

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 65 | Editorial | | Zur Diskussion |
| | Originalarbeiten | 124 | Zur Behandlung langfristiger Folgen
sexuellen Kindesmißbrauchs
<i>P. Nijs</i> |
| 67 | Sexueller Kindesmißbrauch:
Opfer, Täter und Sanktionen
<i>H. A. G. Bosinski</i> | | Fortbildung |
| 89 | Prävalenz und familiäre Hintergründe
sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutsch-
land: Ergebnisse einer repräsentativen
Befragung
<i>P. Wetzels</i> | 130 | Standards der Behandlung und
Begutachtung von Transsexuellen
<i>S. Becker u. a.</i> |
| 108 | Interventionsmöglichkeiten bei
sexuellem Mißbrauch an Kindern
<i>J. M. Fegert</i> | | Aktuelles |
| | | 139 | Veranstaltungskalender |
| | | 140 | Mitteilungen |
| | | 142 | Buchbesprechungen |
| | | 144 | AIDS in der Bundesrepublik Deutschland |

Anschrift der Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. med. H. A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel, Tel.: 0431/5 97-36 50 (Fax: -3612)

IMPRESSUM

Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, PF 100 537 D-07705 Jena, Telefon (03641) 626-3; Fax (03641) 62 65 00; e-mail: office.j@gfischer.de

Anzeigenannahme und -verwaltung: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena, Telefon (03641) 62 64 28, Fax (03641) 62 64 21

Zur Zeit gilt die Anzeigen-Preisliste vom 01.02.1997.

Abonnementsverwaltung und Vertrieb: SFG-Servicecenter Fachverlage GmbH, Zeitschriftenvertrieb: Barbara Dressler, Villengang 2, 07745 Jena, Telefon (03641) 62 64 44, Fax: (03641) 62 64 43

Bezugshinweise: Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet.

Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird.

Erscheinungsweise: Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

Abo-Preise 1997: 138,- DM/1008,- ÖS/132,50 Sfr (zzgl. Versandkosten); Einzelheftpreis 41,- DM/299,- ÖS/39,50 Sfr; Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 86,- DM.

Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartenummer und Gültigkeitsdauer angeben).

Bankverbindung:

Deutsche Bank AG Jena, Konto-Nr. 6 284 707, BLZ 820 700 00;

Copyright: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages.

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen

Printed in Germany

© 1997 Gustav Fischer Verlag

Abstracted/Indexed in:

CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUEX)

Editorial

In den letzten Wochen und Monaten wurde die Öffentlichkeit erschüttert durch eine Reihe von Meldungen über brutale Fälle sexuellen Kindesmißbrauchs. Viele berechtigte Fragen wurden gestellt: "Wie sicher sind unsere Kinder?", "Hat der Mißbrauch zugenommen?", "Was sind das für Menschen, die so etwas tun?". Forderungen nach härteren Strafen – bis hin zur Todesstrafe – wurden laut, besonnenere Stimmen forderten eine bessere Sicherung der Allgemeinheit und eine effizientere Behandlung der Täter. Politiker unterbreiteten Vorschläge, die gelegentlich eher den Eindruck eines populistischen Aktionismus denn wohlüberlegter, sachorientierter, zweckdienlicher und realisierbarer Maßnahmen erweckten.

Die Akademie für Sexualmedizin und die Redaktion der SEXUOLOGIE sind der Ansicht, daß empirisch gesicherte Fakten zum – für die Sexualmedizin im übrigen nicht neuen – Problem des sexuellen Kindesmißbrauchs die einzige Grundlage bieten für eine sachliche Diskussion, aus der dann eine wirkliche Verbesserung der bislang unbefriedigenden Therapie- und Präventionssituation erwachsen kann. Deshalb widmet sich das vorliegende Heft diesem Themenschwerpunkt.

Die Diskussion zum Thema Sexualdelinquenz, nicht zuletzt die Forderung nach besserer Diagnostik, Prognostik und Therapie von Sexualstraftätern, hat erneut die Notwendigkeit einer akademisch fundierten und institutionell etablierten Sexualmedizin unterstrichen. Das Erkennen dieser Notwendigkeit führte seinerzeit mit zur Gründung der Akademie für Sexualmedizin, die deshalb bereits 1995 den Antrag auf Einführung der ärztlichen Zusatzbezeichnung "Sexualmedizin" in die ärztliche Weiterbildungsordnung an die Bundesärztekammer gerichtet hat und hierzu ein Ausbildungscurriculum vorlegte (Vogt et al. SEXUOLOGIE 2 [1995]: 65-89). Erfreulicherweise hat sich nun auch die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung unserem Vorschlag einer curricular festgeschriebenen sexualtherapeutischen / sexualmedizinischen Qualifikation der Therapeuten geöffnet. Auf Einladung der Akademie für Sexualmedizin trafen sich im März diesen Jahres Experten beider Gesellschaften, um die Initiativen auf diesem Gebiet abzustimmen.

Daß die doch eher kleine Schar sexualmedizinisch/sexualwissenschaftlich Engagierter in Deutschland im Interesse der zu bewältigenden Aufgaben zumal in der Patientenbetreuung zusammenarbeiten soll, ist sicher keine neue Forderung. Daß sie es auch kann, zeigt beispielhaft die Zusammenarbeit einer auf Einladung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung zusammengetretenen Kommission zur Erstellung von Standards of Care für die Betreuung transsexueller Patienten. Im Fortbildungsteil dieses Heftes findet sich das Ergebnis dieser über zweijährigen intensiven Kommissionsarbeit (an der auch Akademiemitglieder teilnahmen) in Gestalt der "Standards für die Behandlung und Begutachtung Transsexueller".

Mit dem Abdruck dieser Standards wird die SEXUOLOGIE auch ihrer Aufgabe als sexualmedizinisches Fortbildungsorgan gerecht. Aufmerksame LeserInnen werden sicherlich bemerkt haben, daß diese Aufgabenstellung nun auch im Untertitel der Zeitschrift hervorgehoben wird. Die strukturellen Veränderungen im Gustav Fischer Verlag, insbeson-

dere die Verlagerung der Zeitschriftenproduktion nach Jena, haben die bislang äußerst fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Verlag und Redaktion noch verstärkt. Dafür sei an dieser Stelle den Verantwortlichen des Hauses der herzliche Dank des Akademievorstandes und der Redaktion abgestattet. Dieser Dank schließt auch die anonymen Gutachter der eingereichten Manuskripte und den Beirat der Zeitschrift ein, die durch ihre oft aufwendige, qualitätssichernde Arbeit das wissenschaftliche Niveau der Zeitschrift maßgeblich beeinflussten. Nicht zuletzt gilt der Dank den Autorinnen und Autoren, die durch ihre Beiträge das sexualmedizinische Profil der SEXUOLOGIE geprägt haben. Dieser Dank schließt postum auch den Nestor der modernen forensischen Sexualmedizin, *Prof. Dr. sc. med. Kurt Freund* (1914-1996) ein. Er unterstützte unsere Zeitschrift von Anfang an, war Autor und aktives Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Sexuologie. Die Akademie wird sich dieses Mannes, der wie kaum ein zweiter die politischen Kataklysmen dieses Jahrhunderts am eigenen Leibe erlebte und zugleich die sexuologische Wissenschaft derart nachhaltig beeinflusste, stets dankbar erinnern. Der Nachruf auf Kurt Freund, verfaßt von einem seiner engsten Mitarbeiter des letzten Jahrzehnts und Nachfolger im Amt, findet sich in diesem Heft.

Die Redaktion

Sexueller Kindesmißbrauch: Opfer, Täter und Sanktionen

Child sexual abuse: Victims, perpetrators, and sanctions

H.A.G. Bosinski

Zusammenfassung

Es werden aktuelle Zahlen über angezeigte, aufgeklärte und strafverfolgte Fälle sexuellen Kindesmißbrauchs mitgeteilt. Ein Vergleich dieser Zahlen über den Zeitraum von 40 Jahren zeigt, daß zumindest für den Bereich polizeilich ermittelter bzw. gerichtlich abgeurteilter Fälle nicht von einer Zunahme dieses Delikts auszugehen ist. Die Schwierigkeiten bei der Diagnostik von Früh- und Spätfolgen sexuellen Kindesmißbrauchs werden diskutiert.

Basierend auf Literaturberichten sowie einer eigenen Übersicht über 133 Sexualstraftäter mit dem Delikt des sexuellen Kindesmißbrauchs, die von 1982 bis 1992 in der Kieler Sexualmedizin begutachtet wurden, wird eine Motivations- bzw. Konflikttypologie dieser Tätergruppe vorgestellt, die Grundlage prognostischer Aussagen zur Legalbewährung (i.e. Rückfälligkeit) sein kann. Deren Wert wird jedoch durch die Tatsache gemindert, daß nur eine Minderheit von Sexualstraftätern überhaupt begutachtet wird (ca. 10 %), diese Typologie also auf nicht-repräsentativen Daten beruht.

Vor dem Hintergrund viktimologischer und tätertypologischer Befunde werden jüngste Vorschläge zur Reform des Sexualstrafrechts diskutiert und Desiderata benannt. Hierzu zählt vor allem die Notwendigkeit zur Etablierung einer biopsychosozial orientierten Ursachenforschung, zur Verbesserung der Prognoseforschung und Therapieevaluation und zur quantitativen wie qualitativen Anhebung des sexualmedizinischen Qualifikationsniveaus von Gutachtern und Therapeuten.

Schlüsselwörter: Sexueller Kindesmißbrauch; Epidemiologie; Viktimologie; Tätertypologie; Rückfälligkeit ; Prognose

Abstract

Nationwide data about allegations, accusations and condemnations of child sexual abuse (CSA) in Germany are presented. Comparison of data for about forty years of official statistics indicates no increase of this crime at least in court. Difficulties in diagnostics of short-term and long-term consequences of CSA are discussed.

Based on reports in the literature and own findings in 133 child molesters, who were investigated between 1982 and 1992 in effort to give expert opinion in court, a typology of these delinquents is presented, focusing on motivation and fixation of sex offenses against minors. This typology could be a base for prognosis of relapse. It is, however, limited by the fact, that only a non-representative minority (about 10 percent) of accused child molesters are actually referred to be evaluated by forensic experts.

New approaches to legal laws against child molestation in Germany are discussed with regard to their practicability and effectiveness. The lack of a biopsychosocial research concerning causes, treatment and prognosis in child molestation and the need for a better sexological qualification of forensic experts and psychotherapists treating sex offenders is pronounced.

Key words: Child sexual abuse; Epidemiology; Victimology; Typology of Offenders; Relapse; Prognosis

Die öffentliche Diskussion über den sexuellen Kindesmißbrauchs ist nicht selten von der Annahme gekennzeichnet, es handele sich um ein dramatisch zunehmendes Geschehen. Es erscheint deshalb angezeigt, einige aktuelle Daten zur Epidemiologie und Viktimologie des sexuellen Kindesmißbrauchs mitzuteilen. Für Beunruhigung sorgte auch die Tatsache, daß ganz offenbar eine Reihe der Täter bereits früher einschlägig in Erscheinung getreten waren. Deshalb sollen verfügbare sexualmedizinisch-typologische Angaben über begutachtete Straftäter mit dem Delikt des sexuellem Kindesmißbrauchs diskutiert werden, da derartige typologische Daten die Grundlage prognostischer Aussagen zur Rückfallgefahr sein können. Auf der empirischen Basis der bisherigen Erkenntnisse über Opfer und Täter ist es dann auch vertretbar, die gegenwärtig in der Diskussion befindlichen Vorschläge und Gesetzesentwürfe zum Umgang mit sexuellen Kindesmißbrauchern einer ersten kritischen Sichtung zu unterziehen.

1. Viktimologie

1.1 Zur Häufigkeit ermittelter und strafverfolgter Fälle sexuellen Kindesmißbrauchs

Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten, die Häufigkeit des sexuellen Kindesmißbrauchs zumindest annähernd abzuschätzen:

1. Die retrospektive Erhebung von Angaben über widerfahrene Mißbrauchserlebnisse im Kindes- und Jugendalter in möglichst unausgelesenen Erwachsenenstichproben. Der in diesem Heft publizierte Artikel von Wetzels (1997) gibt hierzu einen tiefen Überblick und teilt in einer für den deutschen Sprachraum bisher unerreichten Quantität und Qualität eigene Daten mit.
2. Angaben aus der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) sowie aus der Strafverfolgungsstatistik (SVS). Während in der PKS jährlich einschlägige Anzeigen, aufgeklärte Taten und ermittelte Tatverdächtige mitgeteilt werden, gibt die SVS – ebenfalls jährlich, jedoch mit gewisser zeitlicher Verzögerung – Aufschluß über die einschlägig Abge- und Verurteilten.

Es versteht sich, daß gerade die SVS (die im übrigen auch in ihrer jüngsten Veröffentlichung [1995] noch immer nur für die alten Bundesländer vorliegt, während die PKS seit 1991 für das gesamte Bundesgebiet Daten angibt) nur das absolute Mindestmaß an tatsächlich stattgefundenen Taten erfassen kann. In der Zusammenschau mit den oben erwähnten retrospektiven Angaben ermöglichen aber beide Statistiken eine Abschätzung des ungefähren Ausmaßes sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutschland.

Als Vorteil sowohl der PKS als auch der SVS erweist sich, daß beide Statistiken einen Vergleich über einen längeren Zeitraum (seit 1953) ermöglichen. Der Vergleich über die Jahre zeigt, daß die polizeilich ermittelten und die gerichtlich abgeurteilten sexuellen Mißbrauchsdelikte an Kindern zahlenmäßig einen undulierenden Verlauf aufweisen (s. Abb. 1).

Die Anzeigen (obere Kurve der Abb. 1) sind von 1960 bis 1985 zunächst deutlich zurückgegangen (von 17.908 auf 10.417), um dann ebenso steil wieder anzusteigen (1990: 12.741; 1991: 14.554). Es darf angenommen werden, daß dieser Anstieg bis 1990 zunächst vor allem auf ein gesteigertes Problembewußtsein in der Öffentlichkeit zurückzuführen ist. Erst die Frauenbewegung, aber auch die oft gescholtene sexuelle Liberalisierung in den 60er und 70er Jahren machten es möglich, daß Betroffene nun offener und öffentlich über ihre

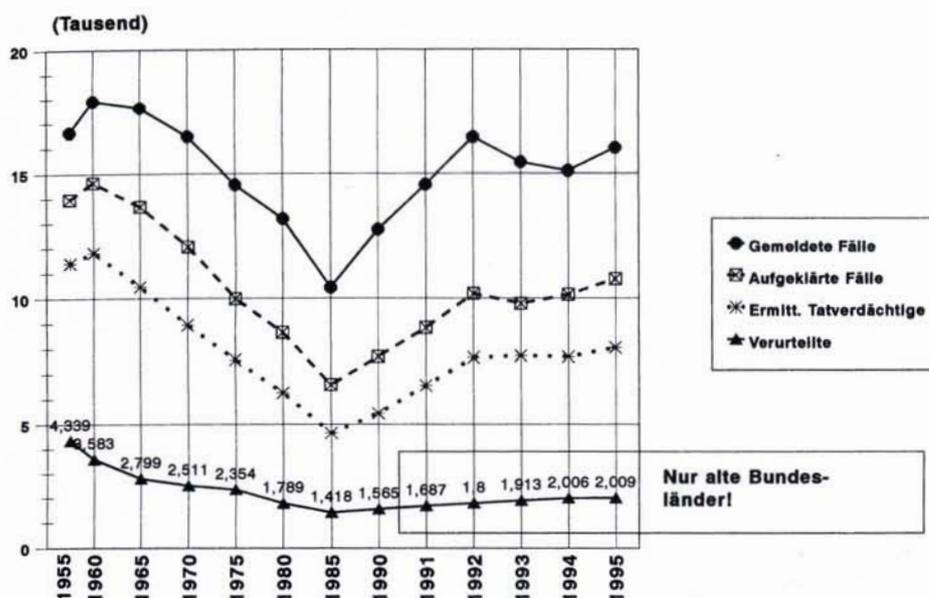


Abb. 1: Anzeigte und aufgeklärte Taten, ermittelte Tatverdächtige und Verurteilte gem. §176 StGB* (Anzeigen, Ermittlung u. Tatverdächtige ab 1991: Ges. Bundesgebiet; männliche u. weibliche Verurteilte: Nur alte Bundesländer; ab 1995 incl. Ostberlin)

Mißbrauchserlebnisse sprechen und damit eine bis heute anhaltende Diskussion in Gang bringen konnten. Die 1991 hinzukommenden Anzeigen aus den neuen Bundesländern dürften wesentlich für den bis 1992 zu verzeichnenden Anstieg der Anzeigenzahlen (auf 16.442) gesorgt haben. Der 1993 (15.330) und 1994 (15.096) eintretende Anzeigenrückgang ist vor diesem Hintergrund schwer erklärbar; möglicherweise liegen dem Erfassungsprobleme in den neuen Bundesländer zugrunde. Der erneute Anstieg im Jahre 1995 (16.013) liegt dann wieder im bis 1990 erkennbaren Trend.

Die Abbildung 1 zeigt zugleich, daß die Aufklärungsquote (Abstand zwischen der oberen und der zweiten Kurve in Abb. 1) mit 60 bis 70 % annähernd gleich hoch geblieben ist. Daß wesentlich mehr Anzeigen eingehen als schließlich Täter ermittelt oder sogar verurteilt werden, ist zum einen dadurch begründet, daß ein Täter nicht selten mehrere Opfer hat, von denen ggfs. jedes eine Anzeige erstattet (besonders drastisch kann dies beim Exhibitionismus vor Kindern sein, der strafrechtlich ebenfalls als sexueller Mißbrauch geahndet wird [§ 176, Abs. 5 StGB]). Zum zweiten muß berücksichtigt werden, daß diese Taten zu allermeist außer dem Opfer keine weiteren Zeugen haben, was ihre Aufklärung und ihre gerichtliche Aburteilung erschwert, was aber prinzipiell auch Falschanzeigen möglich macht, deren Anzahl jedoch nicht seriös geschätzt werden kann (s. dazu Fegert in diesem Heft [1997]).

Die Zahl der Verurteilungen (untere Kurve der Abb. 1) ist von 1955 bis 1985 ebenfalls stetig zurückgegangen. Der leichte Aufwärtstrend seit 1990 ist vor allem demographisch bedingt, wie die Umrechnung der Verurteiltenzahlen auf 100.000 Männer der jeweils gleichen

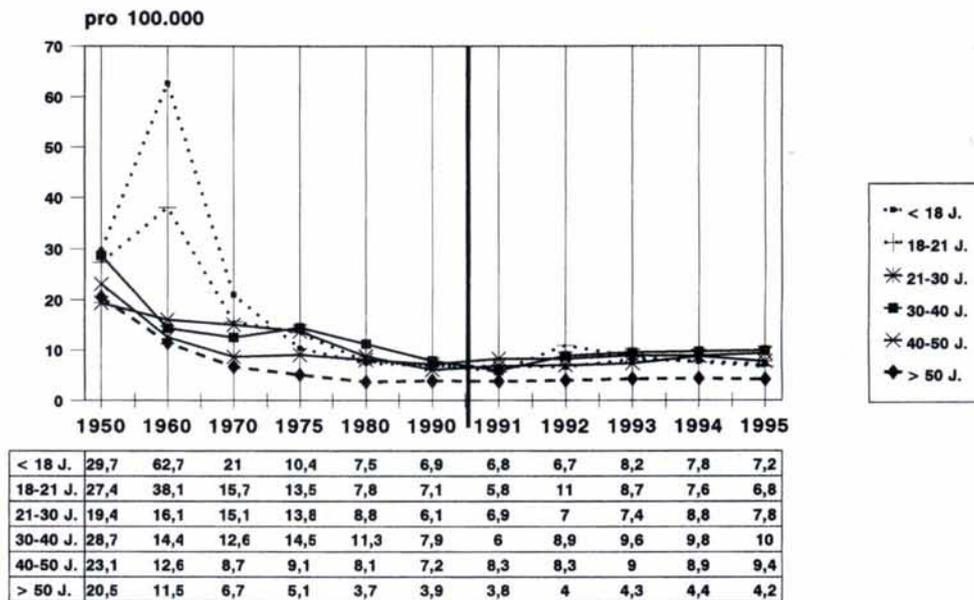


Abb. 2: Entwicklung der Verurteilten-Ziffer gem. §176 StGB (Männliche Verurteilte pro 100.000 Männer gleichen Alters. Nur alte Bundesländer, ab 1995 incl. Ostberlin)

Altersgruppe zeigt (s. Abb. 2). Diese "männliche" Verurteiltenziffer (VUZ) weist bis 1990 einen deutlichen Abwärtstrend auf, insbesondere bei Tätern jenseits des 50. Lebensjahres sowie bei Jungtätern unterhalb des 25. Lebensjahres. Seitdem ist die VUZ relativ konstant geblieben und weist eine (je nach Täter-Altersgruppe differierende) Kriminalitätsbelastung von vier bis zehn wegen sexuellem Kindesmißbrauchs Verurteilten pro 100.000 Männern aus.

Die in der Öffentlichkeit besonders diskutierten Fälle von Tötungen im Zusammenhang mit sexuellem Kindesmißbrauch sind erst seit 1992 gesondert statistisch aus der SVS ablesbar (s. Tab. 1). Neben der expliziten Ab- oder Verurteilung wegen sexuellem Kindesmißbrauch mit Todesfolge (§176, Abs. 4 StGB) können sich diese Fälle prinzipiell auch hinter der Ab- oder Verurteilung wegen Mordes (§ 211 StGB) verbergen, und zwar aufgrund der den Mord unter anderem qualifizierenden Tatbestandsmerkmale der Tötung „zum Verdecken einer Straftat“ oder „zur Befriedigung des Geschlechtstriebes“. Da dies in der SVS nicht weiter differenziert wird, muß davon ausgegangen werden, daß in den Ländern der alten Bundesrepublik – zumindest in den Jahre 1992 bis 1995 – zwischen fünf und 20 Kindern im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch getötet wurden.

Bei Zugrundelegung der Zahlen aus der SVS und deren Zusammenschau mit den zumal von Wetzels (1997) mitgeteilten Daten über die Prävalenzraten sexuellen Kindesmißbrauchs läßt sich schlußfolgern, daß ca. 10 % der Kinder bis zu ihrem 16. Lebensjahr Opfer sexuellen Mißbrauchs verschiedener Schweregrade geworden sind. In absolute Zahlen bedeutet dies (bei 10 % der pro Jahr geborenenen rund 700.000 Kinder) eine ungefähre Zahl von 70.000 bis max. 100.000 Fällen sexuellen Kindesmißbrauchs pro Jahr, was einer Dunkelziffer (d.h.

Tab. 1: Zahl der Abge- und Verurteilten wegen Verbrechen an Kindern mit Todesfolge

	Sex. Mißbrauch mit Todesfolge (§ 176, Abs.4)		Mord u. Totschlag (§§ 211, 212, 213)		Tötung unter d. Geburt (§ 217)		Fahrl. Tötung (ohne Straßenverkehrsdelikte!)		Körperverletzung mit Todesfolge		Summe Abgeurteilte
	Abgeurteilte	Verurteilte	Abgeurteilte	Verurteilte	Abgeurteilte	Verurteilte	Abgeurteilte	Verurteilte	Abgeurteilte	Verurteilte	
1992	2	2	30	25	4	4	23	6	8	8	67
1993	2	0	10	8	2	2	7	5	12	12	33
1994	4	4	13	7	6	5	20	3	11	11	64
1995	6	4	23	19	7	7	18	9	3	3	57

das Verhältnis *angezeigter Fälle zu nicht bekannt gewordenen Fällen*) von ca. 1:5 bis maximal 1:8 entspricht.

Auch wenn diese Zahl weit unter der in einigen Medien verbreiteten von 300.000 Opfern pro Jahr liegt, so besteht doch kein Anlass zur Beruhigung: Statistisch bedeutet das, daß zum Beispiel von 400 Absolventen einer mittelgroßen Schule ca. 40 bis zu ihrem 16. Lebensjahr sexuell mißbraucht worden sind!

1.2 Zu den Früh- und Spätfolgen sexuellen Kindesmißbrauchs

Mindestens ebenso kontrovers wie die Diskussion um die Häufigkeit sexuellen Kindesmißbrauchs ist jene um dessen Früh- und Spätfolgen und – damit zusammenhängend – um seine medizinische und/oder psychologische Nachweisbarkeit. Beitchman und Mitarbeiter (1991, 1992) haben hierzu aktuelle meta-analytische Übersichtsarbeiten unter Auswertung der bis dahin publizierten Untersuchungen im nordamerikanischen Raum vorgelegt, die an die instruktive Arbeit von Browne und Finkelhor (1986) anknüpfen und diese erweitern.

Hinsichtlich *der Frühfolgen* sexuellen Mißbrauchs im Kindesalter und der bei den Kindern nachweisbaren Symptome kommen die Autoren (Beitchman et al. 1991) zu dem Schluß, daß es – außer dem empirisch angesichts der dürftigen Kenntnisse über normales kindliches Sexualverhalten nur äußerst schwer validierbaren „sexualisierten Verhalten im Kindesalter“ – keine spezifischen verhaltensmäßigen Hinweise auf stattgehabten sexuellen Mißbrauch gibt. Es kann letztlich nur festgestellt werden, daß Kinder auf sexuellen Mißbrauch mit jenen unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten reagieren, die sie auch als Reaktion auf andere psychische Traumata entwickeln (s. Tab. 2). Ähnlich unspezifisch ist auch die medizinisch-morphologische Nachweisbarkeit körperlicher Mißbrauchsfolgen (s. Tab. 3). Die Befundlage hinsichtlich *der Spätfolgen* von in der Kindheit erlebtem sexuellem Mißbrauch wurde ebenfalls von Beitchman und Mitarbeiter (1992) untersucht. Die Autoren werteten 32 Studien unterschiedlicher Erhebungsmodalität, Stichprobenselektion und Datenqualität zu dieser Fragestellung aus und kommen zu folgenden Schlußfolgerungen:

“1. Im Vergleich mit Frauen, die keinen sexuellen Kindesmißbrauch in der Vorgeschichte berichten, zeigen diejenigen mit derartigen Erlebnissen häufiger

- Hinweise für sexuelle Störungen oder Dysfunktionen;
- Angaben über homosexuelle Erfahrungen in Adoleszenz oder Erwachsenenalter;

Tab. 2: Verhaltensmäßige Frühfolgen bzw. Hinweise auf sexuellen Kindesmissbrauchs

Unspezifisch	Hochgradig verdächtig	Spezifisch
<ul style="list-style-type: none"> • Diffuse Leibbeschwerden ohne morphologisches Korrelat • Eßstörungen (↑ u. ↓) • Schlafstörungen • Verlassensängste u. „Anklammerungsattacken“, aber auch Kontaktabweisung • Verhaltensregression (Einnässen, Einkoten) <p>bei Schulkindern zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzentrationsstörungen • Schulleistungen ↓ • Verhaltensauffälligkeiten verschiedener Ausprägungsart, von devoter Überangepasstheit bis zu Umtriebigkeit • Depressionen • Autoaggressives Verhalten („Schnibbeln“) bis hin zu Suizidversuchen 	<p style="text-align: center;">„Sexualisiertes Verhalten“ im Kindesalter</p> <p style="text-align: center;">Cave: Normales Sexualwissen & Sexualverhalten im Kindesalter empirisch kaum gesichert!</p>	<p style="text-align: center;">Nicht bekannt</p>

Tab. 3: Morphologische Hinweise auf sexuellen Kindesmissbrauch

Unspezifisch	Hochgradig verdächtig	Spezifisch
<ul style="list-style-type: none"> • Hämatome, Würgemale • Risse / Kratzspuren sowie • rezidivierende Entzündungen im Anogenitalbereich 	<ul style="list-style-type: none"> • Venerolog. Infektionen • Hymenaldefekte (Cave: Nicht beweisend!) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis v. Spermien / Samenflüssigkeit

- Hinweise auf Angststörungen und allgemeine Furcht, die häufiger im Zusammenhang mit dem Erleben realer oder angedrohter körperlicher Gewalt während des Mißbrauchs stehen;
 - Hinweise auf Depressionen oder eine depressive Symptomatologie;
 - Hinweise auf eine erneute Re-Viktimisierung;
 - Hinweise auf Suizidvorstellungen und -versuche, insbesondere wenn sie Gewalt oder körperlicher Mißhandlung ausgesetzt waren.
2. Unzureichende Belege existieren für einen Zusammenhang zwischen sexuellem Kindesmißbrauch und einem „Mißbrauchs-Syndrom“ (*postsexual abuse syndrome*);
 - spezifischen Persönlichkeitsstörungen wie z.B. der „Multiplen Persönlichkeitsstörung“ oder der „Borderline-Persönlichkeitsstörung“; die „Multiple Persönlichkeitsstörung“ kann indes mit dem gemeinsamen Erleben von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung vergesellschaftet sein.
 3. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen mißbrauchsspezifischen Variablen und speziellen Spätfolgen lassen sich folgende Schlußfolgerungen ziehen:
 - Die Beziehung zwischen Alter beim Beginn des Mißbrauchs und Spätfolgen bleibt unklar, obwohl mehr Daten die Annahme unterstützen, daß ein postpuberaler erlebter Mißbrauch traumatischere Konsequenzen hat als ein präpuberaler;
 - Ein langandauernder Mißbrauch führt zu gravierenderen Spätfolgen;
 - Der Einsatz körperlicher Gewalt oder dessen Androhung durch den Täter hat gravierendere Konsequenzen, obgleich die spezifischen Auswirkungen dieser Variable noch unbekannt sind;
 - Penetrierender Mißbrauch (Geschlechtsverkehr, genito-orale oder -anale Praktiken) gehen mit gravierenderen Spätfolgen einher;
 - Mißbrauch durch Vater oder Stiefvater geht mit gravierenderen Spätfolgen einher;
 - Männliche Mißbrauchsoffer zeigen häufiger im Erwachsenenalter sexuelle Funktionsstörungen.“ (Beitchman et al. 1992: 115; eigene Übersetzung)

Die spezifischen Langzeitfolgen sexuellen Mißbrauchs an Jungen hat Laszig (1996) untersucht.

Selbstverständlich können derartige Übersichtsarbeiten nur eine Orientierung geben. In der therapeutischen Arbeit wird es stets um die Bewertung des konkreten Einzelfalles gehen müssen (s. hierzu den Artikel von Nijs [1997] in diesem Heft).

2. Zur typologischen Einordnung der Täter

Bei dem Versuch, Täter mit dem Delikt des sexuellem Kindesmißbrauchs in ein typologisches Schema einzuordnen, muß folgendes berücksichtigt werden:

1. Eine solche Typologie hat vor allem dann forensische Bedeutung, wenn sie prognostische Aussagen bezüglich der *Legalprognose* oder *Rückfallgefahr* des Täters, damit also Aussagen über sein weiteres Lebensschicksal und indirekt auch über die von ihm ausgehende Gefährdung potentieller Opfer ermöglicht.
2. Eine solche Typologie läßt sich nur aufgrund der in der *forensischen Begutachtung* erhobenen Daten erstellen. Es wird jedoch nur eine Minderheit der Sexualstraftäter – in Schleswig-Holstein nach unserer Schätzung etwa *zehn Prozent* – überhaupt im erkennenden Verfahren begutachtet. Die folgenden typologischen Angaben beziehen sich also auf eine nicht-repräsentative Sub-Population aller Straftäter mit dem Delikt des sexuellen Kindesmißbrauchs.
3. Jede Typologie tut der Wirklichkeit Zwang an; sie kann nur einen *Orientierungsrahmen* abgeben. In der Begutachtung begegnen uns jeweils sehr individuelle Schicksale und Verläufe.

Tab. 4: Übersicht über 133 Täter mit Delikt des sexuellen Kindesmißbrauchs, Begutachtungen von 1982-1992 in der Kieler sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle

Typ \ Alter	< 25 J.	25-50 J.	> 50 J.	Σ	% v. N
Ersatztäter	25	-	24	49	36,8
Dissozial	2	4	1	7	5,3
Schwachsinnig	2	-	-	2	1,5
Pädophile Hauptströmung	1	56	4	61	45,9
Pädophile Nebenströmung	-	12	2	14	10,5
Σ	30	72	31	133	100,0
% v. N	22,6	54,1	23,3		

Angesichts der prinzipiellen Möglichkeiten einer Tätertypologie verwundert es, daß pädophile Straftäter erst in den sechziger Jahren unseres Jahrhunderts in nennenswertem Umfang in den Fokus der empirischen Sexualwissenschaft gelangt sind. Für den deutschsprachigen Raum sind hier vor allem die Arbeiten von Wille (1967, 1968) und Schorsch (1971, 1973) zu nennen, im angloamerikanischen Schrifttum sei auf die Untersuchungen von Freund (1981; Freund & Blanchard 1993; Freund & Kuban 1993), Langevin (1983, 1985, 1991) sowie Knight und Prentky (1990) verwiesen. Die folgenden Ausführungen zur Typologie stützen sich im wesentlichen auf die Ergebnisse dieser Autoren sowie auf die Durchsicht von 133 Gutachten über pädophile Straftäter, die von 1982 bis 1992 in der Kieler Sexualmedizin erstattet wurden.

Zunächst zeigt die Auswertung des Gutachtenmaterials (s. Tab. 4 sowie Abb.3 erste Spalte), daß sich die Täter mit dem Delikt des sexuellen Kindesmißbrauch – verglichen mit den anderen "klassischen Sexualdelikten" (Vergewaltigung/ sexuelle Nötigung, Exhibitionismus) – altersmäßig wesentlich homogener verteilen: Ein Viertel der Täter ist unter 25 Jahren alt, die Hälfte ist im Reifealter des Mannes (d.h. zwischen 25 bis 50 Jahren), ein Viertel ist älter als 50 Jahre. Diese Altersverteilung im Gutachtenmaterial entspricht auch in etwa den Angaben in der Literatur sowie in den SVS der letzten Jahrzehnte.

In der Begutachtung findet man weiterhin – ebenfalls abweichend von anderen Sexualstraftäter-Gruppen – eine ausgesprochene Heterogenität der Intelligenz, des Sozialverhaltens sowie des Sexualverhaltens vor der Tat (s. mittlere Spalte der Abb. 3). Hierauf ist bereits von Wille (1967) und von Schorsch (1971) hingewiesen worden.

1. Bei den *Jung-Tätern* (d.h. den unter 25jährigen Jugendlichen, Heranwachsenden und Jung-Erwachsenen) findet man

- normalintelligente, sozial integrierte, jedoch auffällig kontaktgehemmte und psychosexuell retardierte, unerfahrene Täter;
- minderbegabte, sozial randständige Jugendliche, die bereits sexuelle Vorerfahrungen in sozial wenig strukturiertem Kontext gesammelt haben;
- gelegentlich auch schwachsinnige, d.h. debile bis imbezille, zumeist in Heimen betreute junge Männer.

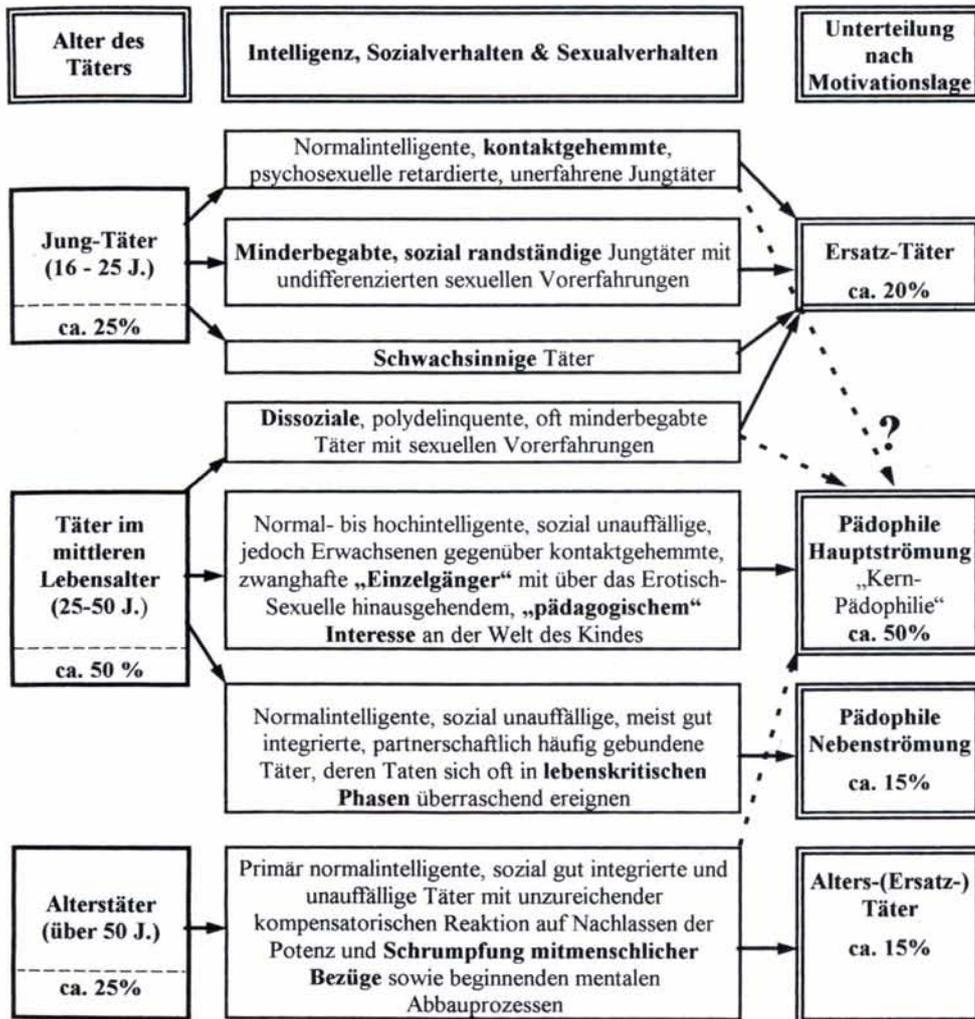


Abb. 3: Gutachtenbefunde bei Sexualsträftätern mit dem Delikt des sexuellen Kindesmissbrauchs (§176 StGB). Die durchgezogenen Pfeile kennzeichnen die hauptsächliche Zuordnung, die gestrichelten Pfeile die selteneren Zuordnungen.

2. Unter den *Tätern im mittleren Lebensalter* (25 bis 50 Jahre) finden sich (neben einigen heimuntergebrachten oder familienbetreuten Schwachsinnigen):

- Dissozial lebende, oft minderbegabte und alkoholmißbrauchende, häufig wegen nicht-sexueller Delikte vorbestrafte Männer. Sie verfügen über sexuelle Vor-Erfahrungen verschiedenster Art, gelegentlich sind sie auch wegen nicht-einschlägiger Sexualdelikte vorbestraft.
- Den Hauptteil der begutachteten erwachsenen Täter bilden normal- bis hochintelligente, beruflich gut eingeordnete Männer, deren Kontakte zur erwachsenen Umwelt jedoch

- merkwürdig reduziert sind, die über keine oder minimale partnerschaftliche und sexuelle Vor-Erfahrungen mit altersadäquaten Partnern verfügen und deren übergroßes Interesse an der Welt des Kindes sich nicht selten auch in der Berufswahl oder in außerberuflichem pädagogischem Engagement ausdrückt.
- Schließlich finden sich unter den Tätern dieser Altersgruppe beruflich, sozial und sexuell bis dato unauffällige, häufig partnerschaftlich gebundene Männer, deren Tat für die Umgebung – und nicht selten für die Täter selbst – mehr oder weniger überraschend geschieht.
3. Die Begutachtung der *Täter jenseits des 50. Lebensjahres* erbringt zumeist bis zur Tat normalintelligente, sozial und sexuell unauffällige Männer, deren Lebensschicksal gekennzeichnet ist von einer Schrumpfung mitmenschlicher Bezüge und teilweise nur diskret nachweisbaren mentalen Abbauprozessen.

Die hier skizzierte Heterogenität an Täterpersönlichkeiten verbietet es, von „*dem Pädophilen per se*“ zu sprechen. Dies erkennend wurde in der Literatur verstärkt versucht, sich den Taten zugrundeliegenden Motiven und den dahinterstehenden Konflikten der Entwicklung zuzuwenden, um so zu prognostischen Aussagen über die Legalbewährung der Täter zu gelangen. Bei dieser Konflikt- bzw. Motivationstypologie erwies es sich als wesentlich, *Ersatz- oder Kompensationstäter*, die primär an einer sexuellen Interaktion und Paarbildung mit altersadäquaten Partnern oder Partnerinnen interessiert sind und sich nur ersatzweise an Kindern vergehen, von *Neigungstätern* zu differenzieren, bei denen ein primäres Interesse an sexuellen Kontakten mit Kindern besteht (s. letzte Spalte der Abb. 3).

Im Gutachtenmaterial machen die *Ersatztäter* ca. 35% aus, wobei hierzu der Großteil der Jung-Täter, der dissozialen und der schwachsinnigen Täter sowie der Alters-Täter gehört. Fünfzig Prozent der begutachteten Täter sind hingegen als *Kernpädophile mit pädophiler Hauptströmung* einzuordnen, bei denen das primäre Interesse am Kind im Vordergrund steht. Hierzu gehört der Großteil der Täter im Reifealter und einige (rückfällige) Alterstäter. Als problematisch und prognostisch oft überaus schwierig erweist es sich bei der Erstbegutachtung von Jungtätern, daß einige von ihnen (in Abbildung 3 mit einem großen Fragezeichen gekennzeichnet) potentiell der Gruppe der kernpädophilen Neigungstäter angehören bzw. sich „in diese hineinentwickeln“; die Tat wäre in diesen Fällen die Erstmanifestation einer tieferliegenden pädophilen Paraphilie. Es fehlen bislang ausreichende Instrumente, um dies tatsächlich beim ersten Delikt sicher abschätzen zu können (s. dazu auch Holstein & Schütze 1983).

Bei ca. 15% der begutachteten Täter offenbart die Tat eine – neben der Attraktion durch altersadäquate Partner bestehende – prinzipielle sexuelle Ansprechbarkeit durch Kinder im Sinne einer *pädophilen Nebenströmung*. Im angloamerikanischen Schrifttum wird in diesem Zusammenhang von „*low fixated*“ (entspr. Nebenströmung) im Unterschied zu „*high fixated*“ (entspr. Hauptströmung) (Knight & Prentky 1990; Barbaree 1995) oder von „*non-exclusive type*“ bzw. „*exclusive type*“ gesprochen (DSM-IV, APA 1994).

Insbesondere die bislang in Deutschland einmaligen katamnesticen Untersuchungen zur Lebenslängsschnittentwicklung vormals begutachteter Sexualstraftäter von Beier (1994, 1995) ermöglichen es, folgende Zusammenhänge zwischen Motivlage, Konfliktpologie und Legalprognose feststellen (s. Abb. 4):

1. *Ersatztäter* haben insgesamt eine günstige Legalprognose, sie werden selten rückfällig. Im einzelnen heißt das:
- Den *Jung-Tätern* läßt ihre sexuelle Unerfahrenheit und Kontakthemmung die eigentlich begehrten altersadäquaten Partner unerreichbar erscheinen. Die Tat (mit zumeist weiblichen Opfern aus der Nachbarschaft) hat in der Regel den Charakter von Probierhandlungen im Rahmen einer verlängerten puberalen Suchphase und ist nur selten aggressiv. Diese Täter werden kaum (unter 1%) einschlägig rückfällig, da sie über Möglichkeiten der sexuellen Stilbildung im Rahmen altersadäquater Partnerschaften verfügen, wobei eine therapeutisch begleitete Entwicklung der Selbstsicherheit präventiv die besten Auswirkungen zu zeigen scheint.
 - Bei den *dissozialen Ersatztätern* ist das sexuelle Vergehen an Kindern zumeist Ausdruck einer mangelnden sozialen Differenzierungsfähigkeit bei sozialer Randständigkeit, nicht selten mit dem „Mittäter“ Alkohol. Hier hängt die Rückfallgefahr wesentlich von der weiteren sozialen Entwicklung der Täter ab. In dieser Tätergruppe kann es allerdings schon bei einmaligen Taten durch überfallartiges Ausagieren an anonymen kindlichen Opfern zu einer hohen Opferschädigung kommen.
 - Bei *schwachsinnigen Tätern* steht die fehlende soziale Differenzierungsfähigkeit, nun allerdings aufgrund der erheblichen intellektuellen Defizite, im Vordergrund. Hier überwiegen gewaltlose Handlungen. Die Gestaltung der Betreuungsmodalitäten und eine psychagogische Führung verhindern zu allermeist einschlägige Rückfälle.
 - Bei den nicht genuin pädophilen *Alterstätern* ist die Tat Ausdruck unzureichender kompensatorischer Fähigkeiten auf schrumpfende soziale Bezüge und nachlassende Potenz bei erhaltener Libido. Hinzu kommen häufig kognitive Entdifferenzierungen bei beginnendem mentalen Abbau. Die fast ausnahmslos gewaltlosen Täter nutzen die Autorität des Alters, der Grad der Viktimisierung ist deshalb schwer abzuschätzen. Aufgrund des auf die Täter nicht selten ausgeübten hohen sozialen Druckes sowie der physiologischerweise meist nachlassenden Libido ist die Wahrscheinlichkeit einschlägiger Wiederholungstaten jedoch gering.
2. Im Gegensatz zu Ersatztätern sind Täter mit *pädophiler Hauptströmung* definiert durch eine hohe Rückfallneigung. Im Lebenslängsschnitt weisen sie die meisten Opfer auf, wobei der Datenlage zufolge homopädophile Täter noch aktiver zu sein scheinen als heteropädophile Täter (Freund & Watson 1992). Allerdings stellen hier aggressive Vorgehensweisen die Ausnahme dar. Vielmehr schleichen sich die Täter im Zuge einer von ihnen als „wahre Liebe“ umgedeuteten längerwährenden Beziehung in das Vertrauen des Kindes und in seine Welt ein. Der Grad der Viktimisierung dürfte hier ein gänzlich anderer sein als bei aggressiven, tatsächlich mißhandelnden Tätern. Die *Sozialprognose* dieser oft durchaus bürgerlichen Täter ist immer obsolet und durch sozialen Abstieg gekennzeichnet.
- Unter den Tätern mit pädophiler Hauptströmung finden sich gelegentlich einige *dissoziale, polydelinquente Männer*. Auch ohne nähere Aktenkenntnis kann der Fall des Marc Dutroux in Belgien als Beleg dafür genommen werden, welche unselige Allianz kriminelle Energie, Dissozialität und pädophile Fixierung eingehen können. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß diese Tätertypen in der Begutachtung eher selten sind – in unserem Gutachtenmaterial weniger als 1% der Fälle. Ob dies daran liegt, daß Richter bei vorbestehender Kleinkriminalität und Dissozialität seltener eine Begutachtung anord-

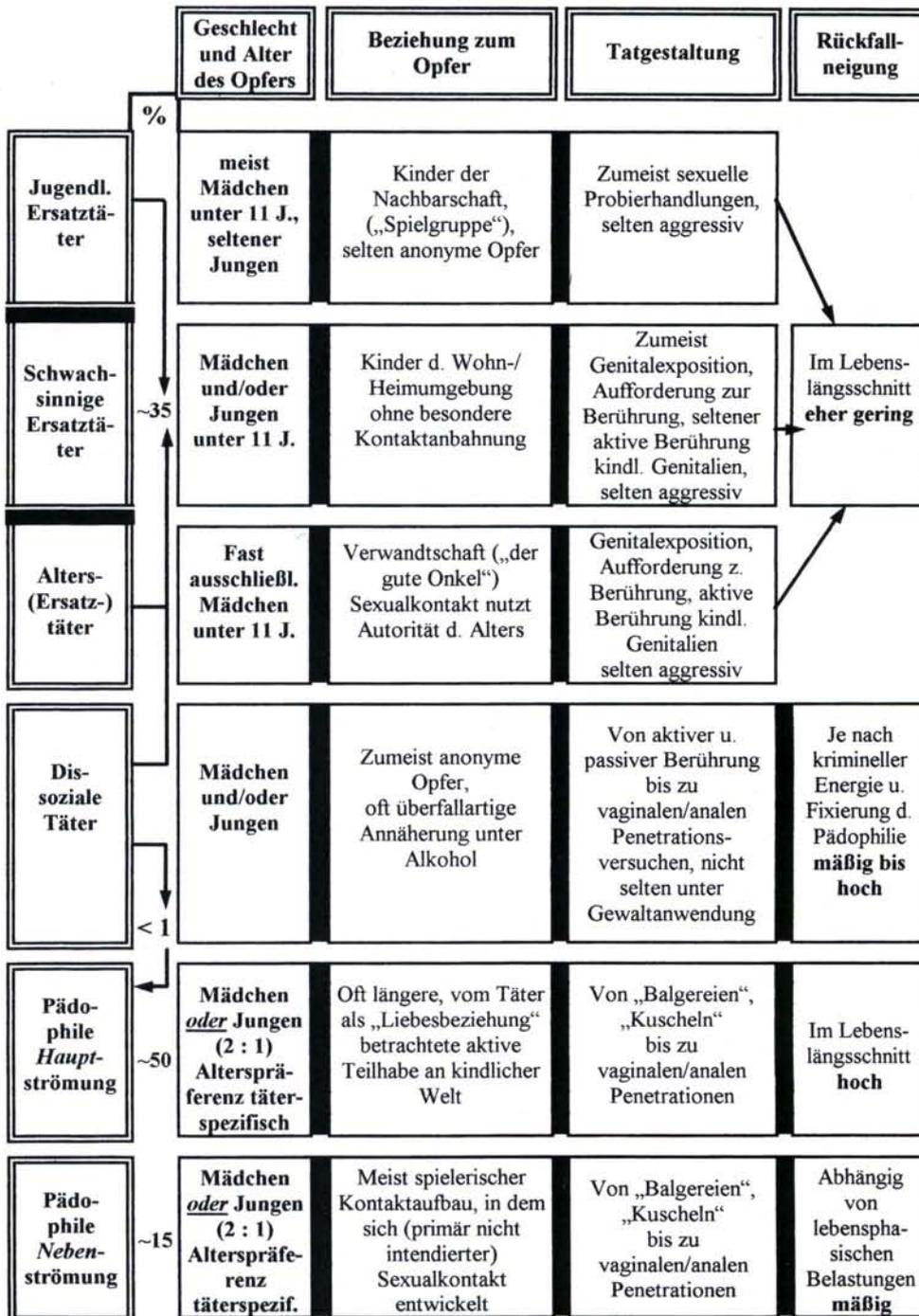


Abb. 4: Schematischer Zusammenhang zwischen Motivationstypologie, Tatgestaltung und Rückfallneigung

nen oder ob diese hochproblematischen Täter tatsächlich selten sind, muß gegenwärtig offen bleiben.

3. Typologisch und auch prognostisch stehen die Männer mit einer *pädophilen Nebenströmung* in der Mitte zwischen Ersatztätern und Kernpädophilen. Ihre Taten ereignen sich zumeist in kritischen Lebenssituationen (etwa der Trennung vom Partner oder einem Arbeitsplatzverlust). Auch hier überwiegen Übergriffe ohne körperliche Mißhandlung. Bei diesen Tätern ist die weitere Lebens- und insbesondere Partnerschaftsgestaltung bestimmend dafür, ob es zu einer Wiederholung der Taten kommt oder ob diese einmalig bleiben.

Zusammenfassend läßt sich zur Tätertypologie feststellen, daß die in der Öffentlichkeit verständlicherweise so sehr beachteten Fälle des letzten Jahres nicht die ganze Wirklichkeit der pädophilen Sexualdelikte abdecken, vielmehr bedrückende Ausnahmen darstellen. Beim sexuellen Kindesmißbrauch sind – je nach zugrundeliegendem Tatmotiv, Konfliktkonstellation und Tatbegehungsmuster – sehr verschiedene Verläufe für Opfer und auch für Täter zu erwarten.

3. Zur aktuellen Diskussion um eine Reform des Sexualstrafrechtsa

In der Bundesrepublik Deutschland wird sexueller Kindesmißbrauch nach § 176 StGB strafverfolgt (s. Übersicht 1). Er bedroht mit einer Strafe von 6 Monaten bis zu 10 Jahren sexuelle Handlungen an unter 14jährigen (Kind), die Duldung sexueller Handlungen durch Kinder, die Bestimmung eines Kindes dazu, sexuelle Handlungen an einem Dritten oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, die sexuelle Handlung vor einem Kind sowie das Einwirken auf das Kind, um dieses sexuell zu erregen. Der Paragraph erfaßt somit die ganze Bandbreite möglicher Tatbestände sexuellen Mißbrauchs. Als Strafverschärfungsgründe werden der Vollzug des Beischlafs und die gleichzeitige körperliche Mißhandlung (Mindeststrafe 1 Jahr) sowie die Tötung des Kindes (Mindeststrafe 5 Jahre) angeführt.

Die Regierungskoalition hat nun in Reaktion auf die jüngsten spektakulären Fälle sexuellen Kindesmißbrauchs mit Todesfolge (hierauf verweist *expressis verbis* die entsprechende Begründung, BT -DS 13/7163; S. 13) einen ganzen Katalog von Maßnahmen zur Reform des Sexualstrafrechtes sowie damit zusammenhängender Gesetze zur Führungsaufsicht, Bewährungsaufgaben etc. vorgelegt (BT-Drucksache 13/7163; 13/7164; 13/7165), über den zwar Parlament und Bundesrat noch zu entscheiden haben, der aber gleichwohl die Richtung der Veränderungsbestrebungen anzeigt. Es soll deshalb im Folgenden der Versuch unternommen werden, diese Vorschläge aus sexualmedizinisch-forensischer Sicht hinsichtlich ihrer Praktikabilität und erwartbaren Effektivität kritisch zu beleuchten. Diese Ausführungen müssen zwangsläufig so vorläufig bleiben wie das Reformkonzept selbst.

Wesentlich dürften zunächst die geplanten *Veränderungen des § 176 StGB* sein. Hier ist vorgesehen, die Strafverschärfungsgründe auszuweiten und in neue Strafrechtsparagrafen (§§ 176 a, 176 b) zu fassen (s. Übersicht 2). Dadurch ergäbe sich bei Veränderung der qualifizierenden Tatbestandsmerkmale (neben dem vollzogenen Beischlaf nun auch die Penetration von Körperöffnungen, die gemeinschaftliche Tatbegehung durch mehrere Täter, die schwere Gesundheitsschädigung des Kindes, die Tatbegehung entspr. den im

Übersicht 1: §176 StGB: Sexueller Mißbrauch von Kindern.

- (1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen läßt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind dazu bestimmt, daß es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen läßt.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
1. mit dem Kind den Beischlaf vollzieht oder
 2. das Kind bei der Tat körperlich schwer mißhandelt.
- (4) Verursacht der Täter durch die Tat leichtfertig den Tod des Kindes, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren.
- (5) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer
1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt,
 2. ein Kind dazu bestimmt, daß es sexuelle Handlungen vor ihm oder einem Dritten vornimmt, oder
 3. auf ein Kind durch Vorzeigen pornographischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornographischen Inhalts oder durch entsprechende Reden einwirkt, um sich, das Kind oder einen anderen hierdurch sexuell zu erregen.
- (6) Der Versuch ist strafbar; dies gilt nicht für Taten nach Abs. 5 Nr. 3.

gegenwärtigen § 176 Abs. 5 und 6 aufgeführten Delikten zum Zwecke der Herstellung pornographischer Schriften) eine Mindeststrafe von einem Jahr, bei gleichzeitiger schwerer körperlicher Mißhandlung oder Todesgefährdung eine Mindeststrafe von fünf Jahren (Entwurf § 176 a), bei leichtfertiger Tötung des Kindes die lebenslange Freiheitsstrafe oder die Mindeststrafe von zehn Jahren (Entwurf § 176 b). Der Entwurf sieht für minder schwere Fälle des § 176 a Abs. 1 und 2 die Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren vor. Ein solcher Entwurf trägt wohl vor allem den Ängsten und Sorgen der Bevölkerung Rechnung – tatsächlich strafatverhindernd wird er kaum wirksam sein: Abgesehen von Fällen mit der jetzt qualifizierend eingeführten gemeinschaftlichen oder pornographisch motivierten Tatbegehung konnten auch bislang die – nun allerdings als Mindeststrafen festgeschriebenen – Strafen (einschließlich der lebenslangen Freiheitsstrafe bei Tötungsdelikten) verhängt werden, ohne daß derartige Taten dadurch verhindert wurden. (So sind, den Medienberichten über den Tathergang zufolge, die Tötung der Natalie in Bayern und der Kim K. in Ostfriesland mutmaßlich als Verdeckungsmorde gem. § 211 StGB einzuordnen). Es entspricht jedoch nicht der Gutachtenerfahrung, daß die Täter die Strafbewehrung der

Übersicht 2: §§176, 176a,b StGB: Sexueller Mißbrauch von Kindern, Schwerer sexueller Mißbrauch von Kindern, Sexueller Mißbrauch von Kindern mit Todesfolge (nach dem Entwurf der Regierungskoalition, BT-DS 13/7164)

§ 176: Sexueller Mißbrauch von Kindern

- (1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen läßt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind dazu bestimmt, daß es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen läßt.
- (3) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer
1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt,
 2. ein Kind dazu bestimmt, daß es sexuelle Handlungen vor ihm oder einem Dritten vornimmt, oder
 3. auf ein Kind durch Vorzeigen pornographischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornographischen Inhalts oder durch entsprechende Reden einwirkt, um sich, das Kind oder einen anderen hierdurch sexuell zu erregen.
- (4) Der Versuch ist strafbar; dies gilt nicht für Taten nach Abs. 5 Nr. 3.

§ 176a: Schwerer sexueller Mißbrauch von Kindern

- (1) Der sexuelle Mißbrauch von Kindern wird in den Fällen des § 176 Abs. 1 und 2 mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft, wenn
1. eine Person über achtzehn Jahren mit dem Kind den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an ihm vornimmt, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind,
 2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird odr
 3. der Täter das Kind durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer in den Fällen des § 176 Abs. 1 bis 4 als Täter oder anderer Beteiligter in der Absicht handelt, die Tat zum Gegenstand einer pornographischen Schrift (§ 11 Abs. 3) zu machen, die nach § 184 Abs. 3 oder 4 verbreitet werden soll.
- (3) In minder schweren Fällen der Absätze 1 und 2 ist die Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.
- (4) Mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren wird bestraft, wer das Kind in den Fällen des § § 176 Abs. 1 und 2
1. bei der Tat körperlich schwer mißhandelt oder
 2. durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.

§ 176b: Sexueller Mißbrauch von Kindern mit Todesfolge

Verursacht der Täter durch den sexuellen Mißbrauch (§§ 176 und 176 a) Tat leichtfertig den Tod des Kindes, so ist die Strafe lebenslange Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren.

Taten im Vorwege realisieren oder gar abwägen. Wesentlicher für die Frage des Opferschutzes dürften diejenigen Reformvorschläge sein, die – jenseits des Strafmaßes – auf die Behandlung von sog. gefährlichen Straftätern (ohne spezifische Deliktfestschreibung) abzielen. Hierzu liegt ebenfalls ein Entwurf der Regierungskoalition vor, der sich mit der Begutachtung vor Haftentlassung, der Therapieauflage sowie der Sicherungsverwahrung befassen (BT-DS 13/7163).

Die *Bedingungen für eine vorzeitige Haftentlassung* sollen neu definiert werden. Bislang gilt – neben der Verbüßung von mindestens $\frac{2}{3}$ der verhängten Strafe – die Forderung, daß „...verantwortet werden kann zu erproben, ob der Verurteilte außerhalb des Strafvollzuges keine Straftaten mehr begehen wird“ (§ 57, Abs. 1, Satz 1, Nr. 2, StGB). Diese Maßgabe wird im Entwurf der Regierungskoalition neu gefaßt, nämlich „...wenn ... dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann.“ Weiterhin gelten bislang gem. § 57 Abs. 1, Satz 2 StGB für die Strafvollstreckungskammern als Entscheidungskriterien für die vorzeitige Haftentlassung „...namentlich die Persönlichkeit des Verurteilten, sein Vorleben, die Umstände seiner Tat, sein Verhalten im Vollzug, seine Lebensverhältnisse und die Wirkungen zu berücksichtigen, die von der Aussetzung für ihn zu erwarten sind.“ Der Koalitionsentwurf führt hier ein weiteres Kriterium ein: „...das Gewicht des bei einem Rückfall bedrohten Rechtsguts“. Diese Messlatte wird – wenn diese Vorstellungen denn tatsächlich Rechtskraft erlangen sollten – zukünftig bei allen zur vorzeitigen Entlassung anstehenden Verurteilten (d.h. indirekt bei *allen* Straftaten) anzulegen sein. Es bleibt abzuwarten, wie die Strafvollstreckungskammern jenes „Gewicht“ bestimmen werden. Mutmaßlich wird hier dann auf die Gefährdung von Leib und Leben potentieller Opfer abgestellt werden.

Eine *obligate Begutachtung vor der vorzeitigen Haftentlassung* – bislang nur bei Aussetzung des Restes einer lebenslangen Freiheitsstrafe vorgeschrieben (§ 454, Abs. 1, Satz 5 StPO) – soll zukünftig auch bei einer zeitigen Freiheitsstrafe erfolgen, wenn „... nicht auszuschließen ist, daß Gründe der öffentlichen Sicherheit einer vorzeitigen Entlassung des Verurteilten entgegenstehen“ (BT-DS 13/7136, S. 11).

Diese an sich sinnvolle Vorgabe dürfte indes schnell an der Realität, d.h. dem Mangel an qualifizierten Gutachtern, scheitern: In den letzten Jahren betrug die Zahl der zu einer Freiheitsstrafe über zwei Jahren verurteilten Sexualstraftäter (d.h. mit Verstößen gegen Paragraphen des 13. Abschnitts des StGB, „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“) mindestens 800, Tendenz steigend (1992: 849; 1993: 853; 1994: 1026; 1995: 980). Bei einer Entlassungsbegutachtung von Sexualstraftätern wird es nicht nur um die alltagspsychiatrische Beurteilung, sondern spezifisch um die Legalprognose *in rebus sexualibus* gehen. Hierfür stehen jedoch in Deutschland u.E. höchstens 30 sexualmedizinisch-forensisch qualifizierte Gutachter zur Verfügung, die überdies nicht gleichmäßig über das Land verteilt sind.

Hinzu kommt, daß eine derartigen Begutachtung eigentlich „zu spät“ kommt: Stellt etwa der Gutachter fest, daß die angeordnete Therapie (s.u.) erfolglos war, so bleibt im wesentlichen nur die Ablehnung der vorzeitigen Entlassung und der – aus welchen Gründen auch immer – nicht therapierbare Täter muß spätestens nach Verbüßung der vollen Haftzeit entlassen werden.

Der Entwurf sieht weiterhin vor, daß die *psychotherapeutische Behandlung* (als „Behandlung, die nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist“, umschrieben), künftig auch als Weisung für die Bewährung (§ 56 c StGB) und für die Führungsaufsicht (§ 68 b StGB)

Tab. 5: Basiszahlen für die Abschätzung des Psychotherapiebedarfs: Wegen "klassischer Sexualdelikte" verurteilte Sexualstraftäter im Jahre 1995

Verurteilte männl. Sexualstraftäter 1995 insgesamt	5128
Davon nur „einschlägige“ Delikte (§§ 176 - 179, 182 StGB)	3806
• § 176, 1-3 sex. Kindesmißbrauch mit unmittelbarem Körperkontakt	1621
• § 176, 5 sex. Kindesmißbrauch ohne unmittelbarem Körperkontakt	355
• § 176, 4 sex. Kindesmißbrauch mit Todesfolge	4
§ 176 sex. Kindesmißbrauch insgesamt	1980
• § 177 Vergewaltigung	1015
• § 178 sex. Nötigung	723
• § 179 sex. Mißbrauch Widerstandsunfähiger	61
• § 182, 1 Sex. Mißbrauch v. Jugendlichen Entgelt/Zwangslage	20
• § 182, 2 Sex. Mißbrauch v. Jugendlichen fehlende sex. Selbstbestimmung	7
Σ §§ 177 - 179, 182 StGB	1826

möglich sein soll. Während diese Maßnahmen für die verurteilten, aber entweder auf Bewährung entlassenen bzw. nicht in Strafvollzug genommenen Straftäter gilt, soll darüber hinaus entsprechend den Änderungsvorschlägen der Regierungskoalition für das Strafvollzugsgesetz (SVG; §§ 6, 7 und 9) bei nach Straftaten gem. §§ 174 bis 180 oder 182 StGB (d.h. Sexualstraftaten) zu Freiheitsstrafe Verurteilten "besonders gründlich geprüft werden, ob die Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt angezeigt ist" (Entwurf SVG § 6). Wurde der Betreffende zu mehr als zwei Jahren Haft verurteilt, so soll über diese Verlegung nach Ablauf von sechs Monaten jeweils erneut entschieden werden (Entwurf SVG § 7). Ein Gefangener *muß* diesem Entwurf zufolge in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, wenn er wegen Straftaten gem. §§ 174 bis 180 oder 182 StGB zu einer Freiheitsstrafe von über zwei Jahren verurteilt worden ist und die Indikation zur Behandlung gem. den eben beschriebenen neugefaßten §§ 6 bzw. 7 SVG geprüft und bejaht wurde.

Eine derartige Ausweitung der psycho- und sozialtherapeutischen Behandlungsaufgaben für verurteilte Sexualstraftäter ist sicher zu begrüßen. Es fragt sich jedoch, ob sie (1) realisierbar und (2) realistisch ist:

1. Zur Frage der *Realisierbarkeit* muß vor allem auf das krasse Mißverhältnis zwischen Behandlungskapazität und der nach diesen Maßgaben erwartbaren Zahl von zu behandelnden Sexualstraftätern hingewiesen werden.
- Die Zahl behandlungsbedürftiger Sexualstraftäter dürfte – legt man nur diejenige der aufgrund “klassischer” Sexualdelikte (d.h. sexueller Kindesmißbrauch, Vergewaltigung/sexuelle Nötigung, sexueller Mißbrauch Widerstandsunfähiger; entsprechend §§ 174 bis 179 StGB) Verurteilten zugrunde, bei ca. 4.000 liegen (s. Tab.5). Selbst wenn man sich dann noch darauf beschränkt, nur diejenigen in die Therapieweisung einzubeziehen, die aufgrund von Rückfälligkeit oder einmaliger, aber hoher Viktimisierung als “gefährliche Sexualstraftäter” anzusprechen sind – ohne daß es hierüber irgendwelche verlässliche Zahlen gibt, wird man doch von ca. 30% der Verurteilten (nämlich diejenigen mit Haftstrafen über zwei Jahren und die Wiederholungstäter) ausgehen können – so stehen einem Behandlungsbedarf von jährlich (!) anfallenden ca. 1.200 Sexualdelinquenten in Deutschland (schätzungsweise) maximal 50 sexualmedizinisch/sexualtherapeutisch adäquat ausgebildeten Psychotherapeuten gegenüber.
 - Die gesetzlich vorgesehene Unterbringung der zu Haftstrafen von über zwei Jahren verurteilten Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Anstalten stößt ebenso schnell an die Grenzen des Machbaren: Selbst wenn man annimmt, daß nur bei 50 Prozent von ihnen überhaupt eine derartige Behandlung als angezeigt (gem. §§ 6 bzw. 7 SVG) gefunden wird, so verbleiben jährlich (!) noch mindestens 400 Anwärter auf derartige Einrichtungsplätze allein aus dem Bereich der Sexualdelinquenz. Sozialtherapeutische Anstalten waren zwar im Strafreformwerk der frühen Siebziger vorgesehen, der eigens dazu entwickelte § 65 StGB wurde jedoch nach einigen Jahren (wegen mangelnder Realisierbarkeit) gestrichen. Gegenwärtig existieren nach unserer Kenntnis nur Rumpfabteilungen in einigen JVA, die mit Sicherheit diesen Bedarf nicht abdecken können.
2. Jenseits dieser, die rasche Realisierbarkeit der geplanten Reformvorhaben gegenwärtig äußerst schwierig (wenn nicht auf absehbare Zeit aussichtslos) erscheinen lassenden, *quantitativen* Erwägungen sollten diejenigen *qualitativen* Rahmenbedingungen nicht übersehen werden, welche die Hoffnung auf das präventive Allheilmittel Psychotherapie mit Sexualstraftätern gegenwärtig wenig realistisch erscheinen lassen: Es sei nur auf drei Gesichtspunkte hingewiesen:
- Es handelt sich bei der “angeordneten” Psychotherapie um ein zwar prinzipiell mögliches, sich jedoch von “normalen” psychotherapeutischen Prozessen erheblich unterscheidendes Setting (Haag et al. 1985).
 - Kurioserweise ist das radikalste, widersprüchlichste und seltenste Verfahren zur “Behandlung” von Sexualstraftätern – die Kastration – hinsichtlich seines kriminalpräventiven Erfolges empirisch bislang am besten untersucht (Wille & Beier 1997). Über die Rückfallquote von antiandrogen- oder psychopharmakologisch behandelten Sexualdelinquenten gibt es merklich weniger valide Daten (Gijs & Gooren 1996). Der rückfallmindernde Erfolg des mit Abstand wohl am häufigsten eingesetzten Behandlungsverfahrens, der Psychotherapie, ist hingegen empirisch am wenigsten untersucht. Dies dürfte sowohl durch die allgemeinen Problematik psychotherapeutischer Effizienzstudien (Grawe et al. 1994) als auch durch die, je nach theoretischem Standpunkt der Untersucher verschiedene, Kriterienselektion zur Erfolgsbewertung psychotherapeutischer Behandlungen von Sexualstraftätern bedingt sein, die bereits die Zielsetzung einer Therapie mitbeeinflussen.

So macht es einen erheblichen Unterschied, ob man beispielsweise die Rückfallquote als therapieimmanentes oder therapiefremdes Kriterium betrachtet und zur Evaluation des Therapieerfolges heranzieht oder nicht, ob primär die subjektive Befindlichkeit des Patienten, seine kognitive Umstrukturierung, seine gewachsene soziale Kompetenz, seine veränderte Reaktion bei phalloplethysmographischen Untersuchungen, seine erhöhte Fähigkeit zur Selbstkontrolle usw. usf. als Maßstab gewählt wird (s. etwa Böllinger 1995; Freeman-Longo & Knopp 1992; Hauch & Lohse 1996; Lipton et al. 1975; Lohse 1993; Marshall & Barbaree 1990; Murphy 1990; Pithers 1990; Quinsey & Earls 1990; Schorsch et al. 1985; Schorsch & Pfäfflin 1985; Hoyndorf et al. 1995)

- Spezifische Probleme ergeben sich aus der Behandlungssituation und der damit ja immer verbundenen Verschwiegenheitspflicht des Therapeuten (s. Beier & Hinrichs, 1995). Ist diese nicht gewährleistet, so wird von Anfang an ein tatsächliches therapeutisches Bündnis fraglich. Wird sie strikt eingehalten, so kann beispielsweise eine "Therapieblockade" durch einen nur scheinbar in die Therapie einwilligenden, tatsächlich schuldunehmenden, die Stunden "nur absitzenden" Straftäter nach außen nur äußerst schwer kenntlich gemacht werden. Auch hat der Therapeut keine legitime Möglichkeit zur Offenbarung, falls er im Rahmen der Therapie tieferliegende und weit gefährlichere paraphile Impulse als diejenigen, die sich in der Tat manifestiert haben, beim Täter erkennt.

Es ist zu hoffen, daß diesen Widrigkeiten nicht letztendlich durch die, ebenfalls im Reformkonzept der Regierungskoalition vorgesehene, leichtere Anwendbarkeit der Sicherungsverwahrung (SV) "umgangen" werden: Bislang sah der einschlägige § 66 StGB als eine Voraussetzung für die Anordnung der SV vor, daß der Täter vor Begehung der zur Verurteilung anstehenden Tat bereits zweimal wegen vorsätzlicher Straftaten zu jeweils mindestens einem Jahr Freiheitsstrafe verurteilt worden ist oder wenn der Täter drei vorsätzliche Straftaten begangen hat, durch die er jeweils Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verwirkt hat und er im aktuellen Verfahren wegen mindestens einer dieser Taten zu einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt wird. Der Entwurf (BT-DS 13/7163) setzt diese Voraussetzungen explizit für Sexualdelinquenten herab und sieht vor, bei diesen bereits dann SV verhängen zu können, wenn sie schon einmal wegen einer Sexualstraftat zu einer mindestens dreijährigen Freiheitsstrafe verurteilt wurden und im aktuellen Verfahren wegen einer erneuten Sexualstraftat zu mindestens zwei Jahren Freiheitsstrafe verurteilt werden. Die SV sollte auch weiterhin das schärfste Schwert der Strafjustiz bei gefährlichen, nicht behandelbaren Rückfalltätern bleiben. Dessen kriminalpräventiver Effekt ist fast ausschließlich auf eine – zeitlich allerdings bei der Erstverhängung ebenfalls auf zehn Jahre begrenzte – Sicherung und kaum auf die wirkliche Besserung des Täters abgestellt.

4. Ausblick

Vor dem Hintergrund des bisher Ausgeführten können folgende Desiderata benannt werden:

1. Hinsichtlich der Opferseite:

- Zur Vermeidung sekundärer, tertiärer und quarternärer Viktimisierungen ist es dringend

erforderlich, sowohl die medizinischen als auch die psychologischen Möglichkeiten zur *Diagnostik* stattgehabten Mißbrauchs zu verbessern und adäquate *Therapieangebote* zu entwickeln, bereitzustellen und zu evaluieren. Begrüßenswerterweise ist eine *opfergerechtere Gestaltung* von Ermittlungs- und Strafverfahren, wie sie seit längerem von verschiedenen Seiten gefordert wird, in einigen Bundesländern (z.B. Schleswig-Holstein) bereits in der Erprobung.

Inwieweit eine deutliche Ausweitung der *Präventionsforschung* und eine daraus folgende Verbesserung der opferseitigen *Präventionsgestaltung* zu nennenswerten Minderungen der Taten führen wird, ist gegenwärtig zumindest unklar, wenn nicht fraglich. Prävention muß vor allem an die Täterseite anknüpfen.

2. Hinsichtlich der Täterseite:

- Zunächst bedarf es dringend der Etablierung einer in Deutschland fast gänzlich fehlenden interdisziplinären *Ursachenforschung*. Die Beantwortung der Frage, *warum wer wann Sexualstraftäter* wird, ist bislang eher eine Frage des wissenschaftlichen "Glaubensbekenntnisses" denn datengestützter Analysen unter Einbeziehung biologischer, psychologischer und soziokultureller Variablen. Erst aus einem solchen biopsychosozial fundierten Verständnis der Genese von Sexualdelinquenz ließen sich dann auch validere Angaben zur Prävention, Prognose und Therapierbarkeit ableiten.
- Eine – zunächst rein deskriptive – *Prognoseforschung* sollte verstärkt katamnestic (d.h. zeitaufwendig) der Frage nachgehen, warum welcher Straftäter mit welchem speziellen Delikt und welcher diesem zugrundeliegenden Motiv- und Konfliktlage rückfällig wird bzw. nur einmal dissexuell in Erscheinung tritt.
- In diesem Zusammenhang wird es sodann nötig sein, danach zu fragen, unter welchen Bedingungen welche der vorfindlichen (oder ggfs. noch zu entwickelnden) Therapieverfahren diese Rückfallgefahr mindern können. Auch diese *Therapieforschung* muß interdisziplinär orientiert sein, d.h. die Möglichkeiten der Kombination von psychotherapeutischen und "organmedizinischen" Interventionen im Auge behalten.
- Prognose- und Therapieverlaufsforschung setzen jedoch voraus, daß ein Meßzeitpunkt "0" gegeben ist. Dies sollte das erkennende Verfahren, nicht erst die bevorstehende Entlassung aus der Haft sein. Die Vor-Schaltung eines sexualmedizinisch-forensisch versierten Gutachters bereits im erkennenden Verfahren stellt die Weichen auch für eine (Therapie-)Prognose. Überdies hat eine solche Begutachtung den unschätzbaren Vorteil, daß der Gutachter – im Unterschied zum Therapeuten – nicht an die Schweigepflicht gebunden ist. Eine solche Erhöhung der Begutachtungsfrequenz bei Sexualdelikten ließe sich in Anbetracht der richterlichen Unabhängigkeit natürlich nur über einen (ministeriellen) Appell an die Richterschaft erreichen. Sie würde unsere bislang einzig auf nicht-repräsentativen Sub-Populationen von maximal 10 Prozent (i.e. begutachteten) Sexualstraftätern fußenden Kenntnisse über diese Tätergruppe sicherlich erhöhen.
- Dies macht jedoch eine Verbesserung der *sexualmedizinisch-forensischen Qualifikation* der Gutachter unbedingt erforderlich machen. Auch die mit dem Täter nach dessen Aburteilung arbeitenden Therapeuten können einer derartigen Qualifikation nicht entsagen. Der gangbarste Weg zum Erreichen eines solchen höheren Niveaus der sexualmedizinischen Kenntnisse und Fertigkeiten ist u.E. das von der Akademie für Sexualmedizin bereits 1995 vorgestellte Curriculum zum Erwerb einer bei der Bundesärztekammer beantragten Zusatzbezeichnung "Sexualmedizin" (Vogt et al. 1995). Forensische Psych-

iaten oder Psychotherapeuten, die mittels dieser Zusatzausbildung ihre gutachterlich-prognostische bzw. therapeutische Kompetenz *in rebus sexualibus* erhöhen, wären zwar ebensowenig ein Allheilmittel wie die gegenwärtig diskutierte Strafrechtsänderungsvorschläge; ihre kriminalpräventive Wirkung, d.h. der Schutz präsumptiver Opfer vor Rückfalltätern, dürfte jedoch auf lange Sicht bedeutend besser sein.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA)(1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Barbaree, H. (1995): Child molestation: Sometimes a mental disorder, always a crime. Paper presented at the 21 annual meeting of the International Academy of Sex Research, Provincetown (USA) September 20 -25.
- Beier, K.M. (1994): Differentialtypologie und Prognose dissexuellen Verhaltens – Nachuntersuchungen ehemals begutachteter Sexualstraftäter. *Sexuologie* 1: 221-235.
- Beier, K.M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Beier, K.M.; Hinrichs, G. (1995): Psychotherapie mit Straffälligen. Standorte und Thesen zum Verhältnis von Patient – Therapeut – Justiz. Stuttgart: Fischer Verlag.
- Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; DaCosta, G.; Akman, D. (1991): A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 15: 537-556.
- Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; DaCosta, G.; Akman, D.; Cassavia, E. (1992): A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 16: 101-118.
- Böllinger, L. (1995): Ambulante Psychotherapie mit im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftätern. *Z Sexualforsch* 8: 199-221
- Browne, A.; Finkelhor, D. (1986): Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin* 99: 66-77.
- Fegert, J.-M. (1997): Interventionsmöglichkeiten bei sexuellem Mißbrauch an Kindern. *Sexuologie* 4: 108-123.
- Freeman-Longo, R.E.; Knopp, F.H. (1992): State of the art sex offender treatment: Outcome and issues. *Ann Sex Res* 5: 141-160.
- Freund, K. (1981): Assessment of pedophilia. In: Cook, M.; Howells, K. (Eds.) *Adult sexual interest in children*. New York, London, Paris: Academic Press 139-179.
- Freund, K.; Blanchard, R. (1993): Erotic target location errors in male gender dysphorics, paedophiles, and fetishists. *Brit J Psychiatry* 162: 558-563.
- Freund, K.; Kuban, M. (1993): Deficient erotic gender differentiation in pedophilia: A follow-up. *Arch Sex Behav* 22: 619-628.
- Freund, K.H.; Watson, R. (1992): The proportions of heterosexual and homosexual pedophiles among sex offenders against children: An exploratory study. *J Sex & Marital Therapy* 18: 34-43.
- Gijs, L.; Gooren, L. (1996): Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *J Sex Marital Therapy* 33: 273-290.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Wissenschaft. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe (2. Aufl.)
- Haag, A.; Hauch, M.; Galedary, G.; Lohse, H.; Schorsch, E. (1985): Anmerkungen zur Therapie-motivation von Patienten mit sexuellen Perversionen. *Recht & Psychiatrie* 3: 11-14.
- Hauch, M.; Lohse, H. (1996): Ambulante Psychotherapie bei sexueller Delinquenz. In: Sigusch, V. (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart, New York: Thieme (276-287).
- Holstein, K.; Schütze, G. (1983): Zur Pathogenese der sexuellen Deviation in der Adoleszenz. *Z Kinder- & Jugendpsychiat* 11: 310-316.
- Hoynsdorf, S.; Reinhold, M.; Christmann, F. (1995): Behandlung sexueller Störungen. *Ätiologie,*

- Diagnostik, Therapie: Sexuelle Dysfunktion, Mißbrauch, Delinquenz. Weinheim: Beltz, Psychologie VU.
- Knight, R.A.; Prentky, R.A. (1990): Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In: Marshall, W.L.; Laws, D.R.; Barbaree, H.E. (eds) Handbook of sexual assault. New York, London: Plenum Press, 23-52.
- Langevin, R. (1983): Sexual strands. Understanding and treatment of sexual anomalies in men. Hillsdale, London: Lawrence Erlbaum Ass..
- Langevin, R. (Ed.)(1985): Erotic preference, gender identity, and aggression in men. New Research studies. Hillsdale, London: Lawrence Erlbaum Ass.
- Langevin, R. (Ed.)(1991): Sex offenders and their victims. Toronto: Juniper Press.
- Laszig P. (1996): Sexueller Mißbrauch an Jungen. Physische und psychische Auswirkungen bei erwachsenen Männern. *Sexuologie* 3: 69-84.
- Lipton, D.; Martinson, R.; Wilks, J. (1975): The effectiveness of correctional treatment. A survey of treatment evaluation studies. New York: Praeger.
- Lohse, H. (1993): Zur ambulanten Psychotherapie von Sexualstraftätern. *Z Sexualforsch* 6: 279-288.
- Marshall, W.L.; Barbaree, H.E. (1990): Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In: Marshall, W.L.; Laws, D.R.; Barbaree, H.E. (eds) Handbook of sexual assault. New York, London: Plenum Press 363-385.
- Murphy, W.D. (1990): Assessment and modification of cognition distortions in sex offenders. In: Marshall, W.L.; Laws, D.R.; Barbaree, H.E. (eds) Handbook of sexual assault. New York, London: Plenum Press 331-342.
- Nijs, P. (1997): Zur Behandlung langfristiger Folgen sexuellen Kindesmißbrauchs. *Sexuologie* 4: 124-129.
- Pithers, W.D. (1990): Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In: Marshall, W.L.; Laws, D.R.; Barbaree, H.E. (eds) Handbook of sexual assault. New York, London: Plenum Press 343-361.
- Quinsey, V.L.; Earls, C.M. (1990): The modification of sexual preferences. In: Marshall, W.L.; Laws, D.R.; Barbaree, H.E. (eds) Handbook of sexual assault. New York, London: Plenum Press 279-295.
- Schorsch, E. (1971): Sexualstraftäter. Stuttgart: Enke.
- Schorsch, E. (1973): Häufige Merkmalskombinationen bei Sexualstraftätern. *Mtschr Kriminol Strafrechtsreform* 56: 141-150
- Schorsch, R.; Galedary, G.; Haag, A.; Hauch, M.; Lohse, H. (1985): Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Heidelberg, Berlin, New York: Springer.
- Schorsch, E.; Pfäfflin, F. (1985): Zur Phallographie bei Sexualdelinquenten. *Recht & Psychiatrie* 3: 55-59
- Vogt, H.-J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. (1995): Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 2: 65-89.
- Wetzels, P. (1997): Prävalenz und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Sexuologie* 4: 89-107.
- Wille, R. (1967): Tätertypen bei „Unzucht mit Kindern“. *Dtsch Zschr Ges Gerichtl Medizin* 59: 134-141.
- Wille, R. (1968): Die forensisch-psychopathologische Beurteilung der Exhibitionisten, Pädophilen, Inzest- und Notzuchttäter. Untersuchungen und Katamnesen. Med. Habilschr. Christian-Albrechts-Universität Kiel.
- Wille, R.; Beier, K.M. (1997): Nachuntersuchungen von kastrierten Sexualstraftätern. *Sexuologie* 4: 1-26.

Anschrift der Autors

Priv.-Doz. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski; Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle im Klinikum der Christian-Albrechts-Universität, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

Prävalenz und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung¹

Prevalence of child sexual abuse in Germany and family-background of childhood-victims: results of a national-representative survey

P. Wetzels

Zusammenfassung

Die bislang für die Bundesrepublik vorliegenden Erkenntnisse empirischer Forschung zur Prävalenz sexuellen Kindesmißbrauchs sind in mehrfacher Hinsicht begrenzt. Zum einen wurden bislang neben klinischen Studien lediglich Untersuchungen an studentischen Stichproben durchgeführt, deren Ergebnisse nicht ohne weiteres auf die Bevölkerung verallgemeinert werden können. Zum zweiten wurde sexueller Kindesmißbrauch bislang weitgehend isoliert von den anderen Formen kindlicher Gewalterfahrungen analysiert. Ergebnisse amerikanischer und australischer Studien weisen jedoch darauf hin, daß die verschiedenen Formen der Gewalterfahrungen in der Kindheit sich in hohem Maße überlappen. In diesem Artikel werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung einer national-repräsentativen Zufallsstichprobe von 3289 Personen (1604 Männer [48,8 %], 1685 Frauen [51,2 %]) im Alter zwischen 16 und 59 Jahren vorgestellt. Es wurden Daten zu sexuellen Mißbrauchserfahrungen, physischer Gewalt durch Eltern sowie der Konfrontation mit elterlicher Partnergewalt in der Kindheit erhoben. Bei Anwendung einer engen Definition sexuellen Mißbrauchs (nur Delikte mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr durch erwachsene Täter) finden sich Prävalenzraten von 8,6 % für Frauen und 2,8 % für Männer. Bei Verwendung der weitesten Definition liegen diese Raten bei 7,3 % für Männer und 18,1 % für Frauen. Opfer sexuellen Kindesmißbrauchs wurden zu einem Drittel auch Opfer elterlicher physischer Mißhandlung, womit diese Rate ca. dreimal höher ist als die der nicht sexuell Mißbrauchten. Ferner waren 45 % der Mißbrauchsopfer in ihrer Kindheit auch mit physischer Gewalt in der Beziehung des Elternpaares konfrontiert, eine Rate die doppelt so hoch ist wie die der nicht sexuell mißbrauchten Personen.

Schlüsselwörter: Sexueller Kindesmißbrauch; Kindesmißhandlung; Prävalenz; Epidemiologie; repräsentative Bevölkerungsumfrage.

Abstract

Scientific evidence concerning the prevalence of child sexual abuse (CSA) in Germany is limited. Only data from selected clinical or college samples are available, which are valuable in identifying prevalence of CSA in these subpopulations, but cannot be generalized to the general population. Moreover there is a tendency to study CSA separately from physical child abuse and inraparental violence, which are known from angloamerican studies to overlap. Therefore, a survey

¹ Das Forschungsvorhaben wurde eingebettet in eine durch das Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) geförderte repräsentative Opferbefragung durchgeführt. Für umfangreiche persönliche Unterstützung und Ermutigungen bedanke ich mich vor allem bei Prof. Dr. Christian Pfeifer (Hannover).

Ich widme diesen Beitrag meinem Vater zum 75. Geburtstag.

regarding the prevalence of CSA, physical child abuse, witnessing parental violence, and the overlap between these different forms of childhood victimization experiences was carried out on a national-random-probability sample ($n=3289$; 1604 men, i.e. 48,8 %, 1685 women, i.e. 51,2 %), age range 16 to 59 years. Data were gathered using a self-administered anonymous questionnaire. Main findings were as follow: When employing a narrow definition (contact abuse by an adult before the age of 16) 8.6 % of the female and 2.8 % of the male respondents had been victims of CSA. Using a broad definition the prevalence rate was 7.3 % for male and 18.1 % for female respondents. There was an considerable overlap between physical and sexual abuse. Using a narrow definition of physical abuse (severe-violence-index of the conflict tactics scale), one third of the CSA victims were also victims of parental physical abuse. Furthermore, 45 % of CSA victims reported witnessing parental violence during childhood.

Key Words: child sexual abuse; physical child abuse; prevalence; epidemiology; representative survey

1. Einleitung

In den Forschungsarbeiten zur Gewalt gegen Kinder dominierte in den letzten Jahren – national wie international – das Thema des sexuellen Kindesmißbrauchs die wissenschaftliche Literatur. In der deutschen Debatte findet sich ein Spektrum, welches von dem Bemühen um Skandalisierung (Kavemann & Lohstöter 1984) über Versachlichung (Honig 1992) bis zu Relativierungen (Kutchinsky 1994; Wolff 1994), die methodisch mitunter fragwürdig erscheinen (Lautmann 1994), reicht. Auch wenn es kein für sexuellen Kindesmißbrauch spezifisches Syndrom psychischer oder körperlicher Folgen gibt (Fegert 1993), kann es abseits der Kontroversen um das Ausmaß als wissenschaftlich gesichert gelten, daß ein relevanter Anteil der Opfer klinisch bedeutsame kurz- wie langfristige Beeinträchtigungen entwickelt (Kendall-Tackett et al. 1993; Beitchman et al. 1992). Deshalb sind genauere Kenntnisse über die Verbreitung solcher Mißbrauchserfahrungen in der Bevölkerung für Forschung wie auch Praxis erforderlich.

Die Datenlage für die Situation in der Bundesrepublik Deutschland ist in mindestens zweifacher Hinsicht mangelhaft: Erstens liegen bislang keine verallgemeinerbaren Befunde vor, die eine Einschätzung der Verbreitung sexuellen Mißbrauchs über spezifische Teilpopulationen hinaus erlauben würden (Raupp & Eggers 1993). Die polizeiliche Kriminalstatistik sowie Informationen aus der Praxis der sozialen Dienste oder der Gesundheitsversorgung sind angesichts der speziell in diesem Bereich anzunehmenden hohen Dunkelziffer sowie verzerrender Faktoren nicht ausreichend (Elliger & Schötensack 1991; Engfer 1997, Bosinski 1997). Zweitens befassen sich die vorliegenden Forschungsarbeiten meist nur mit einer Modalität der Gewalterfahrung in der Kindheit (Finkelhor & Dziuba-Leatherman 1994; Richter-Appelt 1994). Neuere Untersuchungen sowie Praxiserfahrungen zeigen demgegenüber, daß sexueller Kindesmißbrauch, körperliche Kindesmißhandlung sowie die Konfrontation mit Gewalt in elterlichen Partnerbeziehungen keineswegs unabhängig voneinander sind (Jaffe et al. 1990). Fleming und Mitarbeiter (1997) berichten aus einer australischen Untersuchung, daß sich nach multivariaten Analysen innerfamiliärer und sozialer Risikofaktoren die physische Mißhandlung durch Eltern als bester Prädiktor für sexuellen Kindesmißbrauch erwies. Mullen und Mitarbeiter (1993) konnten nach statistischer Kontrolle von familiären Belastungsfaktoren psychische Störungen nur noch teilweise mit sexuellen Mißbrauchserlebnissen in Verbindung bringen. Kinzl und Mitarbeiter

(1995) kommen zu dem Ergebnis, daß sexuelle Funktionsstörungen als mögliche Folge sexueller Traumatisierung erst aus der Kombination von sexueller Mißbrauchserfahrung und Beeinträchtigungen der Eltern-Kind-Beziehung erklärbar werden. Mullen und Mitarbeiter (1996) warnen insoweit zu Recht davor, in der praktischen Arbeit mit Opfern sexuellen Mißbrauchs nur diesen Aspekt kindlicher Traumatisierung zu fokussieren. Von daher ist auch für die Prävalenzforschung die Frage nach Ausmaß und Struktur multimodaler Gewalterfahrungen in der Kindheit zentral.

2. Zum Forschungsstand für die Bundesrepublik

Bis Anfang der 90er Jahre lagen für die Bundesrepublik keine methodisch angemessenen Prävalenzstudien vor, die eine Einschätzung der Verbreitung sexuellen Mißbrauchs erlaubt hätten (Elliger & Schötensack 1991). Internationale, vor allem US-amerikanische Studien an regionalen, klinischen sowie studentischen Stichproben erbrachten erheblich divergierende Opferraten, die für Frauen zwischen 6 % und 62 % und Männern zwischen 3 % und 31 % schwankten (Peters, Wyatt & Finkelhor 1986), was vor allem mit methodischen Unterschieden zu erklären ist. In einem neueren Überblick über neun in verschiedenen Ländern durchgeführte national-repräsentative Studien kommt Finkelhor (1994) zu dem Ergebnis, daß interkulturelle Übereinstimmungen oder Unterschiede wegen methodischer Divergenzen nicht zu analysieren sind. Die festgestellten Prävalenzraten schwanken für Frauen zwischen 9 % und 33 %, für Männer zwischen 3 % und 16 %. Angesichts dessen sowie unter Berücksichtigung der Tatsache, daß sich auch innerhalb einer Nation regionale Unterschiede der Prävalenzraten fanden (Finkelhor et al. 1990) verbietet sich eine einfache Übertragung einzelner ausländischer Befunde auf die BRD.

In den 90er Jahren wurden in Deutschland mehrere Befragungen an nicht-klinischen, studentischen Stichproben durchgeführt (Elliger & Schötensack 1991; Schötensack et al. 1992; Bange 1992; Raupp & Eggers 1993; Bange & Deegener 1996; Richter-Appelt & Tiefensee 1996a, 1996b).

Elliger und Schötensack (1991) berichten in einer ersten Publikation über die Ergebnisse einer Befragung von Berufsschülern und Studenten in Würzburg, daß bei Zugrundelegung einer Altersdifferenz von 5 Jahren zwischen Täter und Opfer 6,9 % der Befragten Opfer sexueller Mißbrauchshandlungen mit Körperkontakt vor dem 14. Lebensjahr waren. Auf Basis der publizierten Daten lassen sich folgende Ausdifferenzierungen vornehmen: 2,6 % der Frauen und 1,7 % der Männer hatten bis zu ihrem 14. Lebensjahr sexuelle Mißbrauchshandlungen in Form von analem, oralem oder vaginalem Geschlechtsverkehr erlebt. Wurden "sonstige" pädosexuelle Körperkontakte berücksichtigt, stiegen die Raten auf 9,8 % für Frauen und 4,1 % für Männer. Die zusätzliche Berücksichtigung von exhibitionistischen Vorfällen führte zu einer weiteren Erhöhung der festgestellten Raten auf 14,7 % bei Frauen und 4,7 % bei Männer. Ein Jahr später berichten Schötensack und Mitarbeiter (1992) über weitere Ergebnisse. Die Stichprobe bestand nun aus 1841 Personen in Würzburg und zusätzlich 310 Berufsschülern in Leipzig. Für das Würzburger Sample werden Raten sexuellen Mißbrauchs vor dem 14. Lebensjahr von 16,1 % für Frauen und 5,8 % für Männer mitgeteilt. Die Leipziger Studie fand über zwar eine gleichhohe Rate für Männer, demgegenüber jedoch mit 9,6 % eine niedrigere Rate für Frauen. Nachdem sich für die Teilstichprobe der Berufsschülerinnen in Würzburg herausstellte, daß deren Rate mit 11 % recht

ähnlich ausfiel wie jene für Frauen in Leipzig, besteht Anlaß zu der Vermutung, daß sich in studentischen Stichproben entweder tatsächlich höhere Anteile von Mißbrauchsoffern finden, oder diese Gruppe eine höhere Sensibilität gegenüber mißbrauchsrelevanten Erfahrungen bzw. mehr Offenheit bei der Fragenbeantwortung zeigt.

Raupp und Eggers (1993) führten 1991 in Essen eine vergleichbare Studie durch. Sie berichten Opferraten von 6,2 % für Männer und 25,2 % für Frauen. Darin sind sowohl Übergriffe durch Gleichaltrige als auch sogenannte "Hands-off" Erlebnisse enthalten. Mißbrauch mit Penetration erlebten 2,3 % der Frauen und 1,5 % der Männer. Bei Einbeziehung manueller Manipulationen steigen die Raten auf 3,9 % für Männer und 14,0 % für Frauen. Werden Vorfälle, bei denen der Altersabstand zwischen Täter und Opfer unter fünf Jahren liegt, ausgeschlossen, so waren von den Männern 2,1 % und von den Frauen 11,9 % Opfer von "Hands-on" Delikten.

Bange (1992) führte in Dortmund und Deegener (Bange & Deegener 1996) in Homburg jeweils eine Befragung an Studenten bzw. Fachschülern durch. Die Schutzaltersgrenze wurde bei 16 Jahren angesetzt und Vorfälle zwischen Gleichaltrigen in die Definition aufgenommen. In Dortmund ergaben sich Opferraten von 25 % für Frauen und 8 % für Männer, in Homburg waren es 22 % bei Frauen und 5 % bei Männern. Sexuelle Übergriffe durch Gleichaltrige machten ca. 40 % aller Mißbrauchsfälle bei Jungen sowie ca. 1/3 aller Mißbrauchsfälle bei Mädchen aus. Auf Basis der publizierten Daten errechnen sich für eine kritische Altersdifferenz von fünf Jahren zwischen Täter und Opfer Prävalenzraten von 17 % für Frauen und 3,6 % für Männer. Darin sind allerdings exhibitorische Vorfälle sowie sexualisierte Küsse einbezogen. Weiter enthalten beide Untersuchungen Hinweise auf die Bedeutung der Familiensituation: Die Opfer schätzten im Vergleich zu den Nichtopfern die Partnerbeziehung ihrer Eltern als unglücklicher ein. Ferner berichteten die weiblichen Opfer über schlechtere Beziehungen zum Vater wie auch zur Mutter, die betroffenen Männer über eine schlechtere Beziehung nur zum Vater.

Nur in einer nicht-klinischen Befragung (Richter-Appelt 1994; Richter-Appelt & Tiefensee 1996a, 1996b) wurde in der BRD bislang die Frage eines möglichen Zusammenhanges von innerfamiliärer physischer Gewalt und sexuellem Kindesmißbrauch aufgegriffen. Ungeachtet typischer Einschränkungen auch dieser Studie (studentische Stichprobe, geringe Rücklaufquote; Eingrenzung auf Fälle vor dem 12. Lebensjahr) sind die Befunde zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und physischer Mißhandlung interessant. Bei Männern wie Frauen waren ca. die Hälfte der Opfer sexuellen Mißbrauchs auch körperlich mißhandelt worden. In multivariaten Analysen spielte die Häufigkeit der Wahrnehmung elterlicher Partnerkonflikte als Prädiktor sexuellen Kindesmißbrauchs eine wichtige Rolle. Weiter zeigte sich für jene weiblichen Mißbrauchsoffer, die sich nicht nur global als sexuell mißbraucht bezeichneten, sondern Angaben zur Form dieser sexuellen Erfahrung machten, daß die Variable der körperlichen Mißhandlungserfahrung ebenfalls einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage leistet.

Ein Resümee des Forschungsstandes führt zu der Feststellung, daß neben dem Fehlen repräsentativer Daten die zentrale Schwierigkeit offensichtlich in der nicht einheitlichen Verwendung des Mißbrauchsbegriffs für eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Übergriffsformen sowie Täter-Opfer-Konstellationen liegt. Zentral sind Machtgefälle und/oder Abhängigkeit zwischen Täter und Opfer als konstitutives Merkmal sexuellen Kindesmißbrauchs, weswegen rechtlich z.B. auch das Erfordernis der Gewalteinwirkung für diesen Tatbestand nicht gefordert ist. Unter diesem Gesichtspunkt kann die Einbeziehung gleich-

altriger Täter zumindest kontrovers diskutiert werden. Ferner stellen sich bei der definitiven Eingrenzung Fragen nach der Eingriffsintensität einzubeziehender Handlungen und danach, inwieweit diese unerwünscht oder entwicklungsbedingt nicht zustimmungsfähig sind sowie damit einhergehend die Frage nach der Festlegung von Schutzaltersgrenzen im Rahmen empirischer Erhebungen. Grundsätzlich ist wohl Elliger und Schötensack zuzustimmen, daß Mißbrauchsdefinitionen

“(...) zumindest dort, wo sie auch forensische Gesichtspunkte aus dem Auge verlieren, häufig allzu weit gefaßt [sind]. Die auf ihnen fußenden Untersuchungen geben eher Anlaß zu ethischen Reflexionen und Entwürfen einer Kulturpathologie, als daß sie Basis einer ätiologisch orientierten Psychopathologie sein könnten.” (Elliger & Schötensack 1991: 152).

3. Untersuchungsleitende Fragestellung und Hypothesen

Ziel der hier dargestellten Untersuchung war es, verallgemeinerbare *Schätzungen des Mindestumfangs* der Prävalenz von Gewalterfahrungen in der Kindheit unter Zugrundelegung eines – strafrechtlich-forensisch relevanten – *engen Gewaltbegriffs* zu ermitteln. Insbesondere sollten Zusammenhänge verschiedener Gewaltformen untersucht sowie die Bedeutung des Familienklimas und der Eltern-Kind-Beziehung für die Viktimisierungsriskiken von Kindern analysiert werden.

Angenommen wurde, daß Kinder, deren Familien durch ein hohes Maß an Konflikthaftigkeit gekennzeichnet oder deren Beziehungen zu ihren Eltern beeinträchtigt sind, ein besonders hohes Risiko sexuellen Kindesmißbrauchs aufweisen. Dies ist theoretisch darauf zurückzuführen, daß Kinder, welche in derartigen Familienkonstellationen aufwachsen, einerseits in ihrem Selbstwertgefühl beeinträchtigt und andererseits in höherem Maße emotional bedürftig sind (Finkelhor & Baron 1986; Davies & Cummings 1994). Untersuchungen von Sexualstraftätern weisen darauf hin, daß diese ihr Verhalten insbesondere auf wenig selbstbewußte, zuwendungsbedürftige Kinder richten (Conte et al. 1989; Bullens 1995; Deegener 1996). Ferner weichen durch familiäre Spannungen und gestörte Beziehungen zu den Eltern belastete Kinder der aversiven häuslichen Situation verstärkt aus (Emery 1982). Für diese Kinder stehen die Eltern als potentielle Schutzfaktoren sowie Ansprechpartner bei belastenden Erlebnissen in geringerem Maße zur Verfügung.

Untersuchungen zu den Folgen der Beobachtung elterlicher Partnergewalt durch Kinder zeigen weiterhin, daß ein großer Teil dieser Kinder Gewalt nicht nur beobachtet, sondern auch selbst unmittelbar davon betroffen ist (Jouriles et al. 1987; Jaffe et al. 1990). Hughes (1988) berichtet, daß die Größenordnung der Überlappung dieser beiden innerfamiliären Gewaltformen zwischen 40 % und 60 % liege. Damit übereinstimmend zeigen entwicklungspsychologische Untersuchungen, daß im Sinne einer “spill-over” Hypothese ein Zusammenhang zwischen der Qualität der elterlichen Partnerbeziehung einerseits und der Eltern-Kind-Beziehung andererseits besteht (Erel & Burman 1995). Je stärker die elterliche Partnerbeziehung durch Konflikte gekennzeichnet ist, desto ausgeprägter sind auch kindliche Entwicklungsauffälligkeiten. Diese wiederum steigern das Risiko von Stress und Überforderung der Eltern in Interaktion mit ihren Kindern, was schließlich in Gewalthandlungen münden kann (Emery 1989; Jaffe et al. 1990). Diese familiendynamischen Aspekte, die proximale Risikofaktoren der physischen Mißhandlung von Kindern durch ihre Eltern darstellen, sind zu einem großen Teil die gleichen wie jene, welche das Risiko sexuellen

Mißbrauchs erhöhen (Jaffe et al. 1990). Vor diesem Hintergrund wurde erwartet, daß Opfer sexuellen Kindesmißbrauchs überdurchschnittlich häufig auch Opfer unmittelbarer elterlicher physischer Gewalt wurden und mit physischer Gewalt in der Partnerbeziehung der Eltern untereinander konfrontiert waren.

4. Methodik

Die Untersuchung wurde in der Zeit von Januar bis April 1992 als schriftliche Zusatzbefragung einer persönlich-mündlichen Befragung zu Viktimisierungserfahrung durch kriminelle Delikte und Kriminalitätsfurcht (Wetzels et al. 1995) durchgeführt. Die Befragten wurden um Teilnahme an einer Studie zu innerfamiliären Problemen sowie Kindheitserfahrungen gebeten. Sie erhielten einen Fragebogen, einen Umschlag sowie eine Siegelmarke ausgehändigt. Die Teilnehmer füllten den Fragebogen in Abwesenheit der Interviewer aus, legten ihn in den Umschlag und verschlossen diesen mit der Siegelmarke. Der verschlossene Umschlag wurde später vom Interviewer abgeholt, der keinen Einblick in diese Unterlagen nehmen durfte.

4.1 Die Operationalisierung der zentralen Konstrukte

Das Erhebungsinstrument enthält ausschließlich geschlossenen Fragen. Diese betreffen das Familienklima sowie das elterlichen Erziehungsverhalten unterhalb der Schwelle personengerichteter physischer Gewalt. Ferner wurden Daten zu drei Formen kindlicher Gewaltkonfrontationen erhoben:

- Intra- und extrafamiliäre sexuelle Mißbrauchserlebnisse
- Selbst erlittene körperliche Gewalt durch Eltern
- Beobachtung physischer Gewalt in der Interaktion des Elternpaares

Sexuelle Mißbrauchserfahrungen wurden durch sechs Fragen, welche konkretisierte Handlungsformen betreffen, sowie eine siebte unspezifizierte Frage zu "sonstigen sexuellen Handlungen" operationalisiert. Um die Berechnung von Prävalenzraten für unterschiedliche Schutzaltersgrenzen zu ermöglichen, wurde in den Screeningfragen keine Altersgrenze vorgegeben. In der Instruktion erfolgte der Hinweis, daß es sich um Vorfälle aus Kindheit/Jugend handelt, bei denen der Täter bedeutend älter war (mindestens fünf Jahre). Weiter wurde gefordert, daß die Betroffenen die Handlung nicht gewollt oder nicht verstanden hatten und sexuelle Erregung – entweder des Täters oder des Opfers – Ziel der Handlung war. Für die sechs konkretisierten Handlungsformen wurde ferner erhoben, wie oft und wann dies zum ersten Mal geschah und wer die Täter waren. Zur Verdeutlichung der Eingrenzung auf bedeutend ältere Täter wurden in der Itemformulierung der sechs spezifizierten Screeningfragen die Begriffe "erwachsene Person" bzw. "Mann" verwendet. Lediglich in der siebten, unspezifizierten Frage wurden als potentielle Täter Jugendliche oder Erwachsene benannt. Ferner wurde – mit Ausnahme der mit Penetration einhergehenden Vorfälle – die Motivation sexueller Befriedigung (des Täters, des Opfers oder beider) in der Itemformulierung wiederholt.

Zur Erhebung selbst erlittener elterlicher körperlicher Gewalt wurden zehn, zur Erfassung der Beobachtung elterlicher Partnergewalt in der Kindheit fünf Fragen aus der Subskala "physical violence" der Konflikttaktikskala (CTS) (Straus 1990) verwendet. Es wurden

zusammenfassende kategoriale Indikatoren für elterliche Gewalt insgesamt, elterliche Mißhandlung sowie Beobachtung elterlicher Partnergewalt gebildet. Diese unterscheiden Nichtopfer (Nichtbeobachter) von Personen, die in ihrer Kindheit/Jugend mindestens durch eine der Handlungen "selten" bzw. "häufiger als selten" betroffen waren.

Ferner wurde die Konflikthaftigkeit des Familienklimas über eine aus fünf Items bestehende Skala erfaßt. Diese bildet die Häufigkeit der Wahrnehmung von Spannungen in der Familienatmosphäre und Aggressionen (ohne personengerichtete physische Gewalt) in der elterlichen Partnerbeziehung ab. Mit zwei weiteren Skalen wurde das in der Kindheit erlebte elterliche Erziehungsverhalten erhoben. Positive elterliche Zuwendung wurde durch eine aus fünf Items bestehende Skala gemessen. Sie erfaßt das Erlebnis von Lob und Belohnung sowie expressive Formen emotionaler Zuwendung. Negative elterliche Reaktionen wurden durch eine weitere, aus sechs Items bestehende Skala erhoben, die strafende elterliche Interventionen sowie expressive Aggressionsäußerungen – jeweils unterhalb der Schwelle physischer, personengerichteter Gewalt – erfaßt. Reliabilitätsanalysen zeigten, daß alle drei Skalen eine für Gruppenvergleiche ausreichende interne Konsistenz aufweisen.

4.2 Die Stichprobe

Von den Teilnehmern an der mündlichen Befragung wurden 3355 Personen im Alter zwischen 16 und 59 Jahren auch um Teilnahme an der schriftlichen Zusatzbefragung gebeten. Davon beteiligten sich 98,2 % (n=3289). Die Ausschöpfungsquote der zuvor durchgeführten mündlichen Befragung liegt für diese Teilstichprobe bei 69,7 %. Die Stichprobe umfaßt n=1604 (48,8 %) Männer und n=1685 (51,2 %) Frauen. Von den Befragten stammen 74,8 % (n=2461) aus den alten und 25,2 % (n=828) aus den neuen Bundesländern. Sie sind im Durchschnitt 36 Jahre alt (SD=11.7). Ihre Altersstruktur entspricht den Verhältnissen in der Grundgesamtheit. Es bestehen des weiteren keine nennenswerten Abweichungen der Stichprobe von der Grundgesamtheit hinsichtlich Haushaltsgröße, Familienstand und der Verteilung nach Gemeindegrößenklassen. Bis auf einen leichten Mittelschichtbias, d.h. eine leichte Überrepräsentation von Angestellten sowie Beziehern mittlerer Einkommen, ist die Stichprobe repräsentativ für die deutschsprachige, in Privathaushalten lebende Wohnbevölkerung im Alter zwischen 16 und 59 Jahren.

5. Ergebnisse

Die Prävalenzraten für sexuellen Kindesmißbrauch schwanken in Abhängigkeit von der jeweils verwendeten definitorischen Eingrenzung bei Frauen zwischen 6,2 % und 18,1 %, bei Männern zwischen 2,0 % und 7,3 % (Tabelle 1).

Die weiteste Definition legt keine chronologische Schutzaltersgrenze fest, sondern rekurriert auf die Festlegung der Phase Kindheit/Jugend durch die Befragten selbst. Ferner werden sowohl unspezifizierte und exhibitionistische Handlungen berücksichtigt, als auch Erlebnisse mit jugendlichen Tätern einbezogen. Die nach chronologischen Schutzaltersgrenzen spezifizierten Opferraten hingegen beziehen sonstige sexuelle Handlungen sowie Erlebnisse mit jugendlichen Tätern nicht ein. Das Erstviktimsierungsalter liegt, sofern keine Schutzaltersgrenze vorgegeben wird, zwischen 3 und 18 Jahre (Mittelwert M=11.5, SD=3.46), Männer und Frauen unterscheiden sich hier nicht. Ein Vergleich von Alterskohorten zeigt global keine signifikanten Unterschiede. Allerdings sind die Opferraten der

Tab. 1: Prävalenzraten sexuellen Kindesmißbrauchs in Abhängigkeit von definitorischer Eingrenzung und Schutzaltersgrenzen

	Männer (N=1580) Opfer (%)	Frauen (N=1661) Opfer (%)
Sexuelle Übergriffe in Kindheit/Jugend (alle Handlungen, inkl. „sonstige“)		
Keine explizite Altersgrenze: (Vorgabe „Kindheit/Jugend“)	115 (7,3 %)	301 (18,1 %)
Sexueller Mißbrauch inkl. Exhibitionismus (ohne sonstige sexuelle Handlungen)		
Schutzalter: < 18 J.	75 (4,7 %)	254 (15,3 %)
< 16 J.	68 (4,3 %)	230 (13,8 %)
< 14 J.	54 (3,4 %)	177 (10,7 %)
Sexueller Mißbrauch mit Körperkontakt (ohne sonstige sex. Handlungen, ohne Exhibitionismus)		
Schutzalter: < 18 J.	51 (3,2 %)	159 (9,6 %)
< 16 J.	44 (2,8 %)	142 (8,6 %)
< 14 J.	32 (2,0 %)	103 (6,2 %)

Geburtsjahrgänge 1933-1942 in dieser Stichprobe – gleich welche Operationalisierung verwendet wird – stets geringer als die Raten der übrigen Alterskohorten. So finden sich für sexuellen Mißbrauch mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr bei dieser ältesten Kohorte in der Stichprobe Opferraten von 5,2 % bei Frauen und 1,5 % bei Männern. Dies dürfte vor allem auf eine mit dem Alter erhöhte Rate des Vergessens zurückzuführen sein sowie darauf, daß vermutlich auch die Bereitschaft und Fähigkeit, über das Thema Sexualität offen Mitteilungen zu machen, für die älteren Geburtsjahrgänge geringer sein dürfte. Auf der Basis von Querschnittsdaten kann daraus insofern nicht gefolgert werden, daß es historisch zu einem Anstieg der Verbreitung sexuellen Mißbrauchs gekommen ist. Dagegen spricht auch der Vergleich der entsprechenden Prävalenzraten für die drei jüngsten Alterskohorten der weiblichen Befragten: Geburtsjahrgänge 1972-1976: 9,0 %; Geburtsjahrgänge 1962-1971: 9,6 %; Geburtsjahrgänge 1952-1961: 10,0 %. Da gedächtnispsychologisch bei einer retrospektiven Befragung für die älteren Geburtsjahrgänge geringere Raten zu erwarten wären, spricht dieses Resultat eher gegen die These einer historischen Zunahme der Verbreitung sexuellen Kindesmißbrauchs, jedenfalls nicht dafür (vgl. a. Kreuzer et al. 1993: 184).

Zum Vergleich mit Ergebnissen der vorliegenden Studien an studentischen Stichproben seien kurz die Opferraten für sexuellen Kindesmißbrauch mit Körperkontakt für die Altersgruppe der 16 – bis 29jährigen Probanden genannt: Bei einer Schutzaltersgrenze von 14 Jahren finden sich bei Frauen (n=541) 7,0 % und bei den Männern (n=530) 2,3 % Opfer. Penetrationen erlebten 2,3 % der Frauen und 0,7 % der Männer. Für die Schutzaltersgrenze von 16 Jahren liegt die Prävalenzrate für Frauen

bei 9,4 %, für Männer bei 2,8 %. Penetrationen erlebten 3,3 % der Frauen und 0,9 % der Männer. Damit sind die hier festgestellten Prävalenzraten etwas niedriger als die von Elliger und Schötensack (1991) sowie Raupp und Eggers (1993) für Mißbrauchsdelikte mit Körperkontakt mitgeteilt. Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß hier eine Eingrenzung auf (in der Sicht der Befragten) erwachsene Täter erfolgte. Dementsprechend ist auch die Rate der Opfer von Penetrationen bei Frauen im Vergleich der Studien sehr ähnlich, während diese Rate für Männer, bei denen ein wesentlich höherer Anteil als bei den Frauen durch gleichaltrige oder jugendliche Täter betroffen wird (Raupp & Eggers 1993; Bange & Deegener 1996), in der hier vorgelegten Untersuchung plausiblerweise niedriger ausfällt.

Der Tabelle 2 sind die Opferraten für die einzelnen Handlungsformen zu entnehmen, welche in die Berechnung der zusammenfassenden Indikatoren sexueller Mißbrauchserfahrungen vor dem 16. Lebensjahr eingehen. Diese Altersgrenze entspricht jenen der §§ 174 Abs. 1 Nr.1, 182 StGB.

Tab. 2: Prävalenzraten sexuellen Kindesmißbrauchs vor dem 16. Lebensjahr nach Geschlecht: Einzelne Handlungsformen sowie zusammenfassende Indikatoren (*Anm.:* Abgekürzte Darstellungsweise, nur Opferraten sind angegeben. Bei den verschiedenen Einzelhandlungen sind Mehrfachnennungen möglich)

	Männer (n=1580)		Frauen (n=1661)	
	Einmal	Mehrfach	Einmal	Mehrfach
1. Exhibitionismus	1,6 %	1,3 %	4,9 %	4,0 %
2. sexuelle Berührung durch Opfer beim Täter	0,7 %	0,9 %	2,7 %	1,9 %
3. sexuelle Berührung durch Täter beim Opfer	0,8 %	1,0 %	2,6 %	2,9 %
4. Penetration mit Objekt, Finger oder Zunge	0,1 %	0,3 %	0,7 %	0,8 %
5. vaginale Penetration mit Penis	-	-	1,1 %	0,8 %
6. anale/orale Penetration mit Penis	0,1 %	0,4 %	0,4 %	0,2 %
Opfer <i>inklusive</i> Exhibitionismus	2,3 %	2,0 %	7,5 %	6,3 %
darunter Opfer <i>exklusive</i> Exhibitionismus	1,4 %	1,4 %	4,7 %	3,9 %

Die Opferraten für Jungen im Vergleich zu Mädchen stehen im Verhältnis von ca. 1:3. Jeweils ein Drittel berichten ausschließlich über exhibitionistische Erlebnisse. Etwa die Hälfte (46,2 %) sind mehrfach Betroffene. Es findet sich kein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Das durchschnittliche Erstviktimsierungsalter liegt bei 11 Jahren (SD=3.1). Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht. Von den Opfern waren 11,3 % erstmals im Alter zwischen 3 und 6 Jahren betroffen, 27,4 % zwischen 7 und 10 Jahren, 33,3 % zwischen 11 und 13 Jahren sowie 28 % zwischen dem 14. und vor Vollendung des 16. Lebensjahres.

Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf Mißbrauchserlebnisse mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr. In Übereinstimmung mit den studentischen Befragungen (Elliger & Schötensack 1991; Schötensack et al. 1992; Bange 1992; Kinzl & Biebl 1993; Raupp & Eggers 1993; Bange & Deegener 1996) besteht auch bei dieser restriktiven definitorischen

Eingrenzung der größere Teil der Vorfälle aus sexuellen Berührungen. Der Anteil der Opfer von Delikten mit Penetration unterscheidet sich zwischen Männern (31,2 %, n=13) und Frauen (38,0 %, n=54) nicht signifikant. Relativiert auf die gesamte Stichprobe beträgt die Rate der Opfer sexueller Mißbrauchshandlungen mit Penetration bei Männern 0,9 %, bei Frauen 3,3 %.

Die Täter waren wie in den meisten Studien auch hier nahezu ausschließlich Männer (94,7 %). Die Nennungen zur Beziehung zwischen Täter und Opfer (210 Täternennungen, Mehrfachnennungen möglich) verteilen sich wie folgt: 25,7 % Unbekannte, 41,9 % Bekannte und 27,1 % Familienangehörige. Bis auf Raupp und Eggers (1993) kommen die übrigen Studien hier ebenfalls zu ähnlichen Resultaten. Für innerfamiliäre Delikte beträgt – relativiert auf die Gesamtstichprobe der gültigen Fälle – die Rate bei Frauen 2,6 % (n=44), bei Männern 0,9 % (n=12). Bezogen auf ein enges Inzestverständnis (d.h. Väter bzw. Stiefväter als Täter), finden sich Opferraten von 1,3 % (n=23) bei Frauen und 0,3 % (n=5) bei Männern. Ein Vergleich des Anteils der Mehrfachopfer zwischen Opfern von Inzestdelikten im engeren Sinne und den übrigen Opfern zeigt, daß Inzestdelikte signifikant häufiger Mehrfachdelikte sind (Tabelle 3).

Tab. 3: Häufigkeit sexuellen Mißbrauchs mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr: Inzest gegenüber Nichtinzest (Anm.: $\chi^2(1, N=186) = 17.1, p < .0001$)

	Inzest	Nicht-Inzest	Summe
Einmaliger Mißbrauch mit Körperkontakt (Spalten-%)	5 (17,9 %)	95 (60,1 %)	100 (53,8 %)
Mehrmaliger Mißbrauch mit Körperkontakt (Spalten-%)	23 (82,1 %)	63 (39,9 %)	86 (46,2 %)
Summe (Zeilen-%)	28 (15,1 %)	158 (84,9 %)	186 (100 %)

Inzestopfer erlebten zu 53,6 % Delikte mit Penetration, Opfer anderer Täter zu 33,1 %. Insbesondere die Rate mehrfacher Viktimisierungen mit Penetration ist bei Inzestopfern mit 42,9 % mehr als dreimal so hoch wie bei den Nichtinzestbetroffenen mit 12,7 %, $\chi^2(3, N=1186) = 15.2, p < .001$. Opfer von Inzestdelikten geben ferner ein signifikant niedrigeres Erstviktimsierungsalter an ($M=9.9, SD=2.6$) als Opfer anderer Täter ($M=11.3, SD=3.0$), $t(184)=2.14, p < .05$. Inzestuöser sexueller Mißbrauch beginnt also früher, umfaßt schwerwiegendere, eingriffsintensivere Handlungen und ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle fortgesetzter, mehrfacher Mißbrauch.

5.1 Sexueller Mißbrauch, Familienklima und Eltern-Kind-Beziehung

Hinsichtlich der familiären Situation der Opfer sexuellen Kindesmißbrauchs hat sich in verschiedenen Studien gezeigt, daß der Anteil der Betroffenen aus strukturell unvollständigen Familien ("broken home") erhöht ist (Finkelhor & Baron 1986; Bange 1992, Richter-Appelt & Tiefensee 1996a; Bange & Deegener 1996; Mullen et al. 1996). Dies bestätigt sich

auch in der vorliegenden Untersuchung. Während von den Befragten, die bis zu ihrem 14. Lebensjahr bei beiden leiblichen Eltern aufwuchsen (n=2790) 5,2 % bis zu ihrem 16. Lebensjahr Opfer wurden, liegt die entsprechende Rate für Probanden, die bei Adoptiv-, Pflege- oder Stiefeltern bzw. in einem Heim aufwuchsen (n=398) bei 9,3 %, χ^2 (1, n=3239 = 11.2, $p < .001$).

Für eine differenziertere Untersuchung des Zusammenhangs sexueller Mißbrauchserfahrungen mit dem Familienklima sowie der Eltern-Kind-Beziehung wurde ein vierstufiger, nach Eingriffsintensität und Viktimisierungshäufigkeit hierarchisierter Indikator sexueller Mißbrauchserfahrungen vor dem 16. Lebensjahr gebildet. Eine nach Geschlecht getrennte Varianzanalyse (Tabelle 4) zeigt für Männer und Frauen signifikante Effekte. Opfer sexuellen Mißbrauchs mit Körperkontakt beschreiben das Familienklima in ihrem Elternhaus in höherem Maß als konfliktbehaftet und haben vermehrt negative elterliche Reaktionen erlebt. Für die positive elterliche Zuwendung findet sich bei Frauen ebenfalls ein signifikanter Effekt, bei Männern eine entsprechende Tendenz.

In Fällen inzestuösen sexuellen Mißbrauchs liegt es nahe, daß das Familienklima durch den Mißbrauch selbst beeinträchtigt ist, bzw. der Inzest Ausdruck einer familiären Beziehungsstörung ist, welche sich auch im Familienklima und der Eltern-Kind-Beziehung nieder-

Tab. 4: Konflikthaftigkeit des Familienklimas, elterliches Erziehungsverhalten und sexuelle Mißbrauchserfahrungen nach Geschlecht (Anm.: Unterschiedliche Buchstabenindizierungen kennzeichnen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen (post-hoc Duncan-Test, $p < .05$). Vergleiche jeweils nur in der Spalte und nach Geschlecht getrennt.)

	Konflikthaftigkeit des Familienklimas			Positive elterliche Zuwendung			Negative elterliche Reaktionen		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Männer									
nicht sexuell mißbraucht	1497	5,64 ^a	3,63	1504	10,93	3,53	1499	5,30 ^a	3,48
nur exhibitionistische Vorfälle	22	6,95 ^b	3,42	24	10,00	3,45	24	7,25 ^b	4,52
einmaliger sex. Mißbrauch mit Körperkontakt	22	6,18 ^b	4,10	22	10,18	4,14	20	6,65 ^b	3,80
mehrfacher sex. Mißbrauch mit Körperkontakt	22	10,04 ^c	4,86	22	9,36	4,32	22	9,22 ^c	4,13
Gesamt	1563	5,72	3,69	1572	10,89	3,56	1565	5,41	3,55
Varianzanalyse	$F=11.41, p<.0001$			$F=2.24, p=.08$			$F=12.06, p<.0001$		
Frauen									
nicht sexuell mißbraucht	1402	5,25 ^a	3,48	1417	11,65 ^a	3,51	1407	4,70 ^a	3,44
nur exhibitionistische Vorfälle	87	6,88 ^b	4,09	87	10,86 ^a	3,00	87	6,29 ^b	4,15
einmaliger sex. Mißbrauch mit Körperkontakt	78	7,79 ^b	3,74	78	9,83 ^b	3,86	77	6,83 ^b	4,34
mehrfacher sex. Mißbrauch mit Körperkontakt	63	9,15 ^c	5,13	64	9,39 ^b	3,81	64	8,70 ^c	5,35
Gesamt	1630	5,61	3,72	1646	9,39	3,81	1635	5,04	3,73
Varianzanalyse	$F=38.04, p<.0001$			$F=15.65, p<.0001$			$F=35.61, p<.0001$		

Tab. 5: Familienklima, elterliches Erziehungsverhalten und sexuelle Mißbrauchserfahrungen mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr nach Täter-Opfer-Beziehung
(Anm.: Unterschiedliche Buchstabenindizierungen kennzeichnen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen (post-hoc Duncan-Test, $p < .05$). Vergleiche jeweils nur in der Spalte.)

	Konflikthaftigkeit des Familienklimas			Positive elterliche Zuwendung			Negative elterliche Reaktionen		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Nichtopfer	3008	5,05 ^a	3,59	3032	11,26 ^a	3,52	3017	5,07 ^a	3,52
Opfer extrafamiliärer fremder Täter	41	7,46 ^b	3,65	41	10,87 ^a	4,21	41	6,63 ^b	3,81
Opfer extrafamiliärer bekannter Täter	89	7,74 ^b	4,52	89	9,67 ^b	3,61	86	7,15 ^b	4,10
Opfer von Familienmitgliedern ohne Väter	28	9,21 ^c	4,47	28	9,28 ^b	3,98	28	9,00 ^c	5,40
Opfer von Vätern oder Stiefvätern	27	10,70 ^c	5,12	28	8,25 ^c	4,01	28	10,00 ^c	6,07
Gesamt	3193	5,67	3,71	3218	11,17	3,57	3200	5,22	3,65
Varianzanalyse	$F=30.65, p<.0000$			$F=11.25, p<.0000$			$F=29.28, p<.0000$		

schlägt. Die Hypothese, daß Täter bei ihrer Selektion von Opfern an deren emotionale Bedürftigkeit anknüpfen, sollte jedenfalls nicht ohne Differenzierung nach Täter-Opfer-Beziehung geprüft werden, da bei Inzestbeziehungen eine Opferselektion im Sinne der Hypothese nicht anzunehmen ist.

Eine entsprechende Analyse für sexuelle Mißbrauchserfahrungen mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr zeigt in der Tat, daß in Fällen von Inzestdelikten die Eltern-Kind-Beziehung sowie das Familienklima besonders belastet sind. Neben Tätern aus dem Familienkreis unterscheiden sich aber auch die Opfer bekannter Täter signifikant von den Nichtopfern (Tabelle 5). Im Einklang mit den Ergebnissen von Bange (1992) sind hingegen keine signifikanten Unterschiede der positiven elterlichen Zuwendung im Vergleich zwischen Nichtopfern und Opfern fremder Täter zu finden.

In Übereinstimmung mit ausländischen Untersuchungen (Mullen et al. 1996; Finkelhor et al. 1990) sowie den für die BRD vorliegenden Befunden (Richter-Appelt & Tiefensee 1996b; Bange & Deegener 1996) ist danach auch auf repräsentativer Basis festzustellen, daß das Klima der Herkunftsfamilien der Opfer sexuellen Mißbrauchs in erhöhtem Maße durch Konflikthaftigkeit geprägt ist. Ferner zeichnet sich die Eltern-Kind-Beziehung der Opfer durch vermehrte elterliche Strafen unterhalb der Schwelle von physischer Gewalt sowie ein geringeres Ausmaß positiver elterlicher Zuwendung aus.

5.2 Sexueller Kindesmißbrauch und innerfamiliäre physische Gewalt

Zusätzlich zum Familienklima sowie dem elterlichen Erziehungsverhalten, die hier unter Ausklammerung personengerichteter Gewalt operationalisiert wurden, wurde auch der Zusammenhang sexuellen Kindesmißbrauchs mit innerfamiliärer physischer Gewalt analysiert. Insgesamt geben 74,9 % (n=2432) der Befragten an, in ihrer Kindheit physische Gewalthandlungen seitens ihrer Eltern erlitten zu haben. Mißhandlungen durch Eltern haben 10,6 % (n=350) erlebt (Tabelle 6).

Tab. 6: Prävalenzraten der körperlichen Gewalt durch Eltern in der Kindheit (N=3241; Mehrfachnennungen möglich)

(Anm.: Abgekürzte tabellarische Darstellung, nur Opferraten sind aufgeführt. Das Schlagen mit Gegenständen wurde nicht als Mißhandlung klassifiziert, da der BGH dies als legitimierte Form elterlicher Züchtigung angesehen hat ("Gartenschlauchurteil", BGH 4 StR 605/86; JZ 1988, 617).)

„Meine Eltern haben ...“ (abgekürzte Itemformulierung)	selten	häufiger als selten
1. mit Gegenstand nach mir geworfen	7,0 %	3,7 %
2. mich hart angepackt oder gestoßen	17,9 %	12,1 %
3. mir eine runtergehauen	36,0 %	36,5 %
4. mich mit Gegenstand geschlagen	7,0 %	4,6 %
5. mich mit Faust geschlagen, getreten	3,3 %	2,6 %
6. mich geprügelt, zusammengeschlagen	4,5 %	3,5 %
7. mich gewürgt	1,4 %	0,7 %
8. mir absichtlich Verbrennungen zugefügt	0,5 %	0,4 %
9. mich mit Waffe bedroht	0,6 %	0,4 %
10. eine Waffe gegen mich eingesetzt	0,6 %	0,3 %
körperliche elterliche Gewalt insgesamt (Item 1-10)	36,1 %	38,8 %
körperliche elterliche Mißhandlung (Item 5-10)	5,9 %	4,7 %

Die Rate der durch "elterliche Gewalt insgesamt" in ihrer Kindheit Betroffenen ist für Männer (77,9 %) signifikant höher als für Frauen (71,9 %), $\chi^2(1, N=3249)=15.4, p<.0001$. Für die körperliche Mißhandlung ist dieser Unterschied nicht mehr signifikant (Männer: 11,8 %; Frauen: 9,9 %; $\chi^2(1, N=3241)=2.9, p=.08$). Elterliche Partnergewalt untereinander (Items 1, 2, 3, 5, 10 der CTS) haben in der Kindheit 13,8 % (n=446) der Befragten "selten" und weitere 8,8 % (n=284) "häufiger als selten" beobachtet. Hier besteht kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Sowohl für die erlittene physische Elterngewalt als auch die beobachtete elterliche Partnergewalt findet sich eine Abhängigkeit der Prävalenzraten vom sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie (4stufiger Indikator). Je niedriger der sozioökonomische Status, um so höher die Rate beobachteter Partnergewalt, $\chi^2(3, N=3059)=15.1, p<.005$, um so höher die Rate der insgesamt von elterlicher körperlicher Gewalt Betroffenen, $\chi^2(3, N=3085)=25.9, p<.0001$, und um so höher auch die Rate der von Eltern körperlich Mißhandelten, $\chi^2(3, N=3079)=9.2, p<.02$.

Bei Opfern sexuellen Mißbrauchs mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr ist die Rate derer, die Partnergewalt zwischen den Eltern beobachteten, mit 45,4 % gegenüber 21,3 % bei den Nichtopfern signifikant erhöht, $\chi^2(1, N=3198)=57.4, p<.0001$. Es zeigt sich eine mit der Häufigkeit der Beobachtung elterlicher Partnergewalt ebenfalls steigende Rate der Opfer sexuellen Kindesmißbrauchs: Während sich für jene, die keine elterliche Partnergewalt beobachteten, eine Mißbrauchsrate von 4,1 % (n=101) findet, liegt diese bei seltener Beobachtung elterlicher Partnergewalt bei 10,3 % (n=46) und für Probanden, die angeben,

Tab. 7: Sexueller Kindesmißbrauch und elterliche körperliche Gewalt (Anm.: Gesamttabelle: χ^2 (9, $N=3220$) = 108.9, $p<.0000$. Statistisch signifikante Konfigurationen mit $p<.001$ (Typen im Sinne der KFA) sind unterstrichen).

Körperliche Gewalt durch Eltern	Sexueller Kindesmißbrauch vor dem 16. Lebensjahr				Summe (Spalten-%)
	Nichtopfer (Zeilen-%)	nur Exhibitionismus (Zeilen-%)	einmalig mit Körperkontakt. (Zeilen-%)	mehrmalig mit Körperkontakt. (Zeilen-%)	
Nichtopfer	773 (95,4 %)	13 (1,6 %)	18 (2,2 %)	6 (0,7 %)	810 (25,2 %)
selten gezüchtigt	1022 (92,1 %)	46 (4,1 %)	25 (2,3 %)	17 (1,5 %)	1110 (34,5 %)
häufiger als selten gezüchtigt	850 (89,1 %)	39 (4,1 %)	35 (3,7 %)	30 (3,1 %)	954 (29,6 %)
mißhandelt	279 (80,6 %)	13 (3,8 %)	<u>22</u> <u>(6,4 %)</u>	<u>32</u> <u>(9,2 %)</u>	346 (10,7 %)
Summe	2924 (90,8 %)	111 (3,4 %)	100 (3,1 %)	85 (2,6 %)	3220 (100 %)

das häufiger als selten beobachtet zu haben, bei 13,5 % ($n=38$), χ^2 (2, $N=3198$)=60.6, $p<.0001$. Dies unterstreicht nochmals den Zusammenhang zwischen dem Familienklima, welches ja maßgeblich von der Qualität der elterlichen Partnerbeziehung geprägt wird, und dem Risiko sexuellen Kindesmißbrauchs und steht im Einklang mit den wenigen Studien, die speziell diesen Aspekt der Konfrontation von Kindern mit Gewalt in der elterlichen Partnerbeziehung analysiert haben (Richter-Appelt & Tiefensee 1996a, Mullen et al., 1996).

Weiterhin ist festzustellen, daß sexueller Kindesmißbrauch und direkt gegen Kinder gerichtete körperliche elterliche Gewalt gleichfalls statistisch nicht unabhängig voneinander sind (Tabelle 7).

Von $n=185$ Mißbrauchopfern mit Körperkontakt erlebten 35,1 % ($n=65$) häufiger als seltene körperliche Züchtigung sowie weitere 29,2 % ($n=54$) Mißhandlungen. Zusammen waren also 64,3 % ($n=119$) aller Opfer von Mißbrauch mit Körperkontakt gleichzeitig auch Opfer entweder häufigerer bzw. besonders intensiver Formen körperlicher Gewalt seitens ihrer Eltern. Bei den Nichtopfern liegt diese Rate bei 38,6 % ($n=1139$). Dementsprechend finden sich bei einer Überprüfung der einzelnen Zellen dieser Kontingenztafel durch eine Konfigurationsfrequenzanalyse (Krauth 1993) die Konfigurationen von körperlicher Mißhandlung durch Eltern und der Viktimisierung durch sexuellen Kindesmißbrauch mit Körperkontakt signifikant gehäuft.

Recht deutlich wird der Zusammenhang erkennbar, wenn die Raten der Opfer mehrmaligen sexuellen Mißbrauchs mit Körperkontakt in Abhängigkeit von körperlicher Elterngewalt betrachtet werden. Hier steigt die Opferrate von 0,7 % bei jenen, die keine körperliche Elterngewalt erlebten, über 1,5 % bei den "selten" und 3,1 % bei den "häufiger als selten"

Gezüchtigten auf 9,2 % bei den von ihren Eltern körperlich mißhandelten Personen, wo sie mithin – bezogen auf den Erwartungswert von 2,6 % – mehr als dreifach erhöht ist.

Angesichts der Dominanz des Themas sexueller Kindesmißbrauch in der gegenwärtigen Debatte verdient ein weiterer Befund Beachtung: Die körperliche Mißhandlung durch Eltern (10,7 %) scheint zumindest in quantitativer Hinsicht eine relevantere Form der unmittelbaren Gewalterfahrungen in der Kindheit zu sein als der sexuelle Mißbrauch (mit Körperkontakt: 5,7 %). Wird die häufiger als seltene körperliche Züchtigung berücksichtigt, so finden sich 40,3 % Betroffene, hingegen beim sexuellen Kindesmißbrauch, selbst wenn exhibitionistische Handlungen berücksichtigt werden, "nur" 9,1 %. Selbst bei Einbeziehung sonstiger sexueller Handlungen sowie Erlebnissen mit Jugendlichen als Tätern bleibt die Rate sexueller Mißbrauchsopfer mit 12,8 % unter dem Anteil der von elterlicher körperlicher Gewalt Betroffenen.

Diese Überlappung von physischer Elterngewalt und sexuellem Kindesmißbrauch findet sich auch dann, wenn Inzesthandlungen, bei denen es sich ja um identische Vorfälle handeln könnte, aus der Analyse ausgeschlossen werden. Von den nach einer Aussonderung verbleibenden $n=157$ Opfern sexuellen Mißbrauchs mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr waren 63,1 % ($n=99$) gleichzeitig auch Opfer elterlicher körperlicher Mißhandlung oder häufigerer körperlicher Züchtigung.

Werden nur die schweren Formen der direkt gegen Kinder gerichteten Gewalt – sexueller Mißbrauch mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr und körperliche elterliche Mißhandlung – bei der Berechnung von Prävalenzraten gleichzeitig berücksichtigt, so finden sich 13,5 % männliche und 16,1 % weibliche Opfer. Wird zusätzlich noch die häufigere Konfrontation mit elterlicher Partnergewalt einbezogen (d.h. nur die Kategorie "häufiger als selten"), so erhöhen sich die Raten der durch mindestens eine dieser Gewaltformen betroffenen Personen auf 18,3 % für Männer und 20,5 % für Frauen.

5.3 Positive Eltern-Kind Beziehung als Schutzfaktor

Rutter (1983) sowie Garmzey (1983) nehmen an, daß die negativen Effekte innerfamiliärer Belastungen auf die kindliche Entwicklung dann abgemildert werden, wenn eine positive Beziehung zu mindestens einem Elternteil besteht. Insoweit läßt sich auch hier fragen, inwieweit eine positive Eltern-Kind-Beziehung zu mindestens einem Elternteil als protektiver Faktor nicht nur, wie bereits gezeigt, insgesamt mit einem geringeren Risiko sexuellen Kindesmißbrauchs einhergeht, sondern insbesondere innerhalb der Gruppe der physisch von Eltern mißhandelten Probanden das Risiko sexuellen Mißbrauchs minimiert.

Das Resultat eines Extremgruppenvergleichs stützt diese Hypothese. Körperlich Mißhandelte, die nicht sexuell mißbraucht wurden, haben ein signifikant höheres Ausmaß positiver elterlicher Zuwendung erlebt ($M=8.9$, $SD=3.7$) als körperlich mißhandelte, die zusätzlich (außerhalb der Familie) sexuell mißbraucht wurden ($M=7.4$, $SD=3.3$), $t(326)=2.4$, $p<.05$. (Für diesen Vergleich wurden Opfer innerfamiliärer Mißbrauchshandlungen aus der Analyse ausgeschlossen. Auch nach statistischer Kontrolle der soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie bleibt ein signifikanter Haupteffekt nachweisbar, ($F(6,296)=4.4$, $p<.05$), womit diese "Buffering-Hypothese" weitere Stützung erfährt.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Auf Basis der hier verwendeten repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ist festzustellen, daß sexuelle Mißbrauchshandlungen mit Körperkontakt durch erwachsene Täter von 2,8 % der Männer und 8,6 % der Frauen vor dem 16. Lebensjahr erlebt wurden. Damit sind die Raten etwas niedriger als die aus Befragungen studentischer Stichproben, sofern auf eine ähnliche definitorische Eingrenzung Bezug genommen wird. Dies ist einerseits auf das höhere Durchschnittsalter der hier Befragten infolge der Einbeziehung von Personen bis zum Alter von 59 Jahren zurückzuführen. Im Vergleich von Alterskohorten zeigte sich zumindest für die älteste Kohorte die niedrigste Rate. Gleichzeitig weisen jedoch die Vergleiche der jüngeren Alterskohorten darauf hin, daß dies nicht bedeutet, daß es historisch zu einem Anstieg sexueller Mißbrauchshandlungen mit Körperkontakt gekommen ist, die Daten deuten eher auf das Gegenteil. Eine zweite Erklärung liegt darin, daß für diese nach Alter und Handlungsform spezifizierten Mißbrauchserlebnisse gleichaltrige sowie jugendliche Täter ausgenommen waren, die in den vorliegenden Studien an studentischen Stichproben einen nicht unerheblichen Täteranteil stellen. Dies entspricht der Zielsetzung der Untersuchung, die sich in erster Linie der Verbreitung der sexuellen Instrumentalisierung von Kindern durch Erwachsene sparrallel zu der durch Eltern erlittenen Gewalt zuwendet. Wird die Operationalisierung sexuellen Kindesmißbrauchs weniger restriktiv gewählt, d.h. werden sowohl exhibitionistische Handlungen sowie sonstige sexuelle Übergriffe einbezogen als auch Delikte durch jugendliche Täter, so liegen die Raten der in Kindheit oder Jugend davon Betroffenen bei 7,3 % für Männer und 18,1 % für Frauen.

Besonders bedeutsam ist das Ergebnis, daß es einen weiten Überlappungsbereich zwischen sexuellem Kindesmißbrauch einerseits und Konfrontationen mit innerfamiliärer physischer Gewalt in der Kindheit andererseits gibt. Im Einklang mit den theoretischen Erwartungen sowie den diesbezüglich vorliegenden Befunden anderer Studien berichten Opfer sexuellen Kindesmißbrauchs nicht nur eine stärkere Beeinträchtigung des familiären Klimas sowie der Eltern-Kind-Beziehung, sondern sie wurden auch signifikant häufiger zusätzlich Opfer manifester physischer Gewalt bzw. mit solcher Gewalt zwischen dem Elternpaar konfrontiert. Etwa ein Drittel der Opfer sexuellen Kindesmißbrauchs mit Körperkontakt waren gleichzeitig auch Opfer gravierender elterlicher Mißhandlungen. Werden häufige körperliche Züchtigungen zusätzlich berücksichtigt, so waren 2/3 der Mißbrauchsoffer auch Opfer elterlicher physischer Gewalt. Ferner haben ca. 45 % der sexuellen Mißbrauchsoffer Gewalttätigkeiten in der elterlichen Partnerbeziehung miterlebt.

Dieses Ergebnis legt nahe, in der Arbeit mit Opfern sexuellen Kindesmißbrauchs ein besonderes Augenmerk auf die mehrfache Traumatisierung in unterschiedlicher Modalität zu legen und sexuellen Kindesmißbrauch – und zwar auch den extrafamiliären – als Hinweis auf die Möglichkeit gestörter innerfamiliärer Beziehungen zu betrachten. Für die Planung von Präventionskonzepten bedeutet dies, daß eine eindimensionale Ausrichtung auf sexuelle Gewalterfahrungen wohl nicht angezeigt ist. Für die klinische Forschung hat dies die Konsequenz, daß Folgen kindlicher traumatischer Erfahrung in künftigen Studien nicht ohne Einbeziehung dieser verschiedenen Formen kindlicher Gewalterfahrungen analysiert werden sollten.

Die Fixierung auf den Aspekt des Sexuellen erscheint jedenfalls in der Auseinandersetzung

um Gewalt gegen Kinder eher medialen voyeuristischen Tendenzen Genüge zu tun als daß sie den vorfindlichen Problemkonstellationen entspräche. Sexueller Kindesmißbrauch ist eine verbreitete und gravierende Form der Gewalterfahrung in der Kindheit, aber eben nur eine. Die multimodale Viktimisierung scheint eher die Regel als die Ausnahme zu sein. Zudem kommt rein quantitativ der körperlichen Mißhandlung offenbar ein höherer Stellenwert zu, was in dieser Debatte schnell in Vergessenheit geraten könnte.

Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation der vorgelegten Befunde, daß aufgrund der restriktiven Gewaltdefinition nicht nur die Prävalenzraten sondern auch der Überlappungsbereich der Gewaltformen eher konservativ geschätzt wird. Ferner sind die durch die Erhebungsmethode gezogenen Grenzen der vorgelegten Befunde zu beachten. So werden Erfahrungen, die vor dem dritten Lebensjahr gemacht wurden, regelmäßig über eine solche Methode nicht zu erfassen sein, da sie der Kindheitsamnesie unterliegen. Ferner blendet die auf Basis der Bewohner von Privathaushalten gezogene Stichprobe bestimmte, in ihren Wohnungen kaum erreichbare Gruppen systematisch aus. Hier sind Menschen in der Drogenszene, Prostituierte, aber auch in Institutionen Untergebrachte, wie z.B. Strafgefangene, zu nennen. Diese stellen jedoch in mancher Hinsicht eine Population dar, bei der besonders hohe Prävalenzraten zu erwarten wären (Simons & Withbeck 1991). Drittens ist damit zu rechnen, daß mit zunehmendem Alter diese ja immer weiter zurückliegenden Geschehnisse nicht erinnert oder aber biographisch umgedeutet werden (Femina et al. 1990), was sich bei dem Vergleich der Alterskohorten auch hier andeutete. Viertens ist zu bedenken, daß es Erwachsene bzw. Heranwachsende sind, die sich zu Kindheitserlebnissen äußern. Von diesen kann nicht ohne weiteres ein Schlußfolgerung auf die Verhältnisse in der Grundgesamtheit der heutigen Kindergeneration gezogen werden. Fünftens ist schließlich zu beachten, daß es sich um eine retrospektive Querschnittserhebung handelt, bei der die zeitliche Abfolge der Kindheitserfahrungen nicht bekannt ist. So ist es zwar theoretisch plausibel anzunehmen, daß innerfamiliäre Störungen das Risiko sexuellen Kindesmißbrauchs erhöhen. Empirisch nachgewiesen ist es mit einem solchen korrelativen Befund jedoch noch nicht.

Die genannten Einschränkungen laufen darauf hinaus, daß zum einen das Ausmaß der Gewalterfahrungen in der Kindheit eher unterschätzt und zum zweiten die festgestellten Zusammenhänge auch in umgekehrter Richtung interpretiert werden können. Dies ändert jedoch nichts daran, daß aufgrund der hier vorgelegten Ergebnisse davon auszugehen ist, daß mindestens ein Fünftel der Population Erwachsener mit mindestens einer der untersuchten Gewaltformen in der Kindheit konfrontiert war und daß – wie auch immer die zeitliche Sequenz gewesen sein mag – in einem großen Anteil der Fälle mit multimodalen traumatischen Viktimisierungserfahrungen zu rechnen ist.

Literatur

- Bange, D. (1992): Die dunkle Seite der Kindheit. Köln: Volksblatt Verlag.
Bange, D.; Deegener, B. (1996). Sexueller Mißbrauch an Kinder. München: PVU.
Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; DaCosta, G.A.; Akman, D.A.; Cassavia, E. (1992): A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 16: 101-118.
Bosinski, H. A. G. (1997): Sexueller Kindesmißbrauch: Opfer, Täter und Sanktionen. *Sexuologie* 4: 67-88.
Bullens, R. (1995): Der Grooming Prozeß – oder das Planen des Mißbrauchs. In: Marquardt-Mau, B.

- (Hrsg.) Schulische Prävention gegen sexuelle Kindesmißhandlung. München: Juventa, 55-67.
- Conte, J.; Wolf, S.; Smith, T. (1989): What offenders tell us about prevention strategies. *Child Abuse Neglect* 13: 293-301.
- Davies, P.T.; Cummings, M.E. (1994): Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin* 116: 387-411.
- Deegener, B. (1996): Sexueller Mißbrauch: Die Täter. München: PVU.
- Elliger, T.J.; Schötensack, K. (1991): Sexueller Mißbrauch von Kindern – eine kritische Bestandsaufnahme. In: Nissen, G. (Hrsg.), *Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes – und Jugendalter*. Bern: Huber, 143-154.
- Emery, R.E. (1982): Children of discord and divorce. *Psychological Bulletin* 92: 310-330.
- Emery, R.E. (1989): Family violence. *American Psychologist* 44: 321-328.
- Engfer, A. (1997): Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle, U.T.; Hoffmann, O.; Joraschky, P. (Hrsg.) *Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer, 21-34.
- Erel, O.; Burman, B. (1995): Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A metaanalytic review. *Psychological Bulletin* 118: 108-132.
- Fegert, J. M. (1993): *Mißbrauchte Kinder und das Recht* (Bd. 2). Köln: Volksblatt Verlag.
- Femina, D.D.; Yeager, C.A.; Lewis, D.O. (1990): Child abuse: Adolescents records vs. adult recall. *Child Abuse Neglect* 14: 227-231.
- Finkelhor, D. (1994): International epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 18: 409-417.
- Finkelhor, D.; Baron, L. (1986): High-risk children. In: Finkelhor, D. (Ed.) *A sourcebook on child sexual abuse*. Newbury Park: Sage, 60-88.
- Finkelhor, D.; Dziuba-Leatherman, J. (1994): Victimization of children. *American Psychologist* 49 (3): 173-183.
- Finkelhor, D.; Hotaling, G.; Lewis, I.A.; Smith, C. (1990): Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Neglect* 14: 19-28.
- Fleming, J.; Mullen, P.; Bammer, G. (1997): A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse Neglect* 21: 49-58.
- Garmzey, N. (1983): Stressors of childhood. In: Garmzey, N.; Rutter, N. (Eds.) *Stress, coping, and development in children*. New York: MacGraw Hill, 43-84.
- Honig, M. (1992): *Verhäuslichte Gewalt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hughes, H.M. (1988): Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *Amer J Orthopsychiatr* 58: 77-90.
- Jaffe, P.G.; Wolfe, D.A.; Wilson, K. (1990): *Children of battered women*. Newbury Park: Sage.
- Jouriles, E.N.; Barling, J.; O'Leary, K.D. (1987): Predicting child behavior problems in maritally violent families. *J Abnorm Child Psychology* 15: 165-173.
- Kavemann, B.; Lohstöter, I. (1984): *Väter als Täter*. Reinbek: Rowohlt.
- Kendall-Tackett, K.A.; Meyer-Williams, L.; Finkelhor, D. (1993): Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin* 113: 164-180.
- Kinzl, J.; Biebl, W. (1993): Sexueller Mißbrauch in Kindheit und Jugend. *Sexualmedizin* 22: 136-142.
- Kinzl, J.F.; Trawegger, C.; Biebl, W. (1995): Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse Neglect* 19: 785-792.
- Krauth, J. (1993): Einführung in die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA). Weinheim: Beltz, PVU.
- Kutchinsky, B. (1994): Mißbrauchspanik. In: Rutschky, K.; Wolff, R. (Hrsg.) *Handbuch sexueller Mißbrauch*. Hamburg: Ingrid Klein, 49-62.
- Kreuzer, A. et al (1993): *Jugenddelinquenz in Ost und West*. Bad Godesberg. Forum Verlag.
- Lautmann, R. (1994): *Die Lust am Kind*. Hamburg: Ingrid Klein.
- Mullen, P.E.; Martin, J.L.; Anderson, J.C.; Romans, E.; Herbison, G.P. (1993): Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Brit J Psychiatr* 163: 721-732.
- Mullen, P.E.; Martin, J.L.; Anderson, J.C.; Romans, E.; Herbison, G.P. (1996): The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Neglect*

- 20: 7-21.
- Peters, D.; Wyatt, G.E.; Finkelhor, D. (1986): Prevalence. In: Finkelhor, D. (Ed.) A sourcebook on child sexual abuse. Beverly Hills: Sage, 15-59.
- Raupp, U.; Eggers, Ch. (1993): Sexueller Mißbrauch von Kindern. Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik. Mschr Kinderheilkd 141: 316-322.
- Richter-Appelt, H.; Tiefensee, J. (1996a): Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Mißhandlungen und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit aus Sicht junger Erwachsener. Psychother Psychosom Med Psychol 46: 367-378.
- Richter-Appelt, H.; Tiefensee, J. (1996b): Die Partnerbeziehung der Eltern und die Eltern-Kind-Beziehung bei körperlichen Mißhandlungen und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. Psychother Psychosom Med Psychol 46: 405-418.
- Richter-Appelt, H. (1994): Sexuelle Traumatisierungen und körperliche Mißhandlungen: In: Rutschky, K.; Wolff, R. (Hrsg.), Handbuch sexueller Mißbrauch. Hamburg: Ingrid Klein, 116-142.
- Rutter, M. (1983): Stress, coping, and development: some issues and some questions. In: Garmzey, N.; Rutter, N. (Eds.) Stress, coping, and development in children. New York: MacGraw Hill, 43-84.
- Schötensack, K.; Elliger, T.; Gross, A.; Nissen, G. (1992): Prevalence of sexual abuse of children in Germany. Acta Paedopsychiatrica 55: 211-216.
- Simons, R.L.; Withbeck, L.B. (1991): Sexual abuse as a precursor to prostitution and victimization among adolescents and adult homeless women. J Family Issues 12: 361-379.
- Straus, M.A. (1990): New scoring methods for violence and norms for the conflict tactics scale. In: Straus, M.A.; Gelles, R.J. (Eds.) Physical violence in American families. New Brunswick: Transaction Publishers, 535-559.
- Wetzels, P.; Greve, W.; Mecklenburg, E.; Bilsky, W.; Pfeiffer, C. (1995): Kriminalität im Leben alter Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolff, R. (1994): Der Einbruch der Sexualmoral. In: Rutschky, K.; Wolff, R. (Hrsg.), Handbuch sexueller Mißbrauch. Hamburg: Ingrid Klein, 77-94.

Anschrift des Autors

Dipl.-Psych. u. Assessor Peter Wetzels, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen,
Lützerodestr. 9, 30161 Hannover

Interventionsmöglichkeiten bei sexuellem Mißbrauch an Kindern

Legal and institutional reactions to sexual abuse of children and adolescents in Germany

J. M. Fegert¹

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden die gesetzlichen Grundlagen für Interventionen und Hilfen bei sexuellem Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Vor allem der Unterschied zwischen den Prämissen der Strafverfolgung und den Interventionsmöglichkeiten der Jugendämter bzw. der Familien- und Vormundschaftsgerichte wird deutlich herausgearbeitet. Vor diesem Hintergrund wird die Kooperation dieser Institutionen betrachtet. Die Ergebnisse einer Experten- und Expertinnenbefragung (N=195 in Köln und Berlin) geben Einblick in Einstellungen, welche in den einzelnen Institutionen über den Umgang mit sexuellem Mißbrauch bestehen. Auch hier wird auf das Verhältnis von strafrechtlichen und nicht-strafrechtlichen Maßnahmen besonders abgehoben. Dabei wird deutlich, daß alle Institutionen und Helfer aus dem "Versorgungsbereich" (Erziehungsberatungsstellen, Allgemeiner sozialer Dienst, Jugendamt, spezifische Beratungsstellen zur Thematik des sexuellem Mißbrauchs, Arztpraxen, Kliniken, medizinische Dienste, etc.) weitgehend in dem Grundsatz "Hilfe statt Strafe" übereinstimmen und in der Praxis eine Strafanzeige in der Regel eher vermeiden.

Schlüsselwörter: Sexueller Kindesmissbrauch; Expertenbefragung; professionelle Kooperation; Interventionsmöglichkeiten

Abstract

The article reviews the legal foundations of institutional reactions to sexual abuse of children and adolescents in Germany. In the German criminal-law, there is an obligation for the police to persecute this kind of criminal acts. Civil courts, the social welfare- and medical help system are not obliged to inform the police. On the other hand policemen who deal with cases involving children or adolescents as victims of crimes like sexual abuse, have to inform the social welfare system. Because of the complexity of the legal foundation in the German law as the basis for acting in case of sexual abuse, most of the potential "users" don't know all the possible opportunities of institutional help or intervention. The results of an expert interview study (n=195) in Cologne and Berlin reveal typical attitudes of different professionals who co-operate in this field. The most striking result is that all professionals working in the field (psychotherapists, paediatricians, child and adolescent psychiatrists, social workers and councillors from child guidance institutions or specific institutions, dealing with problems of child abuse and neglect) thought sceptically about the use of criminal prosecution of child sexual abuse cases in Germany. They fear a secondary victimization in the criminal court.

Key Words: Child sexual abuse; expert survey; professional cooperation; legal and professional interventions

¹ Der Autor ist einer der Leiter eines interdisziplinären Forschungsprojektes zum Thema institutionellen und individuellen Umgangs mit der Problematik des sexuellen Mißbrauchs. Die Untersuchung wird von der Volkswagenstiftung unter dem Förderkennzeichen #11.3640/26 gefördert. An ihr arbeiten in Köln und Berlin folgende Diplompsychologinnen mit: C. Berger, B. Breuer, F. Deget, J. Haasemann, U. Klopfer, A. Wolke. Leitung: PD Dr. med. J.M. Fegert, Prof. Dr. med. U. Lehmkuhl, Prof. Dr. med. G. Lehmkuhl, Prof. Dr. jur. A. Lüderitz, Prof. Dr. jur. M. Walter.

1. Einleitung

Die subjektive Wahrnehmung von Sexualdelikten, welche vor allem von der Darstellung in den Medien beeinflusst wird, prägt auch den rechtspolitischen Umgang mit der Problematik des sexuellen Mißbrauchs. In letzter Zeit ist in der Berichterstattung sowie in Diskussionen in den Medien eine doppelte Tendenz zu erkennen: Die Debatte um den sogenannten Mißbrauch mit dem Mißbrauch führte zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der Arbeit der Strafverfolgungsbehörden, aber auch mit der Arbeit von Beratungsstellen. In der öffentlichen Diskussion werden unterschiedliche Ansätze der *Strafverfolgung* und des *Kindesschutzes* häufig wahllos durcheinander geworfen. Es wird von "Anzeige" beim Jugendamt ebenso gesprochen wie von der Hoffnung, über die Polizei effektiven Kinderschutz bewirken zu können.

In den letzten Jahren haben sich nach amerikanischen Vorbild auch in Deutschland Interessenvertretungen für nach ihrer Meinung zu Unrecht mit dem Mißbrauchsvorwurf Belasteter gebildet. Diese Gruppierungen und auch einige Wissenschaftler und Publizisten in deren Umfeld erwecken den Eindruck einer "kollektiven Hexenjagd". Folgt man ihren Darstellungen, so sind wichtige Errungenschaften der sexuellen Liberalisierung in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts durch einen sexuell repressiven Radikalfeminismus bedroht. Von dieser Seite wird vor allem die Thematik der Verdächtigung, der (Straf-) Verfolgung, der Ermittlung, der Vorverurteilung usw. in juristischen Metaphern und Bildern vorgebracht.

Weniger in Bezug auf die Glaubwürdigkeit von Kinderaussagen als auf die Bedeutung suggestiver Einflüsse bei der Erhebung dieser Aussagen (Fegert 1995a,b; Schade et al. 1995; Steller et al. 1993) wurde fachliche Kritik formuliert. Diese inhaltliche Kritik am Umgang mit Äußerungen von Kindern führt wieder zu einem breiten Spektrum von Reaktionen. Während die einen (Schade et al. 1995) die Tätigkeit von spezifischen Beratungsstellen in dem Bereich generell problematisieren oder in Frage stellen, habe ich gleichzeitig kritisch darauf hingewiesen (Fegert 1995c), daß vergleichbare Eindrücke aus der Praxis forensischer Psychologen, wie sie von Schade und Mitarbeitern (1995) wiedergegeben werden, auch nicht für einen qualitativ besseren professionellen Umgang sprechen.

Durch spektakuläre Einzelaten und ihre Darstellung in den Medien sowie durch politische Ereignisse (wie etwa die Stockholmer Konferenz) fühlen sich in letzter Zeit Rechtspolitiker aufgerufen, durch Vorschläge zur Strafverschärfung bei pädophilen Taten, zur chemischen Kastration, zur Zwangstherapie usw. an dem öffentlichen Interesse zu partizipieren und die den Ereignissen zuteil gewordene Aufmerksamkeit auf sich selbst bzw. ihre politischen Intentionen zu lenken. Nach Walter (1995) stellt die Kriminalitäts- oder Verbrechensfurcht einen kriminologisch oder soziologisch relativ gut beforschten Gegenstand dar:

"Die Verbrechensfurcht wird von den Medien beeinflusst, da sie bei weitem die meisten Informationen über Kriminalität liefern. ...umgekehrt müssen die Medien, um bei den Verbrauchern 'anzukommen', die Einstellungen und Meinungen der Zuschauer, Zuhörer oder Leser zumindestens mit berücksichtigen." (Walter, 1995: 220).

Walters Annahme, daß die Medien die Macht des "Agendasettings" hätten, d.h. daß sie die Themen festlegen könnten, die das gesellschaftlich Aktuelle und Drängende bezeichnen, wird durch die neue kriminalpolitische Diskussion um die Strafverschärfung in erschreckender Weise bestätigt. Seit Jahren sind differenzierte Vorstöße zur Reform des Sexualstraf-

rechts ungehört geblieben. Nun gibt es in sehr großer Eile (wenn nicht übereilt) betriebene Anhörungen und Diskussionen. Dabei wird einseitig nur auf den strafrechtlichen Bereich und nur in Richtung einer Strafverschärfung abgehoben. Zwar kommen auch zahlreiche besonnene Stimmen zu Wort, welche darauf hinweisen, daß durch eine Erhöhung des Strafmaßes ein klassischer sogenannter "Triebtäter" spezialpräventiv nicht zu erreichen sein wird und daß auch der generalpräventive Charakter des Sexualstrafrechts durchaus in Zweifel zu ziehen ist. Dennoch ist die Richtung der Diskussion durch die Berichterstattung in den Medien und durch die Reaktionen einzelner Politiker vorgegeben. Zur gleichen Zeit führt eine Verknappung der ökonomischen Ressourcen teilweise zu einer Reduzierung des Beratungs- und Hilfsangebots für betroffene Kinder und deren Familien.

Unsere Thematik ist somit hochaktuell, andererseits aber so stark gefühlsbeladen, daß es angemessen erscheint, zunächst eine Übersicht über die real vorhandenen Möglichkeiten der Intervention und Hilfe in diesem Land zu geben. Anschließend soll anhand der Daten einer Expertenbefragung die Sicht von Personen, die im Umgang mit der Problematik des sexuellen Mißbrauchs Kenntnisse haben und gleichzeitig über genügend allgemeine Berufserfahrung verfügen, die – soziologische – Nutzung unterschiedlicher Interventions- und Hilfemöglichkeiten im Helfersystem dargestellt werden. Der vorliegende Artikel bietet also keine "Patentrezepte" für die Intervention bei sexuellem Mißbrauch. Hierfür gibt es auf dem Markt zahlreiche "Handbücher", die meistens aus der Sicht einer therapeutischen oder beraterischen Orientierung geschrieben sind. Allerdings ist der Autor sicher nicht der einzige in diesem Feld Tätige, der in der Praxis feststellen konnte, wie häufig wohlmeinende Konzepte und Ratschläge im Einzelfall doch nicht zum Ziel führen, sondern wie sehr die Verläufe von aleatorischen äußeren Beeinflussungen abhängig sind. Unser jeweiliges Scheitern im Einzelfall hat nicht selten mit einer ungenügenden Beachtung der Eigendynamik möglicher eingeschalteter bzw. übergangener Institutionen zu tun. Eine erste Information über das institutionelle Netz mit seinen Möglichkeiten und Grenzen ist deshalb für den Kliniker, welcher im Einzelfall Hilfe leisten möchte, eine Grundvoraussetzung für ein differenziertes Handeln.

2. Interventionen und Hilfemöglichkeiten bei sexuellem Mißbrauch an Kindern

2.1 Kriminalistischer versus bedürfnisorientierter Zugang

Schlagworte wie "Verdachtsabklärung", "Ermittlung", "Diagnostik", "Hilfeplanung", "Kinderschutz", "Kindeswohl" prägen die Debatte um geeignete Maßnahmen bei sexuellem Mißbrauch. Auf dem letzten großen internationalen Kongreß der internationalen Gesellschaft gegen Kindesmißhandlung und Vernachlässigung im Sommer 1996 in Dublin war eine der umstrittenen Fragen die Forderung nach einer *Anzeigepflicht*. Dabei ist festzustellen, daß diese Forderung nicht unbedingt von den Vertretern der Strafjustiz oder der Strafverfolgung, sondern aus dem Bereich der Helfer laut wurde. Es gibt wohl keine Form medizinischen oder psychologischen Handelns, wo so sehr in juristischen Kategorien gedacht wird und argumentiert wird wie im sensiblen Bereich des Kinderschutzes. Parallel zur Kriminalpolizei haben dafür rechtlich nicht ausgestattete Helfer sich zu Experten der Verdachtsabklärung und Ermittlung selbst ernannt oder entwickelt.

Doch auch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, die primär ihre Arbeit als diagnostisch und therapeutisch definieren würden, denken in Fällen von sexuel-

lem Mißbrauch zunächst in scheinbar juristischen Kategorien. Im Gegensatz zu unseren üblichen Gepflogenheiten bei der Anamneseerhebung, wo wir aufgrund unseres Wissens um die Relativität retrospektiv erhobener Ereignisse und um die Bedeutung der subjektiven Attribuierung im Rahmen der intrapsychischen Verarbeitung Grund zu manchem Zweifel hätten, wird eigentlich nur bei Mißbrauchsfragestellung "jedes Wort auf die Goldwaage gelegt". Wir stellen uns zunächst die Frage, welche Konsequenzen unser Reagieren für die Familie des betroffenen Kindes, aber auch für unseren Arbeitszusammenhang, unser Ansehen usw. haben könnte. In einer älteren Untersuchung haben Winefield und Mitarbeiter (1986) festgestellt, daß drei Viertel aller Ärztinnen und Ärzte zögern, Konsequenzen aus einem Mißbrauchsverdacht zu ziehen. Dabei gaben in der gleichen Untersuchung nur drei Prozent an, Angst zu haben, mit ihrem Verhalten den betroffenen Kindern zu schaden. Dies bedeutet, wir bewegen uns als Versorger oder Helfer zwar in einem Bereich, in dem das Kindeswohl als vorrangiges Rechtsgut die Richtschnur unseres Handelns darstellen müßte, behandeln aber in unseren eigenen Überlegungen Mißbrauchsfälle sehr häufig primär wie Strafsachen. D.h. wir prüfen die Glaubwürdigkeit der Kinder und debattieren Tatvorwürfe kontrovers im Team. Häufig macht sich eine hektische Betriebsamkeit breit, teilweise wird unüberlegt und zu schnell gehandelt. Manche Institutionen erklären, daß sie sich speziell mit der "Aufdeckung" von Mißbrauchsfällen befassen. Hier handelt es sich in der Regel um Beratungsstellen in freier bzw. staatlicher Trägerschaft, welche Beratungsfunktionen, wie sie im Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch VIII) beschrieben sind, wahrnehmen, gleichzeitig aber auch den Anspruch auf eine Verdachtsabklärung und damit verbundene Ermittlung erheben. Häufig haben sie auch eine Koordinierungs- und Beratungsfunktion. Sie können Öffentlichkeitsarbeit betreiben und werden bisweilen öffentlich wegen ihres parteilichen Einsatzes kritisiert und nicht als unabhängige "Klärungsstellen" akzeptiert. Dem allgemeinen sozialen Dienst im Jugendamt kommt eine zentrale Bedeutung für die Planung von Hilfen, aber auch für die Konkretisierung des schon im Grundgesetz vorgesehenen (Artikel 6.2) staatlichen Wächteramtes zu.

Die Strafverfolgungsbehörden, welche tatsächlich vernehmen und ermitteln sollen, betonen immer wieder, welche Anstrengungen sie unternehmen, den kindlichen Opferzeugen durch einen adäquaten Umgang gerecht zu werden. Sie unterstreichen ihre Kompetenzen in der Gesprächsführung oder bei der adäquaten Gestaltung von Vernehmungszimmern, haben hier real große Anstrengungen unternommen. Immer wieder erwecken sie den Eindruck, daß die Strafanzeige der eigentliche Weg zum Kinderschutz sei, wobei die Realität der hohen Einstellungsraten durch die Staatsanwaltschaft bei der Dokumentation eher unter den Tisch fällt. Während das Verhalten der Akteure im Strafprozeß mit seinen Auswirkungen auf Kinder unter Opferschutzgesichtspunkten zunehmend erforscht oder wenigstens kritisch und scharf beobachtet wurde (Volbert & Busse 1995; Kirchhoff 1995; Albrecht 1995; Fastie 1994) fehlen Untersuchungen zum Verhalten und zu den Einstellungen von Vormundschaftsrichtern und Familienrichtern, Jugendamtsmitarbeitern, Mitarbeitern in Beratungsstellen, Therapeuten usw.. "Vernetzung" heißt das Schlagwort, welches in der Praxis im Umgang mit der Heterogenität von Angeboten und der Heterogenität menschlicher Einstellungen die Problematik für die Betroffenen überschaubar machen soll. Die Regeln für diese "Vernetzung" sind aber vielerorts unbekannt. Im folgenden werden zunächst Interventionsmöglichkeiten und Hilfemöglichkeiten und ihre gesetzliche Basis dargestellt, danach wird die Zusammenarbeit einzelner Institutionen im gesetzlichen Rahmen vor allem mit Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen beleuchtet.

2.2 Interventionsmöglichkeiten

Im Artikel 34 der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 2.9.1991, welche auch von der Bundesrepublik ratifiziert wurde, heißt es:

“Die Vertragsstaaten verpflichten sich, das Kind vor allen Formen sexueller Ausbeutung und sexuellem Mißbrauch zu schützen. Für diesen Zweck treffen die Vertragsstaaten alle geeigneten innerstaatlichen zweiseitigen und mehrseitigen Maßnahmen, um zu verhindern, daß Kinder (a) zur Beteiligung an rechtswidrigen sexuellen Handlungen verleitet oder gezwungen werden, (b) für die Prostitution oder andere rechtswidrige sexuelle Praktiken ausgebeutet werden, (c) für pornographische Darbietungen und Darstellungen ausgebeutet werden.”

Auf der Ebene der Interventionen kann die primär täterorientierte Strafverfolgung von den vormundschaftsgerichtlichen- bzw. familiengerichtlichen Interventionen und den Eingriffsmöglichkeiten des Jugendamts unterschieden werden, welche eher die Eingriffe des “Staatlichen Wächters” im Sinne des Kindeswohls verkörpern. Dieses “Staatliche Wächteramt” ist im Artikel 6 Absatz 2 des Grundgesetzes angesprochen worden. Im §1 (2) des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) wird dieser Verfassungstext wiederholt:

“Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.”

Wiesner und Mitarbeiter (1995) haben in ihrer Kommentierung darauf hingewiesen, daß diese staatliche Wächterfunktion sich nicht auf die Gewährleistung optimaler Entwicklungsbedingungen für jedes Kind beziehe, sondern daß sie auf die Gefahrenabwehr begrenzt sei. Sie legitimiert keine eigenständige öffentliche Erziehungsbefugnis unterhalb der Gefahrenschwelle, welche durch den Paragraphen 1666 BGB definiert werde. Die Wahl der Mittel habe dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu folgen (Wiesner et al. 1995: 23, Randziffer 21 ff.).

Das Dilemma zwischen familienbezogener Hilfe und staatlichem Wächteramt ist wiederholt Thema von Verfassungsgerichtsentscheidungen gewesen (Fegert 1996). Goldstein und Mitarbeiter (1982) haben auf das Dilemma des zu früh, zu spät, zu viel oder zu wenig hingewiesen (hierzu auch Salgo 1995a,b).

2.3 Strafverfolgung

Rechtsgrundlage der Strafverfolgung sind die Straftaten, die in den § 176 StGB (sexueller Mißbrauch an Kindern), § 174 StGB (sexueller Mißbrauch an Schutzbefohlenen), § 178 StGB (sexuelle Nötigung) und § 177 StGB (Vergewaltigung) aufgeführt sind. Es mag weniger wichtig sein, die einzelnen Formulierungen und die möglichen Strafmaße zu kennen; unerlässlich für den Kliniker ist jedoch das Wissen darum, daß es sich bei diesen Straftaten um sogenannte *Offizialdelikte* handelt. Dies bedeutet in der Praxis, daß die Kriminalpolizei einem Ermittlungszwang unterliegt und nicht nach eigenem Ermessen entscheiden kann, ob sie bei einer konkreten Anzeige ermitteln soll oder nicht. Allein die Staatsanwaltschaft entscheidet über Einstellung oder Weiterführung solcher Verfahren. Auch neuere Aktenerhebungen (Volbert & Busse 1995) bestätigen frühere Angaben (Fegert 1990) über den sehr hohen Prozentsatz von Verfahrenseinstellungen in diesem Bereich. Familien oder Jugendliche, die sich zur Strafanzeige entschließen, müssen damit rechnen, daß zirka in drei Vierteln der Fälle das Verfahren eingestellt wird. Solche Einstellungen geschehen einerseits, weil die Täter nicht ermittelt werden können, andererseits, weil die von den Jugendlichen subjektiv als massive Übergriffe wahrgenommenen Handlungen im

juristischen Sinne (§184c StGB) eine gewisse Erheblichkeitsschwelle nicht übersteigen. Ein erstes Qualitätsmerkmal ärztlicher und psychologischer Beratung in diesen Fällen stellt die umfassende Information über die rechtlichen Bedingungen der Strafverfolgung dar. Hierzu gehört der Hinweis darauf, daß es bei einer Strafanzeige zunächst kein Zurück gibt, auf die langen Verfahrensdauern (im Durchschnitt über ein Jahr bis zur Eröffnung der Hauptverhandlung) und auf die rechtlichen Möglichkeiten zum Opferschutz im Strafverfahren (insbesondere die Möglichkeit der Nebenklagevertretung. Vor Gericht werden die vorhandenen Möglichkeiten zum Opferschutz nicht immer hinreichend genutzt (Kirchhoff 1994).

2.4 Interventionen nach dem BGB

Im Bürgerlichen Gesetzbuch sind ebenfalls Interventionsmöglichkeiten festgeschrieben, die primär auf das Kindeswohl abzielen und nicht der Strafverfolgung von Tätern dienen. Die Herausnahme des Kindes aus der Familie und der Entzug des elterlichen Personensorgerechts (speziell in Fällen intrafamilialen Mißbrauchs) geschieht auf der Rechtsgrundlage der §§ 1666 bzw. 1666a BGB. Umgangsrechtseinschränkungen werden nach § 1634 (2) BGB bzw. bei Scheidung vom ehelichen Vater nach § 1711 BGB behandelt. Das Familien- oder Vormundschaftsgericht kann auch ein unter Tatverdacht stehendes Familienmitglied veranlassen, die Familienwohnung zu verlassen. Diese in der englischsprachigen Fachliteratur sogenannte "go-order" ist im deutschen Recht gem. § 1361 BGB möglich.

2.5 Eingriffe nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)

In speziellen Krisensituationen, welche sich außerhalb der Familie (z.B. Arztpraxis, Krankenhaus, Beratungsstelle oder auf der Straße) abspielen, hat das Jugendamt die Möglichkeit zur sofortigen Intervention zum Wohle des Kindes. Als Rechtsgrundlage dient hierbei der § 42 KJHG (Sozialgesetzbuch [SGB] VIII), die sogenannte In-Obhutnahme. Diese Bestimmung ist allerdings, obwohl sie schnelles Handeln zum Schutz des Kindes gewährleistet, im Bereich der Strafverfolgung weitgehend unbekannt, wie eine Expertenbefragung zeigt (Fegert et al., 1996). Die Herausnahme aus Einrichtungen oder Pflegefamilien wird im § 43 KJHG angesprochen. Die Zusammenarbeit mit den Familien- und Vormundschaftsgerichten bei Gefährdung des Kindeswohls regelt § 50.3 KJHG:

§ 50 KJHG: Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten
(1) Das Jugendamt unterstützt das Vormundschaftsgericht und das Familiengericht bei allen Maßnahmen, die die Sorge für die Person von Kindern und Jugendlichen betreffen. Es hat in Verfahren vor dem Vormundschafts- und Familiengericht mitzuwirken, die in den §§ 49 und 49a des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannt sind.
(2) Das Jugendamt unterrichtet insbesondere über angebotene und erbrachte Leistungen, bringt erzieherische und soziale Gesichtspunkte zur Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen ein und weist auf weitere Möglichkeiten der Hilfe hin.
(3) Hält das Jugendamt zur Abwendung einer Gefährdung des Wohls des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Gerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen.

2.6 Hilfen und Versorgung

Neben diesen staatlichen Eingriffen können Betroffene und ihre Familien, basierend auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen, differenzierte Hilfen bekommen. Die Möglichkeiten der Krankenbehandlung und der Psychotherapie, getragen durch die Krankenkassen, sowie die sozialpädiatrische Versorgung sind im Sozialgesetzbuch V geregelt. Die Jugendhilfe bietet nach dem KJHG (SGB VIII) eine Fülle von beraterischen Angeboten. Dazu gehört die Erziehungsberatung (§ 28 KJHG), und zwar in Erziehungsberatungsstellen freier Träger und in zum Jugendamt gehörenden Erziehungsberatungsstellen. In bezug auf diese Hilfen und Beratungsangebote haben Eltern und die betroffenen Kinder ein "Wunsch- und Wahlrecht", wie es in den Bestimmungen des § 5 KJHG und in den Ausführungen zur Hilfeplanung (§ 36 KJHG) niedergelegt ist. Paragraph 17 KJHG regelt die Trennungsberatung, § 18 die Beratung Alleinerziehender.

Für den Zusammenhang der Beratung von sexuell mißbrauchten Kindern ist vor allem die Bestimmung des § 8(3) KJHG von Bedeutung (siehe Kasten). Hier wird die Beratung von Jugendlichen ohne Wissen der Eltern in Konfliktlagen ermöglicht. Paragraph 27 ff. regelt die breite Angebotspalette der Hilfen zur Erziehung, welche den Personensorgeberechtigten vom Jugendamt in einer gemeinsamen Hilfeplanung gewährt werden können. Hierzu gehören die sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31), die Erziehung in Tagesgruppen (§ 32), Vollzeitpflege (§ 33), Heimerziehung (§ 34) sowie die sozialpädagogische Einzelbetreuung. Sogenannte von einer seelischen Behinderung bedrohte seelisch behinderte Kinder, d.h. in unserem Kontext Kinder, die aufgrund sexuellem Mißbrauchs psychische Störungen entwickelt haben, haben Anspruch nach § 35 a KJHG auf Eingliederungshilfe. Kinder mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung haben denselben Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 39 Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

§ 8 KJHG: Beteiligung von Kindern und Jugendlichen

- (1) Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen. Sie sind in geeigneter Weise auf ihre Rechte im Verwaltungsverfahren sowie im Verfahren vor dem Vormundschaftsgericht und dem Verwaltungsgericht hinzuweisen.
- (2) Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.
- (3) Kinder und Jugendliche können ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten beraten werden, wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde.

2.7 Regelung der Zusammenarbeit und Datenschutz

Ärzte und Psychotherapeuten haben im Umgang mit Mißbrauchsfällen eine privilegierte Entscheidungsposition. Der § 203 StGB, der den Bruch der Schweigepflicht unter Strafe stellt, ermöglicht, wenn dies für die Heilung des Kindes erforderlich scheint, ein Schweigen und einen Verzicht der Meldung beim Jugendamt bzw. den Verzicht auf eine Strafanzeige. Andererseits ist die Schweigepflicht und das Patientengeheimnis in der Therapie keine absolute Größe, die nie gebrochen werden kann (in Österreich ist hingegen die Schweigepflicht von Psychotherapeuten als absolute Schweigepflicht geregelt). Die Betroffenen

können den Arzt oder Therapeuten von der Schweigepflicht entbinden. Auch Minderjährige können dies wirksam tun (Timm 1986). Der Bruch der Schweigepflicht ist möglich, wenn ein höheres Rechtsgut in Gefahr ist (§ 34 StGB: Rechtfertigender Notstand, § 35 StGB: Entschuldigender Notstand). Insofern hat der Behandler im Einzelfall eine Rechtsgüterabwägung zu treffen, ob es im Sinne des Kindeswohls und im Sinne der Behandlungsziele am günstigsten ist, derzeit zu schweigen oder weitere Helfer bzw. die Strafverfolgungsbehörden mit einzubeziehen. Solche Entscheidungen sollten *gründlich dokumentiert* werden, so daß sie auch späteren Überprüfungen standhalten.

Von praktischer Bedeutung ist es, Kindern keine pauschalen Verschwiegenheitsversprechen zu geben. Sehr häufig beginnen Kinder Mitteilungen über einen sexuellen Mißbrauch mit folgender Bitte: *„Ich sag Dir jetzt etwas, darüber darfst Du aber mit niemandem sprechen...“*. Solche Gesprächsangebote sollten eher reserviert aufgenommen werden. Ich erkläre in der Regel an einem Beispiel, warum ich in bestimmten Situationen keine absolute Verschwiegenheit zusichern kann, sondern es manchmal notwendig ist, bei anderen Hilfe zu holen. Meine Erfahrung ist dabei, daß die Kinder darauf nicht verschreckt reagieren, sondern meist noch im selben Termin oder in einer der darauf folgenden Stunden die ursprünglich intendierte Mitteilung machen. Sie tun dies dann aber auf einer realistischen Basis und fühlen sich nicht später erneut verraten oder hintergangen.

Die Strafverfolgungsbehörden sind durch die gesetzlichen Bestimmungen gehalten, das Jugendamt über bestimmte Straftaten an Kindern zu informieren und damit im Prinzip Hilfen und Kinderschutz in die Wege zu leiten. Häufig wird von der Kriminalpolizei bedauert, daß diese informationelle Zusammenarbeit quasi eine *„Einbahnstraße“* darstelle. Dabei wird häufig ignoriert, daß das Jugendamt, dessen Arbeit im KJHG geregelt wird, eindeutig unter dem Grundsatz *„Hilfe statt Strafe“* seine Arbeit leistet. Geregelt ist die Zusammenarbeit des Jugendamtes mit den Vormundschafts- und Familiengerichten im § 50 (3) KJHG. Explizit gibt es hier keine Bestimmungen, die die Zusammenarbeit mit der Polizei und den übrigen Strafverfolgungsbehörden fordert. Auch der Ermessensspielraum bei der Einschaltung des Familien- und Vormundschaftsgerichts ist im § 50 (3) KJHG wesentlich erweitert worden (Wiesner et al. 1995: 660 ff; Fegert et al. 1996). Enger als in den entsprechenden Bestimmungen im SGB X zum Sozialgeheimnis und zur Übermittlung von Sozialdaten sind die Datenschutzbestimmungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz gefaßt (§ 61 – § 68 KJHG). Paragraph 65 KJHG kodifiziert den besonderen Vertrauensschutz in der persönlichen und erzieherischen Hilfe.

3. Strafverfolgung und Hilfe aus der Sicht berufserfahrener Expertinnen

3.1 Untersuchungsaufbau und Methodik

In einer von der VW-Stiftung finanzierten interdisziplinären Untersuchung zum institutionellen Umgang mit dem Thema sexueller Mißbrauch (Berger et al. 1996) wurden in den Großstädten Köln und Berlin berufserfahrene Expertinnen und Experten befragt. (Ein zweites Teilprojekt dieser Untersuchung befaßt sich derzeit mit einer prospektiven Erfassung des sogenannten *„case flow“* im Helfernetz, wobei vor allem auf den Kindeswillen und die Wirksamkeit von Maßnahmen bzw. schädliche Folgen geachtet wird). Mit Hilfe eines Fragebogens wurden in der ersten Forschungsphase Stammdaten zur Beschreibung der Expertenstichprobe wie Alter, Geschlecht, institutioneller Hintergrund, Berufsfelder, Be-

rufserfahrung sowie Angaben über konkrete Erfahrungen und Handlungsweisen im Umgang mit der Problematik des sexuellen Mißbrauchs und Einstellungen zu aktuellen Fragen in der Debatte erhoben. Als Ergänzung zu diesem quantitativ auswertbaren Studienteil wurde an einer Teilstichprobe von 40 *Expertinnen und Experten* eine qualitative Untersuchung mit leitfadengestützten ausführlichen Interviews durchgeführt. Mit der Aussendung des Fragebogens wurde gleichzeitig für die Mitarbeit in der aufwendigen fallbezogenen Prospektivstudie geworben. Ein eingeschränkter Rücklauf von vor allem berufserfahrenen hochmotivierten Personen aus unterschiedlichen beruflichen Zusammenhängen war deshalb entsprechend bestimmter theoretischen Überlegungen (Runyan et al. 1994; Burger & Reiter 1993) primär intendiert.

Bezogen auf die ursprünglichen Fragebogensendungen wurde ein Rücklauf von 20,5% erreicht. Diese Rücklaufquoten unterscheiden sich je nach Institution und liegen zwischen 4,5% für den schulpyschologischen Dienst und 55,6% für den allgemeinen sozialen Dienst. Insgesamt wurde auf diese Weise eine Expertenstichprobe von $N=195$ zusammengestellt. Der Anteil der Frauen in dieser Stichprobe liegt bei 66%, der Altersmedian liegt in beiden Städten bei 42 Jahren, der Berufserfahrungsmedian in Berlin bei 8 Jahren, in Köln bei 10 Jahren, was der für die Untersuchung gewünschten hohen Berufserfahrung entspricht.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Aggregationsniveaus der befragten Institutionen. Entsprechend der eigenen Angaben hinsichtlich der primären Aufgabenstellung konnten so drei Hauptarbeitsbereiche (*Strafverfolgung, Familien- und Vormundschaftsgerichtsbarkeit, Versorgung*) unterschieden werden.

Tab. 1: Aggregierung der befragten Institutionen

Befragte Institutionen	Zusammenfassung der Gruppen	
	1. Aggregationsebene	2. Aggregationsebene
Polizei, Staatsanwaltschaft, Strafgericht	Strafverfolgungsbehörden (n=45)	Strafverfolgungsbehörden (n=45)
Familiengericht, Vormundschaftsgericht	Zivilgericht (n=35)	Zivilgericht (n=35)
Allgemeiner sozialer Dienst	Versorgung Jugendamt (n=24)	
Erziehungs- und Familienberatungsstellen (freie und staatliche Trägerschaft), Schulpyschologische Dienste, private Therapie-Institute	Allgemeine Versorgung (n=38)	
Spezialisierte Beratungs- und Therapieeinrichtungen (Projekte, Vereine)	Spezialisierte Versorgung (n=14)	Versorgungseinrichtungen (n=109)
Sozialpädiatrische Zentren, KJPD, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Tageskliniken, Kinderkrankenhäuser, gynäkologische Ambulanz, Kinderärzte in freier Praxis	Medizinische Versorgung (n=28)	
Kindertagesstätte, Kinderheim, Erwachsenengerichtshilfe	Restgruppe Versorgung (n=5)	
Nebenklagevertreterinnen	Rechtsanwaltschaft (n=6)	entfällt wegen zu geringer Fallzahl

Tab. 2: Anzeigebereitschaft der Institutionen für den Bereich der "Versorger"

Institutionen	Insgesamt	Anzeige in der Regel „ja“	Anzeige in der Regel „nein“	Anzeige „von Fall zu Fall“
Allgemeine Beratungsstellen	34	-	34	-
Spezialisierte Beratungsstellen	14	-	14	-
Versorgung Jugendamt	17	-	15	2
Medizinische Versorger	22	1	19	2
Insgesamt	87	1	82	4

3.2. Ergebnisse

Im Bereich der Versorgungseinrichtungen stellten wir fest, daß 93% der Befragten im "Regelfall" keine Anzeige erstatten würden (s. Tab. 2; auch Berger et al. 1996). Der Verzicht auf die Strafanzeige wird unterschiedlich begründet. Die am häufigsten genannten Begründungen für den Strafanzeigeverzicht sind bei den wenigen Institutionen, die anzeigen würden, "die Gefährdung des Therapieerfolges des Kindes", der "Schutz des Kindes" und der "Wunsch des Kindes". Die Einrichtungen, die in der Regel nicht anzeigen, nennen als Motive für den Verzicht auf die Strafanzeige, das sogenannte "Selbstverständnis" der Einrichtungen und den Schutz des Kindes. Bei beiden Gruppen wird als weitere Motivation für den Verzicht auf Strafanzeige die Gefahr der Verfahrenseinstellung genannt. Als Gründe für eine Anzeige werden in beiden Gruppen Notwendigkeiten, die sich auf den Schutz des Kindes beziehen genannt (38%), gefolgt von der Angabe "Wunsch des Kindes" (26%), sowie die Konstellation, in der vom Täter eine Zusammenarbeit verweigert wird. Demgegenüber spielt ein allgemeines "Strafbedürfnis" nur eine untergeordnete Rolle.

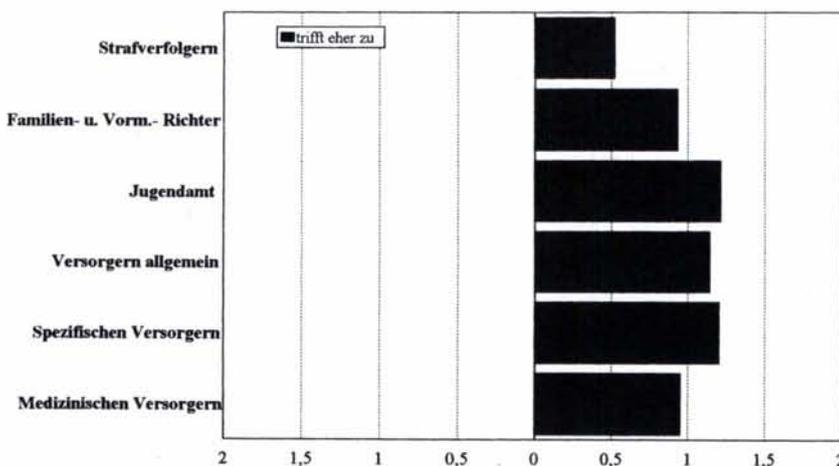


Abb. 1: Schadet das Strafverfahren dem Kind mehr, als es ihm nützt? Aus der Sicht von...

Bei *Einstellungsfragen zum institutionellen Umgang* ergab sich, daß alle Berufsgruppen darin übereinstimmten, daß die Täter "zu gut wegkommen". Am ausgeprägtesten war diese Einstellung bei den spezifischen Beratungsstellen und bei den Mitarbeitern im Jugendamt, am geringsten ausgeprägt bei den Strafverfolgern.

Noch überraschender ist die gleichsinnige Feststellung, daß bei einer weiteren Einstellungsfrage ("*Schadet das Strafverfahren dem Kind mehr als es ihm nützt?*"; s. Abb. 1) ebenfalls alle Professionen mit den beschriebenen Nuancierungen zustimmten. Dies bedeutet, daß selbst die Strafverfolger in bezug auf das Kindeswohl nicht vom Strafverfahren überzeugt sind.

Unterschiedliche Einstellungen ließen sich im Bezug auf die feministische Hypothese, daß das Strafverfahren überwiegend von einer männlichen Sichtweise geprägt sei, finden: Während die Befragten aus den Bereichen der Jugendämter, der Erziehungsberatungsstellen, der spezifischen Beratungsstellen und dem medizinischen Versorgungsbereich, d.h. aus allen Versorgungsbereichen diese Ansicht eher vertraten, verneinten dies Familien- und Vormundschaftsrichter und vor allem die an der Strafverfolgung beteiligten Professionellen.

Auch die *Kooperation der einzelnen Institutionen* untereinander wurde aus den Perspektiven der einzelnen Institutionen beurteilt (s. Abb. 2). Für die Polizei konnte dabei z.B. festgestellt werden, daß sie in der Regel mit allen anderen genannten Gruppen zusammenarbeitet, negativ beurteilte sie vor allem die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, mehrheitlich kritische Äußerungen gab es auch zur Kooperation mit den Beratungsstellen und den Strafgerichten. Demgegenüber wird aus der Sicht des Jugendamtes eine sehr eingeschränkte Kooperation mit dem strafrechtlichen Bereich deutlich; kommt es dennoch zur Kooperation, wird von Jugendamtsmitarbeitern die Kooperation mit der Polizei

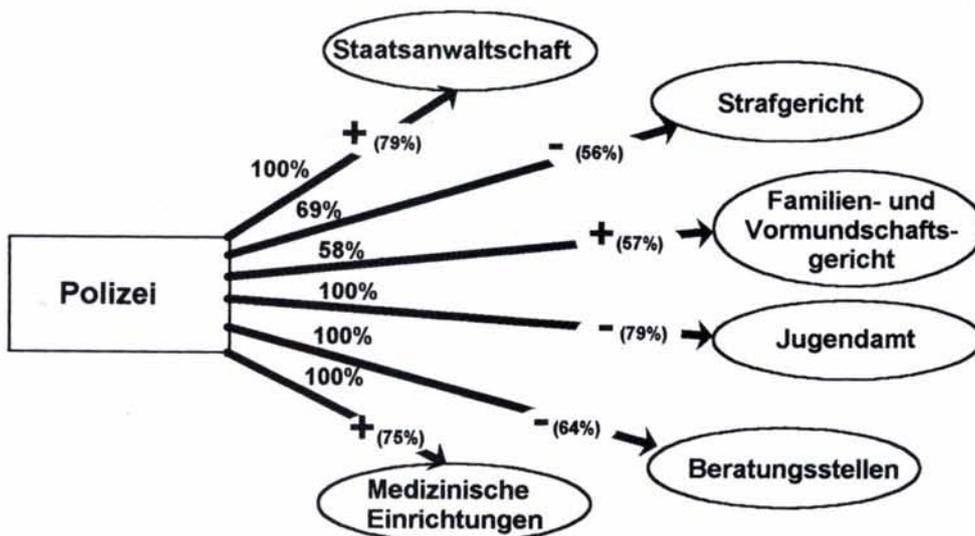


Abb. 2: Beurteilung der Kooperation mit anderen Institutionen durch die Polizei – Vorkommen und Zufriedenheit

Tab. 3: Vorkommen von Falschbeschuldigungen

Berufsgruppen	Falschbeschuldigungen kommen „selten“ bis „nie“ vor	Falschbeschuldigungen kommen „manchmal“ bis „oft“ vor
Strafverfolger	21	16
Familien- und Vormundschaftsrichter	13	26
Versorger	75	27
Versorger versus Familien- und Vormundschaftsrichter	Chi ² - Test = ***	-
Versorger versus Strafverfolger	-	Chi ² - Test = *

* = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

tendenziell positiv eingeschätzt, während sie mit Staatsanwaltschaft und Strafgericht ebenso wie mit medizinischen Einrichtungen eher negativ konnotiert wird. Bei solchen Einstellungsfragen ist es nun nicht möglich herauszufinden, ob diese genannten Einstellungen auf Berufsgruppen oder Standesunterschiede zurückzuführen sind oder realen Kooperationshindernissen entsprechen.

Bei der Einschätzung möglicher *Falschbeschuldigungen* zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede. Hierbei wird deutlich, daß die Familien- und Vormundschaftsrichter am ehesten mit Falschbeschuldigungen rechnen (s. Tab. 3).

Dichotomisiert man zwischen der Einstellung, daß Falschbeschuldigungen „selten bis nie“ vorkommen und der Einstellung, daß Falschbeschuldigungen „manchmal bis oft“ vorkommen, ist der Unterschied zwischen den Einstellungen der Versorger (d.h. auch dem Jugendamt welches dem Familien- und Vormundschaftsgericht zuarbeitet oder den spezifischen Beratungsstellen, medizinischen Diensten) und den Familien- und Vormundschaftsrichtern hochsignifikant. Dieser Kontrast ist bei weitem deutlicher als der Unterschied zwischen der Einstellung der „Versorger“ und der „Strafverfolger“.

4. Diskussion der Ergebnisse

Wie kann es zu solch unterschiedlichen Einstellungen kommen? Zum letztbeschriebenen Unterschied in bezug auf die Erwartung von Falschaussagen läßt sich feststellen, daß tatsächlich im familien- und vormundschaftsgerichtlichen Bereich der Anteil von Mißbrauchsfällen und auch der Anteil von mißverständlichen Verdachtsmomenten offensichtlich in den letzten Jahren gestiegen ist. Ein Vergleich von kinderpsychiatrischen familien- und vormundschaftsgerichtlichen Begutachtungen aus den 80er und 90er Jahren macht dies deutlich: Während 1981 in Tübingen (N=74) 2% solcher Gutachten sich mit Mißbrauchsverdachtsfällen beschäftigten, waren dies 1992 in Tübingen (Deberding & Klosinski 1995; N=94) 27% der Fälle. In unserer Berliner Abteilung waren es 34% (1992=50 Fälle, Fegert 1995). Es fand sich geschlechtsspezifisch eine Häufigkeit von 20% aller Fragestellungen bei den Jungen und 50% bei den Mädchen. Im Gegensatz zu diesem deutlichen Anstieg von Mißbrauchsfragestellungen bei Gutachten im familien- und vormundschaftsgerichtlichen Bereich zeigt schon ein Blick auf die Entwicklung der absoluten Zahlen in der Kriminalstatistik, daß trotz des Hinzukommens der neuen Bundesländer kein wesentlicher Anstieg

im Bereich der registrierten Fälle des Tatverdächtigen und insbesondere im Bereich der Verurteilung festzustellen ist (vgl. Bosinski 1997, in diesem Heft)..

Dies sollte beachtet werden, wenn man über Positionen innerhalb der Debatte um den sogenannten "Mißbrauch mit dem Mißbrauch" nachdenkt. Offensichtlich gibt es keine Inflation von Mißbrauchsvorwürfen in dem auf Tataufklärung konzentrierten Strafverfahren. Im helferischen Bereich gibt es ganz allgemein eher eine Abneigung gegenüber einer direkten Nutzung des Strafrechts. Unsere qualitative Analyse der ausführlichen Interviews (Berger et al. 1996) ergab, daß viele Beratungsstellen dennoch indirekt mit dem Straftatbestand sexueller Mißbrauch operieren, indem sie durch den Verweis auf eine mögliche Strafanzeige die Tatverdächtigen zu Kooperation drängen.

Deutlich wird, daß bei der bestehenden rechtlichen Situation zwei relativ unabhängig voneinander operierende Reaktionsweisen auf sexuellen Mißbrauch bestehen: Einerseits die Strafverfolgung, andererseits Maßnahmen des Kinderschutzes im vormundschaftsgerichtlichen oder familienrechtlichen Bereich oder im Rahmen der Jugendhilfe. Während es von der Strafverfolgung zum Jugendamt institutionalisierte obligatorische Informationskontakte gibt, schließen die gesetzlichen Bestimmungen Informationen in die andere Richtung eher aus. Dies führt tendenziell dazu, daß in der Strafstatistik extrafamiliäre Taten überrepräsentiert sind und das Taten aus dem familiären Nahbereich eher nicht in den Bereich der Strafverfolgung gelangen.

Das gegenseitige Verständnis bzw. gegenseitige Mißverständnis wird weiterhin dadurch beeinflußt, daß verschiedene Institutionen unter unterschiedlichen Blickwinkeln arbeiten:

- Eine *Täter-Opfer-Perspektive* ist vor allem charakteristisch für den Bereich der Strafverfolgung und den Bereich des rechtlichen Opferschutzes, für die Tätigkeit der Kriminalpolizei, der Staatsanwaltschaft, der Strafgerichte, der Strafverteidiger, der NebenklagevertreterInnen und auch der forensischen Gutachter.
- Dem gegenüber ist die Jugendhilfe, aber auch die Tätigkeit der Familiengerichte und vieler Beratungsstellen sowie insbesondere der Familientherapeuten, auf das *System Familie* bezogen.
- Auf das *Kind* konzentrieren sich sogenannte parteiliche Beratungsstellen, aber auch die Kindermedizin, die Kinderpsychiatrie und die Sozialpädiatrie: Sie sind trotz aller systemischer Einflüsse primär auf die Kinder und Jugendlichen als Patienten hin orientiert. Dies gilt ebenfalls für die Kinderpsychotherapie im Einzelsetting sowie die Tätigkeit der Vormundschaftsgerichte und die Zuständigkeiten bei der Amtsvormundschaft.

Dabei muß festgestellt werden, daß bei häufig wechselnden Verantwortlichkeiten in den Ämtern der Vormund eines Kindes als gesetzlicher Vertreter eine Orientierungs- und Beratungsfunktion im 'Behörden- und Hilfedschungel' (Fegert 1994) übernehmen kann. Der Vormund ist häufig die einzige formelle und im günstigen Fall auch wirkliche persönliche Konstante für die betroffenen Kinder, deren Eltern das Sorgerecht entzogen wurde.

5. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Die vorliegende Arbeit versuchte einen Überblick über unterschiedliche Arbeitsfelder auf der Basis der gesetzlichen Bestimmungen und auf der Basis von Experteneinschätzungen zu geben. Im Mittelpunkt stand das Verhältnis von *Hilfe und Strafe*. Dabei wurde festgestellt, daß im Bereich der öffentlichen Jugendhilfe sich allgemein der Grundsatz "Hilfe statt Strafe" weitgehend durchgesetzt hat. Für die Betroffenen und ihre Familienangehörigen ist diese Zweigleisigkeit der möglichen rechtlichen Reaktionen häufig *nicht bekannt*. Leider ist eine Strafanzeige oder der Verzicht auf eine Strafanzeige nach wie vor in der Regel nicht ein Ergebnis einer Güterabwägung unter Berücksichtigung des Kindeswillens und der Möglichkeiten eines Kindes, ein Strafverfahren überhaupt auszuhalten. Vielmehr wird die Inanspruchnahme unterschiedlicher Institutionen häufig vom Bekanntheitsgrad der jeweiligen Institution bestimmt.

In vielen Berufsgruppen gibt es Unklarheiten über die Arbeitsbereiche unterschiedlicher Professionen. So sind z.B. in Kinderkliniken auf Mißverständnissen beruhende Äußerungen wie "wir machen keine Strafanzeige beim Jugendamt" keine Seltenheit.

Mit dem Verdacht auf einen sexuellen Mißbrauch stellt sich immer die Frage nach der Glaubwürdigkeit der Kindesaussage. Es wird nicht das Aussageverhalten von Kindern kritisch bewertet, sondern vor allem ihre Suggestibilität sowie die Wahrnehmungen und Deutungen durch erwachsene Helfer. Es ist darauf hinzuweisen, daß die unterschiedlichen rechtlichen Bereiche unterschiedliche Maßstäbe an kindliche Zeugenaussagen anlegen:

Um eine Verurteilung im *Strafrecht* zu ermöglichen, ist die Glaubhaftigkeit einer Aussage mit hoher *Spezifität* zu bejahen. Die allgemeinen Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen den Fehlermöglichkeiten in Untersuchungsverfahren machen folgendes deutlich: Wenn man, wie hier im Strafverfahren, danach trachtet, falsch positive Aussagen besonders zu vermeiden, erhöht man das Risiko falsch negativer Angaben. Dies bedeutet, daß im Strafverfahren nicht primär das Risiko des "Mißbrauchs mit dem Mißbrauch" (falsch positiv) besteht, sondern vielmehr ein erhöhtes Risiko hingenommen wird, tatsächliche Fälle nicht zu ahnden (falsch negativ).

Im *familien- und vormundschaftsgerichtlichen Verfahren* und bei den *Interventionen des Jugendamtes* muß die *Sensitivität* des Helfersystems im Vordergrund stehen. D.h. es gilt vor allem, Kinder in Notlagen wahrzunehmen, selbst wenn die Spezifität, d.h. die Festlegung auf ein spezifisches Mißbrauchsgeschehen, etwas darunter leidet. Dies hat zur Folge, daß vor allem bei den vormundschaftsgerichtlichen Eilentscheidungen, bei denen dem Richter meist nur ein Schriftsatz des Jugendamtes als Entscheidungsgrundlage dient, verständlicherweise das Risiko von Fehleinschätzungen der Situation höher ist (Fegert 1995). Die Inkaufnahme eines höheren Risikos an falsch positiven Angaben ist hier im Hinblick auf den Kinderschutz ebenso Ergebnis einer Güterabwägung, wie die Inkaufnahme einer höheren Zahl falsch negativer Ausgänge im Strafverfahren im Hinblick auf den Schutz des Angeklagten vor einer falschen Verurteilung.

Wenn über die unterschiedlichen Vorgehensweisen, also nur unter dem Aspekt der Optimalität gestritten wird, werden diese theoretischen Zusammenhänge häufig vergessen oder verleugnet. Die jeweiligen Fehlerrisiken stehen immer in einem gewichteten Verhältnis zueinander, insofern gibt es kein pauschal optimales Vorgehen, sondern es muß das jeweilige Vorgehen auf den bestimmten Kontext zugeschnitten werden. Allerdings muß stets bedacht werden, daß sexuelle Übergriffe an Kindern Offizialdelikte sind. Dies

bedeutet, daß ein Arzt oder Psychologe in seiner Falldokumentation forensischen Ansprüchen genügen muß, auch wenn er selbst der Ansicht ist, daß in diesem Fall eine Strafanzeige überflüssig oder gar schädlich sein könnte. Der Einzelne weiß nie, wer in einem solchen Fall Strafanzeige erstatten wird, und er kann angesichts der nunmehr bis zum Erreichen des Erwachsenenalters auch bei den Opfern ausgesetzten Verjährungsfrist erst nach Jahren mit Einwilligung der Betroffenen als ehemaliger Behandler oder Untersucher zu einer Zeugenaussage vor Gericht aufgefordert werden.

Literatur

- Albrecht, H.-J. (1995): Kindliche Opferzeugen im Strafverfahren. In L. Salgo (Hrsg.): Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand, 3-30.
- Berger, C.; Klopfer, U.; Breuer, B.; Deget, F.; Wolke, A.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U.; Lüderitz, A.; Walter, M. (1996): Institutioneller Umgang mit strafrechtlichen Maßnahmen bei sexuellem Mißbrauch. Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 45, 300-307
- Bosinski, H. A. G. (1997): Sexueller Kindesmißbrauch: Opfer, Täter und Sanktionen. *Sexuologie* 4: 67-88.
- Burger, E.; Reiter, K. (1993): Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen – Intervention und Prävention. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 19. Stuttgart: Kohlhammer.
- Deberding, E.; Klosinski, G. (1995): Analyse von Familienrechtsgutachten mit gleichzeitigem Vorwurf des sexuellen Mißbrauchs. Retrospektivanalyse von 48 Sorge- bzw. Umgangsrechtsregelungsgutachten. *Kindheit und Entwicklung* 4: 212-217.
- Fastie, F. (1994): Zeuginnen der Anklage. Die Situation sexuell mißbrauchter Mädchen und junger Frauen vor Gericht. Berlin: Orlanda Frauenverlag.
- Fegert, J. M. (1990): Sexueller Mißbrauch bei Jugendlichen. In: Steinhausen, H.Ch. (Hrsg.) Das Jugendalter. Entwicklungen – Probleme – Hilfen. Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Fegert, J. M. (1994): Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach dem § 35a KJHG. Münster: Votum Verlag.
- Fegert, J. M. (1995a): Sozialpädiatrisch relevante gesetzliche Bestimmungen und Begutachtung. In: Schlack, H.G. (Hrsg.) Sozialpädiatrie. Stuttgart: Fischer, 307-327.
- Fegert, J. M. (1995b): Die Debatte über psychische Folgen von sexuellem Mißbrauch und ihre Bedeutung im familien- und vormundschaftsgerichtlichen Verfahren. *Familie, Partnerschaft, Recht (FPR)* 3: 62-68.
- Fegert, J. M. (1995c): Sexueller Mißbrauch – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung* 4: 194-196.
- Fegert, J. M. (1995d): Kinderpsychiatrische Begutachtung und die Debatte um den Mißbrauch mit dem Mißbrauch. Verfälschungsgründe, Irrtumsrisiken und eine Phänomenologie sogenannter "Falschaussagen". *Zschr Kinder- und Jugendpsychiatr* 23: 9-19.
- Fegert, J. M. (1996a): Positive und negative Irritationen um den § 35a KJHG. Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Jugendhilfe* 34: 195-202
- Fegert, J. M. (1996b): Bessere Versorgung psychisch kranker und behinderter Kinder. *Dtsch Ärzteblatt* 93 (H. 45): A-2926-2929.
- Fegert, J. M.; Berger, C.; Breuer, B.; Deget, F.; Haasemann, J.; Klopfer, U.; Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G.; Walter, M.; Lüderitz, A. (1996): Das Dilemma zwischen familienbezogener Hilfe und dem staatlichen Wächteramt. Ergebnisse einer Expertenbefragung im Hinblick auf den § 42 KJHG "Inobhutnahme" im Zusammenhang mit dem Schutz sexuell mißbrauchter Kinder. *Zbl Jugendrecht ZfJ* 83: 443-451 und 483-485.
- Goldstein, J.; Freud, A.; Solnit, A. (1982): Diesseits des Kindeswohls. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kirchhoff, S. (1994): Sexueller Mißbrauch vor Gericht. Band 1: Beobachtung und Analyse. Opladen: Leske & Budrich.

- Runyan, D. K.; Hunter, W. M.; Everson, M. D. (1994): The intervention stressors inventory: A measure of the stress of intervention for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect* 18: 319-329.
- Salgo, L. (1995a): Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung. *Praxis Kinderpsycholog Kinderpsychiatr* 44: 359-365.
- Salgo, L. (1995b): Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen – auf dem Weg zum Anwalt des Kindes. Neuwied: Luchterhand.
- Schade, B.; Erben, R.; Schade, A. (1995): Möglichkeiten und Grenzen diagnostischen Vorgehens bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch eines Kindes. *Kindheit & Entwicklung* 4: 197-207.
- Steller, M.; Volbert, R.; Wellershaus, P. (1993): Zur Beurteilung von Zeugenaussagen: Aussagepsychologische Konstrukte und methodische Strategien. In: Montada, L. (Hrsg.) Bericht über den 38. Kongreß der DGP in Trier 1992. Göttingen: Hogrefe.
- Timm, M. (1986): Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Volbert, R.; Busse, D. (1995): Belastungen von Kindern in Strafverfahren wegen sexuellen Mißbrauchs. In Salgo, L. (Hrsg.) Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand, 73-94.
- Walter, M. (1995): Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung. Stuttgart, München, Hannover, Berlin, Weimar, Dresden: Boorberg Verlag
- Wiesner, R.; Kaufmann, F.; Mörseberger, T.; Oberloskamp, H.; Struck, J. (1995): SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Winefield, H. R., Castell-McGregor, S. N. (1986): Experiences and views of general practitioners concerning sexually abused children. *Medical J Australia* 145: 311-313.

Anschrift des Autors

Privatdozent Dr. med. Jörg M. Fegert; Abt. für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters; Virchow-Klinikum, Platanenallee 23; 14050 Berlin

Zur Behandlung langfristiger Folgen sexuellen Kindesmißbrauchs

On the treatment of long-term consequences of child sexual abuse

P. Nijs

Sexueller Mißbrauch im Kindesalter hat vor allem deshalb so traumatische Konsequenzen, weil er sich in einer Zeit ereignet, in der normalerweise die Grundlage für Lust- und Beziehungsfähigkeit gelegt wird. Es ist auch die Zeit, die geprägt sein sollte von schützender Zärtlichkeit und liebevoller Zuwendung, damit das Kind Grundvertrauen in das Leben und Selbstvertrauen entwickeln kann.

Die Wichtigkeit der Kinderzeit für die ganze Lebensentwicklung ist evident. Der Mensch ist ja ein Beziehungswesen: Entstanden aus einer sexuellen Beziehung, wie glücklich oder flüchtig sie auch war, muß er die Lust- und Beziehungsfähigkeit lernen, leiblich entwickeln lassen. Der Körper ist keine Summe von Organen und Funktionen; der Körper ist an erster Stelle ein Lust- und Beziehungsleib. Die Kinderzeit ist gerade die kritische Periode, in der das Kind in einer zärtlichen Atmosphäre, leibfreundlich und liebesorientiert, lernt den eigenen Körper als Lust- und Liebesraum zu bewohnen. In den verschiedenen Phasen der kindlichen Sexualitätsentwicklung werden so die sogenannten erogenen Zonen aufgebaut zu Begegnungsfeldern für Zärtlichkeit und Intimität. Der Körper wächst also zum von Liebe und Lust beseelten Leib, in dem sich das werdende Ich des Kindes inkarniert. Notwendig dafür sind: schützende Liebe und Geborgenheit von Elternfiguren, die Stabilität und Halt bieten, die Grenzen und Regeln respektieren.

Bei sexueller Gewalt ist dies alles für das Kind nicht da. So können Defekte und Defizite im Bezug auf Lebenslust und Kontaktfähigkeit entstehen. Die Folgen von sexuellem Mißbrauch lassen sich im Rahmen dieser seelischen Traumatisierung verstehen. Die Erfahrung ist in der Tat ein seelisches Trauma, eine schmerzhaft erschütternde Erfahrung, mit überwältigenden Gefühlen von Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Angst und Wut. Auch das Gefühl von körperlicher Unantastbarkeit wird zerstört. Das Kind kann diese Gefühle nicht innerhalb seines Bewußtseins verarbeiten. Daher werden sie abgewehrt, verdrängt, verleugnet: Das Kind tut, als sei nichts geschehen. Hierbei werden viele Erlebnisse und Erfahrungen in Zusammenhang mit dem Mißbrauch aus dem Bewußtsein abgespalten. Später hat das Kind dann nur Fragmente von Erinnerungen und hat viele Teile oder Details des Geschehens verloren und vergessen. Um wiederholten Mißbrauch zu überleben, hat das Kind gelernt, sich gefühllos zu machen, allen Schmerz zu unterdrücken, so daß es den Kontakt zu seinen Gefühlen ganz verlieren kann. Hier wird die Grundlage gelegt für die sogenannte Multiple Persönlichkeitsstörung, bei der die Betroffenen auch schnell in einen Zustand von Depersonalisation und Derealisation geraten können (nach der Strategie: "Überleben auf automatischem Pilot").

Verwirrend ist auch, daß die totale Verleugnung plötzlich durch Erinnerungen oder auch neue Konfrontationen durchkreuzt werden kann. Die Bewältigung dieses Traumas ist für das Kind durch die Tatsache erschwert, daß es eine emotionale Verbindung mit dem Vater, der nicht nur böse ist, gibt. Der Vater ist immer auch die Elternfigur, von der das Kind Schutz

und Liebe erwartet. Um das Bild der guten Elternfiguren zu retten, nimmt das Kind alle Schuld auf sich. Sexueller Mißbrauch ist häufig ein andauernder Prozeß. In einer Untersuchung von Draijer (1988), gaben 15,6% der befragten Frauen an, Opfer von sexuellem Mißbrauch durch Verwandten geworden zu sein, davon 2 Drittel mehrfach, die durchschnittliche Dauer betrug 3,8 Jahre. Bei derart langanhaltenden traumatisierenden Erfahrungen kann das Kind aufwachsen mit dem Gefühl, keine Kontrolle über sein eigenes Leben und seinen Körper zu haben, mit dem Gefühl, hilflos, schmutzig, ekelhaft und schlecht zu sein. Sexuelle Erlebnisse werden also tief mit Ekel und Scham verknüpft.

Die Verarbeitung eines Traumas ist immer abhängig von den Möglichkeiten, sich verbal und non-verbal auszudrücken, die schmerzhaften Erlebnisse und Gefühle in Worte und Bilder bringen zu können. Dies ist dem Kind oft nicht möglich, weil der Täter mit schrecklichen Konsequenzen gedroht hat, falls das Kind über den Mißbrauch sprechen würde. So hat das Kind schließlich keine Worte mehr für Gefühle, es ist sprachlos gemacht. Sich körperlich unattraktiv machen wird ein Schutz- und Abwehrverhalten. Das zentrale Thema des Verarbeitungsprozesses ist daher die Wiedergewinnung der Lust- und Liebesfähigkeit und damit auch das Zurückerobern des eigenen Körpers als eigene Gestalt. Sexuelle Gewalt bedeutet also nicht nur Seelenmord, wie es Wirtz (1992) genannt hat, sondern auch Körperfragmentierung. Verarbeitung als Prozeß bedeutet nicht zielgerichtet nach dem Modell einer 'Reparatur-Medizin', die Körperschäden oder Symptome wegbehandelt, arbeiten. Denn es gibt keine Prothese für Intimität und Lebensfreude. Sexualisierte Gewalt ist ein traumatisierendes Ereignis in der Biographie eines Kindes, eines heranwachsenden Subjektes. Die innere Verarbeitung ist immer ein subjektiver Weg, der in seiner Einmaligkeit nie vom Therapeuten vorprogrammiert werden kann.

Die Gewalt ist dem Kind von einem Menschen, meistens einer wichtigen Bezugsperson, angetan worden. Daher ist es notwendig, daß ein Therapeut auch als Mensch und als schützende Bezugsperson da ist und da bleibt. Innere Verarbeitung ist ein persönlicher Weg von Bewältigung, Vergangenheitsbewältigung, nicht im Sinne, daß das, was passiert ist, ungeschehen gemacht werden kann, aber wohl geschehen: Es gehört zur Geschichte, aber es ist vergangen, vorbei. Es ist ein Prozeß der Integration: auf dem Wege zu einem integrierten Mensch-Sein, wo die Innenwelt der Gefühle und die Außenwelt der mitmenschlichen Realität, wo Vergangenheit und Gegenwart zukunfts offen wieder in Harmonie sein können.

Der therapeutische Prozeß der Verarbeitung

Tiefe psychologischen Wunden heilen nicht von allein. Gerade weil sexualisierte Gewalt tief verwundet hat, ist eine tiefenpsychologisch orientierte Therapie notwendig; das heißt keine reine Verhaltenstherapie, aber auch keine strenge Psychoanalyse, die den Patienten mit verletzbaren Realitätsbezügen in der therapeutischen Regression zu wenig Halt bieten würde. Diese Therapie soll immer flexibel die psychosozialen und partnerschaftlichen Aspekte miteinbeziehen. Im Verlauf der Therapie, vor allem bei emotional erschütternden Integrationsschritten, sollte beispielsweise der Partner zum Gespräch eingeladen werden. Die angemessene Therapie arbeitet sowohl mit dynamischen Aspekten aus der Tiefenpsychologie als auch mit Lern- und Verhaltenstherapie, sowohl mit Elementen der Gestalttherapie als auch der leiborientierten Therapien.

Ein Kind, das sexuell mißbraucht worden ist, hat für immer seine unbefangene Kinderzeit verloren. Es hat nie ungehindert träumen und phantasieren können. Vom Ursprung her ist die kreative Phantasie blockiert. Dieses Trauma soll nicht nur im therapeutischen Dialog bearbeitet werden, sondern die Patientin sollte auch immer wieder ermutigt und unterstützt werden in der konkreter Gestaltung von lange verschütteten Kinderträumen: Der Therapeut soll ganz konkret mit der Patientin auf die Suche gehen, wie sie in ihrer heutigen Lebenssituation noch ihren Lebenstraum aufgreifen und verwirklichen kann. Das Motto ist: Alles ist nicht mehr möglich, aber vieles bleibt möglich. Ein solcher therapeutischer Prozess als kreativer Prozess wird eindrucksvoll dargestellt von Petersen und Rosenhag (1993). Frauen mit sexuellem Mißbrauch zeigen später ernsthafte psychosexuelle Probleme, insbesondere extreme Minderwertigkeitsgefühle bis zur Selbstverachtung. Sie fühlen sich nicht zuhause in ihrem Körper, den sie mit Ekel verabscheuen. Eine formale Sexualtherapie ist hier selbstverständlich nicht indiziert. Die negative Einstellung zum eigenen Körper soll nicht nur wiederholt therapeutisch besprochen werden. Direkte Ermutigung – jedoch ohne Erotisierung – zur Haar- und Hautversorgung und zur Körperpflege im allgemeinen als konkrete Gestalt des wachsendem leiblichen Selbstrespektes begleitet immer die Therapie. Ein Glückwunsch für den ersten gelungenen Schritt zum Schwimmbad, zum Tanzabend, zum Singen in einem Chor, ist hilfreich. So drückt sich beispielsweise die gleichgültige Stimmung und der Verlust an Lebenslust oft in einer monotonen, kalten Stimme aus. (Wieder)-Singen-Können ist daher Zeichen des Wiederfindens der lebendigen Stimmung und des entspannten Wohnens im Körper. Der Therapeut soll sich also mit großer Flexibilität in dem therapeutischer Paradox bewegen: Maximal annähern mit Aufrechterhaltung der Distanz.

Untersuchungen bestätigen immer wieder, daß in Inzest-Familien ein schmerzlicher Mangel an emotionaler Zuwendung der Eltern für die Kinder herrscht. So haben beispielsweise die Untersuchungen von Kinzl und Mitarbeitern (1995) gezeigt, daß Frauen mit sexuellen Mißbrauchserfahrungen signifikant häufiger Störungen der sexuellen Erregung und des Orgasmus als Frauen ohne Mißbrauchserfahrungen zeigen, und zwar vor allem dann, wenn sie zugleich familiäre Defizite an Zuwendung und Geborgenheit erlebten. Die Ergebnisse belegen, daß jeder Versuch, die Bedeutung sexueller Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit für spätere sexuelle Funktionsstörungen zu beurteilen, die Beziehungserfahrungen mit den wichtigsten Bezugspersonen und das familiäre Klima in der Kindheit und Jugend mit einbeziehen muß.

Vielleicht ist die traumatisierende Erfahrung des Mißbrauchs so groß, weil solch eine emotionale Vernachlässigung mitspielt, die nicht beschützend aufgefangen hat, sondern die das Kind im Stich gelassen hat, die nicht sehen und nicht hören wollte, nur geschwiegen, sogar verschwiegen hat. Hinzu kommt nicht selten der Egoismus der Eltern, die nicht fähig sind, die normalen Grenzen der Intimsphäre, körperlich und sexuell, im Umgang mit ihren Kindern zu erleben und zu respektieren.

Einige Besonderheiten des therapeutischen Prozesses

Gegenüber dieser traumatisierenden Vergangenheit soll jetzt ein Therapeut da sein, inspiriert von der Aussage von Paracelsus: "Das Grundprinzip der Medizin ist die Liebe, die Menschenliebe." Ein Therapeut, der sich freuen kann, daß Menschen wieder lieben können,

einander lieben können. In dieser Therapie als Heilkunst konkretisiert sich also die allgemeine Menschenliebe, die dem isolierten Menschen wieder die Geborgenheit des mitmenschlichen Zusammenhörens und Zusammen-ge-hörens schenkt. Der therapeutische Weg ist kein programmierbares Produkt, voraus objektiv berechenbar von Psychotechnikern. Jede Therapie muß auf individuelles Menschenmaß zugeschnitten sein und soll immer wieder neu geschaffen werden: Therapie als kreative Kunst.

Wirtz (1992) weist nachdrücklich darauf hin, daß der Patientin die Sicherheit vermittelt werden muß, daß sie diejenige ist, die den Prozeß des Erinnerens bestimmt, die über Tempo und Richtung des therapeutischen Prozesses entscheidet.

Da manche Betroffene zur Sexualisierung mitmenschlicher Kontakte neigen – für sie war in der Kindheit Sexualität oft der einzige Weg, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen – soll der Therapeut in seiner Wortwahl immer behutsam sein und jegliche Zweideutigkeit in seinen Aussagen peinlichst vermeiden. Andererseits kann auch Humor hilfreich sein; dies ist aber nur möglich, wenn ein stabiles Vertrauensverhältnis mit kreativ-spielerischer Freiheit gewachsen ist und die Belastbarkeit der Frau entsprechend respektiert wird.

Die Patientinnen neigen oft zur Wiederholung der schmerzhaften, erniedrigenden Erfahrung von Körperlichkeit. Anamnese und körperliche Untersuchung müssen daher mit besonderer Rücksicht, Takt und Respekt durchgeführt werden. Nie soll 'bohrend' nach Erfahrungen von sexualisierter Gewalt gefragt werden. Der therapeutische Umgang soll immer klar und konkret von Ehrfurcht geprägt sein: Ehrfurcht vor der Frau mit ihrer Biographie, Ehrfurcht vor ihren Aussagen, ihren Gefühlen und ihrer Trauer, und vor allem Ehrfurcht vor ihrem Körper. Im Respekt des Therapeuten wächst zugleich der Selbstrespekt der Frau, die im therapeutischen Dialog und Umgang die befreiende Erfahrung machen kann, daß ihre Grenzen von einem anderen Menschen respektiert werden. Dies wirkt als korrigierende emotionale Erfahrung. Aus der unbewußten Dynamik von Macht und Ohnmacht kann es nach der Mißhandlung in der Kindheit zur Miß-be-handlung in der Medizin kommen (z.B. nutzlose Operationen bei Frauen mit chronischer Unterbauchschmerzen), wobei die Frau als Patientin wieder vernachlässigt wird und gerade nicht als eine mündige Frau behandelt wird (Reiter et al. 1991).

Geduld und Gelassenheit sind zwei wichtige Tugenden für den Therapeuten. Geduld, um zum Beispiel der Frau ohne Drängen die Zeit zu lassen, die sie braucht, um die erlittene Gewalt mitzuteilen. Gelassenheit des Therapeuten, der da ist und da bleibt, trotz Angst oder Panik der Frau, trotz eigener Wut und Ärger über Unrecht und vernichtete Lebenschancen. Wenn der Therapeut nicht die notwendige Geduld hat, kann die hilflose Ohnmacht der Frau sich wiederholen in der machtlosen Wut des Therapeuten, der dann zu radikalen Therapie-maßnahmen neigt, etwa zur Hypnose-Therapie, um als ein Detektiv "die ganze Wahrheit" zu erfassen oder zum Überreden zum Gerichtsverfahren gegen den Täter. Dieser äußere Weg der Bewältigung ist keine Garantie dafür, daß der innere Weg der Trauer zur Integration gelingen wird. Im Gegenteil, das Gerichtsverfahren an sich bringt zusätzlichen Streß mit Beschuldigungskonflikten, verwickelt mit juristischen Streitereien und Stigmatisierung der Frau als Mißbrauchsoffer. Gelassenheit bedeutet jedoch keinesfalls Fatalismus. Im Gegenteil, Gelassenheit ist getragen von Optimismus.

Neben der festen Regelmäßigkeit der therapeutischer Gespräche ist auch die tägliche Unterstützung eines geduldigen Partners notwendig, der oft fast über die Grenze seiner Tragfähigkeit belastet werden kann oder/und einer treuen Freundin, die auch in Krisen nie

im Stich läßt. Diese Beziehung zur Freundin kann vorübergehend homoerotische Aspekte bekommen. Dies soll nicht zu einer panisch gestellten Selbstdiagnose eines Lesbisch-Seins führen. Es handelt sich meistens um ein Nachholbedürfnis im Rahmen eines tiefen Heimwehs nach mütterlich-leiblicher Wärme und Nähe. Auch eine Selbsthilfegruppe mit der stärkenden und stützenden Dynamik der Solidarität kann große Hilfe bieten bei der Reintegration in die psychosoziale Realität, zumindest, wenn die Ich-Stärke und das Selbstvertrauen der Frau schon ausreichend gewachsen sind und das Mißtrauen nicht mehr zu stark ist. Eine Selbsthilfegruppe allein reicht meines Erachtens nicht, um die inneren tiefen Wunden zu heilen (dafür ist und bleibt individuelle Therapie-Arbeit notwendig). Das wiederholte Durcharbeiten der traumatisierenden Erfahrungen kann die Frau vorübergehend so überfordern, daß eine kurzfristige stationäre Aufnahme notwendig ist, wobei möglichst eine Stigmatisierung durch eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik vermieden werden sollte.

Während der oft so mühsamen Psychotherapie kann das Risiko für eine psychotische Desintegration auch präventiv mit nicht sedierenden Neuroleptika vermindert werden. Die anfängliche Lust- und Energielosigkeit im Rahmen einer chronisch maskierten – und oft verleugneten – Depression wird am besten mit angemessenen Antidepressiva behoben, damit die Frau auch über mehr Energie (notwendig für das therapeutische Durcharbeiten) verfügen kann. Dies bedeutet aber nicht, daß die Patientin mit Medikamenten abgespeist werden soll. Psychotherapie bleibt die Erstaufgabe. Aus der grundlegenden Arbeit von Wirtz (1992) über Inzest und Therapie seien zum Abschluß einige Aussagen von Patienten zitiert, wie sie sich wünschen, daß Therapeuten ihnen begegnen:

“Ich wünsche mir, daß ich als vollwertige Persönlichkeit respektiert und nicht als krank und unheilbar abgestempelt werde, daß ich nicht mit Medikamenten abgespeist werde, daß mir Mut zur Heilung gemacht wird, daß mir geglaubt wird, auch wenn ich Ungeheuerliches erzähle, daß sie mir dabei helfen, Unsagbares auszudrücken, daß sie mein Mißtrauen verstehen, daß sie belastbar sind und meine Wut und Verzweiflung aushalten, daß sie mich vor meiner eigenen Destruktivität schützen, daß sie mich nicht fallen lassen, auch wenn ich unendlich Zeit brauche.”

Die Frage ist also nicht so sehr, ob Psychotherapie für den Menschen mit Mißbrauchserfahrungen objektiv indiziert ist und überhaupt noch wirklich effektive heilsame Verarbeitung bringen kann, sondern vielmehr, ob der Therapeut subjektiv indiziert ist, das heißt als Subjekt fähig ist, diesen Menschen zu begleiten, als Sachverständiger und als Mensch mit Gelassenheit, mit Mut und Hoffnung und auch Bescheidenheit.

Literatur

- Draijer N. (1988): Een lege plek in mijn geheugen. Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Min Soc Zaken Werkgelegenheid, Den Haag
- Kinzl, J.F.; Traweger, C.; Biebl, W. (1995): Zur Bedeutung dysfunktionaler Familienstruktur und sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen. *Sexuologie* 3: 10-17.
- Nijs, P (1996): Sexuelle Gewalt im Kindesalter. Der Prozess der Verarbeitung. *Notabene Medizin* 26: 385-388.
- Petersen P.; Rosenhag, J. (1993): Dieser kleine Funken Hoffnung. Therapiegeschichte eines sexuellen Mißbrauchs. Stuttgart. Urachhaus, 118 S.

- Reiter R.; Shakerin, L. R.; Gambone, J. C.; Milburn, A. K. (1991): Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. *Am J Obst Gynaecol* 165: 104-109
- Wirtz U. (1992): *Seelenmord. Über Inzest und Therapie*. Kreuz Verlag, Zürich

Anschrift des Autors

Prof Dr. med Piet Nijs; Institut für Ehe- und Sexualwissenschaften; Katholische Universität K. U.L. Leuven; Abteilung für Gynäkologie, Psychosomatik und Sexualmedizin; Universitätsklinik Gasthuisberg; St. Rafaël; 33, Capucienenvoer; B-3000 Leuven; Belgien

Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen

der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft

S. Becker; H.A.G. Bosinski; U. Clement; W. Eicher; T. Goerlich; U. Hartmann; G. Kockott; D. Langer; W. F. Preuss; G. Schmidt; A. Springer; R. Wille

Seit 1980 gibt es in der Bundesrepublik Deutschland das Transsexuellengesetz (TSG), das die juristischen Voraussetzungen der Vornamens- und Personenstandsänderung regelt. Es existieren jedoch bislang keine verbindlichen Richtlinien für die Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Die 1979 erstmals vorgelegten und seitdem mehrfach überarbeiteten „Standards of Care“ der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association sind auf deutsche Verhältnisse nur begrenzt anwendbar. Deshalb wurden die folgenden „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ von einer von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung einberufenen Expertenkommission unter der Leitung von Sophinette Becker erarbeitet.

1. Einleitung

Transsexualität ist durch die dauerhafte innere Gewißheit, sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen, gekennzeichnet. Dazu gehören die Ablehnung der körperlichen Merkmale des angeborenen Geschlechts und der mit dem biologischen Geschlecht verbundenen Rollenerwartungen sowie der Wunsch, durch hormonelle und chirurgische Maßnahmen soweit als möglich die körperliche Erscheinungsform des Identitätsgeschlechts anzunehmen und sozial und juristisch anerkannt im gewünschten Geschlecht zu leben. Nach den heute gültigen diagnostischen Klassifikationsschemata wird die Transsexualität als eine besondere Form der Geschlechtsidentitätsstörungen angesehen.

Ursachen und Verlaufsbedingungen von Störungen der Geschlechtsidentität sind noch weitgehend ungeklärt und Gegenstand verschiedenartiger theoretischer Ansätze. Ein persistierendes transsexuelles Begehren ist das Resultat sequentieller, in verschiedenen Abschnitten der psychosexuellen Entwicklung gelegener, eventuell kumulativ wirksam werdender Einflußfaktoren. Dementsprechend können unterschiedliche Entwicklungswege zur Ausprägung des transsexuellen Wunsches führen.

Wegen der weitreichenden und irreversiblen Folgen hormoneller und/oder chirurgischer Transformationsmaßnahmen besteht im Interesse der Patienten die Notwendigkeit einer sorgfältigen Diagnostik und Differentialdiagnostik. Die Heftigkeit des Geschlechtsumwandlungswunsches und die Selbstdiagnose allein können nicht als zuverlässige Indikatoren für das Vorliegen einer Transsexualität gewertet werden. Eine zuverlässige Beurteilung ist nur im Rahmen eines längerfristigen diagnostisch-therapeutischen Prozesses möglich.

Wesentlicher Teil dieses Prozesses ist der sogenannte Alltagstest, in dem der Patient¹ kontinuierlich und in allen sozialen Bereichen im gewünschten Geschlecht lebt, um die notwendigen Erfahrungen zu machen. Behandlungskonzepte müssen der individuellen Entwicklung des jeweiligen Patienten gerecht werden, wobei die scheinbare Alternative „körperliche Behandlungsmaßnahmen“ versus „psychotherapeutische Behandlung“ zugunsten eines integrativen Ansatzes überwunden werden sollte.

Der Patient wird darüber informiert, daß er die Modalitäten der Kostenübernahme (Psychotherapie, organmedizinische Behandlungen, Gutachten) klären muß.

Die folgenden Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen sind Mindestanforderungen. Abweichungen von diesen Standards sind in der Patientenakte schriftlich zu begründen.

2. Standards der Diagnostik und Differentialdiagnostik

Bei der Interpretation der Angaben des Patienten ist zu beachten, daß das Anstreben einer „Geschlechtsumwandlung“ eine Lösungsschablone für verschiedenartige Probleme der Identität und/oder Geschlechtsidentität sein kann. Ergibt der diagnostische Prozeß, daß die Diagnose Transsexualität im Sinne der Standards nicht vorliegt, sind die „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ nicht anwendbar.

2.1 Standards der Diagnostik

Für die Diagnose der Transsexualität müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- eine tiefgreifende und dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation;
- ein anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle;
- ein klinisch relevanter Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.

Diese Kriterien entsprechen weitestgehend jenen, die in den international gebräuchlichen Klassifikationssystemen der Krankheiten (DSM-IV, ICD 10) genannt werden. Im Unterschied zu diesen Klassifikationssystemen wird jedoch ein intersexuelles Syndrom nicht zwingend als Ausschlußkriterium betrachtet. Allerdings sollte in derartigen Fällen geprüft werden, ob anstelle des Transsexuellengesetzes (TSG) die Regelung des § 47 Personenstandsgesetz („Irrtümliche Geschlechtsfeststellung zum Zeitpunkt der Geburt“) anzuwenden ist.

Die genannten Kriterien verlangen folgende diagnostische Maßnahmen:

- eine Erhebung der biographischen Anamnese mit den Schwerpunkten Geschlechtsidentitätsentwicklung, psychosexuelle Entwicklung (einschließlich der sexuellen Orientierung), gegenwärtige Lebenssituation;
- eine körperliche Untersuchung mit Erhebung des gynäkologischen bzw. andrologischen/urologischen sowie endokrinologischen Befundes;
- eine klinisch-psychiatrische-psychologische Diagnostik, da viele Patienten mit Störun-

¹ Mit „der Patient“ („der Therapeut“, der „Gutachter“) ist hier und im folgenden stets auch „die Patientin“ („die Therapeutin“, „die Gutachterin“) gemeint. Der Einfachheit halber wird jedoch durchgehend das männliche Personalpronomen verwendet.

gen der Geschlechtsidentität erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen. Diese können der Geschlechtsidentitätsstörung vorausgegangen oder reaktiv sein oder gleichzeitig bestehen.

Die klinisch-psychiatrische-psychologische Diagnostik soll breit angelegt sein. Untersucht und beurteilt werden sollen:

- das Strukturniveau der Persönlichkeit und deren Defizite;
- das psychosoziale Funktionsniveau;
- neurotische Dispositionen bzw. Konflikte;
- Abhängigkeiten / Süchte;
- suizidale Tendenzen und selbstbeschädigendes Verhalten;
- Paraphilien / Perversionen;
- psychotische Erkrankungen;
- hirnorganische Störungen;
- Minderbegabungen.

2.2 Standards der Differentialdiagnostik

Im Bereich der Geschlechtsidentitätsstörungen besteht eine ausgeprägte Vielfalt an Verlaufsformen, Persönlichkeitsstrukturen, assoziierten psychosozialen Merkmalen und sexuellen Partnerpräferenzen, die eine präzise Differentialdiagnostik erforderlich machen.

Folgende Differentialdiagnosen sind zu beachten:

- Unbehagen, Schwierigkeiten oder Nicht-Konformität mit den gängigen Geschlechtsrollenerwartungen, ohne daß es dabei zu einer überdauernden und profunden Störung der geschlechtlichen Identität gekommen ist;
- partielle oder passagere Störungen der Geschlechtsidentität, etwa bei Adoleszenzkrisen;
- Transvestitismus und fetischistischer Transvestitismus, bei denen es in krisenhaften Verfassungen zu einem Geschlechtsumwandlungswunsch kommen kann;
- Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität, die aus der Ablehnung einer homosexuellen Orientierung resultieren;
- eine psychotische Verkennung der geschlechtlichen Identität;
- schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Geschlechtsidentität.

3. Standards der Psychotherapie / psychotherapeutischen Begleitung

Die psychotherapeutische Begleitung hat in Verbindung mit dem Alltagstest zentrale Bedeutung in der Behandlung transsexueller Patienten und muß in jedem Fall vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen stehen.

Die Psychotherapie ist neutral gegenüber dem transsexuellen Wunsch. Sie hat weder das Ziel, dieses Bedürfnis zu forcieren, noch es aufzulösen (auch wenn es zu einer Auflösung des transsexuellen Wunsches kommen kann). Darüber hinaus soll sie dazu dienen, die Diagnose Transsexualität zu sichern. Zusammen mit dem Alltagstest soll die Psychotherapie dem Betroffenen dazu verhelfen, die adäquate individuelle Lösung für sein spezifisches Identitätsproblem zu finden. Sie soll eine Bearbeitung relevanter psychischer Probleme des Patienten ermöglichen.

Bezüglich des transsexuellen Wunsches müssen vor der Einleitung organmedizinischer Maßnahmen zumindest folgende Kriterien gegeben sein:

- die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung;
- die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle;
- die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen.

3.1 Qualifikation des Therapeuten

Der Therapeut muß psychodiagnostische, psychopathologische und psychotherapeutische Kompetenzen durch eine entsprechende Ausbildung erworben haben und mit den Problemen der Transsexualität auf dem aktuellen Kenntnisstand vertraut sein.

3.2 Frequenz und Dauer der Psychotherapie

Frequenz und Dauer der Psychotherapie sollen Patient und Therapeut gemeinsam bestimmen. Der Therapeut muß dabei die Möglichkeit haben, den Patienten so gut kennenzulernen, daß er das Vorliegen der drei genannten Kriterien beurteilen kann. Ist eine Indikation zur Transformationsoperation gegeben, so soll die Psychotherapie bis zur Operation fortgesetzt werden. Nach einer Operationen wird den Patienten eine psychotherapeutische Weiterbetreuung empfohlen.

3.3 Psychotherapie und Indikation / Begutachtung

Der Psychotherapeut kann sich sowohl an der Indikationsstellung zur Hormonbehandlung und zur Transformationsoperation als auch an der Begutachtung im Rahmen des TSG beteiligen. Er kann dies aber auch aus therapieimmanenten Gründen ablehnen. Dies soll zu Beginn der Behandlung mit dem Patienten geklärt werden. In dem Fall, in dem der Psychotherapeut die Indikationsstellung und/oder Begutachtung nicht übernimmt, müssen diese durch einen anderen Arzt/Psychologen entsprechend den Standards erfolgen. Der Begriff „Therapeut“ bezieht sich im folgenden auf beide Möglichkeiten der Indikationsstellung.

4. Standards der Indikationsstellung zur somatischen Behandlung

4.1 Indikation zur Hormonbehandlung

Vor der Indikation zur hormonellen Behandlung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Therapeut kennt den Patienten in der Regel mindestens seit einem Jahr.
- Der Therapeut hat die diagnostischen Kriterien überprüft.
- Der Therapeut ist zu dem klinisch begründeten Urteil gekommen, daß bei dem Patienten die drei genannten Kriterien der Psychotherapie (die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle und die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlung) gegeben sind.
- Der Patient hat das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens ein Jahr lang kontinuierlich erprobt (sogenannter Alltagstest).

Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die Indikation in Form einer schriftlichen Stellungnahme.

4.2 Indikation zu Transformationsoperationen

Vor der Indikationsstellung müssen neben der Überprüfung der Diagnose und des Vorliegens der unter 3. (Standards der Psychotherapie / psychotherapeutischen Begleitung) genannten Kriterien folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Therapeut kennt den Patienten in der Regel mindestens seit eineinhalb Jahren.
- Der Patient hat das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens seit eineinhalb Jahren kontinuierlich erprobt (sogenannter Alltagstest).
- Der Patient wird seit mindestens einem halben Jahr hormonell behandelt.

Erfolgt die Indikationsstellung zur Transformationsoperation nicht durch den Psychotherapeuten, so überzeugt sich der in diesen Fällen hinzugezogene Therapeut/Gutachter, daß die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind und die Psychotherapie stattgefunden hat.

Die Indikationsstellung zu einer Transformationsoperation muß in Form einer gutachterlichen Stellungnahme durch einen qualifizierten Therapeuten erfolgen.

Diese muß folgende Punkte beinhalten:

- Der Therapeut soll nachvollziehbar darstellen, daß im Behandlungsverlauf die Diagnose Transsexualität bestätigt wurde, d.h. daß es im Erleben zu einem stabilen Identitätsgefühl im anderen Geschlecht und im Verhalten zu einer dauerhaften Übernahme der anderen Geschlechtsrolle gekommen ist.
- Der Patient soll in Erscheinungsbild, Verhalten, Erleben und Persönlichkeit charakterisiert werden.
- Die biographische Anamnese soll mit Schwerpunkt auf dem individuellen Gesamtverlauf der transsexuellen Entwicklung und den ihn beeinflussenden Faktoren in den wesentlichen Aspekten dargestellt werden (ggfs. unter Einbeziehung fremdanamnestischer Informationen).
- Der Verlauf im Behandlungszeitraum (mit Angabe von Behandlungsdauer und -frequenz) soll unter Bezugnahme auf die Erkenntnisse aus dem sogenannten Alltagstest dargestellt werden. Insbesondere soll angegeben werden, wann mit dem Alltagstest begonnen wurde, ob und wann eine Vornamensänderung nach dem Transsexuellengesetz beantragt oder schon erfolgt ist und zu welchen Veränderungen es in folgenden Bereichen gekommen ist: Befinden und psychisches Gleichgewicht, Sicherheit in der Geschlechtsrolle, Sexualität, Beziehungen zu Partnern, Familie und Freunden, Arbeitsfähigkeit und Akzeptanz am Arbeitsplatz.
- Die körperlichen Gegebenheiten für das Leben in der anderen Geschlechtsrolle sollen geschildert werden. Angegeben werden soll, wie sich die Hormonbehandlung körperlich und psychisch ausgewirkt hat, wie der Patient die körperlichen Veränderungen bewertet und ggfs. wie der Patient mit möglichen negativen Reaktionen der Umwelt auf sein Äußeres oder sein Verhalten umzugehen vermag.
- Es soll beschrieben werden, ob sich der Patient realistisch mit der Operation und möglichen unerwünschten Folgen auseinandergesetzt hat, welche spezifischen Erwartungen an das Operationsergebnis für den Patienten im Vordergrund stehen (z.B. Aussehen, Funktion, Sexualität) und ob der Wunsch nach weiteren operativen Eingriffen besteht.
- Es soll erklärt werden, warum der Patient ohne Operation auf Dauer unter einem größeren Leidensdruck stehen würde.
- Es soll eine Prognose gestellt werden, wie sich die Transformationsoperation auf die soziale Integration, Beziehungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Selbständigkeit wahrscheinlich auswirken wird.

5. Standards der somatischen Behandlung

Hormonbehandlung und Transformationsoperation vor dem vollendeten 18. Lebensjahr sind nur in Ausnahmefällen indiziert und bedürfen einer besonderen Begründung.

5.1 Standards der Hormonbehandlung

- Die Indikation zur hormonellen Behandlung, wie unter 4.1 (Indikation zur Hormonbehandlung) beschrieben, ist unabdingbare Voraussetzung. Die Auswirkungen dieser Behandlung sind zum Teil irreversibel (Stimmbruch, Behaarung, Hodenatrophie). Eine zu früh begonnene Hormonbehandlung kann die Diagnostik erschweren und eine ungünstige vorzeitige Festlegung bedeuten.
- Die Einleitung der Hormonbehandlung und die Bestimmung der Frequenz der Kontrollen soll durch einen endokrinologisch erfahrenen Arzt erfolgen. Zu Beginn der Behandlung soll eine körperliche Untersuchung mit Befunddokumentation (unter anderem zur Kontrolle des Therapieeffekts) vorgenommen werden. Zur Beurteilung des aktuellen Thromboembolie-Risikos sollen familiäre und eigene thromboembolische Ereignisse in der Vorgeschichte erfaßt werden. Des Weiteren soll eine Leberanamnese erhoben und die aktuelle Leberfunktion beurteilt werden.
- Die psychische Verträglichkeit der hormonellen Behandlung und ihrer Auswirkungen soll geprüft werden, ebenso die dauerhafte körperliche Verträglichkeit.

Der Patient muß über die Folgen der hormonellen Substitution aufgeklärt werden. Er muß ferner darüber informiert werden, daß die hormonelle Behandlung lebenslang erfolgen soll, da sonst Schäden infolge eines hormonellen Defizits auftreten können. Eine Einverständniserklärung wird empfohlen.

5.2 Standards der Transformationsoperation

5.2.1 Voraussetzungen der Operation

- Der Operateur muß sich davon überzeugen, daß die gutachterliche Stellungnahme zur Indikation den Standards (siehe 4.2 Indikation zur Transformationsoperation) entspricht.
- Der Operateur soll durch die körperliche Untersuchung die technische Durchführbarkeit des Eingriffs im speziellen Fall feststellen. Genitale Fehlbildungen sind kein Ausschlußkriterium, sie sollen in das operative Konzept integriert werden. Die Operabilität muß unter allgemeinmedizinischen Kriterien gegeben sein.
- Vor der Operation soll in allen Fällen eine für Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuelle unterschiedliche Einverständniserklärung vorliegen, in der die Art der Behandlung sowie die Folgen und die Komplikation ausführlich erklärt werden. Notwendig ist auch eine mündliche Aufklärung, die sich auf die Operation selbst und ihre Irreversibilität, die Folgen der Gonadektomie und die Notwendigkeit der dauerhaften hormonellen Substitution bezieht.

5.2.2 Empfehlungen für die Frau-zu-Mann-Transformationsoperationen

Die Ziele der Operationen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen sind unterschiedlich:

- Brustplastik: Bei kleinen Brüsten subkutane Mastektomie mit Mamillenreduktion, bei großen Brüsten Mastektomie mit freier Replantation der verkleinerten Mamille;
- Hysterektomie mit Exstirpation der Adnexe, wobei von vaginal auch die Scheide mit entfernt werden kann.

- Operationen am äußeren Genitale haben noch nicht zu einem Standardkonzept geführt. Die Techniken der Peniskonstruktion und der Implantation von Surrogat-Hoden sind noch im Erprobungsstadium. Deshalb sind individuelle Lösungen indiziert.

5.2.3 Empfehlungen für die Mann-zu-Frau-Transformationsoperation

Die Ziele der Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen sind die Amputation des Penischaftes und der Hoden und die Bildung von Vulva, Klitoris und Vagina.

Anders als bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen kann für die Transformationsoperation eine Standardmethode empfohlen werden:

- Die Bildung einer Neovagina durch Implantation der invertierten Penishaut. Dabei ist darauf zu achten, daß eine ausreichende Tiefe der Vagina erreicht wird (z.B. durch Durchtrennung der Denonvillierschen Faszie). Die Operierten müssen darüber aufgeklärt werden, daß auch bei gutem Operationserfolg für die Funktionsfähigkeit der Scheide regelmäßiges Bougieren nach der Operation unerlässlich ist.
- Die Auskleidung der Neovagina mit Penoskrotallappen sollte nicht durchgeführt werden, da diese Methode zu einer behaarten Vagina führt.
- Die Auskleidung der Neovagina mit freitransplantiertem Epidermislappen oder Darmscheiden sollte wegen unbefriedigender Ergebnisse und erhöhtem Risiko nur bei Komplikationen angewendet werden, nach Schrumpfung oder bei fehlender Tiefe.
- Führt die hormonelle Behandlung nicht zu einer ausreichenden Gynäkomastie, kann eine Mammaaugmentationsplastik indiziert sein.
- Die Veränderung des männlichen Haarbalgverteilungsbildes ist nur durch Entfernung der Haarwurzeln (Epilation) möglich. Diese Methode ist deshalb in vielen Fällen indiziert; die Epilation kann schon während der hormonellen Behandlung begonnen werden.

Andere operative Eingriffe (z.B. Nasenplastiken, Facelifting, Stimmbandverkürzung) werden nach der Transformationsoperation immer wieder angestrebt, gelten jedoch nicht als Standard.

6. Standards der Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz

Die Gutachten zur Vornamensänderung und zur Personenstandsänderung müssen nach den Bestimmungen des TSG erstellt werden. Der Gutachter muß wissen, daß die Begutachtung zur Vornamensänderung (§ 1) bei weitem konsequenzenreicher ist (Mißbrauch zur Operationserlangung) als die Begutachtung zur Personenstandsänderung (§ 8) nach erfolgter Transformationsoperation.

6.1 Begutachtung nach § 1 Transsexuellengesetz

Das Ziel der Begutachtung ist es, die Entwicklung der Geschlechtsidentität und ihrer Störung (unter Vergegenwärtigung der Besonderheiten von Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen) im psychosozialen Umfeld mit seinen jeweiligen Einflußfaktoren in den aufeinanderfolgenden Lebensphasen nachzuzeichnen. Der Gutachter soll sich, wenn erforderlich, zusätzliche Informationen beschaffen, unter denen Angaben wichtiger Bezugspersonen (Fremdanamnese) und psychologisch-medizinische Befunde besondere Bedeutung haben. Das Gutachten muß sich an den Standards der Diagnostik und Differentialdiagnostik (siehe 2.1 und 2.2) orientieren und diese ausführlich zur Darstellung bringen.

Die Beurteilung soll wissenschaftlich begründet sein und eine kritische informationsverarbeitende Diskussion einschließen. Eine Zusammenfassung des Probanden- bzw. des Patientenberichts über subjektives Empfinden oder die Wiedergabe der Selbstinterpretation seines Lebenslaufes allein ist keine gutachterliche Urteilsbildung. Ebenso wichtig wie die Einfühlung in die Subjektivität der transsexuellen Überzeugung ist die kritische Aufmerksamkeit für objektivierbare Aspekte des Verhaltens.

Das Vorliegen der Voraussetzungen zur Vornamensänderung muß aus der Beurteilung schlüssig hervorgehen. Die im TSG genannten Voraussetzungen sind folgendermaßen zu interpretieren:

- Transsexuelle „Prägung“ ist nicht verhaltensbiologisch zu verstehen, sondern als schrittweise und mehrfaktorielle Entwicklung der Transsexualität, die rekonstruierend bewertet werden muß.
- Der mindestens dreijährige „Zwang“ bedeutet die Unmöglichkeit, sich mit dem Geburts-geschlecht zu versöhnen, und die anhaltende innere Gewißheit (deren Konstanz möglichst aus dem Verlauf des sogenannten Alltagstests zu bewerten ist), dem anderen Geschlecht anzugehören.
- Die „hohe“ Wahrscheinlichkeit der Unveränderbarkeit des Zugehörigkeitsempfindens zum anderen Geschlecht bezieht sich auf den derzeitigen medizinischen Wissensstand und ist zu prognostizieren aus den diagnostischen, anamnestischen und lebenssituativen Belegen für eine irreversible transsexuelle Entwicklung.

Wenn die Begutachtung zu dem Ergebnis führt, daß die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, soll dies benannt und ggfs. eine Nachbegutachtung vorgeschlagen werden.

Die gutachterliche Empfehlung, dem Antrag auf Vornamensänderung gemäß § 1 TSG zu entsprechen, ist keine Indikation für eine somatische Behandlung. Dies soll in der Beurteilung klar und deutlich zum Ausdruck gebracht werden. Allerdings eröffnet § 4 TSG die Möglichkeit, im Rahmen prognostischer Erwägungen zur Indikation bzw. Kontraindikation somatischer Behandlungen Stellung zu nehmen.

6.2 Begutachtung nach § 8 Transsexuellengesetz

Bei der Begutachtung zur Personenstandsänderung im Sinne des § 8 TSG ist zu klären, ob die Kriterien nach § 1 vorliegen (siehe 6.1 Begutachtung nach § 1 TSG), eine dauerhafte Unfruchtbarkeit gegeben und „eine deutliche Annäherung an das körperliche Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“ erzielt worden ist. Die Erfüllung der letztgenannten Voraussetzung richtet sich nach dem Stand des medizinischen Wissens (siehe 5.2 Standards der Transformationsoperation) und der Rechtsprechung.

Für die redaktionelle Unterstützung bei der Erarbeitung dieser Standards danken die Autoren Bärbel Kischlat-Schwalm.

Anschriften der Autoren

Dipl.-Psych. Sophinette Becker, J.W. Goethe Universität Frankfurt am Main, Institut für Sexualwissenschaft, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/M.;

Priv.-Doz. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel;

Priv.-Doz. Dr. phil. Ulrich Clement, Institut für systemische Forschung, Kußmaulstr. 10 69120 Heidelberg;

Prof. Dr. med. Wolf Eicher, Frauenklinik des Diakonissenkrankenhauses Mannheim, Speyerer Str. 91-93, 68163 Mannheim 1;

Dr. med. Thomas M. Goerlich, Universität Leipzig, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Liebigstr. 20, 04080 Leipzig;

Prof. Dr. rer. biol. hum. Uwe Hartmann, Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für Psychologische Medizin, Konstanty-Gutschow-Str.8, 30625 Hannover;

Prof. Dr. med. Götz Kockott, Klinikum rechts der Isar, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität, Ismaninger Str. 22, 81675 München;

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Dieter Langer, Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für Psychologische Medizin, Konstanty-Gutschow-Str.8, 30625 Hannover;

Dr. med. Wilhelm F. Preuss, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Sexualforschung, Martinistr. 52, 20246 Hamburg;

Prof. Dr. phil. Gunter Schmidt, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Sexualforschung, Martinistr. 52, 20246 Hamburg;

Prof. Dr. med. Alfred Springer, Ludwig-Boltzmann-Institut, Saltzorgasse 6/5/8 A-1010 Wien;

Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

Veranstaltungskalender

13. WORLD CONGRESS OF SEXOLOGY „SEXUALITY AND HUMAN RIGHTS“. Valencia, Spanien, 25.-29.6.1997. Ausrichter: Spanish Federation of Sexology Societies (unter der Schirmherrschaft der World Association for Sexology). Information: Europa Travel, S.A.-C/. Hernan Cortes, 28-46004 Valencia, Spanien. Fax: 0034-6-352 5497.
- VI. INTERNATIONLE BERLINER KONFERENZ FÜR SEXUALWISSENSCHAFT „100 JAHRE SCHWULENBEWEGUNG“ (zugleich 13. DGSS-Fachtagung für sozialwissenschaftliche Sexualforschung). Berlin, 25.-27.7. 1997. Ausrichter: Deutsche Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS). Information: R. Gindorf, Gerresheimer Str. 20, 40211 Düsseldorf; Tel.: 0211/353591; Fax: 0211/360777.
- 7th. EUROPEAN CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND LAW. Stockholm, Schweden, 3.-6.9.1997. Information: BA Suzanna Wikström, Swedish National Police College, 17192 Solna, Schweden; Tel.: 0046/81-401-6664; Fax 0046/81-655-4420.
- XV. HARRY BENJAMIN INTERNATIONAL SYMPOSIUM. GENDER DYSPHORIA: FUTURE DIRECTIONS. Gender Identity Clinic, Vancouver, Kanada, 10.-13. 9. 1997. Ausrichter: The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Information: D. Watson & R.O. Robinow, Vancouver Hospital & Health Sciences Centre, Centre for Sexuality, Gender Identity & Reproductive Health, Echelon Building, 855 West 12 Ave., Vancouver, Canada V5Z 1C6; Tel.: -/604-875-8282; Fax: -/604-875-8249.4. PSYCHOTHERAPIETAGENRW: „WEGE UND IRRWEGE DER SEXUALITÄT“. Bad Salzflen, 14.-21.9.1997. Information: Prof. Dr.Dr. Tress, PF 221280, 41435 Neuss, Tel.: 0451/7031281.
26. NORDDEUTSCHE PSYCHOTHERAPIETAGE. Medizinische Universität Lübeck, 4-10.10.1997. Information: Hansisches Verlagskontor Lübeck, H. Scheffler, Kongreßbüro, Frau M. Twilfer, Mengstr. 16, 23552 Lübeck; Tel.: 0451/7031-01; -/7031-204; Fax: 0451/7031-253; -/7031281.
5. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN: „STANDARDS IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN MEDIZIN“. Heidelberg, 11-12.10.1997. Ausrichter: DGPM. Information: Prof. Dr. P.L. Jansen; Tel.: 0231/4503226; Fax: 0231/4503680.

Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin

In Memoriam Prof. Dr. sc. med. Kurt Freund (1914 bis 1996)

Kurt Freund starb am 23. Oktober 1996 in Toronto (Kanada) im Alter von 82 Jahren. Er war einer der bedeutendsten Sexuologen des 20. Jahrhunderts, dessen Wirken einen wesentlichen und unverwechselbaren Einfluß auf die Entwicklung unseres Fachgebietes hatte.

Kurt Freund wurde am 17. Januar 1914 als Sohn einer jüdischen Familie des liberalen, deutschsprachigen Bildungsbürgertums in Chudrim (heutige Republik Tschechien) geboren. Er promovierte zum Dr. med. an der Karls-Universität zu Prag und habilitierte sich dort auch 1962 zum Dr. sc. med. Unentrinnbar zermalmt die Zeitläufte - die Okkupation der Tschechoslowakei, der 2. Weltkrieg und der Holocaust, in dem er fast seine gesamte Familie verlor, die kommunistische Machtübernahme nach dem Kriege und die Niederschlagung des Prager Frühlings 1968 - seine private und berufliche Existenz. Ein Beispiel mag die Bedingungen illustrieren, unter denen er in diesen furchtbaren Zeiten lebte und arbeitete: Während der Nazi-Okkupation der Tschechoslowakei ging er gemeinsam mit seiner Frau in den Widerstand. Beide beschlossen, ihren kleinen Sohn in die Hände ihnen unbekannter Pflegeeltern zu geben, um nicht Gefahr zu laufen, unter der Folter seinen Aufenthaltsort preiszugeben. Der Junge kam glücklicherweise nach dem Krieg wohlbehalten zu ihnen zurück.

Von 1945 bis 1948 arbeitete Kurt Freund in der Neurologischen Klinik am Vinohrady-Krankenhaus in Prag und war von 1948 bis 1968 an der Psychiatrischen Klinik der Karls-Universität sowie am Psychiatrischen Forschungsinstitut in Prag tätig. 1968 mußte Kurt Freund mit seiner Familie aus der Tschechoslowakei fliehen. Er ging zuerst nach Deutschland und dann 1969 nach Kanada. Hier wurde er im selben Jahr zum Leiter der "Abteilung für Sozialpathologie" im Clarke-Institut für Psychiatrie in Toronto berufen. Kurz nach der Übernahme der Leitung dieser Abteilung änderte er ihren Namen in "Research

Section of Behavioural Sexology". Er blieb deren Leiter bis zum Jahre 1995, als seine Krankheit ihn zur Aufgabe der Leitung, nicht aber der Arbeit zwang.

Kurt Freund's sexuologisches Interesse erwuchs zunächst aus seiner wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Homosexualität. Er war einer der ersten, wenn nicht der erste Wissenschaftler und Psychiater überhaupt, der zu dem Schluß kam, daß alle Bemühungen, die sexuelle Orientierung mittels Verhaltenstherapie oder anderer psychotherapeutischer Verfahren zu ändern, zum Scheitern verurteilt seien. Konsequenterweise nutzte er seinen Einfluß als renommierter und in der Tschechoslowakei respektierter Psychiater um die Revision der dortigen Gesetze, welche homosexuelles Verhalten kriminalisierten, herbeizuführen.

Seine einflußreichste und bedeutendste Leistung war sicher die Entwicklung der Phallometrie als einem Verfahren zur Untersuchung der erotischen Präferenz. Kurt Freund publizierte seine erste Beschreibung dieser Methode bereits Ende der 50er Jahre. Die Phallometrie wird mittlerweile als routinemäßige Beurteilungsmethode für Sexualstraftäter und Paraphile in mehr als 150 Forschungseinrichtungen in den Vereinigten Staaten und Kanada eingesetzt. Kurt Freund hat diesen Weg bereitet und begleitet, nicht nur, indem er die Methode entwickelte und ihre klinische Brauchbarkeit demonstrierte, sondern auch, indem er immer wieder auf ihre Grenzen hinwies.

In vielerlei Hinsicht war Kurt Freund seiner Zeit voraus, ja, er schien vielmehr einer jüngeren Generation anzugehören. So argumentierte er bereits 1960, als beinahe alle Psychologen und Psychiater der Ansicht waren, Homosexualität sei durch frühkindliche Erfahrungen verursacht, mit dem Hinweis, daß die vorliegenden empirischen Befunde wesentlich stärker die Annahme pränataler biologischer Einflüsse unterstützten. Damit antizipierte er bereits vor 20 bis 30 Jahren die heute aktuellen Trends in diesem Forschungsgebiet. Kurt Freund glaubte auch stets, daß problematische sexuelle Verhaltensweisen, wie z.B.

die Pädophilie, ebenfalls biologisch determiniert sind. Man darf darauf gespannt sein, ob sich auch diese seine Intuition als richtig erweisen wird. Gut ein Jahr vor seinem Tode wurde bei Kurt Freund Lungenkrebs diagnostiziert. Er offenbarte seiner Familie und einigen engen Mitarbeitern, daß er den Freitod wählen würde, wenn er das Finalstadium der Krankheit erreicht haben sollte. Mit Bedacht war er jedoch darum bemüht, sie über den konkreten Zeitpunkt für die Umsetzung seines Entschlusses im Unklaren zu lassen. Er arbeitete weiter an seinen Forschungen, bis in seine letzte Lebenswoche. Seine Stimmung in diesen letzten Tagen war heiter-abgeklärt, gelassen und entspannt; er zog Bilanz darüber, was das Leben ihm gegeben hatte und was er dem Leben zurückgegeben hatte.

Für diejenigen von uns, die das Glück hatten, ihn persönlich kennenzulernen, war Kurt Freund ein

vorbildlicher Humanwissenschaftler und ein beispielhafter Sexuologe. Seine wissenschaftliche und persönliche Integrität, seine intellektuelle Aufrichtigkeit, seine Hingabe an die sexuellen Forschung und seine einführende Zuwendung an seine sexuellen Patienten sind ein Maßstab, der schwer zu erreichen und unmöglich zu überbieten sein wird. Sein Tod ist ein großer Verlust, nicht nur für seine Kollegen am Clarke-Institut, sondern für die sexuelle Forschungsgemeinschaft auf der ganzen Welt.

*Ray Blanchard, Ph.D.,
Dean of Research Program in Behavioural
Sexology & Gender Identity Clinic,
Clarke Institute of Psychiatry
(Toronto, Canada)*

Übersetzung aus dem Englischen: H.A.G. Bosinski

Privatdozent Dr.med. Hartmut A.G. Bosinski ist von der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel für das Fach "Sexualmedizin" habilitiert worden.

In seiner Habilitationsschrift "Sexualmedizinische Untersuchungen zu Ursachen und Verlauf transsexueller Geschlechtsidentitätsstörungen" hat er anhand einer Jahreskohorte von hormonell unbehandelten Patienten, die in der Kieler Sexualmedizin mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlungsbehandlung vorstellig wurden, die

gegenwärtig kontrovers diskutierten biomedizinischen bzw. psychosozial orientierten Hypothesen zur Genese dieses Störungsbildes getestet. Dabei kamen psychologisch-biographische, spezifisch sexualmedizinische, endokrinologische, anthropometrische, gynäkologische und neuro-radiologische Untersuchungsmethoden zum Einsatz. Seine Ergebnisse belegen die komplexe Interaktion biotischer, psychischer und sozialisatorischer Faktoren in der Entstehung und Entwicklung des Transsexualismus.

Buchbesprechungen

Hollin, C.R.; Howells, K. (Eds.): **Clinical Approaches to Sex Offenders and their Victims**. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, 1994, 329 Seiten; Preis:

Im Umgang mit dem von den Wissenschaften zunächst vernachlässigten Thema „Sexueller Kindesmißbrauch“ erscheint es unumgänglich, den zumal massenmedial ausgebreiteten Beliebigkeiten wissenschaftlich fundierte Informationen entgegenzusetzen. Dies ist auch die Intention der Herausgeber, die im vorliegenden Buch die Arbeiten von sieben Autorinnen und acht Autoren (soweit erkennbar alle Psychologen) versammelt haben. Die Artikel sind nach drei Themengebieten geordnet: „Täter und Opfer“, „Begutachtung“ und „Behandlung“. Hier sollen wegen ihrer sexualmedizinisch-forensischen Relevanz vor allem die ersten beiden Teile des Buches besprochen werden.

Jon R. Conte leitet den ersten Teil mit einem Artikel ein, dessen Titel (*“The nature of Sexual Offenses against Children”*) deutlich mehr verheißt als er zu halten im Stande ist: Einem kurzen Überblick über die strafrechtlich doch recht unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Bundesstaaten der USA folgt eine nichtssagende Ausführung zur Häufigkeit sexuellen Kindesmißbrauchs, die sich nicht auf einen - wünschenswerten - Überblick vorfindlicher empirischer Arbeiten (einschließlich ihrer methodischen Einordnung) stützt, sondern lediglich in der Behauptung endet, daß niemand Genaueres wisse und zwischen 6 und 60 Prozent alles möglich sei. Ebenso beliebig bleibt die Aufzählung von Risikofaktoren, die sich auf die Befragung von Tätern (und nicht auf epidemiologische Studien) stützt. Deren Fehlen wird dann auch vom Autor beklagt, der damit aber offenbar den jüngsten Stand der Forschung nicht reflektiert.

Richard I. Lanyon untersucht in seinem Beitrag Theorien zu den Ursachen sexueller Übergriffe unter dem Aspekt ihrer Prävention. Der dem Autor dafür eingeräumte Rahmen (19 Seiten) ist offensichtlich viel zu eng, um die angedeuteten

drei Theoriensysteme (psychodynamische, verhaltenspsychologische und biologisch orientierte) auch nur andeutungsweise adäquat zu würdigen - die Literatur zu jedem einzelnen Bereich füllt mittlerweile Bibliotheken.

D.J. West betrachtet die Auswirkungen sexueller Übergriffe, wobei der Autor sich gegen die These von der Vergewaltigung als einem nicht-sexuellen Aggressionsdelikt wendet. Es wird auf die je nach stattgehabtem Übergriff - der vom Wahrnehmen eines Exhibitionisten über obszöne Telefonbelästigung bis zur vollendeten Vergewaltigung reicht - verschiedenen Folgen für das Opfer hingewiesen, dessen Stellung zum Täter besondere Bedeutung beizumessen sei. Die in der Literatur äußerst widersprüchlichen Beschreibungen von Langzeitfolgen sexuellen Mißbrauchs werden mit einer berechtigten Skepsis bezüglich der zugrundeliegenden Datenbasis betrachtet und auf die multifaktorielle Genese solcher Erscheinungen wie „Prostitution“, „Eßstörungen“, „intellektuelle Retardierung“ und „sexuelle Funktionsstörungen im Erwachsenenalter“ hingewiesen. Das u.E. in Deutschland bislang kaum diagnostizierte, schillernde Syndrom der „multiplen Persönlichkeit“, das in den USA nicht selten als das Mißbrauchssyndrom schlechthin dargestellt wird, erwähnt der Autor lediglich in einer Aufzählung beschriebener möglicher Folgen. Im ganzen Buch finden sich hierzu nur noch in einem Artikel (Derek Jehu) Ausführungen, die das hypostasierte Krankheitsbild jedoch auch nicht verständlicher erscheinen lassen. Wichtig erscheint der von West belegte Hinweis, daß die sog. „Abused-Abuser-Theorie“, also die Behauptung, daß (die Mehrheit) sexueller Kindesmißbraucher selbst in ihrer Kindheit Opfer sexueller Übergriffe waren, eher durch Exkulpationsbemühungen angeklagter Sexualstraftäter und weniger durch valide klinisch-empirische Untersuchungen begründet ist. Hierauf wurde von sexuell-forensischen Autoren (insbesondere die Arbeitsgruppe um Freund in Toronto) wiederholt hingewiesen, ohne daß diese Autoren in der Darstellung von West berücksichtigt werden.

Im Buchteil „Begutachtung“ gehen Murphy, Haynes und Worly zunächst auf die Methoden der Untersuchung sexueller Interessen bei Straftätern ein, wobei sie sich fast ausschließlich auf die (kurze) Besprechung phallometrischer Untersuchungen beziehen. Graham Davis stellt entwicklungspsychologische Grundlagen ins Zentrum seiner ausgewogenen Ausführungen zur Glaubwürdigkeit von Kindern. Eileen Vizard bringt einen guten Überblick über die gegenwärtige Diskussion zur Befragungspraxis kindlicher

Opfer. Sie geht insbesondere auf die Problematik des Einsatzes anatomisch korrekter Puppen ein und berichtet ausführlich über deren Positiva wie auch über deren Negativa, insbesondere ihre mögliche Suggestivwirkung.

Insgesamt liegt ein Buch vor, das dem Leser einen (kleinen) Einblick in den angloamerikanischen Diskussionsstand zum Thema bietet. Die internationale sexologische Literatur bietet dazu mehr und auch besseres.

Hartmut A.G. Bosinski (Kiel)

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

(Quelle: 125. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht I / 97)

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Kindern (<13 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.03.97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Apr. 95 – März 96	Apr. 96 – März 97	Gesamt
Hämophile	0 0,0 %	0 0,0 %	8 7,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	1 12,5 %	0 0,0 %	13 11,8 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	6 75,0 %	0 0,0 %	87 79,1 %
Keine Angaben	1 12,5 %	0 0,0 %	2 1,8 %
Gesamt	8 100 %	1 100 %	110 100 %

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.03.97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Apr. 95 – März 96	Apr. 96 – März 97	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	911 71,2 %	414 63,9 %	10700 74,8 %
i. v. Drogenabhängige	144 11,3 %	70 10,8 %	1563 10,9 %
Hämophile	31 2,6 %	23 3,5 %	521 3,6 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	5 0,4 %	1 0,2 %	123 0,9 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	56 4,4 %	34 5,2 %	417 2,9 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Apr. 95 – März 96	Apr. 96 – März 97	Gesamt
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	37 2,9 %	23 3,5 %	173 1,2 %
Keine Angaben	96 7,5 %	83 12,8 %	813 5,7 %
Gesamt	1280 100 %	648 100 %	14310 100 %

Tab. 3: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.03.97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Apr. 95 – März 96	Apr. 96 – März 97	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	73 38,0 %	48 32,7 %	812 47,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	7 3,6 %	1 0,7 %	100 8,1 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	61 31,8 %	54 36,7 %	511 29,7 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	32 14,7 %	26 17,7 %	135 7,9 %
Keine Angaben	19 9,9 %	18 12,2 %	120 7,0 %
Gesamt	192 100 %	147 100 %	1718 100 %

Tab. 4: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 31.03.97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Apr. 95 – März 96	Apr. 96 – März 97	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	885 17,8 %	704 17,6 %	11607 14,9 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Apr. 95 – März 96	Apr. 96 – März 97	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	264 5,3 %	168 4,2 %	4340 5,6 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	99 2,0 %	81 2,0 %	2113 2,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	14 0,3 %	4 0,1 %	372 0,5 %
Hämophile	1 0,0 %	3 0,1 %	1857** 2,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	10 0,2 %	4 0,1 %	300 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	3 0,1 %	3 0,1 %	218 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	0 0,0 %	0 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	142 2,9 %	135 3,4 %	1524 2,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	132 2,7 %	99 2,5 %	1467 1,9 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	5 0,1 %	0 0,0 %	89 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	434 8,7 %	405 10,2 %	1621 2,1 %
Prä- oder perinatale Infektion	79 1,6 %	56 1,4 %	865 1,1 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	1905 38,3 %	1581 40,0 %	34364 44,0 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	564 11,3 %	458 11,6 %	8205 10,5 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	437 8,8 %	252 6,4 %	9122 11,7 %
Gesamt	4974 100 %	3953 100 %	78085 100 %

* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

** Nach Umfrageergebnissen einer anlässlich des Hamburger Hämophilie Symposium durchgeführten Studie beträgt die Zahl der HIV-positiven Hämophilen 1355. (Schramm: Umfrageergebnisse Hamburger Hämophilie Symposium 1995)