z.B. Forschungsprojekt
483 hätte und müsste beweisen: das macht Sinn, das macht auch präventiv Sinn
484 und dafür müssen Gelder freigemacht werden. Dann müsste man es ja
485 evaluieren und dann würde natürlich nach dem Erfolg gefragt. An welchen
486 Kriterien könnte man das festmachen? Das ist ja superschwierig, nicht wahr?

487 E1: Genau, man kann ja zwei Sachen machen. Man kann ja einmal sozusagen
488 vorher und nachher machen. Also vor der Therapie und nach der Therapie,
489 Lebenszufriedenheit erheben, Beziehungsfähigkeit erheben, damit hätte man
490 das mit den Pädophilen abgedeckt. Wenn man Erfolg misst nach Rückfall,
491 dann müsste man nach zehn Jahren noch einmal eine Erhebung machen und
492 gucken wie viele sind rückfällig geworden.

493 I: Selbsteinkünfte einholen oder so.

494 E1: Aber es wird schwierig sein, wir haben eine hohe Dunkelziffer. Das Erste ist
495 einfacher.

- 496 I: Ja gut. Das war es schon.
497 E1: Gut
498 I: Dankeschön. Sie haben es überstanden!

3.2 Interview 2: Frau Konrad (Projekt „Prävention Dunkelfeld“ Charité Berlin)

Interview mit Frau Anna Konrad, Diplom-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Prävention Dunkelfeld“ am Institut für Sexualmedizin und Sexualwissenschaft der Charité Berlin am Donnerstag den 19.08.2010.

Ort: Räumlichkeiten des Instituts für Sexualmedizin

Anwesend: Frau Konrad (als Expertin),
Frau Opfer (als Interviewerin),
Herr Blödorn (als Protokollant)

Dauer des Interviews: 47 Minuten und 7 Sekunden

Abkürzungen: I = Interviewerin
E2 = Expertin 2

- 1 I: Grundsätzlich geht es in meiner Arbeit darum, dass es in der Bundesrepublik
2 an solchen Angeboten wie diesem hier eher mangelt und auch darum, ob die
3 kriminalpräventiv wirksam sind, also ob die Ziele die man sich vorstellt - aus
4 kriminalpräventiver Sicht - erreicht werden oder nicht.
- 5 Dann würde ich gerne erst einmal von Ihnen wissen, wie Sie die
6 Behandlungsbedürftigkeit von pädophilen Männern überhaupt einschätzen,
7 also was macht überhaupt eine Behandlungsnotwendigkeit aus bei der
8 Pädophilie?
- 9 E2: Also generell würde ich die für hoch einschätzen, das ist jetzt aber natürlich
10 eher ein klinischer Eindruck. Um das wissenschaftlich zu unterlegen, müsste
11 man jetzt natürlich alle Pädophilen fragen: „Haben Sie das Gefühl
12 behandlungsbedürftig zu sein?“, um dann zu gucken, gibt es einen
13 Leidensdruck, der Behandlungsbedürftigkeit ausmachen würde oder z.B. eine
14 Fremdgefährdung, die auch eine Behandlungsbedürftigkeit ausmachen würde
15 und müsste dann zählen. Das können wir leider nicht, weil wir nicht eine
16 repräsentative Stichprobe von pädophilen Männern befragen können. Von
17 denen, die ich kennen gelernt habe im Rahmen des Projektes, ist es auf jeden

18 Fall so, dass eine hohe Behandlungsbedürftigkeit da ist, sonst würden sie sich
19 aber natürlich auch hier nicht melden.

20 I: Also dann aufgrund des eigenen Leidensdruckes?

21 E2: Entweder aufgrund des eigenen Leidensdruckes oder bei denen die z.B. von
22 Ehefrauen geschickt werden oder so. Es ist manchmal auch so, dass die
23 sagen würden: „Der eigene Leidensdruck ist gar nicht so hoch.“ Dass wir dann
24 aber sagen würden: „Die Fremdgefährdung ist so hoch.“. Dann ist es natürlich
25 auch wieder ein Kriterium für eine Behandlungsbedürftigkeit.

26 I: Okay. Wie hoch schätzen Sie denn den Behandlungsbedarf, wenn man sich
27 jetzt mal ganz Deutschland anguckt?

28 E2: Naja, es gibt da so Hochrechnungen, wenn man ... ein Institut hat...ich weiß
29 nicht, ob Sie das irgendwo gelesen haben...?

30 I: Im Internet ein bisschen.

31 E2: Genau. Eine Studie gemacht, wo wir eine damals schon repräsentative
32 Stichprobe von Männern befragt haben und soundso viele Prozent gesagt
33 haben, sie fühlen sich sexuell hingezogen zu Kindern oder auch zu
34 Jugendlichen und daraus wurde eine Hochrechnung gemacht. Wenn man
35 diesen Zahlen glaubt, dann muss man von einer Prävalenz von einem Prozent
36 ausgehen, d.h. das wäre ungefähr die gleiche Prävalenz wie bei
37 Schizophrenie z.B.

38 I: Okay, wo es ja durchaus mehr Angebote gibt.

39 E2: Wo es durchaus mehr Angebote gibt und wo man natürlich auch sagen muss,
40 fast jeder kennt irgendwie, irgendwo jemanden, der vielleicht nicht unbedingt
41 schizophoren, aber irgendwie eine psychotische Erkrankung hatte oder so und
42 die meisten denken von sich keine Pädophilen zu kennen...was mit aller
43 Wahrscheinlichkeit nicht stimmt.

44 I: Okay, wie würden Sie die Zielgruppe Ihres Projektes beschreiben, mit welchen
45 Merkmalen?

46 E2: Also das sind Männer, die sich sexuell zu Kindern und/oder Jugendlichen
47 hingezogen fühlen und entweder schon sexuelle Übergriffe begangen haben.
48 Entweder direkte, also in Form von direktem sexuellen Kontakt mit Kindern
49 oder Jugendlichen oder indirekte in Form von Konsum von
50 Kinderpornographie und sich wünschen damit aufzuhören oder dabei
51 Unterstützung brauchen. Oder eben solche, die noch keine Übergriffe
52 begangen haben ,aber befürchten, dass es dazu kommen könnte.

53 I: Okay. Macht dieser Drang, vielleicht Übergriffe zu begehen, den Leidensdruck
54 aus oder ...?

55 E2: Für manche auf jeden Fall, klar. Das ist ein großes Stück des Leidensdruckes,
56 dass die wissen, wir haben immer diese Impulse. Immer wenn ihnen ein
57 attraktives Kind über den Weg läuft, haben sie das Bedürfnis hinzugucken,
58 haben das Gefühl sie können sich nicht mehr auf ihre Zeitung konzentrieren,
59 weil sie da immer hingucken müssen und die Befürchtung haben, irgendwann
60 einmal durchzudrehen sozusagen. Das macht was aus, natürlich macht vor
61 allem auch aus bei vielen der Mangel an einer intimen Partnerschaft

62 I: Mmh, das habe ich nämlich eben gedacht.

63 E2: ... die entweder gar nicht vorhanden ist oder zwar vorhanden ist, aber nicht zu
64 100 % erfüllend ist und dadurch natürlich einfach eine Sehnsucht entsteht, die
65 nicht gestillt werden kann. Weil die Sehnsucht sich ja darauf bezieht eine
66 Beziehung zu einem Kind zu haben und das ist eben nicht möglich.

67 I: Aber sie behandeln nicht ausschließlich Kernpädophile, nein? Das habe ich
68 richtig verstanden?

69 E2: Genau.

70 I: Okay. Welche Voraussetzung müssen denn die Teilnehmer mitbringen,
71 welche Kriterien müssen sie erfüllen?

72 E2: Kriterien die sie erfüllen müssen sind eben die einer Pädophilie oder
73 Pädophilie muss vorliegen. Und dann dürfen sie andere Kriterien nicht erfüllen
74 wie z.B. eine schwere Substanzabhängigkeit, organische Schäden, andere
75 psychiatrische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, die so im Vordergrund
76 stehen, dass es eine Therapieteilnahme erschwert. Sie dürfen nicht, so ist es
77 auch noch, sie dürfen nicht aktuell im Helffeld sein, im juristischen.

78 I: Das kann also nicht Ersatz sein hier für eine zwangsaufgelegte Therapie?

79 E2: Genau

80 I: Okay. Können Sie denn sagen, dass potentielle Opfer so etwas wie eine
81 indirekte Zielgruppe des Projektes sind? Weil sie ja dann geschützt werden
82 oder weil das der Wunsch ist?

83 E2: Als Zielgruppe würden wir es jetzt nicht bezeichnen, aber natürlich ist das das
84 übergeordnete Ziel des Projektes, die Zahlen des sexuellen
85 Kindesmissbrauchs zu verringern, also Prävention zu betreiben.

86 I: Differenzialdiagnostisch? Was machen Sie da am Anfang?

87 E2: Wir führen vor allem eine ausführliche Sexualanamnese durch, in der es also
88 um sexuelles Verhalten, sexuelles Erleben, sexuelle Phantasien,
89 Masturbationsphantasien, Pornographie-Konsum geht - was kommt da genau
90 vor? Wie sind die sexuellen Kontakte, die stattgefunden haben von statten
91 gegangen usw. und so fort und am Ende kommen wir dann zu einer Diagnose.

- 92 I: Welches Maß an Emphatie-Fähigkeit ist denn gefordert um an dem Projekt
93 teilnehmen zu können? Ist das auch Teil der Differenzialdiagnostik, zu gucken
94 inwieweit sich jemand überhaupt ins Gegenüber hineinversetzen kann oder
95 kann es auch Ziel der Therapie sein, das zu erarbeiten?
- 96 E2: Das ist ein Ziel der Therapie. Wir führen zwar am Anfang Diagnostik dazu
97 durch, die dient aber eher den Forschungszwecken, weil Emphatie-Zunahme
98 eben ein Maß ist zu gucken, ob unsere Therapie funktioniert. Deswegen wird
99 es nicht individualdiagnostisch ausgewertet, wie hoch da der Wert ist auf der
100 Skala.
- 101 I: Eventuell könnte es eine psychiatrische Erkrankung sein, die vielleicht
102 beinhaltet, dass die Emphatiefähigkeit sowieso gestört ist und dann würde
103 man vielleicht eh herausfallen aufgrund der Erkrankung.
- 104 E2: Wenn das so wäre, dann wäre das so, genau. Die Empathiefähigkeit, da gibt
105 es ja verschiedene, also es ist ja ein Konstrukt, wo man inzwischen sagt, dass
106 es verschiedene Anteile gibt. Es gibt die kognitive Emphatiefähigkeit also die
107 generelle Möglichkeit, sich in den anderen hineinzuversetzen, die emotionale
108 Emphatiefähigkeit und es wurde eben auch gezeigt, dass viele pädophile
109 Männer bezüglich Opfer *anderer* Straftäter sehr wohl emphatisch sind, aber
110 bezüglich eigener Opfer weniger. Also es ist gar kein generelles
111 Emphatiedefizit, höchstwahrscheinlich. Eher z.B. überhaupt auch kein
112 Problem emphatisch zu sein, wenn ein anderer zusammenfällt und Schmerzen
113 hat zu sagen: „Der hat scheinbar Schmerzen und wünscht sich umarmt zu
114 werden.“ oder wie auch immer. Das ist kein generelles Defizit.
- 115 I: Gut. Ich habe im Internet gelesen, ich denke das ist auch immer noch so, es
116 gibt einmal Einzeltherapie, einmal Gruppentherapie und eine Kontrollgruppe?
117 Habe ich das richtig verstanden?
- 118 E2: Genau.
- 119 I: Und das bieten Sie an, um eben zu gucken, was am effektivsten ist oder?
- 120 E2: Genau, das sind jetzt forschungsmethodische Fragen, auf die ich, wie ich
121 glaube im Einzelnen nicht eingehen kann, weil das sehr komplex ist. Man
122 muss halt, wenn man gucken will ob eine Therapie funktioniert, dann kann
123 man nicht einfach nur eine Therapie durchführen und die vorher/hinterher
124 gucken, sondern muss Kontrollbedingungen haben, entweder eine
125 untherapierte Kontrollgruppe, das ist in diesem Bereich natürlich ethisch nicht
126 vertretbar. Wir können ja nicht zu denen sagen: „Sie wollen eigentlich eine
127 Therapie, aber sie kriegen einfach mal keine, damit wir gucken können, ob sie
128 hinterher gesprächstherapiebereit sind.“ Und deswegen heißt das Warte-
129 Kontrollgruppe, d.h. die kriegen alle eine Therapie, aber zu einem späteren
130 Zeitpunkt. Das ist jetzt aber forschungsmethodisch eine Feinheit. Das macht
131 man oft in diesem Bereich.

- 132 I: Okay. Welchen Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund hat man als
133 Mitarbeiter in diesem Projekt?
- 134 E2: Wir sind Psychologen und Ärzte und haben alle therapeutische
135 Weiterbildungen im verhaltenstherapeutischen Bereich und Sexualmediziner
136 sind wir alle.
- 137 I: Wenn man ein Projekt neu aufbauen würde, welche Mindestvoraussetzungen
138 sollten die Mitarbeiter mitbringen? Eben genau diese oder wäre auch etwas
139 anderes wünschenswert, oder?
- 140 E2: Aus unserer Sicht schon, eine therapeutische Qualifikation zu haben, ist schon
141 eine Mindestvoraussetzung. Das muss jetzt nicht unbedingt die
142 verhaltenstherapeutische sein, passt aber schon besser, deckt sich besser mit
143 den Ansätzen und das Therapieprogramm ist auch ein
144 verhaltenstherapeutisches. Was aus unserer Sicht notwendig wäre, ist eben
145 die sexualmedizinische Qualifikation, die aber die wenigsten haben und die
146 auch in den Satellitenprojekten, die jetzt aufgebaut werden sollen in anderen
147 Bundesländern, leider oft nicht vorhanden sind. Und das macht es schon
148 schwierig, weil es letztendlich auch darum geht ein Grundverständnis zu
149 haben von Menschen mit einer entsprechenden Präferenz. Es ist schon
150 wichtig ein allgemeines sexualmedizinisches Verständnis zu haben: „Wie
151 ticken Menschen? Was bedeutet das wenn jemand sexuell auf Kinder
152 ausgerichtet ist für diesen Menschen usw.?“.
- 153 I: Was glauben Sie, woran liegt es, dass das so wenige machen, so wenige
154 diese Qualifikation haben?
- 155 E2: Es ist weder Teil der psychologischen noch der medizinischen Ausbildung und
156 auch in den psychotherapeutischen Ausbildungen ist es nicht Teil. Da gibt es
157 ein Seminar letztendlich, das heißt „Sexuelle Störungen“, da wird es mal kurz
158 erwähnt, dass es das gibt. Das reicht natürlich vorne und hinten nicht und es
159 gibt eben nicht viele Möglichkeiten sich entsprechend zu qualifizieren. Es ist
160 kein geschützter Begriff: „Sexualmedizin“, das kann sich jeder aufs Schild
161 schreiben.
- 162 I: Das heißt man kann es auch gar nicht abrechnen, also man könnte ...?
- 163 E2: Nein das kann man nicht, genau.
- 164 I: Wie finanziert sich denn das Projekt, ich habe gelesen, das ist eine
165 Mischfinanzierung aus Spenden z.T., dann vom Bund
- 166 E2: Genau, ursprünglich hat die VW-Stiftung den größten Teil oder den Anfang
167 finanziert, dann ist das Bundesministerium dazugekommen. Beide Töpfe
168 laufen jetzt aus. Also das Projekt wird enden mit Ende des Jahres und muss
169 dann irgendwie anders weitergehen oder mit der sexualmedizinische
170 Ambulanz, die wir Anfang des Jahres gegründet haben, soll dann die

171 Versorgung weitergehen, das geht aber mit Umstrukturierungen einher, da
172 z.B. das Ganze dann über Überweisungsschein läuft und die Anonymität dann
173 nicht mehr gewährleistet werden kann.

174 I: Also vom Land, von der Stadt, da kommt nichts?

175 E2: Nein.

176 I: Wer muss das denn eigentlich finanzieren, Ihrer Meinung nach?

177 E2: Das Gesundheitsministerium. Also, das müsste über die Krankenkassen
178 laufen, die natürlich zum Ressort des Gesundheitsministeriums gehören. Denn
179 es ist, man kann sagen, eine chronische Erkrankung. Die ist nicht irgendwann
180 weg. Auch nach unserer Therapie, nachdem die Patienten hier die Therapie
181 durchlaufen haben, sind sie immer noch pädophil, fühlen sich vielleicht besser
182 gewappnet für spezielle Situationen, aber wenn Sie überlegen manche sind
183 dann Anfang 20, die haben noch viele ziemlich Jahre vor sich und da sind
184 ziemlich viele schwere Situationen und dann müsste es natürlich eine
185 Anlaufstelle geben, an die sie sich immer wieder hinwenden können und
186 sagen können: „Jetzt steht gerade Folgendes an, dafür benötige ich
187 Unterstützung.“ - wie es ja auch bei anderen Erkrankungen ganz normal und
188 ganz üblich ist.

189 I: Kann es auch daran liegen, dass viele niedergelassene Psychotherapeuten
190 die Behandlung ablehnen? Also ich habe gelesen, dass es sehr schwer sei,
191 jemanden zu finden, der das macht?

192 E2: Definitiv. Das erfordert ein hohes persönliches Engagement, weil als
193 Verhaltens- bzw. als niedergelassener Therapeut kriege ich ja für alle
194 Störungen letztendlich pro Stunde das Gleiche vergütet. Warum sollte ich mir
195 das antun, mit jemandem zu arbeiten der potentiell fremdgefährdet ist, weil,
196 wenn ich für jemanden mit einer Angststörung, wo ich ziemlich genau weiß
197 was ich zu tun und zu lassen habe und die Behandlungsaussichten sehr gut
198 sind, warum, warum sollte ich das machen? Da spricht alles dagegen, alles.

199 I: Aber abgerechnet werden könnte es, oder?

200 E2: Alleine nicht, nur mit Zusatzdiagnose oder mit Deckdiagnose. Die meisten
201 haben natürlich auch andere Auffälligkeiten, das ist jetzt nicht so schwer, viele
202 sind depressiv oder haben Ängste. Da irgendwie etwas zu finden ist nicht so
203 schwer, aber ...

204 I: Aber anders würde es auch nicht gehen?

205 E2: Genau.

206 I: Welche Maßnahmen haben sich denn als geeignet erwiesen die Zielgruppe zu
207 erreichen? Dieses Plakat kenne ich, einen Fernsehspot glaube ich auch?

208 E2: Genau, das war eine sehr gute Methode. Es ist sehr gut angekommen. Die
209 Kampagne ist ja auch entwickelt worden mit betroffenen Männern, das haben
210 wir uns als auch nicht alleine ausgedacht...

211 I: Super.

212 E2: und das hat die schon angesprochen, weil es eben unsererseits
213 Perspektivübernahme erkennen lässt. Aus deren Sicht ist es eben ein „sie
214 lieben Kinder mehr als es ihnen lieb ist“ und deswegen haben sie sich
215 angesprochen gefühlt durch diese

216 I: Also sowohl durch den Slogan, als auch wahrscheinlich von dieser Situation
217 mit Kindern auf engem Raum

218 E2: Genau. Das haben sehr viel geschrieben, dass sie diese Situation kennen und
219 das eben die Botschaft die dahinter steht die ist, die wir ja auch vermitteln
220 wollen: „Du kannst nichts für deine Neigung, aber du trägst die Verantwortung
221 für dein Verhalten und wir verurteilen niemanden, der eine entsprechende
222 Neigung hat.“.

223 I: Ja, da konnte man sich auch immer anonym melden, glaube ich? Wie wichtig
224 war das oder wie wichtig ist das?

225 E2: Sehr wichtig. Sehr wichtig, das macht es eben auch schwierig, dass das in
226 Zukunft wahrscheinlich nicht mehr gewährleistet werden kann, weil das eben
227 noch ein Bereich ist in dem die Gesellschaft sehr sensibilisiert reagiert und
228 teilweise eben, ja, da auch noch viel Unwissen herrscht und Männer
229 entsprechend damit gar nicht.. Oder stellen Sie sich vor, jemand der irgendwo
230 arbeitet, egal im öffentlichen Dienst und sagt: „Ich bin übrigens pädophil.“ - der
231 kriegt so schnell da keinen Job mehr und wir sind eben noch nicht so weit,
232 dass pädophile Männer das entsprechend sagen können. Ja, wenn jemand
233 trockener Alkoholiker ist und auf einer Party Bier angeboten kriegt, dann kann
234 er inzwischen sagen: „Nein danke, ich möchte nicht, ich bin trockener
235 Alkoholiker.“

236 I: Genau.

237 E2: Genau. Und wenn bei einem pädophilen Mann die Nachbarin klingelt und sagt:
238 „Können Sie mal bitte auf meine Tochter aufpassen? Ich muss mal einkaufen
239 gehen.“ Und der würde sagen: „Nein, kann ich nicht. Ich bin pädophil.“, dann
240 hätte er aus unserer, aus therapeutischer Sicht, super reagiert und das ist das
241 was wir denen ja beibringen wollen, eigenverantwortlich zu erkennen: „Das ist
242 eine Situation die sollte ich nicht eingehen. Das ist riskant für das Kind und für
243 mich. Das mache ich nicht, das muss ich ablehnen.“. Hätte also vorbildlich
244 gehandelt, aber da würde vermutlich die betroffene Nachbarin nicht sagen:
245 „Okay vielen Dank, dann frage ich woanders.“ Sondern ganz anders, wer
246 weiß, vielleicht hysterisch reagieren.

247 I: Okay; da würden wahrscheinlich wieder viele Hürden in den Weg gelegt, die
248 erst mal genommen werden müssen, um eben Hilfe zu bekommen.

249 E2: Genau.

250 I: Was denken Sie quält den Betroffenen mehr? Das gesellschaftliche Tabu, das
251 Sie gerade angesprochen haben oder die generelle Strafbarkeit der sexuellen
252 Handlungen, wenn die jetzt durchgeführt werden würden? Also was macht
253 denen mehr Angst, mehr Leidensdruck?

254 E2: Den Betroffenen?

255 I: Ja.

256 E2: Also Sie meinen ob jemand der pädophil ist an sich mehr leidet?

257 I: Also mehr Angst hat davor, dass er mal in die Mühlen der Justiz gerät dadurch
258 oder das er gemieden wird, schräg angeguckt wird.

259 E2: Im absoluten Fall beides, das kann man sagen.

260 I: Beides.

261 E2: Das kann man schwer mehr trennen. Natürlich haben die Angst vor
262 Strafverfolgung, aber noch viel schlimmer ist eben die Angst auch verstoßen
263 zu werden und die merken natürlich von Anfang an, dass sie anders sind als
264 andere. Die können überhaupt nicht mitreden, wenn sie mit Freunden etwas
265 trinken gehen und die über die attraktive Brünette mit den großen Brüsten und
266 den schönen Haaren an der Bar sprechen. Da können die gar nicht mitreden,
267 weil die dem nicht viel abgewinnen können.

268 I: Ja klar.

269 E2: Und das natürlich immer zu merken: „Ich bin anders, ich muss was verbergen,
270 ich kann nicht die Wahrheit sagen.“ Dann kommen natürlich die ganzen
271 Menschen und fragen: „Wieso hast Du denn eigentlich keine Freundin usw.?“.
272 Das führt natürlich auch zu Ängsten.

273 I: Na klar. Was die Medien erzählen kommt natürlich auch dazu. Vielleicht auch
274 zu sehen, wie andere Leute sich äußern über Menschen mit pädophiler
275 Neigung oder was sie sich wünschen für die... Was denen passieren soll...

276 Ein paar Sachen haben sich dann schon geklärt.

277 Welche Beratungsmöglichkeiten sind Ihnen denn jetzt außerhalb des
278 Projektes noch bekannt? Sie haben ja eben schon angesprochen, es wird jetzt
279 ein paar Splitterstellen geben?

280 E2: Genau und darüber hinaus gibt es auch wirklich nicht viel. Es gibt natürlich
281 immer wieder, es gibt forensische Ambulanzen, die an die JVA's usw.

282 angegliedert sind, da hören wir immer wieder, dass sich vereinzelt Männer
283 melden, auch bei Opferschutzzentren oder irgendwelchen
284 Familienschutzzentren. Das sind aber letztendlich sehr verzweifelte
285 Einzelfälle, die eben sagen: „Ich brauche so dringend Hilfe, dass ich mich nicht
286 davon abschrecken lasse, dass da „Forensische Ambulanz für
287 Sexualstraftäter“ oben drüber steht.“ Da muss man ja auch erst einmal
288 hingehen oder eben sagen, sie brauchen dringend Hilfe. Also da kann man ja
289 nicht davon ausgehen, dass das die Mehrheit derer, die Hilfe braucht, die auch
290 in Anspruch nimmt. Viele gehen sicherlich zu Ärzten, zu Hausärzten usw. und
291 da, wie Sie es vorhin schon richtig gesagt haben, hören wir eben viele
292 schlimme Geschichten. Da wird meistens verwiesen oder beim
293 Psychotherapeuten heißt es dann: „Darum kümmern wir uns nicht. Wir
294 kümmern uns nur um Ihre Depression.“, was natürlich viel zu kurz greift, weil
295 sie sicherlich zusammenhängt oder zumindest nicht zu trennen ist von der
296 Präferenzproblematik. Da fehlt wirklich noch eine Menge.

297 I: Wer müsste sich denn den Problemen Ihrer Meinung nach überhaupt
298 annehmen, Sexualambulanzen oder wo gehört es eigentlich theoretisch hin?

299 E2: Genau, letztendlich zu sexualmedizinischen Ambulanzen die sich nicht auf
300 Sexualstraftäter spezialisieren, sondern generell auf sexuelle Störungen und
301 man müsste natürlich früh anfangen. Das müsste Teil der medizinischen und
302 der psychologischen Ausbildung sein, müsste Teil der psychotherapeutischen
303 Ausbildung sein und dann eben klarer sein. Auch bei einer
304 psychotherapeutischen Ausbildung kann ich mich auch auf Borderline-
305 Erkrankungen spezialisieren oder auf Traumatherapie und ich kann mich eben
306 auch auf Sexualtherapie spezialisieren. Das ist das was wir gemacht haben
307 und das müsste es natürlich flächendeckender geben.

308 I: Welche Ziele wollen denn die Teilnehmer Ihres Projektes erreichen, von sich
309 aus. Welche Ziele benennen die für sich?

310 E2: Also die meisten sagen schon, sie möchten verhindern, dass es zu einem
311 sexuellen Missbrauch kommt, aber für viele ist es eben auch wichtig
312 Lebensqualität zu erhöhen und ein gutes Leben führen zu können, obwohl sie
313 eben sexuell auf Kinder ausgerichtet sind.

314 I: Gibt es auch so diesen eben unrealistischen Wunsch, geheilt zu werden?

315 E2: Ja, immer wieder und das ist natürlich, wenn das am Anfang der Behandlung
316 steht, nach allem was wir wissen, nicht möglich und es scheint so zu sein, das
317 es nicht umstrukturierbar ist wie man sexuell ausgerichtet ist. Das ist natürlich
318 immer erst einmal eine niederschmetternde Botschaft. Viele sagen, das haben
319 sie irgendwie auch schon geahnt, wie soll das auch gehen, aber manche sind
320 natürlich auch sehr niedergeschlagen.

321 I: Wie motivieren Sie die dann wieder, also welchen Mehr können Sie
322 sozusagen den Teilnehmern anbieten, wenn die an dem Projekt teilnehmen?

323 E2: Naja, letztendlich genau das, auf der einen Seite zu akzeptieren, dass sie
324 pädophil sind und das das ein Schicksal ist, das sie sich nicht selbst
325 ausgesucht haben. Aber, dass sie eben nicht nur pädophil sind, sondern auch
326 noch vieles andere und das man auch als Mensch mit Pädophilie, der auf
327 Dinge verzichten muss weil sie eben mit Schaden anderer einhergehen,
328 dennoch ein gutes Leben führen kann.

329 I: Okay, hat das Projekt an sich nochmal Ziele, die man benennen könnte, also
330 Opferschutz zum einen?

331 E2: Naja, das ist natürlich schon das wichtigste Ziel, die Reduktion sexuellen
332 Missbrauchs bei den Pädophilen.

333 I: Also, wie ich es verstanden habe, sind Sie schon ein Beispielprojekt, dass
334 man einfach auch zeigen will, man kann da effektiv dran arbeiten, es gibt
335 Interessenten, es ist wirksam.

336 E2: Genau.

337 I: Hat es schon Effekte gehabt, Ihrer Meinung nach, nach außen?

338 E2: Ja, auf jeden Fall. Also auch die Berichterstattung in den Medien hat sich
339 schon sehr verändert seit es das Projekt gibt. Wir merken, dass ein größeres
340 Bewusstsein dafür da ist, dass auch mit den Begrifflichkeiten vorsichtiger
341 umgegangen wird, und dass sich da schon eine Menge verändert hat, das auf
342 jeden Fall .Und dass auch scheinbar das Bewusstsein, das stimmt, das ist ein
343 wichtiges Ziel des Projektes gewesen, gewachsen ist. Dass es diese Männer
344 gibt, können wir nicht ändern, und dass die aber Hilfe suchen, wenn sie
345 welche bekommen, und dass wir denen helfen können, und dass wir die
346 unterstützen können.

347 I: Wie viele Plätze gibt es denn, also wenn aktuell Therapien laufen, wie viele
348 Plätze stehen da zur Verfügung?

349 E2: Also, wir fangen die Therapiegruppen meistens so mit 10 Teilnehmern an und
350 es laufen aktuell zwei, nein drei Therapiegruppen.

351 I: Und das Alter ist wahrscheinlich ganze Bandbreite?

352 E2: Von 18, oder 17 sogar, bis Ende 60 oder so.

353 I: Und ich habe mal gelesen, auch nicht nur aus der Region, sondern
354 bundesweit, sogar teilweise außerhalb von Deutschland, auch Einzelne sind
355 mal angereist zu den Gesprächen?

356 E2: Ja zu den Erstgesprächen schon. In den Gruppen hat, glaube ich, noch keiner
357 außerhalb Deutschlands teilgenommen, aber viele aus dem Saarland, aus
358 Nordrheinwestfalen, aus Bayern, die also wirklich eine weite Anreise auf sich
359 nehmen und die jeden Montag meinetwegen mehrere 100 km oder noch mehr
360 hierher fahren.

361 I: Super. Und auch das wird nicht von der Krankenkasse erstattet?

362 E2: Nein, da ist dieses komische Paradoxon, dass die Krankenkassen sagen: „Die
363 Therapie ist ja umsonst, wieso sollten wir dann den Fahrtweg bezahlen?“.

364 I: Ja...na super ...okay.

365 Ich habe gelesen, die Therapie ist ungefähr ein Jahr lang, die hier angeboten
366 wird. Haben Sie das Gefühl, das ist eine Zeit, die auch angemessen ist?

367 E2: Nein, das ist viel zu wenig. Es ist viel zu wenig und ist auch deutlich unter
368 dem, was wir ursprünglich beantragt hatten. Wir hatten beantragt ein Jahr
369 Einzeltherapie, ein Jahr Gruppentherapie und ein Jahr Nachsorge, also ein
370 Dreijahreskonzept ursprünglich. Mit einem Jahr liegen wir deutlich drunter.
371 Das wurde nicht finanziert oder das wurde nicht angenommen und das ist zu
372 wenig.

373 I: Okay. Welche Rolle spielen Medikamente?

374 E2: Eine bedeutsame, wir bieten das prinzipiell jedem an und unterstützen das
375 auch. Vor allem bei denjenigen, die sich wirklich, ja die das Gefühl haben,
376 dass ihre Impulse so stark sind, dass sie das ganze Leben beeinflussen und
377 dass es kein anderes Thema mehr gibt als dieses eine, da kann das sehr sehr
378 erleichternd wirken.

379 I: Erleichtert es auch, sich dann auf die Therapie einzulassen?

380 E2: Kann es schon, also weil eben natürlich einfach mehr Raum ist für anderes,
381 wenn nicht mehr nur rund um die Uhr dieses eine Thema vorherrscht .Und
382 schwierig ist es eben bei den Patienten, die nicht ausschließlich auf Kinder
383 ausgerichtet sind, sondern auf Erwachsene und Kinder und in Partnerschaften
384 leben, weil das ist ja dann nicht situativ, sondern dauerhaft.

385 I: Klar.

386 E2: Das ist dann auch keine sexuelle Erregbarkeit in dem Ausmaß mehr und das
387 macht es natürlich schwierig. Weswegen sich Männer die in Partnerschaften
388 leben oft dagegen entscheiden.

389 I: Okay, gibt es Schutz- oder Risikofaktoren, die Sie benennen können, an
390 denen man präventiv ansetzen könnte, also dass Sie sagen, ja?

391 E2: Ja, das sind dann die aus der Forschung bekannten Risikofaktoren, die als
392 bedeutsam für sexuelle Rückfälligkeiten in diesem Bereich gefunden wurden:
393 z.B. mangelnde Opferemphatie, kognitive Verzerrung oder generell
394 übergriffbegünstigende Einstellungen, sozioaffektive Auffälligkeiten usw. und
395 so fort. Also eine ganze Batterie von Risikofaktoren, auf die wir versuchen
396 Einfluss zu nehmen

397 I: Okay. Wann ist denn Intervention gefordert? Ich habe noch einmal
398 nachgelesen, mit der Schweigepflicht ist es ja so, wenn es schon Übergriffe
399 gab, die in der Vergangenheit liegen, die aber im Dunkelfeld waren, dann fällt
400 das ja auch unter die Schweigepflicht. Was ist wenn klar ist oder wenn jemand
401 sagt: „Ich glaube ich kann mich da nicht mehr zurückhalten und morgen passe
402 ich auf die Tochter der Nachbarin auf.“ Ist man da manchmal auch in einem
403 Dilemma als Therapeut?

404 E2: Dilemma würde ich jetzt nicht unbedingt sagen, weil wir natürlich klar den
405 Opferschutz als oberstes Ziel haben, d.h. wenn jemand das jetzt wie in Ihrem
406 Beispiel angekündigt tun würde, dann wäre ja sofort das Gut der
407 Unversehrtheit dieses Kindes höher einzuschätzen als die Schweigepflicht und
408 dann müssten wir da eben tätig werden. Das wird mit dem Patienten auch
409 entsprechend besprochen am Anfang der Therapie, dass das der einzige
410 Anlass wäre unsere Schweigepflicht zu brechen, dass wir das dann aber auch
411 nicht hinter ihrem Rücken oder so tun, sondern dann mit denen besprechen
412 und ihnen das offen zurückmelden: „Wir schätzen das so ein, dass das
413 gefährlich ist.“ Und versuchen therapeutisch so auf den Einfluss zu nehmen,
414 dass er das irgendwie abwenden kann. Wenn das nicht gelingt, dann würden
415 wir ihm zurückmelden, dass wir die Gefahr als zu hoch einschätzen und
416 entsprechende Schritte einleiten.

417 I: Was könnte dann passieren, Psych-KG oder würde man ...?

418 E2: Genau, das wäre erst einmal die Methode der Wahl: Psych-KG. Denn wenn
419 wir den anzeigen würden, das ist die Frage, bringt das dem Opfer etwas und
420 bringt ihm das etwas, denn dann würde er das natürlich abstreiten, dass er
421 das vorhatte oder dass es dazu gekommen ist und man kann ja auch
422 niemanden verbieten...

423 I: Was bei einem Psych-KG ja genauso sein könnte, oder?

424 E2: Ja, aber da kann man schon, wenn man einen begründeten Verdacht hat
425 zumindest sagen, ihn ein paar Tage unterzubringen bis dann die Gefahr
426 vielleicht vorüber ist oder dann in der Zeit eben therapeutisch weiterarbeiten.

427 I: Ja. Sie haben vorhin noch einmal gesagt, dass die Pädophilie als solche ja für
428 immer bestehen bleibt. Ich habe mir Gedanken gemacht, da gibt es ja in
429 Regensburg dieses neue Projekt was startet, das heißt
430 „Prävention Pädophilie“. Finden Sie den Titel passend?

431 E2: So heißt das? Ist das von Michael Osterheide?

432 I: Genau. So wie ich es bisher gelesen habe, nennt er das
433 „Prävention Pädophilie“. Ich finde, das suggeriert ja eigentlich etwas Falsches
434 dann?

435 E2: Das suggeriert theoretisch, dass man die Entstehung sexueller
436 Präferenzstörungen verhindern kann.

437 I: Ja genau.

438 E2: Wo wir nicht wissen, wie das gehen sollte.

439 I: Also ich denke, das nährt einfach den Gedanken mancher Betroffener, dass
440 es eben heilbar sei.

441 E2: Ja.

442 I: Okay. Jetzt habe ich noch ein paar abschließende Fragen, dann sind Sie auch
443 wieder freigegeben. Wenn man so ein Angebot aufbaut, wie Sie hier, welchen
444 Maßstäben, welchen Gütekriterien müsste das entsprechen. Was ist für Sie
445 unabdingbar, also irgendwie wichtige Kriterien?

446 E2: Schwere Frage! Also in meiner Traumwelt gäbe es flächendeckend –
447 zumindest in jedem Bundesland – ein Angebot einer sexualmedizinischen
448 Ambulanz in der man sich, ja niedrigschwellig, wo es also leicht ist sich
449 beraten lassen zu können. Wo Menschen sitzen, die sowohl
450 psychotherapeutisch, vor allem aber auch sexualmedizinisch versiert sind,
451 dann eine entsprechende Diagnostik und auch Prognostik machen können
452 und eben dem Patienten zurückmelden können: „Aufgrund dessen, was Sie
453 mir jetzt erzählt haben, ist von einer Verdachtsdiagnose – meinerwegen
454 Pädophilie – auszugehen.“ Bei der Prognose würde es so aussehen, dass da
455 auch das zurückgemeldet wird: „Es ist als ungünstig einzustufen, dass sie
456 eben xyz...“ Und dann auch eine Empfehlung auszusprechen und dann
457 natürlich die Möglichkeit an Gruppen oder Einzeltherapien teilzunehmen. Das
458 wäre sozusagen das Paradies in Anführungsstrichen, wenn es das gäbe, aber
459 davon sind wir eben noch leider weit entfernt.

460 I: Plus Finanzierung dann eben über die Krankenkassen.

461 E2: Genau, das müsste dann irgendwie über die Krankenkassen laufen, dass die
462 das auch übernehmen und auch, wie bei anderen Chronikerprogrammen eben
463 nicht, wie bei der Psychotherapie sagen: „50 Stunden und aus der Ofen!“,
464 sondern dass eben tatsächlich nach einer sehr intensiven Phase der Therapie
465 es eben immer noch möglich ist, einmal im Monat sich wieder Beratung holen
466 zu können.

467 I: Gibt es Bedingungen unter denen Sie nicht hier arbeiten würden, wenn Sie
468 jetzt überlegen, was ist so das Mindestmaß, der Mindeststandard eines
469 solchen Projektes?

470 E2: Mmh, also ich weiß ja nicht, ob ich im nächsten Jahr hier noch arbeite wenn
471 unsere Verträge alle auslaufen...? Das wäre natürlich ein KO-Kriterium. Tja,
472 also es erfordert ein hohes persönliches Engagement und wir sind ein gutes
473 Team, das gut zusammengewachsen ist und das ist sicherlich wichtig. Weil es
474 ein Bereich ist der schwer ist, wo man natürlich auch immer überprüfen muss:
475 „Gelingt mir das noch meine Arbeit Arbeit sein zu lassen und Zuhause privat
476 zu sein oder ist das was, was ich mit nach Hause nehme und wo es mir
477 schwer fällt davon abzuschalten?“ Und dafür ist es natürlich wichtig, dass man
478 gute Kollegen hat mit denen man sich gut versteht und auch einmal im
479 Zweifelsfall sich an die wenden kann und sagen kann: „Ich brauch mal kurz
480 eine Intervision.“ Supervision ist natürlich auch sehr wichtig, also das sind so
481 die Bedingungen und natürlich klar, das Gefühl selbst ausreichend qualifiziert
482 zu sein und qualifizierte Kollegen zu haben, ist natürlich bedeutsam.

483 I: Ist es auch wichtig für Sie, dass da unterschiedliche Professionen
484 zusammenkommen oder ist das nicht so bedeutend?

485 E2: Finde ich persönlich immer von Vorteil, wenn zumindest Psychologen und
486 Ärzte zusammenarbeiten. Auch die Ärzte, die Ärzte brauchen wir natürlich
487 wegen der Medikamente, die kann ich als Psychologin natürlich nicht
488 verschreiben. Denke aber auch dass die Ärzte die Psychologen brauchen, weil
489 die eben meistens psychotherapeutisch dann vielleicht doch noch ein
490 bisschen fundierter ausgebildet sind und das dass eine sehr gute Ergänzung
491 ist und hier auch ganz wunderbar klappt.

492 I: Ja, gibt es etwas anderes, was wichtig wäre, Räumlichkeiten oder was für den
493 Betroffenen vielleicht auch wichtig ist?

494 E2: Das ist natürlich schon wichtig, dass die Räume einigermaßen Anonymität mit
495 sich bringen, was hier an der Charité ganz gut ist. Wenn hier also jemand
496 reinkommt, dann steht dem nicht auf der Stirn geschrieben: „Pädophiler
497 Mann“, weil, der kann wegen ganz vieler verschiedener Sachen kommen und
498 es gibt andere Institute, also man weiß gar nicht was der hier will. Das ist
499 schon eine notwendige Voraussetzung, denn wenn Sie sich vorstellen, es gibt
500 ja auch pädophile Ministerialbeamte. Die würden wahrscheinlich kaum in eine
501 Ambulanz gehen, wo oben drübersteht: „Ambulanz für Sexualstraftäter“ und
502 wenn man dann weiß, jeder Mann der hier reingeht, wenn der nicht gerade
503 Mitarbeiter ist, ist vermutlich jemand der Sexualstraftäter ist und das ist
504 natürlich schwierig.

505 I: Wie wird denn der Erfolg des Projektes gemessen?

506 E2: Das ist in dem Antrag, den wir damals an die VW-Stiftung geschrieben haben,
507 genau festgelegt. Natürlich sollte einmal die Anzahl sexueller Übergriffe
508 abnehmen, die Schwere sexueller Übergriffe abnehmen, sowohl im Bezug auf
509 direkte als auch indirekte, also Kinderpornographie und dann sind da eben die
510 aus der Forschung bekannten Risikofaktoren, die messen wir vorher, in der
511 Mitte der Therapie, nach Beendigung und einige nach Beendigung der
512 Therapie und da wäre natürlich die Hypothese, dass die abnehmen sollten
513 oder je nachdem, dass die Opferemphatie gestiegen sein sollte, dass die
514 übergriffördernden Einstellungen geringer geworden sind usw.

515 I: Das sind dann schriftliche Tests oder?

516 E2: Tests Kann man nicht sagen. Das sind Fragebögen. Also es sind Fragebögen,
517 die auf Selbstaussagen beruhen für verschiedene Konstrukte.

518 I: Bezieht sich das auch z.B. Lebenszufriedenheit der Betroffenen, allgemeines
519 Gefühl? Weil es verweist ja eher auf Fremdgefährdung.

520 E2: Ja genau, also dass ist natürlich auch das oberste Ziel des Projektes, aber
521 natürlich gibt es dazu auch Verfahren, in denen wir die akute Belastung der
522 Patienten erheben und am Ende davon ausgehen würden, dass die hoffentlich
523 niedriger ist.

524 I: Aber Sie evaluieren selbst, also das wird alles selbst ??????, das wird ja auch
525 wahrscheinlich maßlos teuer, wenn das jemand anderes täte?

526 E2: So etwas ist natürlich immer Goldstandard sozusagen, dass nicht diejenigen
527 die die Therapie durchführen auch die Auswertung machen, weil es ist ja klar,
528 wir wollen ja gerne, dass da etwas Gutes bei herauskommt, das ist natürlich
529 nicht so günstig, es ist eben anders nicht machbar.

530 I: Und diese Ergebnisse, die sind dann zum einen für die Wissenschaft, denke
531 ich, zum anderen aber wahrscheinlich ja auch um die Weiterfinanzierung
532 immer wieder zu absichern?

533 E2: Das wäre natürlich die Hoffnung, dass wir dann auch sagen können: „Sehen
534 Sie, das hilft hier und da und es kann helfen, also bitte weiterfinanzieren.“

535 I: Und im Moment ist die Situation leider offen die Situation?

536 E2: Momentan ist es einigermaßen offen, wir haben die Hoffnung, dass momentan
537 das Justizministerium die Differenz, also wir haben ja diese Ambulanz für
538 Sexualmedizin über die wir auch die Männer betreuen können, aber wir
539 kriegen nur Quartalspauschalen pro Patient, die viel zu gering sind. Das sind
540 55 € oder so. Damit kann man ja natürlich keine Therapie durchführen, das
541 deckt ja nicht einmal mehr das Erstgespräch ab und die Differenz die dann
542 entsteht, da haben wir die Aussicht, dass das Justizministerium dies
543 übernimmt, damit wir wenigstens weiterarbeiten können. Aber auch das wäre

544 jetzt nur eine Übergangslösung und es fehlt eben noch an Ideen, wie das
545 langfristig funktionieren sollte und aus unserer Sicht ist es beim
546 Justizministerium auch falsch. Es gehört ins Gesundheitsministerium.

547 I: Sie haben ja eben auch gesagt persönliches Engagement ist ganz wichtig, da
548 ist auch auf jeden Fall ein bisschen Idealismus mit dabei?

549 E2: Ja, ja.

550 I: Also man könnte ja auch sagen: „Ich gehe irgendwo hin, wo ich in trockenen
551 Tüchern sitze.“ Wenn es die Möglichkeit gibt. Was ist da bei Ihnen die
552 persönliche Motivation? Können Sie die benennen?

553 E2: Es macht einfach unheimlich Spaß mit den Patienten zu arbeiten und natürlich
554 ist es anstrengend und es fordert einen. Und es löst eine Batterie von
555 Gefühlen aus, die aber auch alle anderen Patienten auslösen und das Gefühl
556 da doch etwas erreichen zu können und immer wieder mit Patienten in
557 Situationen zu sein wo man denkt: „Okay, das war jetzt gut, dass wir das
558 gemacht haben.“ Das hält uns alle am Laufen.

559 I: Darf ich am Ende fragen, was Sie in dem Projekt genau machen, also was
560 genau dann Ihre Rolle jetzt ist?

561 E2: Wir machen eigentlich quasi alle das Gleiche, alle Mitarbeiter. Also das ist eine
562 Mischung aus Wissenschaft natürlich, also die Auswertung der Daten, die
563 dann anfallen und auch Forschung und natürlich auch die Betreuung der
564 Patienten. Die Erstgespräche, ich habe zwei Therapiegruppen, ich habe
565 Einzeltherapien und das machen wir eigentlich alle, alle Mitarbeiter.

566 I: Haben Sie selbst noch Verbesserungsvorschläge, wenn es jetzt weitergehen
567 sollte, was man ändern müsste? Gibt es da irgendwie schon Ergebnisse, dass
568 man sagt: „Das und das hat sich bewährt. Das und das war eher wenig
569 wirksam.“

570 E2: Auf jeden Fall gibt es die natürlich. Ich weiß jetzt, mir fällt jetzt konkret nichts
571 ein, kann ich jetzt gar nicht so richtig etwas nennen, aber wir haben dieses
572 Manual ja adaptiert aus dem Hellfeld und da gibt es natürlich immer wieder
573 Situationen oder Module, wenn man die durchführt, wo man merkt: Okay das
574 hakt, das ist nicht so gut, da ist vielleicht dann doch eher eine
575 Kleingruppenarbeit angebracht oder das ist schwer zu vermitteln, da müssen
576 wir noch einmal dran feilen usw. Die gibt es natürlich schon, aber das ist ja
577 auch das Ziel des Projektes gewesen, zu gucken inwieweit kann man dieses
578 Manual überhaupt so anwenden und das ist natürlich in einem
579 Therapieprogramm der Fall, dass man immer irgendwo Verbesserungen hat.

580 I: Ich habe im Internet gelesen über die Ergebnisse dieser kompakten
581 Zusammenfassung, die waren von 2008 und das es 2009 noch einmal die
582 neue geben soll. War das so oder die ist noch nicht ins Internet gestellt?

583 E2: Ja wir müssen ja immer den Ministerien zwischendrin sozusagen neu

584 I: Rechenschaft ablegen?

585 E2: Genau, über die Zahlen zumindest berichten. Wie viele haben sich gemeldet,
586 wie viele Therapiegruppen haben wir gestartet? Das gab es also auf jeden
587 Fall, warum das jetzt nicht im Netz steht, weiß ich nicht, kann ich nicht genau
588 sagen.

589 I: Kann ich dann vielleicht per Email noch einmal anfragen nach solchen Zahlen,
590 das wäre super?

591 E2: Das können Sie machen.

592 I: Prima. Okay, dann erst einmal herzlichen Dank.

593 E2: Gerne.

594 I: Super, dass Sie sich jetzt so viel Zeit genommen haben.

595 E2: Gerne.

596 *P: Eine Frage hätte ich dann noch. Werden in den Gruppentherapien irgendwie*
597 *mit den Klienten Übungen oder was auch immer gemacht?*

598 E2: Ja, das ist letztendlich sagen wir einmal standardverhaltenstherapeutisches
599 Repertoire, also es gibt Rollenspiele, es gibt Hausaufgaben in denen gelernt
600 wird. Wichtiges Element ist z.B. die systematische Selbstbeobachtung, weil
601 viele Patienten das Gefühl haben, sie haben gar keine Kontrolle darüber, sie
602 haben diesen Drang Kinderpornographie zu gucken und dann machen sie das
603 auch. Sie können, das ist so, als würde eine Monsterwelle kommen und sie
604 dazu zwingen... und dann zu lernen, systematisch zu gucken: „In welchen
605 Situationen tue ich das denn? Was denke ich? Was fühle ich? Was sind die
606 Konsequenzen meines Handelns usw.?“ Das ist z.B. ein wichtiges Element.
607 Dann natürlich Rollenspiele zu üben, wie wir das Beispiel vorhin hatten: Die
608 Nachbarin kommt und sagt: „Können Sie einmal auf mein Kind aufpassen?“
609 und wenn man dann nun eben nicht sagen kann: „Nein, kann ich nicht. Ich bin
610 pädophil.“ Wie kann man dann damit umgehen, das im Rollenspiel zu üben.
611 Dann natürlich sokratischer Dialog, also die Patienten dabei zu unterstützen,
612 die Taschenlampe dahin zu halten, wo er es gerne dunkel haben möchte und
613 wo es vielleicht nicht mehr so angenehm ist, nachzufragen und hinzugucken
614 und das dann mit dem Patienten gemeinsam zu entdecken.

615 I: Habe ich es richtig verstanden, dass es eher um gegenwärtige Prozesse geht,
616 als um die Lebensgeschichte?

617 E2: Die spielen natürlich auch schon eine Rolle, klar, weil viele Mechanismen z.B.
618 so etwas wie Copying-Strategien, was hat ein Patient für Möglichkeiten mit
619 unangenehmen Situationen umzugehen, ja auch bedingt sind durch die

620 Lebensgeschichte, durch die Lerngeschichte. Hat jemand gelernt mit
621 negativen Situationen konstruktiv umzugehen und zu sagen: „Okay, macht ja
622 nichts. Das ist jetzt vielleicht gerade unangenehm, aber jetzt mache ich das
623 und das.“ Oder neigt jemand dazu, negative Gefühle in Alkohol zu ertränken
624 oder eben andere Dinge zu tun, das hat natürlich auch etwas mit der
625 Lebensgeschichte auch zu tun, aber das ist jetzt nicht der Focus. Der Focus
626 ist tatsächlich eher aktuell Auseinandersetzung mit der Präferenz, die ist wie
627 sie ist und mit den damit einhergehenden Impulsen und Phantasien
628 umzugehen.

629 I: Sie haben das ja vorhin auch als Schicksal benannt. Würden Sie das auch
630 ganz klar als Krankheit bezeichnen?

631 E2: *Jein*, eigentlich – es gibt immer dieses Beispiel von jemandem, der eine
632 entsprechende Präferenz hat, aber nicht darunter leidet und anderen keinen
633 Schaden zufügt. Dann könnte man natürlich zu Recht sagen „Das ist keine
634 Krankheit.“ Er ist weder selbst davon betroffen, noch fügt er anderen Schaden
635 zu, also wo ist das Problem? Das muss er wissen, das kann ich ihm nicht
636 sagen, das wissen wir natürlich nicht. Es kann sein, dass es die gibt. Wenn es
637 die gibt, kommen die natürlich nicht zu uns, weil: „Wir haben ja keine
638 Problem.“

639 I: Das wäre dann eine Normvariante oder wie würde man das konditionieren?

640 E2: Das könnte man dann sagen, da könnte man vielleicht sagen, dass es zwar
641 eine pädophile Präferenz ist, aber keine pädophile Präferenzstörung. In
642 anderen Bereichen haben wir das z.B. beim Fetischismus. Fetischismus wird
643 erst dann zu einer Störung, wenn damit Leidensdruck einhergeht. Also ein
644 Mann, wenn der z.B. „auf Stiefeln steht“ und sagt: „Das ist alles super, habe
645 ich kein Problem damit. Ich kann das gut integrieren. Meine Frau findet das
646 okay, die hat dann halt immer schöne Stiefel an und fühlt sich trotzdem geliebt
647 und gemeint. Wir haben eine erfüllte Sexualität.“ .Ddann würden wir ihm keine
648 Störungsdiagnose verpassen. Sondern zur Störung wird es eben erst dann,
649 wenn es mit Schwierigkeiten einhergeht.

650 I: Ja, klar.

651 E2: Ich würde denken, dass bei Pädophilie die Wahrscheinlichkeit, dass das ohne
652 jegliche Turbulenzen sozusagen einhergeht, sehr gering ist.

653 I: Ja, okay.

654 P: *Könnte man auf einer anderen Ebene Prävention betreiben, also in der Schule
655 schon, in der Jugend, in der Aufklärungsarbeit oder wie auch immer?*

656 E2: Auf jeden Fall. Es wäre natürlich wünschenswert, dass z.B. der
657 Aufklärungsunterricht endlich einmal überarbeitet und fundierter wird. Die
658 meisten Kinder lernen da wie eine Gebärmutter aufgebaut ist, das ist nicht

659 wirklich das, was 11-Jährige interessiert. Ganz abgesehen davon, dass es viel
660 zu spät ist. Viele Kinder fangen mit acht an Pornos zu gucken inzwischen.
661 Wenn man dann mit dreizehn ihnen erklärt: „Das ist eine Gebärmutter.“ Dann
662 geht das vollkommen an den Fragen, die ein Kind oder jugendlicher Mensch
663 so hat, vorbei und das wäre natürlich irgendwann auch Zukunftsmusik, dass
664 Kinder lernen von Anfang an: „Es gibt eben verschiedene Formen der
665 Ausprägung und manche stehen auf Frauen und andere stehen auf Männer
666 und manche stehen auf Erwachsene und andere stehen auf jugendliche oder
667 kindliche Körper.“ Und dann zu gucken: „Okay das ist halt so. Wie gehen wir
668 damit um?“.

669 P: Und ihnen zu sagen: „Wenn Ihr das bei euch irgendwann im jugendlichen Alter
670 feststellt oder irgendwann, dann sucht euch Hilfe oder...?“

671 E2: Genau.

672 P: Bei wem auch immer.

673 E2: Genau, es wäre natürlich das Ziel rechtzeitig, möglichst frühzeitig dann mit so
674 jemandem therapeutisch zu arbeiten.

675 I: Genau. Gab es eigentlich Widerstände gegen das Projekt?

676 E2: Schon, also am Anfang mehr als inzwischen. Wir haben da, denke ich, schon
677 gute Arbeit geleistet, arbeiten ja auch mit Opferschutzorganisationen
678 zusammen. Die waren natürlich am Anfang ein bisschen skeptisch. Da
679 mussten wir uns auch oft gegen den Vorwurf verteidigen irgendwie Täterhilfe
680 zu leisten und mussten immer wieder betonen, dass wir das gleiche Ziel
681 haben. Inzwischen sind die gegnerischen Stimmen leiser geworden. Natürlich
682 in Foren, in Internetforen, von sogenannten Pädosexualisten, also die
683 glauben, dass die Gesellschaft falsch ist und sie doch eigentlich ein ganz
684 natürliches Bedürfnis haben und Kinder selbstbestimmte sexuelle Wesen sind
685 usw., da gibt es natürlich viel Gegenwind. Das ist klar.

686 I: Eher aus der pädophilen Bewegung wahrscheinlich, die sagen: „Ihr sagt: ‚Wir
687 sind gestört. Wir brauchen Behandlung. Wir brauchen Therapie‘.“

688 E2: Genau, und gut, ab und zu parkt auch ein Auto vor der Tür auf dem
689 „Todesstrafe für Kinderschänder“ hinten draufsteht.

690 I: Okay. Eine Frage habe ich noch, die habe ich aber gerade auch schon wieder
691 verloren, was war das denn? Doch, ganz kurz noch zur Ursache. Was denken
692 Sie selbst, wo liegen die Ursachen?

693 E2: Bio-psycho-sozial. Also wie bei den meisten psychischen Erkrankungen. Es
694 gibt nicht eine Ursache. Wir können nicht einen einzigen Faktor ausmachen,
695 den wir bei allen Patienten sehen, sondern manche haben sehr früh sexuelle
696 Erfahrung gemacht, andere sehr spät. Manche sind selbst sexuell missbraucht

697 worden, andere nicht. Manche sind schüchtern und sozial vielleicht wenig
698 kompetent. Andere sind absolut kompetent und ganz beliebt usw. Es gibt
699 einfach nichts, was wir wissen und/oder was wir ausmachen können und man
700 muss eben deswegen davon ausgehen, wahrscheinlich wie bei anderen
701 Störungen auch: Es gibt wohl eine Vulnerabilität, die biologisch bedingt ist. Die
702 biologische Komponente wird eine bedeutsame sein, sonst wäre es nicht so
703 stabil und dann kommen da halt andere Faktoren, Bedingungen dazu, die
704 dazu führen, dass bei manchen eine entsprechende Neigung entsteht und bei
705 anderen halt nicht.

706 I: Gut, okay. Herzlichen Dank

3.3 Interview 3: Frau Petya Schuhmann (Projekt „Kein Täter werden“ Regensburg)

Schriftliche Befragung von Frau Petya Schuhmann, Diplom-Psychologin und Mitarbeiterin im Projekt „Kein Täter werden“ der Sexualmedizinischen Ambulanz der Universität Regensburg.

Fragebogen versendet als Word-Dokument am Mittwoch den 22. September 2010. Fragebogen bearbeitet zurückerhalten als Word-Dokument per E-Mail am 06.10.2010.

Institution: Sexualwissenschaftliche Ambulanz	
Ort: Regensburg	
Name: <i>Petya Schuhmann</i>	Profession: <i>Dipl.Psych.</i>
Funktion: <i>Psychologin / Therapeutin</i>	in der Institution seit: <i>Februar, 2010</i>

1

2 1. Problembeschreibung

3

4 a) Wie schätzen Sie die Motivation pädophiler Männer ein, sich freiwillig in
5 ambulante Behandlung zu begeben?

6 – *Bisherige Erfahrungen zeigen, dass es viele pädophile Männer gibt, die sich*
7 *freiwillig behandeln lassen wollen.*

8 b) Wie bewerten Sie die allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile
9 Männer existieren?

10 – *Da es bisher nur drei solche Ambulanzen gibt (Berlin, Kiel, Regensburg) ist es*
11 *sehr schwierig für die Betroffenen, einen Therapieplatz zu bekommen.*

12 c) Hat sich diesbezüglich in den letzten Jahren etwas verändert?

13 – *Seit 2005 existiert die erste Ambulanz in Berlin; Ich würde sagen, es tut sich*
14 *was, aber nicht genug.*

15 d) Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein? Oder:
16 Was macht die Behandlungsnotwendigkeit der Pädophilie aus? (Für die
17 Gesellschaft? Für die Betroffenen?)

18 – *Die Behandlung der Pädophilie ist erstens eine Präventionsmaßnahme; Durch*
19 *die Behandlung der Krankheit verhindert man potentielle sexuelle Überfälle auf*
20 *Kinder.*

21 e) Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der BRD insgesamt ein?

22 – *Man geht von einer Prävalenzzahl von 1% für die männliche Bevölkerung aus.*
23 *Für die BRD bedeutet es ca. 300 000 Betroffenen.*

24 f) Was denken Sie quält die Betroffenen mehr? Das gesellschaftliche Tabu oder
25 die Strafbarkeit ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?

26 – *Das kann ich noch (nicht) beurteilen; Ich würde sagen, beides.*

27 g) Wie gehen andere Institutionen Ihres Wissens nach damit um, wenn Pädophile
28 Beratung suchen?

29 – *Manchen wird gesagt, dass sie erst dann Therapie bekommen, nachdem sie ein*
30 *Kind missbraucht haben; oder man kann ihnen nicht helfen mangels*
31 *therapeutischem Wissen und Können*

32 h) Welche zukünftigen Entwicklungen wären denkbar, wenn es weiterhin keine
33 entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer in ausreichender
34 Anzahl gäbe (Risiken)?

35

36 i) Welche Widerständen sind Sie im Vorfeld des Projektes begegnet? Welche
37 Gegner und welche Fürsprecher gab es? Welche Hürden mussten genommen
38 werden?

39 – *Es gab keine richtigen Gegner; ab und zu ruft jemand an, der sagt, dass nur für*
40 *die Täter was getan wird, aber das ist sehr selten; Fürsprecher gab es viele –*
41 *Politik, Opferschutzvereine und Medien*

42

43 2. Entstehungsbedingungen

44

45 - Welch Ursachen/Entstehungsbedingungen lassen sich Ihres Wissens und Ihrer
46 Erfahrung nach als Erklärungen für die Entwicklung einer Pädophilie benennen?

47 – *Die Ursachen für die Störung sind bisher unbekannt; Biologische,*
48 *psychologische und soziale Faktoren spielen in gleicher Weise eine Rolle für die*
49 *Entstehung der Krankheit*

50

51

3. Ziele und Zielgruppen

52

53 a) Welche Voraussetzungen müssten pädophile Männer mitbringen, die sich in
54 Ihrer Ambulanz behandeln lassen wollen (Merkmale)? Wer wäre warum nicht
55 geeignet?

56 – *Ausreichende Motivation ist sehr wichtig und ausschlaggebend, allerdings wird*
57 *es immer in Einzelfall entschieden. Nicht geeignet für eine Therapie sind*
58 *Menschen mit einer anderen manifesten behandlungsbedürftigen psychiatrischen*
59 *Erkrankung, hirnorganischer Beeinträchtigung oder behandlungsbedürftigen*
60 *Substanzabhängigkeit*

61 b) Welche komorbiden Störungen würden eine ambulante psychotherapeutische
62 Behandlung der Pädophilie unmöglich machen?

63 – *s.o.*

64 c) Was ist darüber hinaus differenzialdiagnostisch zu beachten?

65 – *s.o.*

66 d) Welches Maß an Empathiefähigkeit ist gefordert um die Beratung nutzen zu
67 können? (Wie wird der Grad der Empathiefähigkeit eingeschätzt?)

68 – *Empathiefähigkeit ist auf jeden Fall wichtig; die Schulung der Empathiefähigkeit*
69 *ist ein Teil des therapeutischen Konzepts.*

70 e) Kommen die bisherigen Interessenten Ihres Projektes überwiegend aus der
71 Region?

72 – *Ja.*

73 f) Wie viele Kontaktaufnahmen durch Betroffene gibt es seit Eröffnung der
74 Ambulanz?

75 g) Wie viele Plätze stehen insgesamt zur Verfügung?

76 – 20 Kontaktaufnahmen seit der Eröffnung der Ambulanz am 09.09.10; 40 Plätze
77 stehen zur Verfügung

78 h) Existiert eine Kooperation mit anderen Institutionen zur Entlastung?

79 – Zur Entlastung nicht; aber es existiert eine Kooperation mit der Ambulanz an der
80 Berliner Charite

81 i) Welche Präventionsziele würden Sie übergeordnet für Ihr Projekt benennen?
82 Welche konkreten Projektziele werden verfolgt?

83 – Die angebotene Therapie soll dabei helfen, sexuelle Übergriffe auf Kinder zu
84 verhindern. Damit leistet das Projekt aktiven Kinderschutz; Andere Ziele des
85 Projekts sind die Forschung und Verbesserung diagnostischer und
86 therapeutischer Verfahren;

87 j) Würden Sie sagen, man kann potentielle Opfer von Sexualstraftaten als
88 indirekte Zielgruppe des Angebotes benennen?

89 – Ja.

90 k) Welche Ziele wollen Pädophile ihrer Erfahrung nach in einer Beratung
91 erreichen? Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen sie mit einer
92 Psychotherapie? -

93 l) Welche Ziele können Pädophile in einer Beratung oder Therapie erreichen?
94 Welchen Mehrwert oder Nutzen bietet Beratung oder Therapie für die Zielgruppe
95 pädophile Männer?

96 – Die Betroffenen lernen in der Therapie, das eigene Verhalten so zu kontrollieren,
97 dass es zu keinem sexuellen Übergriff auf Kinder kommt; sie lernen außerdem,
98 die eigene Störung als solche zu akzeptieren ,damit um zu gehen und straffreies
99 Leben zu führen

100 m) Inwiefern ist der Weg zum Ziel zeitlich planbar? Sind die Ziele Ihrer Meinung
101 nach in der angesetzten Behandlungszeit erreichbar? Wie lange wird eine
102 Behandlung in der Regel dauern?

103 – In der Regel wird eine Behandlung ca. ein Jahr dauern, mit 45-50 wöchentlich
104 stattfindenden Therapiesitzungen;

105

106 4. Maßnahmen

107

108 a) Welche Maßnahmen haben sich bislang als geeignet erwiesen, um die
109 Zielgruppe zu erreichen? Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um

- 110 pädophile Männer dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ in Ihrer Ambulanz zu
111 melden? (kostenlose Rufnummer? E-Mail-Kontakt? Anonymität? Titel?)
- 112 – *1. Anonymität; 2. E-Mail und Telefonkontakt (muss keine kostenlose Rufnummer*
113 *sein); Vorurteilsfreier Umgang mit den Interessenten;*
- 114 b) Welche Multiplikatoren eignen sich evtl. dazu, die Zielgruppe zu erreichen?
- 115 - ?
- 116 c) Wie fördern Sie die Therapiemotivation und die Behandlungscompliance
117 Pädophiler?
- 118 – *Die Frage kann ich noch nicht beantworten, da wir die ersten Therapien erst im*
119 *November starten; Bisher sagen alle Interessenten, dass sie sehr motiviert sind*
- 120 d) Die Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung
121 nennen die Psychotherapie – evtl. in Kombination mit Medikamenten- als die
122 Basisbehandlung der Störungen der Sexualpräferenz. Gilt dies auch für die
123 Pädophilie?
- 124 – *Ja, die Therapie folgt einem multimodalen Ansatz, in dem Elemente der*
125 *kognitiven Verhaltenstherapie, der Sexualtherapie und einer medikamentösen*
126 *Therapie zusammengeführt werden.*
- 127 e) Welches therapeutische Setting bieten Sie pädophilen Männern an?
- 128 – *Einzeltherapie und Gruppentherapie*
- 129 f) Welche therapeutischen Methoden finden Anwendung?
- 130 – *s.o.*
- 131 g) Welche Rolle spielt eine medikamentöse Behandlung?
- 132 – *Medikamente werden bei Bedarf verschrieben; es wird nach Einzelfall*
133 *entschieden.*
- 134 h) Welche Rolle spielt Angehörigenarbeit bei pädophilen Selbstmeldern?
- 135 – *Mit Angehörigen habe ich noch nicht gesprochen; viele der Interessenten wollen*
136 *ihre Angehörigen nicht mit einbeziehen;*
- 137 i) Welche Rolle spielen in der Therapie lebensgeschichtliche Aspekte und welche
138 die eher gegenwärtigen Prozesse rund um den Betroffenen?
- 139 – *Die Lebensgeschichte ist auf jeden Fall sehr wichtig, um vielleicht die Ursache*
140 *oder die Anfänge der Störung feststellen zu können; die gegenwärtigen Prozesse*
141 *sind ebenfalls sehr wichtig, um Schutz- und Risikofaktoren zu erkennen.*

142 j) Gibt es bzgl. der pädosexuellen Handlung Schutz- oder Risikofaktoren, an
143 denen man präventiv ansetzen könnte?

144 – *Risikofaktoren sind z.B. Stresssituationen, oder aber auch viel zu viel Freizeit;*
145 *ehrenamtliche / berufliche Beschäftigung mit Kindern; sexuelle Fantasien usw...*

146 k) Wie wird in der Beratung von Selbstmeldern mit der Schweigepflicht
147 umgegangen? Wann ist eine Intervention seitens der Therapeuten gefordert?

148 – *Die Therapeuten unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht bezüglich aller*
149 *in der Vergangenheit liegenden Fälle sexuellen Missbrauchs, die ihnen im*
150 *Rahmen der therapeutischen Tätigkeit bekannt werden. Die Verletzung dieser*
151 *Pflicht ist strafbar; Bei aktueller Gefahr eines Übergriffs wird im Einzelfall*
152 *entschieden;*

153

154 5. Projektkonzeption & Durchführung

155

156 a) Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund haben die
157 Mitarbeiter/innen der Ambulanz? Welche fachlichen und persönlichen
158 Mindestvoraussetzungen sollte ein Mitarbeiter/in Ihres Projektes mitbringen?

159 – *Zwei Psychologen und ein Arzt sind angestellt; Psychotherapeutische*
160 *Ausbildung und eine sexualmedizinische Ausbildung sind vorausgesetzt;*

161 b) Wie ist es dazu gekommen, dass Sie Mitarbeiter/in dieses Projektes wurden?
162 Was ist genau Ihre Aufgabe? Was ist Ihre persönliche Motivation?

163 – *Diagnostik und Therapie*

164 c) Welchen Maßstäben und Gütekriterien muss ein Beratungsangebot für
165 pädophile Männer Ihrer Meinung nach entsprechen? Unter welchen Bedingungen
166 würden Sie in einem solchen Projekt/Beratungseinrichtung nicht arbeiten? - ??

167 d) Wodurch wird die Fachlichkeit Ihres Angebotes garantiert (Supervision?
168 Forschung?)?

169 – *Beides.*

170 e) Wie sind die Aufgaben im Projekt verteilt?

171 (Wie viele Personal- und Sachmittel sind in etwa erforderlich?)

172 -

173 f) Wie wird ihr Beratungsangebot aktuell finanziert? Welche Rolle spielt die Art der
174 Finanzierung für die Betroffenen? Wer sollte die Finanzierung grundsätzlich
175 übernehmen?

176 – *Das Bayerische Justizministerium finanziert das Projekt;*

177 g) Erhält das Projekt Unterstützung durch die Kommune, das Land oder den
178 Bund?

179 -

180

181 6. Evaluation

182

183 a) Wie kann und wird die Effektivität ihres Beratungsangebotes gemessen und
184 überprüft? Was sind die Erfolgskriterien? Inwiefern sind diese Kriterien messbar?
185 Mit welcher Methode? Wer überprüft? Was passiert mit den Ergebnissen?

186 – *Evaluation der Erfolgskriterien ist geplant; Mit Erlaubnis der Patienten würden
187 wir gern die BZR-Auszüge langfristig überprüfen.*

188 b) Gab es während des bisherigen kurzen Bestehens der Ambulanz bereits
189 Veränderungen, um Maßnahmen für Selbstmelder zielgerechter anzupassen oder
190 weiter zu entwickeln? – *Nein.*

191 c) Werden Wirkungen auch über einen längeren Zeitraum überprüft werden? –
192 *Geplant, ja.*

193 d) Welche Schwachstellen und welche Stärken sehen Sie in Ihrem eigenen
194 Angebot? Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

195 – *Noch keine Verbesserungsvorschläge*

196 e) Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung
197 oder Normvariante? Welche Konsequenzen haben Festlegungen und Definitionen
198 der internationalen Klassifikationssysteme für die Betroffenen und deren
199 Behandlung?

200

201 7. Schlussfolgerungen und Dokumentation

202

203 a) Welche Effekte hatte die Arbeit des Teams der Ambulanz bereits – bezogen auf
204 die Selbstmelder? Was lief weniger gut bzw. war wirkungslos?

205 -

206 b) Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie
207 künftig und gegenwärtig für notwendig?

- 208 – *Passende Ausbildungsmöglichkeiten (Sexualmedizinische /*
 209 *Sexualpsychologische Ausbildung flächendeckend anbieten)*
- 210 c) Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?
- 211 -

3.4 Interview 4: Herr Dr. Wähler (Forensisches Institut Bochum)

Interview mit Herrn Dr. Alfred Wähler, Leiter des Forensischen Instituts in Bochum am Mittwoch den 03.11. 2010.

Ort: Räumlichkeiten des Forensischen Instituts

Anwesend: Herr Dr. Wähler (als Experte),
 Frau Opfer (als Interviewerin),
 Herr Blödorn (als Protokollant)

Dauer des Interviews: 50 Minuten und 15 Sekunden

Abkürzungen: I = Interviewerin
 E4 = Experte 4
 P= Protokollant

- 1 I: Ich bin auf Sie gekommen, ich will mich mit dem Namen nicht vertun, es war
 2 Herr Dr. Hoffmann von den Kliniken in Bochum den ich gefragt hatte, ist der
 3 Name richtig?
- 4 E: Ja ja, das ist er glaube ich.
- 5 I: Bei ihm ist zumindest meine Email gelandet.
- 6 E: Der hat in gewisser Weise meine Nachfolge angetreten.
- 7 I: Bei ihm ist halt meine Anfrage gelandet und dann sagte oder schrieb er ganz
 8 überrascht: „Oh, dann müssen wir mal den Internetauftritt überarbeiten, weil
 9 die Sexuelsprechstunde gibt es gar nicht mehr.“
- 10 E: Das ist richtig.
- 11 I: Also die hat wohl geendet mit Ihrem Wechsel, Ihrem Ausscheiden geendet?
- 12 E: Ja.
- 13 I: Und dann hat er mir den Kontakt mit Ihnen empfohlen, so bin ich an Sie
 14 geraten.

- 15 E: Das ist alles so richtig.
- 16 I: Da habe ich mich direkt gefragt, fernab jetzt von meinem Interviewfragebogen,
17 wieso existiert die nicht mehr mit Ihrem Ausscheiden?
- 18 E: Da kann man jetzt lange drüber sprechen. Es war ein Projekt, das an
19 Personen gebunden war, das auch irgendwo aus bestimmten Interessen
20 heraus entstanden ist. Insgesamt vier Kollegen, mich eingeschlossen, der
21 Herr Siegmann ist auch einer davon, die dann natürlich partiell, nicht
22 sozusagen ausschließlich, praktisch im Rahmen einer Institutsambulanz, das
23 ist ja das was ...
- 24 I: War das eine Forensische?
- 25 E: Nein, eine ganz normale Ambulanz, was uns die Arbeit natürlich deswegen
26 erleichtert hat weil es nicht zuletzt sonst ein Finanzierungsproblem gibt. Das
27 war sozusagen das breite Kreuz was wir hatten. Auch mit einer gewissen
28 Diagnose-Modifikation, also mein Chef wird da wohl in erster Linie Paraphilie
29 reingeschrieben haben, ist ja wohl klar, wir hatten ja auch eine depressive
30 Stimmungslage zu Anfang. Auf der Schiene hatten wir diese große Sorge und
31 dieses Riesenproblem umschiffen und hatten eine große – ja wie soll ich es
32 sagen – wir haben also mit einer Veranstaltung 2007 im Herbst vor drei
33 Jahren eröffnet, mit einigen, auch mit Herrn Beier aus Berlin haben wir auch
34 gesprochen. Da ist es also losgegangen.
- 35 I: Da habe ich auch einen Artikel gelesen in einer Zeitung über Psychiatrie, ich
36 weiß nicht mehr wie die hieß aber
- 37 E: Ja, wir hatten eine ganz nette Veranstaltung und das war sozusagen das
38 Startsignal für die letztendliche Einführung Ende 2009, also ein bisschen mehr
39 als 2-2½ Jahre, also insgesamt einen Vorlauf von 2-3 Jahren. Da sind wir im
40 Grunde auch schon bei Ihrer Frage. Das Ganze ist mit Schwerpunkt auf die
41 Justiz im weitesten Sinne beworben worden, also Bewährungshilfe,
42 Führungsaufsicht, Rechtsanwälte. Also es gibt im Grunde ja, also wenn man
43 sozusagen aus dieser Ecke kommt, zwei Zugangswege. Jemand hat bereits
44 eine Anklage, das ist ja dann der Punkt, wo sie schon sagen: „Eine Anklage
45 und macht er primär motiviert, gar nicht mal im Sinne einer Therapie, eine
46 Therapie deswegen, weil er sich u.a. verspricht im Strafprozess bessere
47 Karten zu haben?“.
- 48 I: Genau, oder sie wird ihm auferlegt.
- 49 E: Oder ist zu Ende, er hat eine Auflage oder er kommt aus einer Sozialtherapie
50 und hat auch da von der Führungsaufsicht bzw. entsprechende Auflagen, er
51 soll doch bitte in Therapie gehen. Also das waren die beiden Wege so
52 grundsätzlich, wo die Patienten von der Justiz kommen und dann gab es eben
53 – ja wenn ich nachdenke, kriege ich da auch ein bisschen Größenordnung rein
54 – da gab es eben einige wenige Selbstmelder.
- 55 I: Es wurde ja schon auch beworben, auch für Selbstmelder als Möglichkeit?
- 56 E: Ja, genau.
- 57 I: Das waren dann in der Zeit eine Hand voll oder mehr?

- 58 E: Ja, wir haben das also oft beworben, weil das ist ja eine ganz andere Schiene,
59 beispielsweise über zumindest nicht alle so dienstgangsmäßige, über eine
60 Reihe von bekannten Hausärzten. Weil es hat sich dann auch herausgestellt,
61 dass eben der eine oder andere doch mit so was, wenn überhaupt, zum
62 Hausarzt geht. So hatten wir jedenfalls einige.
- 63 I: Und dann versucht der einen Therapeuten zu finden.
- 64 E: Wenn das jemand ist der uns nun kannte, dann gab es dann eben Zuweisung.
65 Aber das ist eine Hand voll gewesen, d.h. Selbstmelder die sich praktisch oft
66 wiederum aus sehr unterschiedlichen Motiven, beispielsweise über den
67 Hausarzt, beispielsweise über die Homepage, bei uns gemeldet haben.
68 Selbstmelder, die also nicht im strafrechtlichen Kontext aufgelaufen sind.
- 69 I: Dass das jetzt so wenige sind, worauf führen Sie das zurück?
- 70 E: Das führe ich darauf zurück weil, genaugenommen wissen wir ja nicht allzu
71 viel über Pädophile, wenn man sich mal beschränkt auf Pädophile. Es gibt ja
72 ein Riesenspektrum, also vereinfacht wenn man jetzt von Pädophilen spricht.
73 Es fallen ja noch andere darunter: Fetischisten etc. aber das spielt jetzt hier
74 keine Rolle. Aber gerade bei Pädophilen gibt es die berühmte Dunkelziffer die
75 sehr hoch sein soll. Ich habe gerade noch etwas darüber gelesen, also wenn
76 das stimmt, dann sind es irrsinnig viele, die meistens gar nicht pädophil sind in
77 dem Sinne, dass sie ausschließlich projiziert sind, sondern dass ganz viele
78 dabei sind, die so – Nebenstörung nennt man das –.
- 79 I: Als Ersatzhandlung.
- 80 E: Also das sind größtenteils Leute/Männer, die ein unauffälliges Familienleben
81 oft führen oder unauffälliges Leben und auch normale Sexualität haben, die
82 dann hin und wieder oder bei bestimmten Gelegenheiten oder weil sie schon
83 mal Lust drauf haben pädophile Dinge entweder im Internet oder wie auch
84 immer, also letztlich dann die Straftaten machen. Das ist ja in dem Sinne eine
85 Straftat, also die Straftat ist ja dann schon passiert obwohl die Anzeige
86 (Dunkelziffer) in der Regel oder im überwiegenden Teil nicht passiert. Davon
87 sind eine ganze Reihe, das ist so meine Erfahrung, die haben relativ wenig
88 Problembewusstsein – auf Psychologendeutsch: Leidensdruck. Das ist eine
89 Gruppe, die nicht so klein ist. Das sind alles logischerweise Spekulationen.
90 Der Leidensdruck ist nicht groß, das kann man daran sehen, wenn man
91 sozusagen die Erwischten dann fragt, die haben das dann ewig lange
92 praktiziert, haben sich entweder sehr vorsichtig oder meinten sich sehr klug zu
93 verhalten und hatten damit fast alle das Problem, dass sie Angst hatten
94 irgendwann
- 95 I: ...vor Strafe.
- 96 E: ... kommen sie mir drauf. Ansonsten sind sie damit gut klar gekommen, für
97 sich.
- 98 I: Okay, d.h. es würden sich....
- 99 E: Es gibt wenig Leidensdruck und dann ist es natürlich so, z.B. war auffällig,
100 dass wir das ja so allerdings auch so ein bisschen regional beworben haben,

101 von den Patienten ist, glaube ich, so gut wie keiner hier aus Bochum
102 gekommen.

103 I: Aha, das ist spannend.

104 E: Überall rum, Dortmund, Essen, Wuppertal, Köln, da kamen die her. Das ist
105 ganz klar, Herr Beier sagt auch, der hat hintenrum so ein kleines Türchen,
106 wenn es dann dunkel ist, dann gehen die da eine Treppe hoch. Da ist natürlich
107 bei vielen auch ein extremer Schamfaktor. Wenn da jetzt „Sexualambulanz“
108 oder „Pädophilie-Ambulanz“ dran steht, dann geht schon gar keiner da rein.
109 Bei uns war das ja noch relativ anonym, der große Betrieb, da ging das noch,
110 aber die müssen es ja dann auch erzählen. Das halte ich für die beiden
111 Gründe, dass einmal das geringe Problembewusstsein und zweitens doch die
112 sehr starke Scham, die sich dann meldet und Angst natürlich wenn man sich
113 dann outet. Was passiert dann, also nicht nur Scham sondern auch Angst. Es
114 könnte ja z.B. auch sein, was ja auch nicht so unwahrscheinlich ist, dass er
115 mir von einer Straftat erzählt und ich komme als Therapeut in einen Konflikt,
116 ob ich jetzt z.B. die Staatsanwaltschaft involvieren soll.

117 I: Wann würde denn da interveniert oder wann müsste man denn als Therapeut
118 reagieren?

119 E: Das ist eine extrem schwere Frage, die haben wir auch sehr intensiv erörtert
120 auch mit Staatsanwälten. Da gibt es natürlich sehr unterschiedliche
121 Auffassungen, die Staatsanwälte sehen das naturgemäß sehr viel enger.

122 I: Eine klare Linie gibt es da nicht?

123 E: Da gibt es keine klare Linie, im Grunde ist das letztlich eine Gewissensfrage
124 und wenn es in die Richtung von Kapitaldelikten geht, was natürlich sehr
125 abstrakt ist, dann ist die Sache irgendwann klar. Fragen gibt es, was niemand
126 von uns zum Glück hier je hatte, wäre z.B. Sexualtötung, Mord oder
127 Mordversuch. Das ist aber zum Glück so extrem selten, das wären aber
128 Beispiele, da wäre es klar und alles was sich im Schweregrad darunter
129 ansiedelt, da muss man selber gucken.

130 I: Also das heißt, eine eigene Motivation zur Behandlung wäre eben dann da,
131 wenn man z.B. Angst vor Strafe hat und deshalb auch Taten selber vermeiden
132 möchte oder wenn man Problembewusstsein hat?

133 E: Genau, es gibt welche, die sind, man nennt das Ichsyston d.h.

134 I: Das habe ich gelesen, da habe ich gerade dran gedacht.

135 E: . das heißt, dass ist mit ihrem Selbstbild gut vereinbar und es gibt welche da
136 ist das dyston, das sind Leute die das mit sich, aus ganz verschiedenen
137 Gründen, nicht auf die Kette kriegen. Das sind Leute die gehen da hin, da
138 haben wir auch jemanden gehabt, der dann tatsächlich sagte: „Verschafft mir
139 eine am besten chirurgische Kastration, damit ich dieses Dings los bin.“ und
140 die Zwischenlösung Medikamente usw. Die erleben das als ein Ding was
141 abgespalten ist, da war auch eine Psychotherapie nicht sinnvoll oder erst
142 einmal nicht sinnvoll, hinterher wahrscheinlich. Der wollte aber erst einmal
143 weg davon, d.h.: „Das stört mich so, das will ich weg haben.“, so ungefähr.

- 144 I: Aber selbst da würde rein für dieses Anliegen die Krankenkasse die
145 Behandlung nicht übernehmen. Da müsste man immer noch eine
146 Nebendiagnose haben über die man abrechnen kann?
- 147 E: Ja, wir haben es nicht darauf ankommen lassen. Das sind ja dann letztlich
148 urologische Mittel. Da muss man einen Urologen mit rein nehmen, das ist
149 dann halt für die Prostatakarzinom-Prophylaxe.
- 150 I: Wo könnten sich Pädophile generell hinwenden, Sie haben eben gesagt an
151 den Hausarzt, welche anderen Möglichkeiten würde es geben?
- 152 E: Ja das ist jetzt regional sehr verschieden, es gibt ja hier noch mehrere
153 Einrichtungen, die Pro Familia z.B. Ich kann jetzt nur über Bochum und
154 Umgebung sprechen. Es gibt relativ zufällig solche Schwerpunkte, sehr
155 wenige insgesamt und was wir auch gemacht haben, ist einfach mal eine
156 kurze Umfrage was das psychotherapeutische Angebot in dieser Richtung,
157 außer uns und den anderen kleinen Sachen – da haben wir also glaube ich
158 hier im Umkreis 250 niedergelassene Psychotherapeuten befragt, ob sie das
159 überhaupt machen würden oder nicht. Vorstellen konnten sich das von den
160 250 mit drei Fragezeichen vielleicht fünf.
- 161 I: Bezogen auf Sexualstraftäter?
- 162 E: Ja. Im Grunde kann man sagen, dass alle niedergelassenen
163 Psychotherapeuten, also wenn man sich an die niedergelassenen
164 Psychotherapeuten wendet, hat man null Chance da eine Therapie zu
165 bekommen.
- 166 I: Ich glaube auch wenn man noch keine Tat begangen hat.
- 167 E: Ja.
- 168 I: Ich glaube, das kommt in einen Topf in dem Moment?
- 169 E: Ja. Da gibt es viele Argumente, die ja z.T. auch nachvollziehbar sind,
170 angefangen von persönlicher Abscheu, die Reaktion ist da oft sehr stark, bis
171 hin zum Argument: „Ich behandle Opfer und dann möchte ich die Täter nicht
172 im Wartezimmer mit sitzen haben.“
- 173 I: Also das habe ich auch schon oft gehört. Wir haben auch ein Gespräch
174 geführt mit Herrn Dr. Signerski in Essen, der hat die neue Ambulanz für
175 Sexualstörungen eröffnet dieses Jahr. Der schließt ja auch Pädophile gänzlich
176 aus der Zielgruppe aus mit genau den Begründungen die Sie jetzt genannt
177 haben. Und er sagte, das mit großem Entgegenkommen der Patienten, die
178 das alle sehr begrüßt hätten und die gesagt haben: „Das war für uns sogar
179 noch Ansporn hierhin zu gehen, dass wir wissen hier gehen keine Täter hin.“
180 Das sehe ich wiederum anders, also ich würde, wenn ich mich in einen
181 Pädophilen hineindenke, ja genau dahin eigentlich wenden wollen – an eine
182 Ambulanz für Sexualstörungen z.B.
- 183 E: Ja gut – wobei Sexualstörungen natürlich extrem unterschiedliches beinhalten.
184 Bei Sexualstörung wird man primär erst einmal daran denken: funktionelle
185 Störungen oder was weiß ich Paartherapie bei Paaren die Probleme haben
186 oder einzelne von den Paaren eben, Sexualtherapie oder mehr im Sinne von

187 sexuelle Dysfunktion beim Mann oder auch bei der Frau oder – ein bisschen
188 weiter gefasst –, dass im Paarkontext insgesamt eine systemische Geschichte
189 gemacht wird. Das wäre so dieser Rahmen und dann käme ja erst sozusagen
190 eine ganz andere Ebene, die ja damit eigentlich überhaupt nichts zu tun hat
191 nämlich alles das, wenn jemand z.B. als Frau oder auch als Mann – klar – als
192 Opfer traumatisiert und sexuell dann auch gestört ist, dann ist das auch
193 Sexualtherapie, aber eben aus der Opferperspektive und das wird ja sehr
194 stark unterschieden, also die Opfer- und die Täterperspektive. Da kann man
195 sich ja auch sehr drüber streiten, ob das Sinn macht oder es ist müßig, weil
196 der öffentliche Diskurs ist halt sehr scharf in dieser Richtung - also keine
197 Täter.

198 I: Halten Sie es denn für gänzlich unmöglich? Ich habe jetzt ganz
199 unterschiedliche Meinungen gehört. Es gibt Therapeuten, die das für sich
200 völlig ausschließen sowohl Täter als auch Opfer zu behandeln. Es gibt welche,
201 die sagen sie sehen dafür überhaupt keinen Grund. Wie bewerten Sie das?

202 E: Ja gut, das sind ja jetzt – das würde ja heißen, wenn ich sage: „Ich behandle
203 nur Opfer.“ Dann ... meine ich oder umgekehrt: „Ich behandle nur Täter.“
204 und das irgendwie innerlich begründe, nicht anders begründe, in dem ich sage
205

206 I: Persönliche Einstellung.

207 E: Die sagen dann z.B.: „Ich möchte nicht, dass die aufeinander treffen – die
208 Opfer und Täter.“ Das sind äußerliche Gründe eigentlich.

209 I: Ja, das kann ich nachvollziehen.

210 E: Das ist äußerlich. Das spielt zwar eine Rolle, aber das ist ja nicht der Grund
211 warum der eine oder andere sagt: „Ich habe nur oder es gibt andere Gründe
212 warum ich z.B. nur dieses oder jenes mache.“. Aber damit gehe ich ja
213 eigentlich aus der – also was auch interessant ist bei einer ganzen Reihe von
214 Sexualstraftaten ist die Täter-Opfer-Dynamik. Wenn ich da – also das ist
215 zumindest meine Meinung – nicht von vorn herein eine neutrale Haltung
216 einnehme oder eine unvoreingenommene Haltung einnehme, was ich bei
217 vielen Therapeuten sehe, mich auf die Opferseite – bewusst oder instinktiv
218 quasi schon – schlage und mich mit dem Opfer identifiziere, jetzt einmal krass
219 übertrieben, dann halt ich das für ein therapeutisches Problem. Da geht es
220 letztlich hin bis zu einer Zementierung von Opfer-Status. Da gibt es ja auch
221 einen anderen Kontext z.B. Stalking, da ist das ja sehr ähnlich noch krasser
222 fast manchmal.

223 I: Ja. Ich gehe jetzt in meiner Arbeit ja immer davon aus, dass es im Grunde
224 genommen eine Versorgungslücke gibt was jetzt Beratung für Pädophile
225 angeht. Würden Sie das denn überhaupt sagen aus der Erfahrung heraus,
226 dass es nur wenige Selbstmelder gab oder eher nicht oder müsste man die
227 anders motivieren?

228 E: Versorgungslücke, da müsste man jetzt fragen aus welcher Perspektive
229 heraus. Wenn der Druck und der Mangel so krass wären, dann hätten wir sehr
230 viel mehr Selbstmelder gehabt und für alle anderen Bereiche gilt heute, bevor
231 sie in die Klinik gehen oder bestimmte Behandlungsangebote suchen, gucken

232 sich viele die Homepage an oder finden die dann schon. Also die anderen die
233 z.B. eine Borderline-Ambulanz suchen, die finden das. Also das ist nicht das
234 Problem, man muss nur erst mal suchen. Von der Perspektive aus würde ich
235 sagen, dass der Bedarf der Selbstmelder

236 I: ...eigentlich eher gering ist.

237 E: Wenn dann über Zwang oder Androhung von Zwang.

238 I: Die Frage, die ich auch interessant finde ist welche Ziele, glauben Sie, können
239 Pädophile überhaupt in einer Therapie erreichen – im Idealfall?

240 E: Ja – im Grunde ist das hier im Augenblick ein Statement das von Beier
241 stammt, wo ich nicht mit zufrieden bin, aber was ich erst einmal so akzeptiere
242 als „state of the art“. nämlich du musst gucken, dass du mit deiner
243 Abweichung irgendwie klar kommst. Also wir machen im Grunde keine
244 Therapie, die das wegmacht oder die das irgendwie ...

245 I: ...also das irgendwie integrieren können?

246 E: Oder du wirst das behalten, das wird dann abnehmen wenn du 70 wirst wegen
247 der hormonellen Lage, aber das ist schon alles. Du musst es irgendwie
248 integrieren und gucken wie du legal damit klar kommst.

249 I: Und da ist eben die Frage, ist das genug Anreiz, finde ich, für eine Therapie?

250 E: Das ist im Extremfall natürlich auch so, dass man nicht verlangen kann aber
251 doch vor der Frage steht – kann man verlangen, dass der auf seine Sexualität
252 verzichtet? Was ja im Extremfall so ist.

253 I: Ja das ist wahr, ja.

254 Ich habe mir auch darüber Gedanken gemacht, wenn Sie auch jetzt sagen, es
255 waren wenig Selbstmelder – wenn man denn mehr erreichen wollen würde?
256 Sie sagen jetzt: „Wer will der findet schon!“ oder meinen Sie wenn man das
257 auf eine bestimmte Weise angeht, noch anders publik macht, sich noch an
258 andere Stellen wendet, dann könnte man mehr Leute dafür gewinnen?

259 E: Ja gut, das sieht man ja natürlich an dem Projekt von Herrn Beier. Sie kennen
260 das wahrscheinlich?

261 I: Die Riesenkampagne war das?

262 E: Diese Kampagne – mit einem irrsinnigen Geld, auch an Aufwand,
263 professionelle Spots im Radio, Fernsehen usw.

264 I: Genau. Nur die Frage wie realistisch das ist, das über einen langen Zeitraum
265 oder flächendeckend anzubieten?

266 E: Er hat nicht wirklich viel gemacht. Also wenn man bedenkt ...

267 I: Nein, über die Jahre hinweg ist das ...

268 E: Das beeindruckt so ein paar Hundert. Es ist natürlich klar, es kann nicht jeder
269 alle zwei Wochen nach Berlin fahren. Selbst das, da müsste man mal
270 abklopfen, wie viel Resonanz er wirklich gefunden hat. In welchen Relationen

271 steht das eigentlich zu dem was eigentlich hätte kommen können, was man
272 hätte machen müssen vielleicht und ich finde, das war nicht so rasend viel
273 wenn man jetzt eine Dunkelziffer unterstellt.

274 I: Weil die ja auch wirklich auf Kernpädophile eingeschränkt waren. Jeder der
275 irgendwie pädosexuell tätig sein wollen würde, hätte sich da jetzt nicht
276 unbedingt melden können.

277 E: Na gut, die Einschränkung war dann ja hinterher nicht so hoch.

278 I: Nein?

279 E: Nicht so eingeschränkt. Wie auch immer, man müsste dann natürlich schon
280 sehr intensive Öffentlichkeitsarbeit machen und bei uns war das relativ
281 pragmatisch, weil wir natürlich primär schon– wir haben also nicht unbedingt
282 darauf hingearbeitet wirklich viele Selbstmelder zu bekommen, sondern das
283 war natürlich in dem Kontext mit der Justiz – da war das Haus voll.

284 I: Ja, das glaube ich, das ist genau die andere Seite.

285 Worauf ich mich auch konzentriere, ist so ein bisschen die Frage nach
286 Qualität, Gütekriterien von Beratung/Behandlung. Würden Sie sagen
287 Therapeuten die mit Pädophilen arbeiten, müssen die und die Ausbildung
288 haben oder die und die Kompetenzen mitbringen? Gibt es da sozusagen
289 einen Mindeststandard?

290 E: Es gibt da nichts Festgeschriebenes. Natürlich sollte man gerade in dem
291 Gebiet sagen, formal sollte derjenige psychotherapeutisch länger gearbeitet
292 haben- natürlich eine Ausbildung haben, ganz allgemein und natürlich auch
293 Erfahrung haben. Deswegen Erfahrung haben weil das eine anspruchsvolle
294 Klientel ist, wo man schon ein bisschen aushalten muss und auch ein
295 bisschen wissen muss wie hole ich mir Supervision oder alles dies. Und da
296 gibt es natürlich – das war bei uns unterschiedlich der Fall – eben bei Beier
297 aber auch in Hamburg, gibt es solche sexualtherapeutischen Curricula, die
298 teilweise gar nichts mit Pädophilen-Therapie zu tun haben, das ist also auf

299 I: auf Paarebene.

300 E: ... auf Paarebene und teilweise wie Beier, auf jeden Fall weiß ich bei Beier,
301 dass der ein Curriculum hat, wo das auch eben einen relativ großen Raum hat.
302 Das wäre natürlich die optimale Voraussetzung um dann noch mal optimaler –
303 das ist natürlich immer die Frage wie man es dann macht -, dass man dann
304 zum Teil wie Bayer dann anbietet - sonst eigentlich kaum jemand. Dann
305 hinterher mit den Fällen zu ihm oder zum Kollegen zur Supervision zu gehen.
306 Das wäre natürlich ganz optimal. Zumal auch die ganzen spezifischen
307 Therapiestrategien, da gibt es ja unzählige, die z.T. aber auch Klientel
308 abhängig sind, Gruppe, Einzel, die sind noch wenig erforscht. Man weiß da
309 nicht wirklich viel drüber. Es gibt so ein paar Elemente, aber das Einzige was
310 man eigentlich sicher weiß, das ist im Grunde auch nicht groß belegt, dass
311 man eigentlich das Kontrollelement da sehr hoch hat und das man eigentlich
312 auch ein guter Sexualtherapeut ist, wenn man ein guter Suchttherapeut ist. Es
313 gibt ganz viele Analogien zu Alkohol oder Drogen. Die Rückfallprophylaxe ist
314 entscheidend. Wird von den Patienten auch sehr intensiv – nicht eingefordert –
315 aber man hört immer wieder: „Ich brauche da immer einen der mich nicht

316 behandelt/therapiert sondern kontrolliert. eine Sicherheit, dass ich da
317 hingehe.“. Das ist ja dann auch ein Umstand. Er kommt daher und hat nur den
318 Therapeuten mit dem er über dieses Ding, was ihn ja einerseits auch reizt und
319 andererseits quält, dass er sich überhaupt frei – wenn überhaupt – unterhalten
320 kann, also sonst ja sowieso nicht, also mit dem Bekannten- oder
321 Freundeskreis. Er braucht das sozusagen unter Umständen als
322 Selbstversicherung immer mal wieder da hinzugehen und auch als Instanz
323 sozusagen: „Jetzt muss ich da hin um Gottes Willen!“, das hält manchen davon
324 ab, dass der nächste Woche einen Termin bei mir hat, ich habe noch zwei, da
325 etwas zu machen. Was natürlich auch suboptimal ist, denn es ist ja eine Art
326 Bewährungshilfe oder so.

327 I: Ja gut, das schwingt immer mit.

328 Da sind wir bei einer Sache mit der ich mich auch beschäftigt habe. Die Frage
329 wie man den Wirkungen oder Effekte von Therapien mit Pädophilen überhaupt
330 prüfbar/messbar machen kann? Weil, das könnte man ja zum einen daran
331 festmachen, dass man sagt: „Es gibt keinen Rückfall oder es gibt überhaupt
332 gar keine.“ oder „Die Befindlichkeit hat sich gebessert nach eigenen
333 Angaben.“. Was würden Sie sagen?

334 E: Na gut, das übliche ist ja, wenn man dann so ein bisschen auf die kleinen
335 Studien guckt. Die haben ja lange Zeiträume, Katamnese usw. Um zu gucken,
336 wir wissen ungefähr die Rückfallquote bei bestimmten Gruppen – unbehandelt
337 – und dann wird eben geguckt, wie ist die Rückfallquote bei behandelten. Dann
338 natürlich mit dem Unterschied diese Therapie oder eine andere Therapieform.
339 Aber ganz grob weiß man ja, dass es keine dramatische aber doch eine
340 deutliche signifikante Besserung der Rückfälligkeit bringt. Aber das ist jetzt
341 Statistik.

342 I: Aber z.B. bei einem Projekt in Berlin, die wären ja theoretisch darauf
343 angewiesen, dass z.B. in Fragebögen die Leute Selbstangaben machen.

344 E: Ja ja.

345 I: Oder dass sie Einsicht in Strafregister kriegen, ob jemand einen Eintrag hat.
346 Anders kann man es ja gar nicht nachhalten, die Wirkung theoretisch.

347 E: Dass die ehrlich sind?

348 I: Ja.

349 E: Ja gut, davon muss man ausgehen.

350 I: Ich frage mich, wenn man z.B. mehr Beratungsangebote einrichten wollen
351 würde und würde dafür auch die Finanzierung wünschen vonseiten der
352 Krankenkasse, müsste man ja mit Sicherheit Effekte nachweisen/vorlegen
353 können von solchen Therapien und da frage ich mich eben wie soll es
354 gemessen werden wie will man den Effekt abschätzen?

355 E: Es gibt da ja schon Studien im kanadischen Bereich und Amerika, also USA
356 und in Holland. Das sind aber Studien, die sich aus ganz verschiedenen
357 Gründen auf die relativ einfache Frage beschränken: „Gibt es signifikante
358 Reduktionen von Rückfälligkeit bei den und den Straftaten mit Therapie/ohne

359 Therapie?“. Da ist dann alles drin also z.B. auch Leute, es gibt ja verschiedene
360 teilweise ähnliche Konzepte, die dann stationär also im Strafvollzug, in der
361 sozialtherapeutischen Anstalt, im Maßregelvollzug dann anschließend noch
362 fortgesetzt werden. Da habe ich auch welche gehabt, die danach unter
363 Führungsaufsicht kommen und dann kann man das untersuchen und kann
364 gucken wie ist die statistische Rückfallwahrscheinlichkeit im Einzelfall und wie
365 ist sie bei Leuten die dieses oder jenes gemacht haben und wie ist das bei
366 therapierten. Das weiß man schon. Die Quoten, die Rückfälligkeit bei
367 Sexualstraftaten ist ja erstaunlich gering, ich habe jetzt die Zahlen nicht parat,
368 ich glaube 25% innerhalb eines natürlich bestimmten Zeitraums, man kann ja
369 jetzt nicht Rückfälligkeit als solche sondern Rückfälligkeit in 5 Jahren, in
370 10 Jahren nach der Haftentlassung z.B. und die ist relativ gering. Das dürfte
371 ungefähr so aussehen, dass wir eine Rückfälligkeit haben – ganz alles über
372 alles – von 25% und unter Therapie sind es vielleicht 18/19% - so ungefähr
373 sieht das aus. Also nichts Dramatisches. Aber da die Zahl ohnehin gering ist,
374 hat die Therapie natürlich auch wenig Spielraum.

375 I: Ja, okay.

376 E: Wenn sie schon bei 25 ist, das ist ja wenig. Das noch einmal zu reduzieren,
377 ist dann umso schwieriger, als wenn sie jetzt höher wäre.

378 I: Mir ist irgendwie noch aufgefallen, was wichtig wäre - ich habe jetzt gar nicht
379 so viel in meinen Leitfaden geguckt – spontan ist mir aufgefallen, gibt es
380 irgendwelche Dinge, die eine Behandlung ausschließen würden, psychische
381 Störungen oder Suchterkrankungen?

382 E: Ja gut, das gibt es auch. Das würde ich aber jetzt nicht so formulieren. Es
383 waren auch welche dabei, die haben jetzt z.B. Schizophrenie. Die machen
384 auch schon einmal Sexualstraftaten, die sind aber völlig anders motiviert als
385 die von der Gruppe die wir jetzt meinen, also die Sexuellen, die Paraphilen.
386 Das ist psychotisch motiviert. Die muss man halt entsprechend so behandeln
387 wie man Schizophrene überhaupt behandelt. Also die kommen dann in die
388 Abteilung zum Kollegen X, der die Schizophrenie-Behandlung macht, sie
389 haben ja immer Kumulativität. Es gibt ganz viele Sexualstraftäter, die
390 insbesondere im Zusammenhang mit Alkohol überhaupt die Taten machen,
391 weil die Hemmschwelle sonst ausreicht wenn sie nüchtern sind. Dann reicht
392 sie aus, wenn man nicht trinkt. Sobald sie trinken...

393 I: Den Konsum einfach auch zu reduzieren?

394 E: Dann muss man also auch den Alkoholismus behandeln z.B. oder
395 möglicherweise dann auch an anderer Stelle. Das ist relativ häufig.

396 I: In Berlin wurde mal das Beispiel genannt, dass mit den Pädophilen
397 Rollenspiele gemacht werden in der Gruppentherapie. Wenn dann z.B. die
398 Nachbarin fragt, ob man auf das Kind aufpassen kann und dann soll man
399 letztendlich als Ziel sagen: „Das kann ich nicht machen, ich bin pädophil!“ und
400 dann eben mit dem Signal dahinter die Gesellschaft ist noch gar nicht bereit
401 dazu so etwas anzunehmen. Für einen Alkoholiker wäre es probat zu sagen:
402 „Ich trinke jetzt keinen Sekt, ich bin Alkoholiker.“. Wie schätzen Sie das ein,
403 was insgesamt die gesellschaftliche Haltung, gesellschaftliche Bewertung des
404 ganzen angeht, die das alles beeinflusst?

- 405 E: Also ich würde niemandem empfehlen, zu wem auch immer, zu sagen: „Ich
406 bin pädophil.“ Das auch nicht in der feinsten Umschreibung. Das kann man
407 auch nicht so wirklich umschreiben. Aber trotzdem gibt es z.B. Situationen,
408 ich habe einen Patienten, der hat eine typische Pädophilie – es gibt
409 verschiedene Ausdrücke dafür - , er ist ein ausgesprochen schüchterner
410 gehemmter, inzwischen nicht mehr so ganz junger Mann, der mit Frauen nicht
411 klar kam. Er hat immer wieder Abfahren mit Frauen erlebt z.T. auch
412 demütigende kränkende Sachen und hatte dann auch halt in dieser Rolle sich
413 eine gewisse Nebenströmung aus dem Hut gezaubert. Er hat sich dann sehr
414 clever, sehr elaboriert mit verschiedenen Chats, sich dazu einige kleine
415 Mädchen gelockt und hat auch mit denen sexuelle Handlungen gemacht. Der
416 ist jetzt zwei Jahre intensiv und sicher auch ganz gut in der SOTA in
417 Gelsenkirchen behandelt worden, ist jetzt draußen und ist jetzt wirklich auch
418 von seiner Persönlichkeitsreifung ein Stück weiter gekommen, d.h. er lernt
419 jetzt tatsächlich gleichaltrige, passend alte Frauen kennen und steht an
420 irgendeinem Punkt immer wieder vor der Frage: „Wie ist das jetzt mit dem
421 Outing? Irgendwann muss ich da sehr unehrlich sein, aber ich war ja zwei
422 Jahre im Knast.“ So ist das gewesen. Oder eine der Freundinnen findet, dann
423 hat er sich ein bisschen dumm angestellt, z. B. das Urteil. Das hat er da
424 liegen gehabt als sie bei ihm zuhause war. Also solche Sachen – man kann
425 das nicht outen. Ich glaube, es gab auch keine Lösung für ihn. Also es
426 entsteht eine Beziehung zu einer Frau und irgendwann kommt der Punkt oder
427 man schiebt ihn raus oder was weiß ich und dann ist jede Frau weg.
- 428 I: Ja dann ist man natürlich auf den Widerpart angewiesen, wie der das
429 verkraftet und wie der darauf reagiert.
- 430 E: Es ist nicht vorstellbar, dass irgendeine Frau in so einer Situation sagt: „Ach
431 prima, ich bin ganz tolerant.“ Oder so... Das gibt es nicht.
- 432 I: Anders kann es ja nicht laufen?
- 433 Ich habe auch einige pädophile Männer die einen ähnlichen Fragebogen
434 ausgefüllt haben, die sehr viel Wert immer darauf legen, dass sie nicht in
435 einen Topf geschmissen werden mit Pädosexuellen. Also dass sie, wenn sie
436 eben keine Taten begangen haben und auch keine Taten begehen möchten,
437 dass es ein wirkliches Anliegen ist, das als sehr – ja – entwertend, verletzend
438 empfinden wenn in den Medien und in der Öffentlichkeit im Grunde
439 genommen immer jedigliche pädosexuelle Neigung oder Tat einfach als
440 Pädophilie bezeichnet wird.
- 441 Jetzt ist mir während meiner Arbeit noch ein bisschen in die Quere
442 gekommen der ganze Rummel um diese Sendung „Tatort-Internet“. Was
443 halten Sie davon?
- 444 E: Schrecklich. Diese Unterscheidung ist, glaube ich, so ein bisschen –das ist ja
445 so eine intern vorgenommene. Z.B. gibt es eine ganz gut nach außen hin sehr
446 geschlossene abgeschottete SM -Szene, es gibt also mehrere davon.
447 Darüber weiß man so richtig nichts drüber.
- 448 I: Sind das diese Boy-Lover?

- 449 E: Nein das sind diese Sodomasochisten die das betreiben. Weil sie natürlich
450 wissen wie das ankommt. Das ist ja auch nicht gerade für den
451 Normalsterblichen unbedingt immer so etwas. Wenn man guckt – ja große
452 Augen! Das ist ja abartig, wenn man so einen hat. Die hatte ich mal bei einer
453 Tagung da, da waren die dann gegen ihre Gewohnheit aufgetreten und hatten
454 auch referiert. Das waren Literaturwissenschaftler, Soziologen, also die das
455 selber praktizieren. Die hatten einen unglaublichen Rechtfertigungs- und
456 Rationalisierungsdruck. Die mussten alles erklären, es wurde unglaublich viel
457 erklärt. Warum das so ist und dann kam immer wieder der Spruch von wegen:
458 „Sofern da niemand zu Schaden kommt!“.
- 459 I: Ja, wenn beide einverstanden sind!
- 460 E: Ja, diese Sachen. Deswegen ist natürlich klar, die Pädosexuellen oder
461 Pädophilen sind genauso pädophil wie die anderen auch. Nur sie sind in ihren
462 Handlungskontrollen besser. Was nicht heißt, dass das auch für ewig gilt. Ich
463 halte die Unterscheidung für sehr fragwürdig.
- 464 I: Ja, hat auf jeden Fall durchlässige ...
- 465 E: Ich will das jetzt nicht negativ kommentieren, aber wir können das ja letztlich
466 auch nicht ausschließen. Manche werden dann straffällig, geraten da auch
467 durch irgendwelche nicht so günstige Umstände hinein. Wenn sie die nicht
468 gehabt hätten wäre vielleicht nichts passiert. Es kann natürlich auch so ein
469 „Dings“ kommen, da kommen ja solche Suchtmomente. Wenn sie dann z.B.
470 im Internet die Fotos finden. Das ist dann z.T. suchtartig oder ganz schnell
471 suchtartig, dann ist es natürlich klar. Aber diese „Tatort-Internet“-Geschichte
472 ist ja eine riesige – ich wundere mich, dass das relativ wenig Aufsehen erregt
473 hat.
- 474 I: Hat es ja schon, aber es stimmt, die Welle hätte größer sein können.
- 475 E: Es gibt ja bei der Polizei, das ist ja eine ganz brisante Geschichte, diese
476 V-Männer im Drogenbereich. D.h. da gehen Polizisten hin und bieten als
477 Dealer getarnt irgendetwas an um die zu fischen.
- 478 I: Was Anstiftung zur Tat ist.
- 479 E: D.h. die machen natürlich eine Straftat und die sind dann mit ganz
480 komplizierten rechtlichen Konstruktionen gedeckt, dass die eigentlich nicht
481 selber
- 482 I: Eigentlich ist es ähnlich, weil sie ja so tun als wären sie ...
- 483 E: Zumindest offiziell heißt es, dass sich Ermittlungsleute nicht als Anbieter für
484 sagen wir mal Kinderpornographie ins Internet stellen. Es wäre sozusagen
485 das gleiche wie bei den Drogen, dass sozusagen die moralische Grenze dann
486 wirklich nicht mehr abgedeckt ist und das machen die ja. Das ist ja noch unter
487 einem ganz anderen Vorzeichen. Also wenn das die Polizei tut, ist das schon
488 schlimm genug, aber wenn die das machen? Finde ich, abgesehen von den
489 ganzen anderen Sache die da noch dranhängen, also da

- 490 I: Ich hätte mir sogar vorstellen können, dass diese Sendung eingestellt werden
491 muss. Hätte ich gedacht, dass das passiert vielleicht. Aber das scheint ja gar
492 nicht so zu sein. Das läuft jetzt einfach weiter in der Woche.
- 493 E: Ja, ja.
- 494 I: Aber das hat wiederum schon, denke ich, dass die Gruppe potentieller Täter
495 keine Lobby hat. Also da ruft jetzt ja keiner nach Rechten und Rechtsstaat.
496 Doch - einige tun das, klar. Aber das sind ja eher Fachleute die das tun, als
497 dass das die Öffentlichkeit im Allgemeinen tut.
- 498 E: Ja, ich denke auch, dass das irgendwann noch mal kommt, in den USA ist
499 das ja schon lange so, praktisch so eine Art Pranger. Manche müssen das
500 hinten auf die Stoßstange kleben, Motto: „Ich bin pädophil.“. Manche haben
501 das an der Türklingel kleben. Der dritte Bundesstaat hat Meldepflicht im
502 Internet. Also wenn man umzieht, kann man nachgucken wie die pädophile
503 Dichte um den Wohnort herum ist. Das Ganze heißt dann auch noch
504 Raubtier-Gesetz. So nennen die das da.
- 505 P: Mich würde einfach noch generell interessieren, ob man Opfer von
506 Sexualstraftaten als indirekte Zielgruppe behandeln sollte oder unter diesem
507 Aspekt sie könnten mal Täter werden oder behandeln sollte überhaupt?
- 508 E: Da gibt es wenig Evidenz, dass Opfer Täter werden. Es gibt ein paar
509 Hinweise, aber das wäre sehr weit prophylaktisch gedacht. Bei den Opfern
510 werden sie ja auch das Problem nicht haben. Die Opfer kommen ja, mehr als
511 ihnen lieb ist, zur Therapie.
- 512 P: Was ich noch hätte, Schutz- und Risikofaktoren die man präventiv verwenden
513 könnte, an denen man ansetzen kann von Pädophilie auch schon im
514 Jugendalter. Das interessiert mich jetzt nicht nur für meine Arbeit sondern
515 auch für meinen Beruf. Ich mache z.B. Sexualkunde für Sechstklässler und da
516 ist meine Frage wie spreche ich dieses Thema an. In welcher Form spreche
517 ich es überhaupt an?
- 518 E: Da gibt es ein paar Erkenntnisse, da bin ich aber gerade nicht so fit, die
519 gehen dahin, dass es möglicherweise in bestimmten Entwicklungsabschnitten
520 – das kann ich jetzt nur ganz global sagen – bestimmte sexuell auch
521 prägende Erlebnisse geben kann. Alles in Führungszeichen, die
522 möglicherweise so eine sexuelle Fehlorientierung, sage ich jetzt mal,
523 begünstigen können. Natürlich dann auch wenn jemand wiederholt solchen
524 Missbräuchen ausgesetzt ist. Darüber hinaus bin ich ein bisschen überfragt.
525 Da haben ja auch Beier und seine Berater etwas zu geschrieben, dass es da
526 Hinweise gibt. Das ist auch relativ schwer zu verifizieren. Kommt es jetzt
527 letztlich daher? Es wird ja auch behauptet, wenn die Kinder sehr früh
528 Pornofilme sehen hat das einen bestimmten Einfluss hat auf bestimmte Art
529 und Weise überhaupt mit Sexualität umzugehen. Das es nicht gut ist wenn die
530 mit 12 Jahren da reingehen und Pornofilme sehen, ist natürlich klar. Wie sich
531 das genau auswirkt? Weiß ich nicht, weiß wohl auch keiner.
- 532 I: Spielen denn Medikamente allgemein eine große Rolle in der Behandlung/in
533 der Therapie von Pädophilen?
- 534 E: Nein.

- 535 I: Das sind eher seltene Fälle?
- 536 E: Bei einigen Prozent, bei einigen Patienten, es gibt ja jetzt ganz gute
537 Medikamente. Früher gab es ja dieses Androcur, was sehr drastisch in den
538 Hormonhaushalt eingegriffen hat. Jetzt gibt es ja diese LHRH-Antagonisten.
539 Das sind neuere Sachen die primär aus der Urologie kommen. Bei der
540 Prostatakrebs-Therapie gibt es viele Erfahrungen dazu. Es kommt vor, es gibt
541 auch – was man früher viel gemacht hat – die chirurgische Kastration. Das ist
542 natürlich der drastischste Fall.
- 543 I: Die gibt es schon noch?
- 544 E: Ja die soll es noch hin und wieder mal geben.
- 545 I: Auf eigenen Wunsch hin dann?
- 546 E: Jaja, aber ich habe da keine Zahlen. Das kann höchstens in einzelnen Fällen
547 mal sein, ich nehme an in den USA auch sehr viel mehr als hier. Das weiß ich
548 nicht so genau.
- 549 I: Was ich mich auch noch gefragt habe ist, bei so vielen Erkrankungen gerade
550 psychischen Erkrankungen, seien es Depression, Schizophrenie oder andere,
551 gibt es auch immer wieder Angehörigen-Arbeit. Spielt das bei Pädophilen
552 oder auch bei Sexualstraftätern eigentlich eine Rolle – Angehörigen-Arbeit?
- 553 E: Ja, habe ich schon einmal gemacht, aber
- 554 I: Also das gibt es schon? Ich habe nichts darüber gelesen.
- 555 E: Es gibt Theorien darüber. Es war bei mir auch so, da hatte ich zwei oder drei
556 die vom Hausarzt kamen, ältere Herren 70plus, der eine war sogar so ein
557 strenger evangelischer Mensch aus dem Kirchenbereich der immer straight
558 fromm und tüchtig war – möglicherweise, das weiß man ja nicht immer. Das
559 ist eine ganz interessante Hypothese. Mit einer ganz leicht beginnenden
560 Demenz, die sie so gar nicht bemerkt haben. Gewisse präfrontale, also die
561 Hemmungsmaschine des Computers, also die sitzt ja direkt im präfrontalen
562 Bereich, weil sie da gewisse Veränderungen also die Hemmschwelle runter
563 gesetzt haben, so dass die da bestimmte Handlungen mit Kindern gemacht
564 haben. Das waren in beiden Fällen irgendwie mit Kindern aus der
565 Nachbarschaft über den Gartenzaun z.T., solche Dinge. Das gab natürlich
566 innerhalb der Familie ein Heidentamtam und ein Heidengedöns. Die Familie
567 war vor dem Auseinanderfliegen. Die erwachsenen Kinder waren in einem
568 Fall komplett weg. In einem anderen Fall ging es dann so. Es hat sich dann
569 schon angeboten die Familie hinzuzuholen. Aber das waren jetzt zwei Fälle
570 wo es von der Akzeptanz der Familienmitglieder nun nicht so wirklich toll war.
- 571 I: Das ist ja auch die Frage wie hoch die Bereitschaft bei Angehörigen
572 überhaupt wäre?
- 573 E: Die haben - wenn überhaupt - im besten Falle für den Betroffenen die
574 Tendenz, wir drücken das mal weg und nimm mal ein paar schöne Pillen und
575 wir reden nicht mehr darüber. Also das war der beste Fall. Der schlechteste
576 Fall ist, dass sich die Frau getrennt hat.

- 577 I: Selbsthilfegruppen? Was halten sie davon? Selbsthilfegruppen für Pädophile?
578 Ohne fachliche Begleitung?
- 579 E: Ich glaube nicht, dass es eine gibt und ich glaube auch nicht, dass das
580 irgendwie zustande kommt.
- 581 I: Ich habe gelesen es gab mal welche, die aber eher wie eine Organisation
582 letztendlich waren.
- 583 E: Ja aber mehr in der Art, es gab dann ... das war dann so getarnt als
584 Selbsthilfegruppe. In Wirklichkeit waren das welche die haben dann Bildchen
585 getauscht – so! Das war eine andere Selbsthilfegruppe als wir meinen.
- 586 I: Das ist auch keine viel versprechende Idee?
- 587 E: Der Selbsthilfegedanke würde theoretisch funktionieren. Aber es wird sich
588 doch niemand dem anderen gegenüber tatsächlich in diesem Kontext outen.
589 Im Kontext schon, wir haben die gleichen Interessen. In diesem Sinne gibt es
590 ja im Internet Gruppen, Tauschgruppen und Verkaufgruppen, da wird auch
591 verkauft und was auch immer. In dem Sinne würde das schon Sinn machen.
592 Aber nicht im Sinne: „Wir helfen uns gegenseitig.“. Ich glaube nicht, dass das
593 überhaupt zustande kommt.
- 594 I: Ich höre ein bisschen heraus, dass Sie präventive Arbeit sowieso sehr
595 skeptisch betrachten? Ob es möglich ist?
- 596 E: Ja, sie kommen an die Leute natürlich heran, wenn sie praktisch in den
597 Fängen der Justiz sind. Dann ist das Ding gepackt, dann haben sie die.
598 Dann wollen die vielleicht auch was, das ist ja vielleicht auch der nächste
599 Schritt in diesem Kontext, die dann auch ein bisschen zu intrinsischer
600 Motivation oder zum Leidensdruck zu verhelfen. Das dauert manchmal ganz
601 schön lange. Aber sie haben sie ja und sie haben ja keine Wahl sich zu
602 outen. Sie sind ja schon geoutet worden. Aber wenn das einer, zumal im
603 jetzigen Klima – das werden Sie nicht mehr wissen, aber Anfang der
604 80-Jahre als die Grünen entstanden sind, da waren ein paar dabei die hatten
605 schon Ideen bestimmte Formen von Paraphilie zu legalisieren.
- 606 I: „Grüne Indianer“ – so hießen die – ich habe etwas darüber gelesen.
- 607 E: Ich weiß es nicht mehr genau. Zwei waren das, die waren ihrerseits
608 pädophil und das war damals sozusagen alles in Anführungszeichen viel
609 „liberaler“.
- 610 I: Die wollten Homophilie und Pädophilie auf einen Schlag
- 611 E: Ja, die alten Griechen hatten ja auch soundso, kann man ja alles sagen und
612 das ist ja auch natürlich eine historische Geschichte. Wenn die das heute
613 sagen würden, die wären ihres Lebens nicht mehr sicher. Damals hat es
614 Empörung gegeben, die sind dann, glaube ich, auch ausgetreten. Ich habe
615 das nicht mehr so genau im Kopf und dann war der Fall erledigt. Ich weiß
616 nicht mehr genau wie das war.
- 617 I: Wer das war? Volker Beck? Der ist aber heute noch dabei.
- 618 E: Der Volker Beck war das? Der war dabei?

619 I: Ja, das habe ich gelesen. Der war dabei. Das hat mich auch total erstaunt.
620
621 Gut okay, vielen herzlichen Dank.
622

3.5 Interview 5: Herr Dr. Seikowski (Universitätsklinikum Leipzig)

Schriftliche Befragung von Herrn Dr. Kurt Seikowski, Diplompsychologe und Psychotherapeut, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für psychische Gesundheit des Universitätsklinikums Leipzig. Herr Dr. Seikowski ist Vorsitzender der „Gesellschaft für Sexualwissenschaft e.V.“ (GSW).

Fragebogen versendet als Word-Dokument am Montag den 11. Oktober 2010.
Fragebogen bearbeitet zurückerhalten als Word-Dokument per E-Mail am 03.12.2010.

Institution:	Universitätsklinikum, Department für Psychische Gesundheit	
Ort:	Leipzig	
Name:	PD Dr. Kurt Seikowski	
Profession:	Diplompsychologe und Psychotherapeut	
Funktion:	wiss. Mitarbeiter	in der Institution seit: 1983

1

2 1. Problembeschreibung

3

4 a) Wie schätzen Sie die Motivation pädophiler Männer ein, sich freiwillig in
5 ambulante Behandlung zu begeben?

6 *Selbstbewusste Pädophile begeben sich nicht in eine Behandlung. Verunsicherte*
7 *Pädophile orientieren sich zunächst im Internet, ob es kompetente*
8 *Ansprechpartner für Pädophilie gibt. Sie meiden die Kontaktaufnahme, wenn sie*
9 *niemanden dazu finden.*

10 b) Wie bewerten Sie die allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile
11 Männer existieren?

12 *Die Behandlungsmöglichkeiten sind eher sehr dürftig*

13 c) Hat sich diesbezüglich in den letzten Jahren etwas verändert?

14 *In meine Sprechstunde trauen sich immer mehr Pädophile, die noch nie straffällig*
15 *waren, aber durch die Medien aufgeschreckt wurden – und Angst davor haben,*
16 *als die „Schweine der Nation“ gesehen zu werden.*

17 d) Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein? Oder:
18 Was macht die Behandlungsnotwendigkeit der Pädophilie aus? (Für die
19 Gesellschaft? Für die Betroffenen?)

20 *Verunsicherte Pädophile sind behandlungsbedürftig. Eine*
21 *Behandlungsnotwendigkeit gibt es nicht. Behandeln sollte man nur, wenn ein*
22 *Leidensdruck besteht.*

23 e) Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der BRD insgesamt ein?

24 *Keine Ahnung.*

25 f) Was denken Sie quält die Betroffenen mehr? Das gesellschaftliche Tabu oder
26 die Strafbarkeit ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?

27 *Beides gleichermaßen*

28 g) Wie gehen andere Institutionen Ihres Wissens nach damit um, wenn Pädophile
29 Beratung suchen?

30 *Pädophile werden von den meisten Fachleuten abgelehnt, wenn es um eine*
31 *Behandlung geht. Kollegen sagen mir oft, dass sie „so etwas“ behandeln würden.*
32 *Die gehören doch alle für immer weggesperrt.*

33 h) Welche zukünftigen Entwicklungen wären denkbar, wenn es weiterhin keine
34 entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer in ausreichender
35 Anzahl gäbe?

36 *Zu DDR-Zeiten gab es flächendeckende staatlich finanzierte*
37 *Sexualberatungsstellen – und die Beratung von Pädophilen war deutlich besser*
38 *möglich gewesen. So etwas sollte wieder eingeführt werden. Ist aber in dieser*
39 *Gesellschaft (Kapitalismus) eine Illusion*

40

41

2. Entstehungsbedingungen

42

43 a) Welche Ursachen/Entstehungsbedingungen lassen sich Ihres Wissens und Ihrer
44 Erfahrung nach als Erklärungen für die Entwicklung einer Pädophilie benennen?

45 *Pädophilie ist angeboren und hat nichts mit einer psychischen Störung zu tun.*

46

47

3. Ziele und Zielgruppen

48

49 a) Welche Voraussetzungen mussten pädophile Männer mitbringen, die sich in
50 präventiven Programm behandeln lassen wollten (Merkmale)? Welche Umstände
51 könnten in einigen Fällen gegen eine Behandlung sprechen?

52 *Ich halte von Präventivprogrammen gar nichts. Wenn sich jemand betreuen bzw.*
53 *behandeln lassen möchte, dann immer individuell.*

54 b) Welche komorbiden Störungen machen eine ambulante psychotherapeutische
55 Behandlung der Pädophilie unmöglich?

56 ???

57 c) Was ist darüber hinaus differenzialdiagnostisch zu beachten?

58 *Gar nichts – ein Psychologe bzw. Psychotherapeut ist dafür da, Leidensdruck zu*
59 *behandeln – und wenn ein Pädophiler noch andere psychische Probleme hat,*
60 *dann werden die mitbehandelt. Es geht bei der Betreuung von Pädophilen doch*
61 *nicht allein um die Pädophilie.*

62 d) Welche Präventionsziele würden Sie übergeordnet für die Arbeit mit pädophilen
63 Männern benennen? Welche konkreten Ziele sollte ein präventives Angebot für
64 pädophile Männer verfolgen?

65 *Ich sagte schon, präventive Modelle lehne ich ab.*

66 e) Würden Sie sagen, man kann potentielle Opfer von Sexualstraftaten als
67 indirekte Zielgruppe solcher Angebote benennen?

68 *Wie soll denn das gehen – jemanden einreden, er könnte mal ein Opfer werden?*
69 *Das wäre schlimm. Prävention bei Kindern ist aber möglich – dafür gibt es Modelle*
70 *z.B. in Hamburg, wo die Polizei in die Schulen geht – und Kindern erläutert, auf*
71 *was sie achten sollten, falls ihnen mal solche Handlungen begegnen sollten. Aber*
72 *man sollte Kindern keine Angst einflößen.*

73 f) Welche Ziele wollen Pädophile ihrer Ansicht nach in einer Beratung erreichen?
74 Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen sie mit einer Psychotherapie?

75 *Es gibt welche, die wollen, dass es für immer weggeht, andere suchen für sich*
76 *einen Weg, nie straffällig zu werden und was ihnen dabei helfen könne*

77 g) Welche Ziele können Pädophile in einer Beratung oder Therapie erreichen?
78 Welchen Mehrwert oder Nutzen bietet Beratung oder Therapie für die Zielgruppe
79 pädophile Männer?

80 *Bitte nicht nur für pädophile Männer. Es gibt auch pädophile Frauen. Das*
81 *Hauptziel besteht darin, dass der Pädophile seine Neigung akzeptiert und für sich*
82 *mit Unterstützung des Therapeuten nach Wegen sexueller Entlastung sucht, damit*
83 *der reale sexuelle Kontakt mit Kindern immer unwahrscheinlicher wird – Erreichen*
84 *einer Kontrollierbarkeit sexueller Impulse*

85 h) Inwiefern ist der Weg zum Ziel zeitlich planbar? Sind die Ziele Ihrer Meinung
86 nach in der in der Regel zur Verfügung stehenden Behandlungszeit erreichbar?

87 *Ich habe in meiner Sprechstunde keine zeitlichen Begrenzungen. Aber bei der*
88 *genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Anzahl der Sitzungen ist eine*
89 *sinnvolle Betreuung oft nicht möglich.*

90

91

4. Maßnahmen

92

93 a) Welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, um die Zielgruppe pädophiler
94 Männer zu erreichen? Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um
95 pädophile Männer dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ bei einem
96 Beratungsangebot zu melden?

97 *Was soll denn das? Ich will doch als Betreuer niemanden in die Therapie prügeln,*
98 *nur weil ich denke, als Obermoralapostel Personen zu rekrutieren, die so werden*
99 *sollen, wie die meisten Menschen sich das vorstellen. Das ist faschistoid.*

100 b) Welche Multiplikatoren eignen sich evtl. dazu, die Zielgruppe zu erreichen?

101 *Ich lehne es ab, irgendwie Zielgruppen zu erreichen. Es reicht aus, wenn jemand*
102 *weiß, er kann sich bei einem kompetenten Therapeuten melden, dem er vertrauen*
103 *kann. Nochmal – Patienten sucht man sich nicht, um moralisierend auf sie*
104 *einzuwirken.*

105 c) Wie kann die Therapiemotivation und die Behandlungcompliance Pädophiler
106 gefördert werden?

107 *Eine solche Förderung ist Unsinn und nicht erforderlich*

108 d) Die Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung
109 nennen die Psychotherapie – evtl. in Kombination mit Medikamenten- als die
110 Basisbehandlung der Störungen der Sexualpräferenz. Gilt dies auch für die
111 Pädophilie?

112 *Medikamente helfen bei Pädophilie nicht.*

113 e) Welches therapeutische Setting sollte pädophilen Männern angeboten werden?

114 *Diese Frage ist zu komplex. Da sollten sie folgenden Artikel von mir lesen, indem*
115 *etwas dazu drinsteht:*

116 *SEIKOWSKI K (2009) Pädophilie – psychisch krank? Ein unangenehmes*
117 *Thema in der heutigen Zeit. In Greuel L, Petermann A (Hrsg) Macht – Familie –*
118 *Gewalt (?) / Intervention und Prävention bei (sexueller) Gewalt im sozialen*
119 *Nahraum. Lengerich, Berlin, Bremen, Riga, Rom, Viernheim, Wien, Zagreb:*
120 *Pabst Science Publishers, 139-153.*

121 f) Welche therapeutischen Methoden sollten Anwendung finden?

122 *Steht im Artikel*

123 g) Welche Rolle spielt evtl. eine medikamentöse Behandlung?

124 *keine*

- 125 h) Welche Rolle spielt evtl. Angehörigenarbeit?
- 126 *Die meisten Pädophilen behalten ihre Neigung für sich. Ganz selten erzählen sie*
127 *davon ihren Eltern, in der Hoffnung Verständnis zu finden.*
- 128 i) Welche Rolle sollten in der Therapie lebensgeschichtliche Aspekte spielen und
129 welche die eher gegenwärtigen Prozesse rund um den Betroffenen?
- 130 *Das kann man nicht vorstrukturieren. Das ergibt sich aus dem Verlauf der*
131 *Betreuung.*
- 132 j) Gibt es bzgl. der pädosexuellen Handlung Schutz- oder Risikofaktoren, an
133 denen man präventiv ansetzen könnte?
- 134 *Steht im Artikel.*
- 135 k) Wie sollte in der Beratung von Selbstmeldern mit der Schweigepflicht
136 umgegangen werden? Wann ist eine Intervention seitens der Therapeuten
137 gefordert?
- 138 *Die Schweigepflicht steht über allem. Es gibt eine Ausnahme, wenn jemand einen*
139 *anderen getötet hat und der Therapeut das weiß.*

140

141 5. Projektkonzeption & Durchführung

142

- 143 a) Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund sollten die
144 Mitarbeiter/innen eines präventiven Angebotes für pädophile Männer haben?
145 Welche fachlichen und persönlichen Mindestvoraussetzungen sollte ein
146 Mitarbeiter/in eines solchen Angebotes mitbringen?
- 147 *Ich sagte schon, ich bin gegen solche Präventivprojekte. Die Betreuung*
148 *Pädophiler sollte man spezialisierten Psychotherapeuten überlassen, die selbst*
149 *mit dem Thema Pädophile neutral umgehen können. Moralischer sind völlig fehl*
150 *am Platz.*
- 151 b) Welchen Maßstäben und Gütekriterien muss ein Beratungsangebot für
152 pädophile Männer Ihrer Meinung nach entsprechen? Unter welchen Bedingungen
153 würden Sie in einem solchen Projekt/Beratungseinrichtung nicht arbeiten?
- 154 *Ich behandle zwar seit 27 Jahren Pädophile, würde aber nie in einem solchen*
155 *Projekt mitarbeiten. Ich arbeite allein mit Pädophilen, weil ich die Erfahrung*
156 *gemacht habe, dass auch die meisten Therapeuten mit dem Thema überfordert*
157 *sind. Das kann man auch nicht einfach so lernen.*
- 158 c) Wodurch sollte die Fachlichkeit des Angebotes garantiert werden?
- 159 *Völliger Ausschluss von Moralischer und Besserwisserei.*
- 160 d) Wie sollte ein solches Beratungsangebot finanziert werden? Welche Rolle spielt
161 die Art der Finanzierung für die Betroffenen?

162 *Bei mir läuft die Finanzierung über die Krankenkassen. Bei staatlichen*
163 *Beratungsstellen sollte die Betreuung kostenlos und evtl. auf Wunsch auch*
164 *anonym sein. Anonymität in meiner Einrichtung geht leider nicht.*

165

166 6. Evaluation

167

168 e) Wie kann und wird die Effektivität eines solchen Beratungsangebotes
169 gemessen und überprüft? Was sind die Erfolgskriterien? Inwiefern sind diese
170 Kriterien messbar?

171 *Das kann man nicht messen*

172 f) Welche Schwachstellen und welche Stärken sehen Sie in den in der BRD
173 bereits bestehenden Angeboten für pädophile Männer?

174 *Die Hauptschwachstelle besteht in den Präventivkonzepten darin, dass bei den*
175 *Pädophilen von „potentiellen Tätern“ gesprochen wird. Das ist eine Beleidigung*
176 *von Menschen, die sich ihre Neigung nicht ausgesucht haben.*

177 g) Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung
178 oder Normvariante? Welche Konsequenzen haben Festlegungen und Definitionen
179 der internationalen Klassifikationssysteme für die Betroffenen und deren
180 Behandlung?

181 *Aus rein praktischen Gründen sollte Pädophilie als Krankheit bezeichnet werden,*
182 *denn nur dann ist Therapie und Betreuung bezahlbar, obwohl es keine Erkrankung*
183 *ist.*

184

185 7. Schlussfolgerungen und Dokumentation

186

187 a) Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie
188 künftig und gegenwärtig für notwendig?

189 *Mehr Psychotherapeuten dafür zu gewinnen, neutral Pädophile wie jeden anderen*
190 *Patienten mit einem Leidensdruck zu akzeptieren.*

191 b) Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?

192 *Sexualberater und weitergebildete Psychotherapeuten.*

193

194 Herzlichen Dank!

195

196 *Das war ganz schön viel.*

197 *Beste Grüße Dr. Seikowski*

4. Interviews Betroffene

4.1 Schriftliches Interview 1: „Marco“

Fragebogen versendet als Word-Dokument per E-Mail am 22.09.2010.
Fragebogen bearbeitet zurückerhalten als Word-Dokument per E-Mail am 29.09.2010.

Alter: 37	Bundesland: <i>Niedersachsen</i>
Gewünschtes Pseudonym: <i>Marco</i>	
Beratungserfahrung:	<u>ja</u> nein (bitte ankreuzen)
Wenn ja, wo?(Art der Institution):	<i>UKE Hamburg-Eppendorf, niedergelassener Psychotherapeut in Hamburg</i>
Erfahrung mit medikamentöser Behandlung:	ja <u>nein</u> (bitte ankreuzen)

1

2 1. Was ärgert Sie am meisten, wenn in den Medien über Pädophilie berichtet oder
3 davon gesprochen wird?

4 *Die unentwegte Gleichsetzen zwischen Pädophilie (= sexuelle Präferenzstörung)*
5 *und sexuellem Missbrauch (= Straftat)*

6 2. Können Sie sich an den Zeitpunkt (z.B. Lebensalter) erinnern, an dem Sie sich
7 zum ersten Mal fachliche Beratung gewünscht haben?

8 *Mit ca. 15, 16 Jahren*

9 3. Gab es Momente in Ihrem Leben (z.B. Situationen), in denen ein professioneller
10 Ansprechpartner für Sie rückblickend besonders wichtig gewesen wäre (oder
11 war)?

12 *Da gab es mehre Situationen, von denen ich zwei als besonders intensiv erlebt*
13 *habe. Zum einen meine Zeit im Teenageralter von 16, 17 Jahren, als ich sehr*
14 *unter der Intensität meiner Gefühle litt und mich regelmäßig in Kinder verliebte,*
15 *ohne dass mit jemand helfen konnte, damit umzugehen.*

16 *Der zweite kritische Phase war die Zeit, kurz nachdem mit meine sexuelle*
17 *Ausrichtung in vollem Umfang bewusst geworden ist, also gegen Ende 2003. Zu*
18 *diesem Zeitpunkt fühlte ich mich extrem hilflos, depressiv und sogar*
19 *suizidgefährdet. Ohne fachliche Hilfe hätte ich diese Zeit wohl kaum überstanden.*

20 4. Hätten Sie sich bezüglich der Entwicklung/des Bewusstwerdens Ihrer
21 Pädophilie bereits in Ihrer Schulzeit diesbezüglich einen neutralen
22 Ansprechpartner gewünscht?

23 *Ja, das hätte mir sehr geholfen.*

24 5. Wie schätzen Sie die allgemeine Motivation pädophiler Männer ein, sich
25 eigeninitiativ in ambulante Behandlung zu begeben?

26 *Eine Prozentzahl kann ich nicht nennen, weil ich dazu nicht genügend andere*
27 *Betroffen kenne. Nach meiner persönlichen Erfahrung ist die Bereitschaft, sich*
28 *behandeln zu lassen, aber höher, als gemeinhin vermutet.*

29 6. Halten Sie die Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile Männer existieren,
30 für ausreichend?

31 *Eindeutig nein! Wir brauchen mindestens ein spezialisierte Fachberatungsstelle pro*
32 *Bundesland, in größeren und bevölkerungsreichen Bundesländern sogar mehrere.*

33 7. Hat sich diesbezüglich Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren etwas
34 verändert?

35 *Die Etablierung des Projekts „Kein Täter werden“ in den Bundesländern Berlin,*
36 *Schleswig-Holstein und Bayern war ein wichtiger Schritt, der die Versorgungslage*
37 *in den vergangenen 5 Jahren deutlich verbessert hat.*

38 8. Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein? Oder:
39 Was kann die Behandlungsnotwendigkeit einer Pädophilie Ihrer Meinung nach
40 ausmachen?

41 *Die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ergibt sich für mich aus den*
42 *beiden Kriterien Selbstgefährdung und Fremdgefährdung. Wenn ein Pädophiler*
43 *seine sexuelle Ausrichtung nicht kontrollieren und Gefahr läuft, ein Kind zu*
44 *missbrauchen, dann liegt eine Fremdgefährdung vor.*

45 *Es gibt aber auch Pädophile, die unter einem starken inneren Leidendruck stehen,*
46 *die depressiv werden, mit ihrem Leben nicht mehr zurechtkommen und im*
47 *Extremfall suizidgefährdet werden können. Auch das ist für mich eine klare*
48 *Therapieindikation.*

49 9. Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der gesamten BRD ungefähr
50 ein?

51 -

52 10. Was quält Sie (oder andere Ihnen bekannte Pädophile) als Betroffenen mehr?
53 Das gesellschaftliche Tabu, das mit der Pädophilie verbunden ist oder die
54 Strafbarkeit Ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?

55 *Eindeutig das erste. Seine Sexualität nicht ausleben zu dürfen, daran kann man*
56 *sich gewöhnen. Wenn man aber nicht mal über sein Problem sprechen kann,*
57 *ohne dafür massiv vorverurteilt zu werden, dann ist das auf Dauer eine enorme*
58 *psychische Belastung, an der selbst der Stärkste zerbrechen kann.*

59 11. Wie gehen Institutionen Ihrer Erfahrung nach damit um, wenn Pädophile
60 Beratung suchen?

61 *Meine persönlichen Erfahrungen sind fast ausschließlich positiv; auf Vorurteile*
62 *oder Ablehnung bin ich noch nicht gestoßen. Ein großes Problem sind allerdings*
63 *die zum Teil sehr langen Wartezeiten von teilweise mehreren Jahren, auf die sich*
64 *Hilfe suchende Pädophile einstellen müssen. Hier muss sich dringen etwas*
65 *ändern!*

66 12. Welche zukünftigen Entwicklungen wären Ihrer Meinung nach denkbar, wenn
67 es weiterhin keine entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer
68 in ausreichender Anzahl gäbe?

69 -

70 13. Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach die Ursachen der Entstehung einer
71 Pädophilie für eine Beratung oder Therapie?

72 *Das kommt auf den Einzelfall an. Einige Pädophile haben für sich selbst eine*
73 *schlüssige Erklärung für ihre pädophile Entwicklung gefunden, andere habe hier*
74 *für sich noch einen großen Klärungsbedarf und wollen besser verstehen lernen,*
75 *warum sie pädophil geworden sind.*

76 14. Wäre Ihnen eine Bearbeitung Ihrer Lebensgeschichte in der
77 Beratung/Therapie wichtig oder sollten für Sie darin mehr Ihre gegenwärtigen
78 Lebensumstände eine Rolle spielen?

79 *Für mich ist beides wichtig, sowohl die Vergangenheitsbewältigung als auch*
80 *meine aktuelle Lebenssituation. Wie diese beiden Anteile in der Therapie*
81 *gewichtet werden, sollte immer vom Einzelfall abhängen. Hier sollten sich die*
82 *Therapeuten bzw. die Therpiekonzepte hinreichend flexibel zeigen.*

83 15. Welche Voraussetzungen müsste ein Beratungsangebot bieten, damit Sie sich
84 dort melden und behandeln lassen würden?

85 *Wichtig ist mir die Bereitschaft, individuell auf die Problem und die Lebenssituation*
86 *des Einzelnen einzugehen. Standardisierte bzw. manualisierte*
87 *Behandlungsangebote lehne ich für mich ab. Ebenso wichtig ist mir ein*
88 *respektvolle Ansprache, bei der ich nicht nur auf den „ien Täter“ reduziert werde,*

89 *sondern mich als Mensch mit all meinen Facetten, auch mit meinen positiven*
90 *Qualitäten, angenommen fühle.*

91 16. Welche Sorgen und Ängste bzw. Vorbehalte verknüpfen Sie oder andere
92 Pädophile mit Beratungsangeboten?

93 *-Wie schon in Frage 15 gesagt: Pädophile werden oft zu sehr auf den „potentiellen*
94 *Täter“ reduziert, wodurch man ihnen das Gefühl gibt, als Persönlichkeit auch mit*
95 *ihren positiven Seiten (die man auch als Pädophiler hat) nicht wirklich gesehen*
96 *und wertgeschätzt zu werden.*

97 *- Ein weiterer Kritikpunkt sind für mich die stark manualisierten Therapieprogramme,*
98 *die zu wenig Raum lassen, auf die Wünsche und Bedürfnisse des Einzelnen*
99 *einzugehen. Wenn ich z. B. höre, wie die Therapie an der Charité abläuft, dann*
100 *hat das für mein Empfinden etwas von „Schulungen“ oder von „Trainingskursen“,*
101 *aber nicht von einer Therapie, wo der individuelle Mensch mit seinen Sorgen und*
102 *Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen sollte. Sämtliche Patienten werden stur nach*
103 *einem vorgegebenen Schema behandelt, und so etwas lehne ich für mich strikt*
104 *ab.*

105 17. Welche Ziele würden Sie oder Ihnen bekannte Pädophile Ihrer Meinung nach
106 in einer Beratung erreichen wollen? Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen
107 Sie mit einer Therapie?

108 *Zwei Ziele wären mir wichtig: Zum einen möchte ich mir sicher sein, meine*
109 *sexuellen Impulse auch in Zukunft in allen nur denkbaren Situationen jederzeit*
110 *absolut unter Kontrolle zu halten. Zum anderen möchte ich trotz der unerfüllbaren*
111 *Sexualität ein halbwegs glückliches, zufriedenes und ausgeglichenes Leben*
112 *führen. Beide Aspekte wäre für mich die zentralen Punkte einer jeden Therapie.*

113 *Ganz wichtig ist natürlich auch, dass der Therapeut mich als Pädophilen nicht*
114 *bewusst oder unbewusst vorverurteilt, sondern mir genauso offen und unbefangen*
115 *gegenübertritt wie jedem anderen Patienten auch.*

116 18. Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um pädophile Männer
117 dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ bei einem Beratungsangebot zu melden?
118 (E-Mail-Kontakt? Anonymität? Titel des Projektes? Kostenfreie Telefonnummer?)

119 *Ich glaube, die hier genannten Punkte sind Äußerlichkeiten und nicht wirklich*
120 *entscheidend. Für viel wichtiger halte ich die unter den Fragen 15-17*
121 *angesprochenen Aspekte, also – um es verkürzt wiederzugeben – den Patienten*
122 *respektvoll behandeln (ihn z. B. nicht auf den „potentiellen Täter“ reduzieren) und*
123 *ihn in seiner Individualität ernst nehmen, ohne ihn irgendwelche manualisierten*
124 *Schablonen zu pressen.*

125 19. Welche Ziele können Pädophile Ihrer Meinung nach in einer Beratung oder
126 Therapie realistisch erreichen?

127 *Die Frage habe ich im Wesentlichen schon mit Frage 17 beantwortet. Für*
128 *realistisch halte ich das Erlernen und Techniken und Verhaltensstrategien, die ein*
129 *zuverlässige Impulskontrolle unter allen Umständen jederzeit gewährleisten. Für*
130 *realistisch halte ich auch das Finden von individuellen Kompensationsstrategien,*
131 *mit denen man auch trotz der unerfüllbaren Sexualität ein halbwegs zufriedenes*
132 *Leben führen kann.*

133 20. Was würde Sie dazu motivieren, sich beraten zu lassen?

134 *Die entscheidende Motivation wäre für mich eine innere Unzufriedenheit mit meiner*
135 *gegenwärtigen Lebenssituation; bei der ich merke, dass ich mit meiner pädophilen*
136 *Ausrichtung nicht so zurechtkomme, wie ich mir das wünschen würde.*

137 21. Was würde Sie davon abhalten, sich in Beratung zu begeben?

138 – *zu weite Entfernung vom Wohnort*

139 – *ein zu starres (manualisiertes) Therapiekonzept ohne hinreichend*
140 *Möglichkeit, auf die Wünsche und Bedürfnisse des Einzelnen einzugehen*

141 22. Unter welchen Umständen würden Sie die Beratung vorzeitig abbrechen?

142 – *ausbleibender Therapierfolg*

143 – *Forderungen von Seiten der Therapeuten, die ich für mich nicht annehmen*
144 *kann (z. B. kategorischer Verzicht auf die ehrenamtliche Jugendarbeit)*

145 23. Welches therapeutische Setting würden Sie warum bevorzugen (Gruppen-
146 oder Einzeltherapie)?

147 *Mit Gruppentherapien habe ich keine Erfahrung, deshalb kann ich Gruppen- und*
148 *Einzeltherapie für mich nicht direkt gegenüber stellen. Ich denke aber, beide*
149 *Therapieformen wären wichtig, denn beide haben ihre Vor- und Nachteile. Die*
150 *Gruppentherapie hat den Vorteil das ich mich mit anderen Betroffenen austauschen*
151 *und von ihnen lernen kann, die Einzeltherapie hat den Vorteil, dass ich meine*
152 *individuellen Probleme intensiver bearbeiten könnte, als das in einer Gruppe*
153 *möglich wäre. Ein gutes Behandlungsangebot sollte beide Optionen anbieten und*
154 *je nach Einzelfall individuell einsetzen.*

155 24. Wie stehen Sie zu einer medikamentösen Behandlung?

156 *In einer akuten Gefahrensituation, wenn jemand seine sexuelle Impulse aus*
157 *eigener Kraft nicht zu kontrollieren weiß, halte ich dies für ein gerechtfertigte und*
158 *manchmal auch notwendige Indikation. Einer langfristigen medikamentösen*
159 *Behandlung stehe ich dagegen skeptisch gegenüber, da sie die tiefer liegenden*
160 *psychischen Probleme nicht löst, sondern nur verdeckt.*

161 25. Könnten Sie sich vorstellen, dass auch mit Ihren Angehörigen gearbeitet
162 würde?

163 *Sofern ich in einer Partnerschaft leben würde (z. B. mit einer erwachsenen Frau)*
164 *würde ich dies für sehr sinnvoll halten. Da ich aber noch nie einen erwachsenen*
165 *Lebenspartner hatte, halte ich eine Angehörigenberatung bei mir aktuell für nicht*
166 *erforderlich.*

167 26. *Wie soll in der Beratung mit der Schweigepflicht umgegangen werden?*
168 *Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie mit einem Aussetzen der*
169 *Schweigepflicht gegenüber bestimmten Personen/Institutionen einverstanden*
170 *wären?*

171 *Grundsätzlich erwarte ich eine strikte Einhaltung der Schweigepflicht, wie von*
172 *jedem anderen Arzt oder Therapeuten auch. Ich sehe natürlich das Dilemma der*
173 *Therapeuten, dass sie handeln und gegebenenfalls auch die Schweigepflicht*
174 *brechen müssen, falls sie zum Mitwisser von schweren Straftaten werden sollten.*
175 *Ich denke aber, die gesetzlichen Regelungen sind hierzu ausreichend.*

176 27. *Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund würden Sie sich*
177 *von den Mitarbeiter/innen eines Beratungsangebotes wünschen? Welche*
178 *fachlichen und persönlichen Mindestvoraussetzungen sollte ein/e Berater/in*
179 *mitbringen?*

180 *Eine psychotherapeutische Ausbildung halte ich für unabdingbar, sogar noch für*
181 *wichtiger als eine medizinische Ausbildung, denn Pädophilie ist für mich nicht in*
182 *erster Linie ein sexualmedizinisches Problem, sondern ein Problem der inneren*
183 *Lebensenseinstellung.*

184 *Wünschenswert wäre mir auch eine pädagogische Ausbildung, verbunden mit*
185 *konkreten Erfahrungen im Umgang mit Kindern. Da ich in der Jugendarbeit*
186 *selbst mit Kindern arbeite, wäre es mir wichtig, diese Erfahrungen in der Therapie*
187 *besprechen zu können – und zwar mit Menschen, die ebenfalls Erfahrungen im*
188 *Umgang mit Kindern haben.*

189 28. *An welche Institution (Beratungsstelle, psychiatrisches Krankenhaus, Uni-*
190 *Kliniken) sollte ein Beratungsangebot idealerweise angeschlossen sein?*

191 *Diese Frage ist für mich nachrangig. Wichtiger ist für mich die hinreichende*
192 *regionale Erreichbarkeit. Weiter als ca. 100 km sollte ein Beratungsstelle nicht*
193 *entfernt liegen.*

194 29. *Würden Sie sich auch in einer forensischen Ambulanz beraten lassen? Wenn*
195 *nein, warum nicht?*

196 *Das kommt ganz darauf an, ob das dortige Therapiekonzept für mich passend ist–*
197 *und auf den persönlichen Eindruck, den ich von den Ärzten und Therapeuten habe.*

198 30. *Wie weit würden Sie für eine Beratung fahren? Legen sie Wert auf die*
199 *Regionalität des Angebotes?*

200 *Die Regionalität ist mir sehr wichtig, weiter als ca. 100 km sollte eine*
201 *Beratungsstelle nicht entfernt liegen, denn sonst wäre mir ein regelmäßige*
202 *Teilnahme kaum möglich. (vergl. Frage 28)*

203 31. Wann würden Sie für sich sagen können war eine Beratung oder Therapie für
204 Sie gewinnbringend (wenn welche Effekte erreicht wurden)?

205 *Auch hier verweise ich noch einmal auf Frage 17. Zum einen möchte ich mir*
206 *sicher sein, meine sexuellen Impulse auch in Zukunft in allen nur denkbaren*
207 *Situationen jederzeit absolut unter Kontrolle zu halten. Zum anderen möchte ich*
208 *trotz der unerfüllbaren Sexualität ein halbwegs glückliches und zufriedenes Leben*
209 *führen. Wenn ich diese beiden Ziele für mich dauerhaft festigen kann, dann würde*
210 *ich eine Therapie im Rückblick für mich als als gewinnbringend bezeichnen.*

211 32. Welche Wirkung/en einer Beratung/Therapie würden Sie sich für einen
212 längeren Zeitraum wünschen?

213 *Zusätzlich zu den bereits genannten Punkten wäre mir wichtig, dass ein Therapeut*
214 *bzw eine Beratungsstelle mir auch langfristig bei Bedarf als Ansprechpartner (z. B.*
215 *in plötzlichen Lebenskrisen) zur Verfügung steht, auch wenn die „eigentliche“*
216 *Therapie bereits abgeschlossen ist.*

217 33. Welche Beratungsmöglichkeiten für Pädophile, die nicht strafrechtlich in
218 Erscheinung getreten sind, sind Ihnen in der BRD bekannt? Welche
219 Schwachstellen und welche Stärken dieser Projekte sehen Sie? Haben Sie
220 Verbesserungsvorschläge?

221 *Zur Auflistung der mir bekannten Beratungsstellen verweise ich auf meine*
222 *Website, wo ich alle mir bekannten Stellen aufgelistet habe:*

223 *[http://www.schicksal-und-herausforderung.de/was-erwartet-mich-in-einer-](http://www.schicksal-und-herausforderung.de/was-erwartet-mich-in-einer-therapie/wo-finde-ich-hilfe.html)*
224 *[therapie/wo-finde-ich-hilfe.html](http://www.schicksal-und-herausforderung.de/was-erwartet-mich-in-einer-therapie/wo-finde-ich-hilfe.html)*

225 *Zu den Schwachstellen dieser Angebote: siehe Fragen 15 und 16. Zu Stärken: Die*
226 *größte Stärke von Projekten wie „Kein Täter werden“ sehe ich darin, dass sie die*
227 *Zeilgruppe offen ansprechen (auch über die Medien), indem sie pädophilen*
228 *Männern vermitteln: „Kommt zu uns, wir verurteilen euch nicht, sondern wir helfen*
229 *euch!“ Dadurch wissen die Betroffenen, das sie an der richtigen Adresse sind und*
230 *keine Schwellenängste zu haben brauchen.*

231 34. Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung
232 oder Normvariante für Sie?

233 *Für mich persönlich ist diese Frage von untergeordneter Bedeutung. Wichtig ist für*
234 *mich nicht, ob ich an einer „Krankheit“ oder einer „sexuellen Normvariante“ leide,*
235 *sonder wie ich im Alltag konkret damit umgehe. Das ist für mich das einzige, was*
236 *zählt und was mich wirklich weiter bringt.*

237 35. Welchen Einfluss nehmen Ihrer Meinung nach sprachliche Festlegungen?
238 Was halten Sie von dem Titel „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ und dem Slogan
239 „Kein Täter werden“ des Beratungsangebotes der Charité Berlin?

240 *Sprachliche Festlegungen sind mir nebensächlich, entscheidend sind sie Inhalte.*
241 *Die inhaltlichen Konzepte müssen natürlich überzeugend erklärt und vermittelt*
242 *werden, aber das geht nicht über Schlagworte wie „Dunkelfeld“, „kein Täter*
243 *werden“ usw., weshalb ich auf solche Werbesprüche nicht viel gebe.*

244 36. Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie
245 künftig und gegenwärtig für notwendig?

246 *Wie schon in Frage 6 gesagt: Wir brauchen mindestens ein spezialisierte*
247 *Fachberatungsstelle pro Bundesland, in größeren und bevölkerungsreichen*
248 *Bundesländern sogar mehrere.*

249 37. Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?

250 *Für mich ist das in allererster Linie Aufgabe der Psychotherapeuten (ärztlich und*
251 *psychologisch), egal ob sie freiberuflich tätig sind oder an einer Klinik oder dergl.*
252 *angestellt sind. Auch die Hausärzte sollten mit der Problematik vertraut sein, denn*
253 *sie sind in der Regel die ersten Ansprechpartner, wenn es darum geht, die*
254 *Patienten an eine geeignete Fachberatungsstelle weiter zu vermitteln.*

255 *Zu Bedenken ist auch, dass pädophile Männer häufig wegen Sekundärsymptomen*
256 *zum Hausarzt gehen, wie z. B. Depressionen, Suchterkrankungen oder anderer*
257 *psychosomatischer Folgen. Auch heir sollten Hausärzte darauf vorbereitet sein,*
258 *dass im Einzelfall auch ein pädophile Sexualpräferenz als Grunderkrankung*
259 *dahinter stecken könnte, mit der man als Arzt unvoreingenommen umgehen*
260 *muss.*

261 38. Welchen Einfluss nimmt Ihrer Meinung nach die Gesellschaft auf die
262 Bereitschaft Pädophiler, sich beraten zu lassen?

263 *Die Haltung der Gesellschaft hat einen ganz entscheidenden Einfluss auf die*
264 *Beratsuchsbereitschaft pädophiler Männer. Solange Pädophile in der Öffentlichkeit*
265 *immer nur mit Tätern bzw. potentiellen Tätern gleichgesetzt werden, wird die*
266 *Schwellenangst der meisten Pädophilen sehr hoch sein, sich in therapeutische*
267 *Beratung zu begeben, weil sie sofort damit rechnen müssen, entsprechend*
268 *stigmatisiert zu werden.*

269 39. Welche Rolle spielt das Internet für Sie (Beratung? Information? Austausch?
270 Chance oder Risiko?)

271 *Das Internet spielt in der heutigen Zeit eine ganz zentrale Rolle, im Guten (z.B.*
272 *Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten) wie im Schlechten (z. B.*
273 *Austausch von Kinderpornographie). Chancen und Risiken halten sich meiner*
274 *Meinung nach in etwa die Waage, weshalb jede einseitige Betrachtung nichts*

275 *bringt. Der große Vorteil des Internets ist seine weitgehende Anonymität, die*
276 *gerade für Pädophile ganz besonders wichtig ist, egal ob sie nun gute oder*
277 *kriminelle Absichten verfolgen.*

278

279 40. Sonstiges (Was Sie noch gerne anmerken möchten...):

280 -

281 Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Mühe!

282

4.2 Schriftliches Interview 2: „Basty“

Fragenbogen versendet als Word-Dokument per E-Mail am 24.09.2010.
Fragebogen bearbeitet zurückerhalten als Word-Dokument per E-Mail am
15.10.2010.

Alter: 29 Jahre	Bundesland: Niedersachsen
Gewünschtes Pseudonym: Basty	
Beratungserfahrung: ja	<input checked="" type="checkbox"/> <u>nein</u> (bitte ankreuzen)
Wenn ja, wo?(Art der Institution):.....	
Erfahrung mit medikamentöser Behandlung: ja	<input checked="" type="checkbox"/> <u>nein</u> (bitte ankreuzen)

1

2 1. Was ärgert Sie am meisten, wenn in den Medien über Pädophilie berichtet oder
3 davon gesprochen wird?

4 - *Die Gleichstellung von tatsächlich verübter sexueller Gewalt an Kindern mit der*
5 *bloßen sexuellen Neigung zu Kindern (Pädophiler = Täter / Täter = Pädophiler).*

6 - *Die generelle Uninformiertheit und die mangelnde Bereitschaft einer*
7 *umfassenden tief- und hintergründigen Auseinandersetzung mit dem Thema.*

8 2. Können Sie sich an den Zeitpunkt (z.B. Lebensalter) erinnern, an dem Sie sich
9 zum ersten Mal fachliche Beratung gewünscht haben?

10 - *Im Alter von etwa 19 Jahren.*

11 3. Gab es Momente in Ihrem Leben (z.B. Situationen), in denen ein professioneller
12 Ansprechpartner für Sie rückblickend besonders wichtig gewesen wäre (oder
13 war)?

14 - *Ja!*

15 4. Hätten Sie sich bezüglich der Entwicklung/des Bewusstwerdens Ihrer
16 Pädophilie bereits in Ihrer Schulzeit diesbezüglich einen neutralen
17 Ansprechpartner gewünscht?

18 - *Ja!*

19 5. Wie schätzen Sie die allgemeine Motivation pädophiler Männer ein, sich
20 eigeninitiativ in ambulante Behandlung zu begeben?

21 - *Ich denke, dass die klare Mehrheit aller Pädophilen viel darum geben würde
22 nicht pädophil zu sein. Dass man sich dennoch nicht unbedingt in Behandlung
23 begibt, hat wahrscheinlich weniger mit nicht vorhandener Motivation, als mit Angst
24 zu tun.*

25 6. Halten Sie die Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile Männer existieren,
26 für ausreichend?

27 - *Nein!*

28 7. Hat sich diesbezüglich Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren etwas
29 verändert?

30 - *Ja, aber leider viel zu wenig! Als erste Anlaufstelle gilt wohl immer noch die
31 Charité in Berlin im Rahmen des Präventionsprojektes „Kein Täter werden“, sowie
32 dessen regionalen Ableger in Kiel und Regensburg! Ehrlich gesagt sind mir auch
33 keine weiteren seriösen Anlaufstellen bekannt.*

34 8. Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein? Oder:
35 Was kann die Behandlungsnotwendigkeit einer Pädophilie Ihrer Meinung nach
36 ausmachen?

37 - *Die Behandlungsbedürftigkeit ist sicherlich als sehr hoch einzustufen. Es geht
38 letztlich ja immer darum, Kinder vor den eigenen sexuellen Wünschen und
39 Bedürfnissen zu schützen. Und insofern das Ausleben der eigenen Sexualität ein
40 permanent wiederkehrendes menschliches Grundbedürfnis ist, das man als
41 Pädophiler lebenslang (!) nicht befriedigen darf, sollte klar sein, dass Pädophile
42 einer besonderen und weitgehenden Selbstkontrolle ihrer eigenen „Natur“
43 bedürfen.*

44 9. Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der gesamten BRD ungefähr
45 ein?

46 - *An statistischen Spekulationen mag ich mich nicht beteiligen. Wichtiger wäre es*
47 *ohnehin, die ganze Thematik aus dem „Dunkelfeld“ herauszuholen. Aber bis dahin*
48 *ist es noch ein langer Weg...*

49 10. Was quält Sie (oder andere Ihnen bekannte Pädophile) als Betroffenen mehr?
50 Das gesellschaftliche Tabu, das mit der Pädophilie verbunden ist oder die
51 Strafbarkeit Ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?

52 - *Eindeutig das gesellschaftliche Tabu!*

53 11. Wie gehen Institutionen Ihrer Erfahrung nach damit um, wenn Pädophile
54 Beratung suchen?

55 -

56 12. Welche zukünftigen Entwicklungen wären Ihrer Meinung nach denkbar, wenn
57 es weiterhin keine entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer
58 in ausreichender Anzahl gäbe?

59 - *Das ist einfach – es ändert sich nichts! Alles bleibt wie es jetzt ist und immer*
60 *schon war. Dann wird es auch weiterhin die gleichen Opfer der gleichen*
61 *Verbrechen in gleicher Anzahl geben.*

62 13. Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach die Ursachen der Entstehung einer
63 Pädophilie für eine Beratung oder Therapie?

64 - *Es heißt doch, dass man die Ursachen nicht kennt? Vielleicht traut man sich aber*
65 *auch nur noch nicht darüber zu sprechen? Wie dem auch sei - würde man sich mit*
66 *den Ursachen auskennen, wäre dies sicherlich sowohl für die Behandlung einer*
67 *pädophilen Sexualpräferenz als auch für die eventuelle Verhinderung ihrer*
68 *Entstehung von unschätzbarem Wert.*

69 14. Wäre Ihnen eine Bearbeitung Ihrer Lebensgeschichte in der
70 Beratung/Therapie wichtig oder sollten für Sie darin mehr Ihre gegenwärtigen
71 Lebensumstände eine Rolle spielen?

72 - *Innerhalb einer Therapie sollten Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft*
73 *gleichmaßen und auch in etwa gleicher Gewichtung berücksichtigt werden.*

74 15. Welche Voraussetzungen müsste ein Beratungsangebot bieten, damit Sie sich
75 dort melden und behandeln lassen würden?

76 - *Pädophilie wird nicht ausschließlich als Störung der Sexualpräferenz angesehen.*

77 - *Es geht um den Schutz der Kinder und um die Verbesserung der Lebenssituation*
78 *Betroffener.*

79 - *Ich muss für die Teilnahme nicht gleich meine ganze Existenz aufgeben.*

80 - *Es wird Einzeltherapie angeboten.*

- 81 16. Welche Sorgen und Ängste bzw. Vorbehalte verknüpfen Sie oder andere
82 Pädophile mit Beratungsangeboten?
- 83 - *Dass ich mich fühle, als stünde ich vor Gericht.*
- 84 - *Dass man die Alltagsnöte, denen man als Pädophiler begegnet, nicht ernst*
85 *nimmt oder verharmlost oder ihnen mit Desinteresse begegnet.*
- 86 - *Dass man als krankes Monstrum angesehen wird.*
- 87 17. Welche Ziele würden Sie oder Ihnen bekannte Pädophile Ihrer Meinung nach
88 in einer Beratung erreichen wollen? Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen
89 Sie mit einer Therapie?
- 90 - *Mehr Sicherheit nie einen sexuellen Übergriff zu begehen, mehr*
91 *Handlungsstrategien um diese Sicherheit zu erreichen.*
- 92 18. Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um pädophile Männer
93 dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ bei einem Beratungsangebot zu melden?
94 (E-Mail-Kontakt? Anonymität? Titel des Projektes? Kostenfreie Telefonnummer?)
- 95 - *Offenheit, Vorurteilsfreiheit, echtes Interesse am Betroffenen, konsequentes*
96 *Interesse am Kinderschutz.*
- 97 19. Welche Ziele können Pädophile Ihrer Meinung nach in einer Beratung oder
98 Therapie realistisch erreichen?
- 99 - *Siehe Antwort zu Frage 17.*
- 100 20. Was würde Sie dazu motivieren, sich beraten zu lassen?
- 101 - *Die Grundangst einen Übergriff zu begehen.*
- 102 - *Das Gefühl, die Kontrolle über mich zu verlieren.*
- 103 - *In eine Situation zu geraten, die einen Übergriff ermöglichen könnte. (z.B. man*
104 *lernt ein Kind in unmittelbarer Umgebung kennen)*
- 105 - *Ansonsten siehe Fragen 15 und 18*
- 106 21. Was würde Sie davon abhalten, sich in Beratung zu begeben?
- 107 - *Ich denke, dass ergibt sich aus den vorhergehenden Fragen...*
- 108 22. Unter welchen Umständen würden Sie die Beratung vorzeitig abbrechen?
- 109 -
- 110 23. Welches therapeutische Setting würden Sie warum bevorzugen (Gruppen-
111 oder Einzeltherapie)?

112 - Ich bevorzuge ein einzeltherapeutisches Setting. Da ich als Kind selbst sexuelle
113 und andere gewalttätige Übergriffe erlebt habe, könnte ein Gruppensetting (z.B.
114 mit „Dunkelfeldtätern“) re-traumatisierend wirken. Außerdem möchte ich über
115 meine sexuelle Präferenz nur mit Leuten sprechen, die ich mir selbst ausgesucht
116 habe. Zu guter Letzt habe ich immer ein bisschen Angst, mir von einem
117 Therapieteilnehmer das übliche Geschwätz der pädosexuellen Szene anhören zu
118 müssen. Das nervt und darauf hätte ich keine Lust...

119 24. Wie stehen Sie zu einer medikamentösen Behandlung?

120 - Da man lebenslang auf das Ausleben seiner sexuellen Wünsche und
121 Bedürfnisse verzichten muss, halte ich Medikamente langfristig für keine gute
122 Lösung. Als Bedarfsmedikation zur vorübergehenden Unterstützung der
123 „Selbstkontrolle“ oder für „schlechte Zeiten“, in denen die sexuellen Wünsche
124 stärker als sonst in den Vordergrund rücken, halte ich eine medikamentöse
125 Behandlung aber auf jeden Fall für sinnvoll und fallweise auch für notwendig.

126 25. Könnten Sie sich vorstellen, dass auch mit Ihren Angehörigen gearbeitet
127 würde?

128 - Nein – ich habe auch keine Angehörigen!

129 26. Wie soll in der Beratung mit der Schweigepflicht umgegangen werden?
130 Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie mit einem Aussetzen der
131 Schweigepflicht gegenüber bestimmten Personen/Institutionen einverstanden
132 wären?

133 - Ja!

134 27. Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund würden Sie sich
135 von den Mitarbeiter/innen eines Beratungsangebotes wünschen? Welche
136 fachlichen und persönlichen Mindestvoraussetzungen sollte ein/e Berater/in
137 mitbringen?

138 - Früher oder später muss es eine störungsspezifische Zusatzausbildung für
139 Therapeuten geben, andernfalls wird man eine pädophile Präferenz nie adäquat
140 behandeln können!

141 28. An welche Institution (Beratungsstelle, psychiatrisches Krankenhaus, Uni-
142 Kliniken) sollte ein Beratungsangebot idealerweise angeschlossen sein?

143 - An eine isolierte psychotherapeutische Einrichtung (es gefällt mir generell nicht,
144 dass Psychotherapie fast immer innerhalb einer psychiatrischen Einrichtung
145 stattfindet).

146 29. Würden Sie sich auch in einer forensischen Ambulanz beraten lassen? Wenn
147 nein, warum nicht?

148 - Nein – mir gefällt der „Täterumkreis“ nicht!

149 30. Wie weit würden Sie für eine Beratung fahren? Legen sie Wert auf die
150 Regionalität des Angebotes?

151 *- Ein nahegelegenes Angebot macht selbstverständlich vieles Einfacher. Es ist für
152 mich aber kein K.O.-Kriterium.*

153 31. Wann würden Sie für sich sagen können war eine Beratung oder Therapie für
154 Sie gewinnbringend (wenn welche Effekte erreicht wurden)?

155 *- Siehe Antwort zu Frage 17...*

156 32. Welche Wirkung/en einer Beratung/Therapie würden Sie sich für einen
157 längeren Zeitraum wünschen?

158 *- Siehe Antwort zu Frage 17...*

159 33. Welche Beratungsmöglichkeiten für Pädophile, die nicht strafrechtlich in
160 Erscheinung getreten sind, sind Ihnen in der BRD bekannt? Welche
161 Schwachstellen und welche Stärken dieser Projekte sehen Sie? Haben Sie
162 Verbesserungsvorschläge?

163 *- Mir ist ausschließlich das Präventionsprojekt der Charité in Berlin, sowie dessen
164 Ableger in Kiel und Regensburg bekannt. Da ich an diesen Projekten nicht
165 teilgenommen habe, kann ich zu deren Qualität nichts sagen.*

166 34. Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung
167 oder Normvariante für Sie?

168 *- Nach meiner Erfahrung und meinem Selbstverständnis als Pädophiler handelt es
169 sich bei einer Pädophilie nicht allein und ausschließlich um eine Störung der
170 sexuellen Präferenz, sondern sie steht in Zusammenhang mit weitergehenden und
171 umfassenderen Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen. Das spezifische
172 Interesse von Pädophilen an Kindern und Jugendlichen bzw. an Kindheit und
173 Jugendlichkeit geht nach meinem Empfinden und meiner persönlichen Erfahrung
174 weit über bloße sexuelle Wünsche und Bedürfnisse hinaus. Über die
175 außerordentliche Bedeutung des sexuellen Aspekts muss man wegen der sich
176 daraus ergebenden Gefahr für Kinder und den Betroffenen selbst nicht streiten.
177 Dennoch scheint es mir wichtig, dass „Pädophilie“ zukünftig in einem größeren
178 Gesamtzusammenhang betrachtet wird. Und für eine spezifische Behandlung
179 eines Pädophilen halte ich es ohnehin für unbedingt notwendig, die persönliche
180 Entwicklungsgeschichte und das gesamte daraus resultierende Störungsbild mit in
181 die Behandlung einzubeziehen. Darüber hinaus frage ich mich häufig, ob alles
182 was mit meiner pädophilen „Persönlichkeitsstruktur“ und
183 Persönlichkeitsmerkmalen zusammenhängt wirklich nur schlecht ist, oder ob es
184 nicht auch den ein oder anderen gesunden oder sogar potentiell
185 gewinnbringenden Aspekt gibt!?*

- 186 35. Welchen Einfluss nehmen Ihrer Meinung nach sprachliche Festlegungen?
187 Was halten Sie von dem Titel „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ und dem Slogan
188 „Kein Täter werden“ des Beratungsangebotes der Charité Berlin?
- 189 -
- 190 36. Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie
191 künftig und gegenwärtig für notwendig?
- 192 - *Es sollte eine spezifische Zusatzausbildung für Therapeuten geben.*
- 193 - *Es sollte flächendeckende spezifische Therapieangebote geben.*
- 194 - *Die Kosten für ein spezifisches Therapieangebot sollten von der Krankenkasse*
195 *übernommen werden.*
- 196 37. Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?
- 197 - *Wenn es gesellschaftlich gewünscht ist, dass Kinder zukünftig erfolgreich vor*
198 *sexueller Gewalt geschützt werden, wird es nötig sein, dass sich mit dem Thema*
199 *innerhalb der ganzen Gesellschaft auseinandergesetzt wird.*
- 200 38. Welchen Einfluss nimmt Ihrer Meinung nach die Gesellschaft auf die
201 Bereitschaft Pädophiler, sich beraten zu lassen?
- 202 - *Die Gesellschaft hat einen ungeheuren Einfluss darauf, wie man als Pädophiler*
203 *lebt. Dass die Gesellschaft etwas mit meiner Bereitschaft zu tun hat, mich*
204 *therapieren zu lassen, kann ich dagegen nicht bestätigen.*
- 205 39. Welche Rolle spielt das Internet für Sie (Beratung? Information? Austausch?
206 Chance oder Risiko?)
- 207 - *Selbstverständlich bietet das Internet theoretisch gute Möglichkeiten sich*
208 *anonym Hilfe zu suchen oder sich anonym auszutauschen, sich zu informieren*
209 *und mit sich selbst auseinanderzusetzen. Diese Möglichkeiten werden in meinen*
210 *Augen aber bisher so gut wie gar nicht genutzt. Stattdessen hat sich die*
211 *pädosexuelle Szene im Internet breitgemacht und betreibt hier allerorts ihre*
212 *Propaganda. Von (Kinder-) Pornographischen Angeboten und*
213 *Kontaktmöglichkeiten zu Kindern oder zu pädosexuellen Nutzergruppen ist man*
214 *auch immer nur ein paar Klicks entfernt. Deshalb halte ich das Internet und andere*
215 *Netzwerktechniken (z.B. das Usenet) derzeit durchaus für risikobehaftet,*
216 *besonders auch für junge Pädophile!*
- 217 40. Welche Rolle spielen Selbsthilfegruppen für Sie? Wie bewerten Sie das
218 Angebot, die Erreichbarkeit und den Nutzen von Selbsthilfegruppen für pädophile
219 Männer?

220 - *Selbsthilfegruppen für Pädophile stehe ich grundsätzlich sehr skeptisch*
221 *gegenüber. Wer weiß schon auf was für Pädophile man dort trifft und welchem*
222 *Problem dort abgeholfen werden soll...?*

223

224 41. Sonstiges (Was Sie noch gerne anmerken möchten...):

225 -

226

227 Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Mühe!

228

4.3 Schriftliches Interview 3: „Person X“

Fragebogen versendet als Word-Dokument am Mittwoch den 27. Oktober 2010.
Fragebogen bearbeitet zurückerhalten als Word-Dokument per E-Mail am Freitag
den 29.10.2010.

Alter:	39	Bundesland:	S/A
Gewünschtes Pseudonym:	-		
Beratungserfahrung:	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein	(bitte ankreuzen)
	wenn	ja,	wo?(Art der
Institution):Sexualmediziner.....		
Erfahrung mit medikamentöser Behandlung:	ja	nein <input checked="" type="checkbox"/>	(bitte ankreuzen)

1

2 1. Was ärgert Sie am meisten, wenn in den Medien über Pädophilie berichtet oder
3 davon gesprochen wird?

4 *Das wir wie ein Gespenst behandelt werden. Die Medien sehen es nur als*
5 *Aufmacher ihrer 1.Seite. Über die Probleme, Ängste und Sorgen wird nie*
6 *berichtet. Es entsteht Hass. Früher waren die Homosexuellen der Ersatz für Hass*
7 *und Verfolgung. Die Homosexualität ist jetzt salonfähig geworden, und nun wird*
8 *ein neuer Sündenbock gesucht. Ich verteidige hier nicht meine Neigungen, aber*
9 *es sollte doch vernünftig und mit fundierten Wissen darüber geschrieben werden,*
10 *und nicht eine Verfolgung auf untersten Niveau geschehen.*

11 2. Können Sie sich an den Zeitpunkt (z.B. Lebensalter) erinnern, an dem Sie sich
12 zum ersten Mal fachliche Beratung gewünscht haben?

13 *Ich glaube mich daran zu erinnern, dass es in meiner Pubertät zum Vorschein*
14 *kam, daß ich bemerkte, dass ich anders bin. Das erste mal zu einer fachlichen*
15 *Beratung ist es leider erst in diesem Jahr gekommen. Der Wunsch war schon*
16 *immer da, aber die Ausführung erst jetzt.*

17 3. Gab es Momente in Ihrem Leben (z.B. Situationen), in denen ein professioneller
18 Ansprechpartner für Sie rückblickend besonders wichtig gewesen wäre (oder
19 war)?

20 *Ja gab es. Aber darüber möchte ich nicht reden (es ist nichts passiert- zur*
21 *Anmerkung).*

22 4. Hätten Sie sich bezüglich der Entwicklung/des Bewusstwerdens Ihrer
23 Pädophilie bereits in Ihrer Schulzeit diesbezüglich einen neutralen
24 Ansprechpartner gewünscht?

25 *In dieser Zeit habe ich dieses Gefühl noch nicht im tiefesten gespürt, da war ich*
26 *oberflächlich auf gleichaltrige fixiert.*

27 5. Wie schätzen Sie die allgemeine Motivation pädophiler Männer ein, sich
28 eigeninitiativ in ambulante Behandlung zu begeben?

29 *Sehr hoch, da es ja eine Überwindung ist, sich seiner Sache zu stellen. Ich zolle*
30 *hohen Respekt.*

31 6. Halten Sie die Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile Männer existieren,
32 für ausreichend?

33 *Nein. In Bezug auf die Dunkelziffer der Betroffenen devinitiv nicht.*

34 7. Hat sich diesbezüglich Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren etwas
35 verändert?

36 *Ja...siehe Charite-Projekt, und die Aussenstellen in Hamburg und Bayern.*

37 8. Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein? Oder:
38 Was kann die Behandlungsnotwendigkeit einer Pädophilie Ihrer Meinung nach
39 ausmachen?

40 *Eine behandlung in der Form, daß dieses Problem verschwindet gibt es nicht. Es*
41 *kann uns aber geholfen werden, daß es nicht zu Übergriffen gegenüber Kindern*
42 *kommt. Der Umgang mit der Pädophilie kann gelernt werden, dass ist sehr*
43 *wichtig.*

44 9. Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der gesamten BRD ungefähr
45 ein?

46 *Nicht ungefähr, sondern sehr hoch.*

47 10. Was quält Sie (oder andere Ihnen bekannte Pädophile) als Betroffenen mehr?
48 Das gesellschaftliche Tabu, das mit der Pädophilie verbunden ist oder die
49 Strafbarkeit Ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?

50 *Da gibt es keine Quälerei. Jeder Pädophile weiß um die Gefahren seiner Sucht.*
51 *Das Tabu ist auch in Ordnung, wäre es kein Tabu, so würde es toleriert. Wird es*
52 *toleriert ist es noch schlimmer.*

53 11. Wie gehen Institutionen Ihrer Erfahrung nach damit um, wenn Pädophile
54 Beratung suchen?

55 *Meine Erfahrungen sind diese: Ich habe die Erfahrung gemacht, daß man mir*
56 *gegenüber sehr tolerant gegenüber getreten wurde. Ich durfte erzählen, und es*
57 *wurde mir nichts vorgehalten, sonder Vertrauen und Verständnis*
58 *entgegengebracht. Der Mut darüber zu reden hat sie alle entwaftet, und mir*
59 *Respekt gezollt, daß ich diesen Weg gewählt habe, darüber frei zu reden.*

60 12. Welche zukünftigen Entwicklungen wären Ihrer Meinung nach denkbar, wenn
61 es weiterhin keine entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer
62 in ausreichender Anzahl gäbe?

63 *Ja das ist eine gute Frage. Ich glaube wenn in dieser Beziehung nicht mehr*
64 *unternommen wird, wird es für diejenigen sehr schwer etwas zu ändern. Ich hoffe,*
65 *daß es immer mehr Angebote gibt. Ich will nicht wieder dahin zurück.*

66 13. Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach die Ursachen der Entstehung einer
67 Pädophilie für eine Beratung oder Therapie?

68 *Keine große tragende Rolle. Ich weiß nicht woher das gekommen ist, und jemand*
69 *anderes wird es auch nicht herausfinden. Und ich glaube nicht, das diese*
70 *Ursache, falls sie gefunden wird, rückgängig gemacht werden kann. Sollte es*
71 *natürlich im Vorfeld eine Methode geben dieses herauszufinden und zu*
72 *unterdrücken, würde ich es sehr begrüßen. Aber einem Betroffenen im*
73 *Nachhinein die Ursache zu unterbreiten, bringt wenig/nichts. Es würde mich*
74 *eventuell interessieren, denn Grund meiner Neigung zu erfahren. Es kann*
75 *vielleicht auch schaden.*

76 14. Wäre Ihnen eine Bearbeitung Ihrer Lebensgeschichte in der
77 Beratung/Therapie wichtig oder sollten für Sie darin mehr Ihre gegenwärtigen
78 Lebensumstände eine Rolle spielen?

79 *Das Jetzt und Heute ist das wichtigste bei einer Therapie/Beratung. Das Gestern*
80 *ist nicht wichtig.*

81 15. Welche Voraussetzungen müsste ein Beratungsangebot bieten, damit Sie sich
82 dort melden und behandeln lassen würden?

83 *Eine bestimmte Anonymität und Fachpersonal, das sich auf diesem Gebiet sehr*
84 *gut auskennt. Es sollten Sexualmediziner und Psychater zusammenarbeiten. Eine*
85 *Gruppentherapie finde ich auch sinnvoll, aber auch Einzelgespräche.*

86 16. Welche Sorgen und Ängste bzw. Vorbehalte verknüpfen Sie oder andere
87 Pädophile mit Beratungsangeboten?

88 *Ich im Moment keine, da ich nur gute Erfahrungen gemacht habe. Aber das*
89 *Problem ist erstmal darüber zureden. Der innere Schweinehund muß überwunden*
90 *werden. Ich habe die Erfahrung gemacht: Wenn man einmal darüber gesprochen*
91 *hat, fällt es einem viel leichter weiter darüber zu sprechen. Mein erster*
92 *Ansprechpartner war eine Frau---das sagt doch schon viel. Ich hab es mir mit sehr*
93 *viel Bauchschmerzen zugetraut, und es nicht bereut.*

94 17. Welche Ziele würden Sie oder Ihnen bekannte Pädophile Ihrer Meinung nach
95 in einer Beratung erreichen wollen? Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen
96 Sie mit einer Therapie?

97 *Die größte Hoffnung ist es das diese Gefühle zu Kindern verschwinden. Das ist*
98 *aber leider nur ein Wunschdenken. Ich erhoffe mir diese Gefühle unter Kontrolle*
99 *zu behalten. Weiter ein „normales“ Leben zu führen und mit anderen Phädophilen*
100 *darüber zureden, welche Erfahrungen sie gemacht haben (keine sexuellen*
101 *Erfahrungen, sondern Erfahrungen damit umzugehen).*

102 18. Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um pädophile Männer
103 dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ bei einem Beratungsangebot zu melden?
104 (E-Mail-Kontakt? Anonymität? Titel des Projektes? Kostenfreie Telefonnummer?)

105 *Ja, sehr guter Ansatz. All das sind wichtige Bestandteile einer Eigenmeldung. Die*
106 *größte Motivation würde darin liegen, dass diese Angebote flächendeckend in*
107 *Deutschland angeboten würden. Entfernung ist ein Motivationskiller!!!*

108 19. Welche Ziele können Pädophile Ihrer Meinung nach in einer Beratung oder
109 Therapie realistisch erreichen?

110 *- raus aus der Anonymität,*

111 *- mit gleichgesinnten reden,*

112 *-Hilfe zur Unterdrückung der Gefühle, bzw. lernen damit umzugehen,*

113 20. Was würde Sie dazu motivieren, sich beraten zu lassen?

114 *Meine Motivation, war die Angst etwas falsches zu machen.*

115 21. Was würde Sie davon abhalten, sich in Beratung zu begeben?

116 *Heute? Nichtsmehr!!! Früher? Die Angst darüber zureden und die Antwort und der*
117 *Ausdruck des Gegenüber*

- 118 22. Unter welchen Umständen würden Sie die Beratung vorzeitig abbrechen?
119 - *wenn die Anonymität grob gefährdet wird,*
- 120 23. Welches therapeutische Setting würden Sie warum bevorzugen (Gruppen-
121 oder Einzeltherapie)?
122 - *beides- 50/50,*
123 - *geführte Gruppengespräche und individuelle Einzelgespräche,*
- 124 24. Wie stehen Sie zu einer medikamentösen Behandlung?
125 - *finde ich nicht gut, man kann nie wissen was Medikamente im Körper anstellen, -*
126 *sie können zwar den Drang unterdrücken, aber was bin ich dann schlimmstenfalls:*
127 *ein willenloser Mensch? Und wenn der Drang unterdrückt ist, ist mein Sexualleben*
128 *auch im Eimer. Ich habe Sex mit erwachsenen Frauen, und das möchte ich nicht*
129 *aufgeben.*
- 130 25. Könnten Sie sich vorstellen, dass auch mit Ihren Angehörigen gearbeitet
131 würde?
132 *Ja...Hilfe aus der Familie ist viel Wert, aber nur wenn derjenige informiert ist über*
133 *die Veranlagung seines Partners/ Angehörigen.*
- 134 26. Wie soll in der Beratung mit der Schweigepflicht umgegangen werden?
135 Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie mit einem Aussetzen der
136 Schweigepflicht gegenüber bestimmten Personen/Institutionen einverstanden
137 wären?
138 *Ja, aber nur mit Absprache. Es sollte meine eigene Entscheidung sein, wer es*
139 *wissen sollte und wer nicht. Wer weiter helfen kann und will, sollte informiert*
140 *werden (aber nicht ohne Einverständnis meinerseits).*
- 141 27. Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund würden Sie sich
142 von den Mitarbeiter/innen eines Beratungsangebotes wünschen? Welche
143 fachlichen und persönlichen Mindestvoraussetzungen sollte ein/e Berater/in
144 mitbringen?
145 *Eigentlich ist das nicht so wichtig. Es stellt sich hier die Frage: Kann und will er*
146 *helfen. Natürlich sollte schon eine Ausbildung im psychiatrisch und/oder*
147 *medizinischen Bereich vorhanden sein. Und Erfahrung in diesem speziellen*
148 *Bereich.*
- 149 28. An welche Institution (Beratungsstelle, psychiatrisches Krankenhaus, Uni-
150 Kliniken) sollte ein Beratungsangebot idealerweise angeschlossen sein?
151 *Am idealsten wären Beratungsstellen. Aber wer klopft da an die Tür, wenn da*
152 *etwas von Pädophil steht. Aber an Uni's und Krankenhäusern sollte es schon*
153 *angeboten werden.*

154 29. Würden Sie sich auch in einer forensischen Ambulanz beraten lassen? Wenn
155 nein, warum nicht?

156 *Soviel ich weiß sind diese Institute nur für Opfer gedacht. Aber ich lass mich da
157 gern belehren. Aber wenn sie das auch anbieten würden---warum nicht? Es ist
158 doch egal, wo man Hilfe bekommt, hauptsache sie wird gewährt.*

159 30. Wie weit würden Sie für eine Beratung fahren? Legen sie Wert auf die
160 Regionalität des Angebotes?

161 *Das wäre das beste-regional. Eine weiter entfernte Beratung würde sich nur
162 lohnen, wenn sie über mehrere Tage geht. Wobei auch immer der Kostenfaktor
163 eine Rolle spielt. Ich persönlich könnte es mir leiste, aber es geht ja nicht jedem
164 so.*

165 31. Wann würden Sie für sich sagen können war eine Beratung oder Therapie für
166 Sie gewinnbringend (wenn welche Effekte erreicht wurden)?

167 *Wenn ich mit meiner Neigung umgehen kann und der Kopf leer ist mit den
168 Gedanken an kleine Mädchen.*

169 32. Welche Wirkung/en einer Beratung/Therapie würden Sie sich für einen
170 längeren Zeitraum wünschen?

171 *Siehe Frage 31.*

172 33. Welche Beratungsmöglichkeiten für Pädophile, die nicht strafrechtlich in
173 Erscheinung getreten sind, sind Ihnen in der BRD bekannt? Welche
174 Schwachstellen und welche Stärken dieser Projekte sehen Sie? Haben Sie
175 Verbesserungsvorschläge?

176 *Nur das bekannte Projekt der Charite in Berlin. Stärken und Schwachstellen kenn
177 ich leider nicht.*

178 34. Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung
179 oder Normvariante für Sie?

180 *Krankheiten sind heilbar (meistens jedenfalls), Normvariante ist ja nur eine
181 Abweichung von der Normalität, ich würde es eher als Störung bezeichnen.*

182 35. Welchen Einfluss nehmen Ihrer Meinung nach sprachliche Festlegungen?
183 Was halten Sie von dem Titel „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ und dem Slogan
184 „Kein Täter werden“ des Beratungsangebotes der Charité Berlin?

185 *Diese Namen sagen Aussenstehenden nicht viel, aber Betroffenen sehr viel. Ich
186 finde die Namenswahl sehr gut getroffen.*

187 36. Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie
188 künftig und gegenwärtig für notwendig?

189 *Nicht nur die Behandlung von Pädophilen ist wichtig, sondern auch die Aufklärung*
190 *der Nichtbetroffenen. Es werden alle Pädophilen an die Wand gestellt, ohne sich*
191 *darüber zu informieren warum es so ist. „Erst wird geschossen und dann gefragt.“*

192 37. Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?

193 *Eigentlich nur Medizinische Institutionen, oder Beratungsstellen mit med.*
194 *Hintergrund.*

195 38. Welchen Einfluss nimmt Ihrer Meinung nach die Gesellschaft auf die
196 Bereitschaft Pädophiler, sich beraten zu lassen?

197 *Keinen Einfluss, scheint im allgemeinen egal zu sein.*

198 39. Welche Rolle spielt das Internet für Sie (Beratung? Information? Austausch?
199 Chance oder Risiko?)

200 *Wenn man danach sucht, sollte man wissen wo, sonst wird es ein Suchen ohne*
201 *Ende.*

202 40. Welche Rolle spielen Selbsthilfegruppen für Sie? Wie bewerten Sie das
203 Angebot, die Erreichbarkeit und den Nutzen von Selbsthilfegruppen für pädophile
204 Männer?

205 *Sie können helfen wenn sie unter Leitung einer Person stehen, die sich mit dieser*
206 *Problematik auskennt. Sonst kann es passieren das es in andere Richtungen*
207 *tendiert.*

208 41. Sonstiges (Was Sie noch gerne anmerken möchten...):

209 *Um es mal ganz krass auszudrücken:*

210 *Bis 1974 waren Schwule auch "Schuldige" und man dichtete ihnen in den Medien*
211 *fast die Schuld am bevorstehenden Untergang des Abendlandes an. Heute sind*
212 *sie etabliert und unangreifbar geworden. Grund genug, daß sich die Medien in*
213 *ihrer hohen Moral nun mit doppelter Energie auf die bösen Kinderschänder stürzt!*
214 *In der Nazizeit mußten die Juden dafür herhalten. Wir sind eben die Juden von*
215 *heute! Im Mittelalter waren es die Hexen und Ketzer. Und genauso schuldig wie*
216 *weiland die Ketzer, später die Juden und Schwulen sind wir es heute! Wenn ein*
217 *Pädophiler schuldig geworden ist, soll er auch mit allen Mitteln des Gesetzes*
218 *bestraft werden .Aber wenn er in seiner Phantasiewelt lebt---lasst ihn zufrieden.*

219 *Falls Sie noch mehr über mich wissen wollen, immer gerne...*

220

221 Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Mühe!

222

4.4 Schriftliches Interview 4: „Max“

Fragebogen versendet als Word-Dokument am Donnerstag den 23. September 2010. Fragebogen bearbeitet zurückerhalten als Word-Dokument per E-Mail am Sonntag den 14.11.2010.

Alter: [REDACTED]	Bundesland: [REDACTED]
Gewünschtes Pseudonym: Max	
Beratungserfahrung: wenn ja, wo?(Art der Institution): <i>Institutsambulanz (Charité)</i>	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (bitte ankreuzen)
Erfahrung mit medikamentöser Behandlung:	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (bitte ankreuzen)

1

2 1. Was ärgert Sie am meisten, wenn in den Medien über Pädophilie berichtet oder
3 davon gesprochen wird?

4 *Die Gleichsetzungen zwischen Neigung und Handlung, blinde Wut bzw*
5 *Verachtung wie z.B. in Demos: „Kinderschänder/Pädophile raus!“, die*
6 *Unwissenheit über uns über Therapie usw...*

7 2. Können Sie sich an den Zeitpunkt (z.B. Lebensalter) erinnern, an dem Sie sich
8 zum ersten Mal fachliche Beratung gewünscht haben?

9 *Ja, da war ich [REDACTED]. Ich habe Schrittweise gemerkt, dass meine Gefühle*
10 *gegenüber Mädchen problematisch sind. Ich habe mich über sie geärgert bevor*
11 *ich wusste in welche Richtung sie genau liefen (die Gedanken, Gefühle).*

12 3. Gab es Momente in Ihrem Leben (z.B. Situationen), in denen ein professioneller
13 Ansprechpartner für Sie rückblickend besonders wichtig gewesen wäre (oder
14 war)?

15 *Genau zu dieser Zeit hätte ich ohne professionelle Hilfe nicht mehr weitergewusst*
16 *und wäre hilflos gewesen.*

17 4. Hätten Sie sich bezüglich der Entwicklung/des Bewusstwerdens Ihrer
18 Pädophilie bereits in Ihrer Schulzeit diesbezüglich einen neutralen
19 Ansprechpartner gewünscht?

20 *Meine Eltern, ja. Sie waren mir keine nützlichen Ansprechpartner was sexuelle*
21 *Dinge anging. Außerhalb des Elternhauses hatte niemand eine so enge*
22 *Beziehung zu mir, dass es was geholfen hätte.*

23 5. Wie schätzen Sie die allgemeine Motivation pädophiler Männer ein, sich
24 eigeninitiativ in ambulante Behandlung zu begeben?

25 *Keine Ahnung. Ich weiß nur wie ICH denke und für mich ist es schon aus der*
26 *Neigung heraus (Pädophilie=Liebe zu Kindern) selbstverständlich, mir Hilfe zu*
27 *suchen.*

28 6. Halten Sie die Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile Männer existieren,
29 für ausreichend?

30 *Nein.*

31 7. Hat sich diesbezüglich Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren etwas
32 verändert?

33 *Viel: die Charité als erstes Projekt dieser Art, und mittlerweile 3 weitere Standorte.*
34 *Die Gesellschaftliche Ansicht bezüglich Pädophilie scheint auch am Kippen zu*
35 *sein.*

36 8. Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein?

37 Oder: Was kann die Behandlungsnotwendigkeit einer Pädophilie Ihrer Meinung
38 nach ausmachen?

39 *Ich denke, allen Menschen, die auf Kinder gerichtete sexuelle Gefühle haben,*
40 *kann eine Therapie nur nützen. Ich schätze also 100%, da sich jeder einmal kräftig*
41 *Gedanken über seine Gefühle machen sollte, wie in Form einer Therapie.*

42 9. Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der gesamten BRD ungefähr
43 ein?

44 -

45 10. Was quält Sie (oder andere Ihnen bekannte Pädophile) als Betroffenen mehr?
46 Das gesellschaftliche Tabu, das mit der Pädophilie verbunden ist oder die
47 Strafbarkeit Ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?

48 *Das gesellschaftliche Tabu und die damit verbundene notwendige Geheimhaltung*
49 *und reifliche Überlegung, die nötig ist, ehe man sich jemandem anvertraut. Vor*
50 *allem aber die Unfreiheit die man in der Kommunikation selbst gegenüber*
51 *eingeweihten Vertrauenspersonen verspürt.*

52 11. Wie gehen Institutionen Ihrer Erfahrung nach damit um, wenn Pädophile
53 Beratung suchen?

54 *Mein Neurologe: völlig unproblematisch, mich sofort sinnvoll beraten und*
55 *weitervermittelt.*

56 *Ein niedergelassener Psychiater: völlig überfordert und ablehnend, erschreckend*
57 *unprofessionell.*

- 58 *Chartité: absolut professionell, positiv.*
- 59 12. Welche zukünftigen Entwicklungen wären Ihrer Meinung nach denkbar, wenn
60 es weiterhin keine entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer
61 in ausreichender Anzahl gäbe?
- 62 *Verstärkung des Bereiches der Pädokriminalität im Internet und neuen Medien.*
63 *Tendenz zu brutaleren Taten. Sonst gleichbleibende Zahlen an Pädophilen und*
64 *evtl resultierenden Depressionen/Taten.*
- 65 13. Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach die Ursachen der Entstehung einer
66 Pädophilie für eine Beratung oder Therapie?
- 67 *Solange diese Ursachen keiner Behandlung zugänglich sind: keine Rolle.*
- 68 *Im Begreifen der Neigung und Folgen von Handlungen kann helfen, eigene*
69 *Erlebnisse zu reflektieren (zB Missbrauch, Gewalterfahrungen etc.).*
- 70 14. Wäre Ihnen eine Bearbeitung Ihrer Lebensgeschichte in der
71 Beratung/Therapie wichtig oder sollten für Sie darin mehr Ihre gegenwärtigen
72 Lebensumstände eine Rolle spielen?
- 73 *Erstmal die gegenwärtigen Lebensumstände. Später sollte die Lebensgeschichte*
74 *einbezogen werden, wenn man schon halbwegs Kraft für den Umgang gesammelt*
75 *hat.*
- 76 15. Welche Voraussetzungen müsste ein Beratungsangebot bieten, damit Sie sich
77 dort melden und behandeln lassen würden?
- 78 *Anonymität. Professionalität, die man schon vom ersten Telefonat an spürt.*
- 79 16. Welche Sorgen und Ängste bzw. Vorbehalte verknüpfen Sie oder andere
80 Pädophile mit Beratungsangeboten?
- 81 *Doch nicht so sicher aufgehoben zu sein wie gedacht, was Anonymität und*
82 *Professionalität angeht.*
- 83 17. Welche Ziele würden Sie oder Ihnen bekannte Pädophile Ihrer Meinung nach
84 in einer Beratung erreichen wollen? Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen
85 Sie mit einer Therapie?
- 86 *Den Leidensdruck abzubauen, Selbstwertgefühl aufzubauen und Sicherheit*
87 *gegenüber den Impulsen (also vor Übergriffen) gewinnen.*
- 88 18. Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um pädophile Männer
89 dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ bei einem Beratungsangebot zu melden?
90 (E-Mail-Kontakt? Anonymität? Titel des Projektes? Kostenfreie Telefonnummer?)
- 91 *Anonymität, anonyme erste Kontaktaufnahme, Respekt vor den Gefühlen der*
92 *Zielgruppe in Werbung und Titel des Projektes. Eine kostenfreie Telefonnummer*

- 93 *halte ich für zweitrangig aber sie sollte keinesfalls eine teure Nummer sein. Das*
94 *schreckt ab und macht unglaubwürdig.*
- 95 19. Welche Ziele können Pädophile Ihrer Meinung nach in einer Beratung oder
96 Therapie realistisch erreichen?
- 97 *IN der Therapie: Werkzeuge/Fertigkeiten zum Umgang erlernen, positive*
98 *Erlebnisse mit dem Beherrschen der Impulse, Selbstwertgefühl aufbauen.*
- 99 *DURCH die Therapie (also auch im Nachhinein): völlig normalen Umgang mit*
100 *Kindern (auch der eigenen Präferenz) erlernen. Impulsen schon auf*
101 *Gedankenebene begegnen und beherrschen. Kindern ein echter Freund sein. Das*
102 *können aber je nach Persönlichkeitsstruktur vermutlich nicht alle gleichermaßen*
103 *erreichen und sowieso immer nur Schritt für Schritt über Jahre hinweg immer*
104 *wieder ein Stückchen vorwärts schaffen.*
- 105 20. Was würde Sie dazu motivieren, sich beraten zu lassen?
- 106 *Der Wunsch, kein Monstrum (=Täter) zu werden sondern positiven Umgang mit*
107 *Kindern zu haben soweit möglich. Mühevoll erworbenes Vertrauen anderer*
108 *speziell von Kindern nicht zu enttäuschen.*
- 109 21. Was würde Sie davon abhalten, sich in Beratung zu begeben?
- 110 *Der Eindruck keinen professionellen Gesprächspartner vor mir zu haben. Eine zu*
111 *weite Entfernung zum Ort der Beratung, sodass ich zeitlich und finanziell nicht*
112 *daran teilnehmen könnte.*
- 113 22. Unter welchen Umständen würden Sie die Beratung vorzeitig abbrechen?
- 114 *Unter dem starken Eindruck, dass sie mir nicht helfen kann, Scharlatanerie wäre*
115 *oder kontraproduktiv wirkte.*
- 116 23. Welches therapeutische Setting würden Sie warum bevorzugen (Gruppen-
117 oder Einzeltherapie)?
- 118 *Zunächst einige Sitzungen Einzel- dann aber Gruppentherapie. Bei der Wahl*
119 *zwischen beiden eher Gruppentherapie.*
- 120 24. Wie stehen Sie zu einer medikamentösen Behandlung?
- 121 *Positiv. Das ist eine Erfahrung die man sich nicht entgehen lassen sollte, einmal*
122 *die belastenden sexuellen Impulse für einige Zeit oder auch länger fast*
123 *abzuschalten.*
- 124 *Siehe [http://www.schicksal-und-herausforderung.de/erfahrungen-mit-](http://www.schicksal-und-herausforderung.de/erfahrungen-mit-medikamenten/erfahrungen-mit-andrucor.html)*
125 *[medikamenten/erfahrungen-mit-andrucor.html](http://www.schicksal-und-herausforderung.de/erfahrungen-mit-medikamenten/erfahrungen-mit-andrucor.html) und [http://www.schicksal-und-](http://www.schicksal-und-herausforderung.de/erfahrungen-mit-medikamenten/nebenwirkungen.html)*
126 *[herausforderung.de/erfahrungen-mit-medikamenten/nebenwirkungen.html](http://www.schicksal-und-herausforderung.de/erfahrungen-mit-medikamenten/nebenwirkungen.html)*

127 25. Könnten Sie sich vorstellen, dass auch mit Ihren Angehörigen gearbeitet
128 würde?

129 *Ja.*

130 26. Wie soll in der Beratung mit der Schweigepflicht umgegangen werden?
131 Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie mit einem Aussetzen der
132 Schweigepflicht gegenüber bestimmten Personen/Institutionen einverstanden
133 wären?

134 *Ja. Konkrete Beispiele könnte ich nur im konkreten Ernstfall benennen, wenn es
135 wirklich um diese Frage ginge.*

136 27. Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund würden Sie sich
137 von den Mitarbeiter/innen eines Beratungsangebotes wünschen? Welche
138 fachlichen und persönlichen Mindestvoraussetzungen sollte ein/e Berater/in
139 mitbringen?

140 *Umfassende psychologische Kenntnisse insbesondere des Bereichs der
141 Sexualität. Klarer offener Umgang mit der Problematik. ...*

142 28. An welche Institution (Beratungsstelle, psychiatrisches Krankenhaus, Uni-
143 Kliniken) sollte ein Beratungsangebot idealerweise angeschlossen sein?

144 -

145 29. Würden Sie sich auch in einer forensischen Ambulanz beraten lassen? Wenn
146 nein, warum nicht?

147 -

148 30. Wie weit würden Sie für eine Beratung fahren? Legen sie Wert auf die
149 Regionalität des Angebotes?

150 *Ja, denn ich habe kein Auto. Soweit ich mit einer mir erschwinglichen Fahrkarte
151 der öffentlichen Verkehrsmittel komme, soweit würde ich auch fahren. Bis zu
152 100km oder 1 ½ Stunden etwa würde ich fahren. Falls weiter weg würde ich nach
153 Alternativen in der Nähe suchen, ob telefonisch was möglich ist (akute Beratung)
154 oder jemand mit weniger Fachwissen mir schon helfen könnte.*

155 31. Wann würden Sie für sich sagen können war eine Beratung oder Therapie für
156 Sie gewinnbringend (wenn welche Effekte erreicht wurden)?

157 *Beherrschung der Impulse im Verhalten gelernt. Reduzierung des Leidensdrucks.
158 Zuversicht, ein zufriedenes Leben führen zu können (mit mir selbst zufrieden).*

159 *Siehe [http://www.schicksal-und-herausforderung.de/paedo-
160 erfahrungen/erfahrungsbericht.html](http://www.schicksal-und-herausforderung.de/paedo-erfahrungen/erfahrungsbericht.html)*

161 32. Welche Wirkung/en einer Beratung/Therapie würden Sie sich für einen
162 längeren Zeitraum wünschen?

163 *Zunehmende Reduzierung des Leidensdrucks. Neuerlernen von Beherrschung in*
164 *zuvor problematischen Situationen. Freude, Selbstvertrauen und das Vertrauen*
165 *anderer.*

166 33. Welche Beratungsmöglichkeiten für Pädophile, die nicht strafrechtlich in
167 Erscheinung getreten sind, sind Ihnen in der BRD bekannt? Welche
168 Schwachstellen und welche Stärken dieser Projekte sehen Sie? Haben Sie
169 Verbesserungsvorschläge?

170 *Mir sind nur die Charité und „Kind im Zentrum“ (dem Namen nach) bekannt.*
171 *Schwachstelle der Gruppentherapie an der Charité ist die Kompetenz im Umgang*
172 *mit anderen psychischen Problemen. Mein Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom*
173 *überforderte schon teils die Therapeuten.*

174 34. Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung
175 oder Normvariante für Sie?

176 *Ich unterscheide nicht dazwischen. In meinen Augen ist Pädophilie eine*
177 *krankhafte Normvariante, eine Präferenzstörung eben. Der Begriff ändert nicht das*
178 *Problem oder die Behandelbarkeit.*

179 35. Welchen Einfluss nehmen Ihrer Meinung nach sprachliche Festlegungen?
180 Was halten Sie von dem Titel „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ und dem Slogan
181 „Kein Täter werden“ des Beratungsangebotes der Charité Berlin?

182 *„Präventionsprojekt Dunkelfeld“ halte ich für leicht irreführend, da der Begriff*
183 *Dunkelfeld nicht geläufig genug ist und auch in anderen Bereichen Anwendung*
184 *findet. „Kein Täter werden“ ist sehr treffend und „lieben sie kinder mehr als ihnen*
185 *lieb ist“ noch viel passender: es spricht genau den Aspekt an, der mir selbst*
186 *aufgestoßen war und in dem ich Hilfe suchte.*

187 36. Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie
188 künftig und gegenwärtig für notwendig?

189 *Ausbau der Beratungs- UND Therapiemöglichkeiten. Beratung auf jedem Dorf, bei*
190 *Therapien Beschränkung auf regionale Anlaufstellen damit die Qualität gewahrt*
191 *bleiben kann. Sexualmedizin sollte in jedem Psychologiestudiengang gebührend*
192 *angeschnitten werden. Flächendeckende Versorgung im Sinne von alle 200km*
193 *mindestens eine ausreichende Therapiemöglichkeit.*

194 37. Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?

195 *Psychologie, Psychiatrie.*

196 38. Welchen Einfluss nimmt Ihrer Meinung nach die Gesellschaft auf die
197 Bereitschaft Pädophiler, sich beraten zu lassen?

198 *Sie lehrt uns entweder unsere Neigungen zum Gott zu erheben und voll zu*
199 *realisieren oder Probleme an uns selbst zu sehen und anzugehen. So auch im*
200 *Bereich der Präferenzstörungen.*

201 39. Welche Rolle spielt das Internet für Sie (Beratung? Information? Austausch?
202 Chance oder Risiko?)

203 *Austausch, ganz wichtig. Beratung... das war einmal, vor der Therapie. Jetzt nur*
204 *Gelegentlich im Sinne von Austausch mit Gleichgesinnten und Information*
205 *anderer. Chance UND Risiko... was die Anonymität, die Verbreitung von*
206 *Pornographie und ...*

207 40. Sonstiges (Was Sie noch gerne anmerken möchten...):

208 -

209

210 Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Mühe!

211

4.5 Schriftliches Interview 5: „Strolchi“

1

2 1. Was ärgert Sie am meisten, wenn in den Medien über Pädophilie berichtet oder
3 davon gesprochen wird?

4 *Dass Aufregung und Erregung nahe beieinander liegen.*

5 2. Können Sie sich an den Zeitpunkt (z.B. Lebensalter) erinnern, an dem Sie sich
6 zum ersten Mal fachliche Beratung gewünscht haben?

7 *Beim ersten Auftreten meiner Neigung im Alter von 20 Jahren.*

8 3. Gab es Momente in Ihrem Leben (z.B. Situationen), in denen ein professioneller
9 Ansprechpartner für Sie rückblickend besonders wichtig gewesen wäre (oder
10 war)?

11 *Ja, während der Zeit zwischen dem ersten Auftreten meiner Krankheit und der*
12 *psychologischen Behandlung.*

13 4. Hätten Sie sich bezüglich der Entwicklung/des Bewusstwerdens Ihrer
14 Pädophilie bereits in Ihrer Schulzeit diesbezüglich einen neutralen
15 Ansprechpartner gewünscht?

16 *Ich würde mir wünschen, dass Pädophilie bereits im Biologieunterricht besprochen*
17 *wird.*

18 5. Wie schätzen Sie die allgemeine Motivation pädophiler Männer ein, sich
19 eigeninitiativ in ambulante Behandlung zu begeben?

20 *Leider sehr gering.*

21 6. Halten Sie die Behandlungsmöglichkeiten, die für pädophile Männer existieren,
22 für ausreichend?

23 *Es fehlt ein ausgewiesenes Netzwerk an Selbsthilfegruppen.*

24 7. Hat sich diesbezüglich Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren etwas
25 verändert?

26 *Nein.*

27 8. Wie schätzen Sie die Behandlungsbedürftigkeit pädophiler Männer ein?

28 *Sehr hoch.*

29 Oder: Was kann die Behandlungsbedürftigkeit einer Pädophilie Ihrer Meinung
30 nach ausmachen?

31 *Spätestens wenn es zu Übergriffen an Kindern kommt.*

32 9. Wie hoch schätzen Sie den Behandlungsbedarf in der gesamten BRD ungefähr
33 ein?

34 *Sehr hoch.*

35 10. Was quält Sie (oder andere Ihnen bekannte Pädophile) als Betroffener mehr?
36 Das gesellschaftliche Tabu, das mit der Pädophilie verbunden ist oder die
37 Strafbarkeit Ihrer erwünschten sexuellen Praktiken?

38 *Das Tabu ärgert mich mehr, da es sehr verlogen ist.*

39 11. Wie gehen Institutionen Ihrer Erfahrung nach damit um, wenn Pädophile
40 Beratung suchen?

41 *Eigentlich sehr gut (z.B. in der Klinik für psychisch Kranke).*

42 12. Welche zukünftigen Entwicklungen wären Ihrer Meinung nach denkbar, wenn
43 es weiterhin keine entsprechenden Behandlungs-Angebote für pädophile Männer
44 in ausreichender Anzahl gäbe?

45 -

46 13. Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach die Ursachen der Entstehung einer
47 Pädophilie für einer Beratung oder Therapie?

48 *In der psychologischen Behandlung ist diese Rolle sehr hoch.*

49 14. Wäre Ihnen eine Bearbeitung Ihrer Lebensgeschichte in der
50 Beratung/Therapie wichtig oder sollten für Sie darin mehr Ihre gegenwärtigen
51 Lebensumstände eine Rolle spielen?

52 *Es sollte ausgewogen sein.*

53 15. Welche Voraussetzungen müsste ein Beratungsangebot bieten, damit Sie sich
54 dort melden und behandeln lassen würden?

55 *Ich bin mit meinem Psychologen sehr zufrieden.*

56 16. Welche Sorgen und Ängste bzw. Vorbehalte verknüpfen Sie oder andere
57 Pädophile mit Beratungsangeboten?

58 *Vielleicht das Gefühl kriminalisiert zu werden.*

59 17. Welche Ziele würden Sie oder Ihnen bekannte Pädophile Ihrer Meinung nach
60 in einer Beratung erreichen wollen? Welche Hoffnungen und Wünsche verknüpfen
61 Sie mit einer Therapie?

62 *Ein Ende der pädophilen Phantasien.*

63 18. Welche Aspekte erachten Sie als besonders wichtig, um pädophile Männer
64 dazu zu motivieren, sich eigeninitiativ bei einem Beratungsangebot zu melden?
65 (E-Mail-Kontakt? Anonymität? Titel des Projektes? Kostenfreie Telefonnummer?)

- 66 *Anonymität, kostenfreie Telefonnummer.*
- 67 19. Welche Ziele können Pädophile Ihrer Meinung nach in einer Beratung oder
68 Therapie realistisch erreichen?
- 69 *Ein Erkennen der Ursache der pädophilen Neigung.*
- 70 20. Was würde Sie dazu motivieren, sich beraten zu lassen?
- 71 *Der Leidensdruck der Phantasien.*
- 72 21. Was würde Sie davon abhalten, sich in Beratung zu begeben?
- 73 *Ein schlechter Ruf der Institution.*
- 74 22. Unter welchen Umständen würden Sie die Beratung vorzeitig abbrechen?
- 75 *Wenn ich das Gefühl hätte nicht ernstgenommen zu werden.*
- 76 23. Welches therapeutische Setting würden Sie warum bevorzugen (Gruppen-
77 oder Einzeltherapie)?
- 78 *Ich bin in Einzeltherapie, kann mir aber eine Gruppentherapie durchaus vorstellen.*
- 79 24. Wie stehen Sie zu einer medikamentösen Behandlung?
- 80 *Ich habe mit „Androcur“ schlechte Erfahrung gemacht.*
- 81 25. Könnten Sie sich vorstellen, dass auch mit Ihren Angehörigen gearbeitet
82 würde?
- 83 *Das würde ich mir wünschen.*
- 84 26. Wie soll in der Beratung mit der Schweigepflicht umgegangen werden?
85 Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie mit einem Aussetzen der
86 Schweigepflicht gegenüber bestimmten Personen/Institutionen einverstanden
87 wären?
- 88 *Die Schweigepflicht sollte absolut sein.*
- 89 27. Welchen Ausbildungs- und welchen Erfahrungshintergrund würden Sie sich
90 von den Mitarbeiter/innen eines Beratungsangebotes wünschen? Welche

91 fachlichen und persönlichen Mindestvoraussetzungen sollte ein/e Berater/in
92 mitbringen?

93 *Ein Psychologe sollte in Tiefenpsychologie ausgebildet sein.*

94 28. An welche Institution (Beratungsstelle, psychiatrisches Krankenhaus, Uni-
95 Kliniken) sollte ein Beratungsangebot idealerweise angeschlossen sein?

96 *An möglichst viele.*

97 29. Würden Sie sich auch in einer forensischen Ambulanz beraten lassen? Wenn
98 nein, warum nicht?

99 *Ja, wenn es wieder zu Übergriffen käme.*

100 30. Wie weit würden Sie für eine Beratung fahren? Legen Sie Wert auf die
101 Regionalität des Angebotes?

102 *Ich fahre einmal im Monat ca. 2 Stunden für eine Strecke zu meinem
103 Psychologen.*

104 31. Wann würden Sie für sich sagen können war eine Beratung oder Therapie für
105 Sie gewinnbringend (wenn welche Effekte erreicht wurden)?

106 *Wenn die Phantasien nachlassen.*

107 32. Welche Wirkung/en einer Beratung/Therapie würden Sie sich für einen
108 längeren Zeitraum wünschen?

109 *Eine vollkommene Heilung der Krankheit.*

110 33. Welche Beratungsmöglichkeiten für Pädophile, die nicht strafrechtlich in
111 Erscheinung getreten sind, sind Ihnen in der BRD bekannt? Welche
112 Schwachstellen und welche Stärken dieser Projekte sehen Sie? Haben Sie
113 Verbesserungsvorschläge?

114 *Mir sind sehr wenige Projekte bekannt.*

115 34. Welche Bedeutung hat das Verständnis von Pädophilie als Krankheit, Störung
116 oder Normvariante für Sie?

117 *Eine sehr hohe Bedeutung.*

118 35. Welchen Einfluss nehmen Ihrer Meinung nach sprachliche Festlegungen?
119 Was halten Sie von dem Titel „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ und dem Slogan
120 „Kein Täter werden“ des Beratungsangebotes der Charité Berlin?

121 *Alles ist gut, was gegen die Kriminalisierung wirkt.*

122 36. Welche Änderungen in der Versorgungslandschaft für Pädophile halten Sie
123 künftig und gegenwärtig für notwendig?

124 *Es muss ein gutes Netz an Selbsthilfegruppen geschaffen werden.*

125 37. Wer sollte sich generell der Problematik pädophiler Männer annehmen?

126 *Psychologen.*

127 38. Welchen Einfluss nimmt Ihrer Meinung nach die Gesellschaft auf die
128 Bereitschaft Pädophiler, sich beraten zu lassen?

129 *Leider sehr gering.*

130 39. Welche Rolle spielt das Internet für Sie (Beratung? Information? Austausch?
131 Chance oder Risiko?)

132 -

133 40. Welche Rolle spielen Selbsthilfegruppen für Sie? Wie bewerten Sie das
134 Angebot, die Erreichbarkeit und den Nutzen von Selbsthilfegruppen für pädophile
135 Männer?

136 *Eine sehr große Rolle.*

137 Sonstiges (Was Sie noch gerne anmerken möchten...):

138 -