



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der
Kinder (Kinderkommission)

Wortprotokoll der 16. Sitzung

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Berlin, den 29. März 2023, 14:30 Uhr
Paul-Löbe-Haus
2.200

Vorsitz: Paul Lehrieder, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1 nicht öffentlich Seite 6

Beschlussfassung über das Arbeitsprogramm

Tagesordnungspunkt 2 nicht öffentlich Seite 6

Beschlussfassung über die Durchführung der
17. Sitzung der Kinderkommission am
19. April 2023

Tagesordnungspunkt 3 nicht öffentlich Seite 6

Schirmherrschaft Weltspieltag 2023 des Deutschen
Kinderhilfswerks e.V.

Tagesordnungspunkt 4 nicht öffentlich Seite 6

Verschiedenes



Tagesordnungspunkt 5 öffentlich

Seite 6

Öffentliches Expert*innengespräch zum Thema
„Kein Täter werden“



Inhaltsverzeichnis

Anwesenheitslisten	Seite 4
Sprachregister	Seite 5
Wortprotokoll	Seite 6



Anwesenheitsliste

Mitglieder des Ausschusses

	Ordentliche Mitglieder	Anwe- senheit	Stellvertretende Mitglieder	Anwe- senheit
SPD	Lahrkamp, Sarah	<input checked="" type="checkbox"/>	Hostert, Jasmina	<input type="checkbox"/>
CDU/CSU	Lehrieder, Paul	<input checked="" type="checkbox"/>	Leikert, Dr. Katja	<input type="checkbox"/>
BÜND- NIS 90/DIE GRÜNEN	Fester, Emilia	<input checked="" type="checkbox"/>	Stahr, Nina	<input type="checkbox"/>
FDP	Seestern-Pauly, Matthias	<input type="checkbox"/>	Adler, Katja	<input type="checkbox"/>
AfD	Bollmann, Gereon	<input checked="" type="checkbox"/>	Storch, Beatrix von	<input type="checkbox"/>
DIE LINKE.	Reichinnek, Heidi	<input type="checkbox"/>	Akbulut, Gökay	<input type="checkbox"/>

Gäste

Funktion	Name	Anwe- senheit
Sachverständige	Kuhle, Dr. Dip.-Psych. Laura F.	<input checked="" type="checkbox"/>
Sachverständiger	Amelung, Dr. med. Till	<input checked="" type="checkbox"/>



Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen

Abgeordnete

Vors. Paul Lehrieder	6, 10, 15, 22
Abg. Sarah Lahrkamp	19
Abg. Emilia Johanna Fester	21

Sachverständige

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle	6, 10, 19, 21, 22
Dr. med. Till Amelung	15, 20,21



Tagesordnungspunkt 1

Beschlussfassung über das Arbeitsprogramm

Siehe hierzu das separat gefertigte Kurzprotokoll.

Tagesordnungspunkt 2

Beschlussfassung über die Durchführung der 17. Sitzung der Kinderkommission am 19. April 2023

Siehe hierzu das separat gefertigte Kurzprotokoll.

Tagesordnungspunkt 3

Schirmherrschaft Weltspieltag 2023 des Deutschen Kinderhilfswerks e.V.

Siehe hierzu das separat gefertigte Kurzprotokoll.

Tagesordnungspunkt 4

Verschiedenes

Siehe hierzu das separat gefertigte Kurzprotokoll.

Tagesordnungspunkt 5

Öffentliches Expert*innengespräch zum Thema „Kein Täter werden“

Der **Vorsitzende**: So, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, ich möchte nun den öffentlichen Teil unserer heutigen Sitzung der Kinderkommission eröffnen und begrüße insbesondere auch die interessierten Zuschauerinnen und Zuschauer. Willkommen zu TOP 5, unserem öffentlichen Expertengespräch zum Thema "Kein Täter werden". Ich weise darauf hin, dass diese Sendung live auf Kanal4 des Parlamentsfernsehens übertragen wird. Zusätzlich wird sie aufgezeichnet, um im Anschluss ein

Wortprotokoll erstellen zu können, das zu gegebener Zeit auf der Internetseite des Bundestages zugänglich sein wird. Als Sachverständige darf ich nun ganz herzlich Frau Dr. Laura Kuhle und Herrn Dr. Till Amelung vom Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin an der Charité Berlin auch im Namen der übrigen Kolleginnen und Kollegen hier der Kinderkommission begrüßen und willkommen heißen.

Frau Dr. Kuhle wird uns heute über das Präventionsprojekt „Dunkelfeld“ berichten und Herr Dr. Amelung erzählt uns von seiner Arbeit zum Forschungsprojekt "NEMUP Nord". Wir freuen uns, dass Sie heute zu unserer Verfügung stehen. Dieses Fachgespräch ist Teil eines größeren Komplexes, mit dem wir uns als Kinderkommission mit dem Thema „Kinderschutz“ beschäftigen. Frau Dr. Kuhle und Herr Dr. Amelung werden jetzt jeweils kurz in die beiden Themengebiete einführen. Danach können wir da in den Austausch treten. Spätestens um 16 Uhr, 16:30 Uhr sollten wir zum Ende kommen.

Ich glaube, es ist auch ganz wichtig, dass wir beim Thema „Kinderschutz“ nicht nur Repression, und wir haben mit viel Kriminalbeamt*innen in den letzten Monaten zu dem Thema gesprochen, sondern auch die Möglichkeiten der Prävention, insbesondere auf potenzielle Täter in den Fokus nehmen. Was können wir da tun, um auf Täterseite, wo immer es möglich ist, die Kinder zu schützen, und nicht erst, wie man so schön im Umgangssprachlichen sagt, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, über Repression, über Strafandrohung zu sprechen, sondern zu versuchen, über Prävention manche dazu geneigten pädophilen Mitbürgerinnen und Mitbürger an der Tat zu hindern. Wenn das gelingt, ist für die Kinder auch vieles erreicht.

Frau Dr. Kuhle, Sie haben das Wort.

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin): Vielen Dank für die Einladung von Herrn Dr. Amelung und mir. Wir sind beide langjährige Mitarbeitende am Institut für Sexualmedizin und Sexualwissenschaft an der



Charité in Berlin und arbeiten im Präventionsprojekt „Dunkelfeld“, was dort angesiedelt ist seit 2005, und wollten Ihnen ein bisschen Einblick in unsere Arbeit geben.

Als erstes etwas zum Hintergrund, vielleicht auch zum Einordnen der Daten und Zahlen, ein bisschen mehr über das Projekt, wie es funktioniert, wer es in Anspruch nimmt, wen wir versorgen und wie. Dann würden wir Zahlen vorstellen, zu ersten explorativen Untersuchungen, und dann würde Herr Amelung auch noch auf weitere Forschungsergebnisse im Rahmen des NEMUP-Forschungsprojektes eingehen, so wie Herr Lehrieder das auch schon eingeleitet hat.

Ich bin mir sicher, Sie sind alle sehr vertraut mit den Zahlen und Fakten, deswegen nur ganz kurz. Wenn es um den Bereich sexuelle Traumatisierung, sexuellen Missbrauch geht, dann wissen wir, dass in Europa, jetzt nicht weltweit, nur in Europa, etwa 10 Prozent aller Kinder und Jugendlichen Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch werden. Ich hatte von Herrn Lehrieder erfahren, Sie haben sich auch schon zu unterschiedlichsten Themen in diesem Bereich in den letzten Wochen getroffen, auch zum Thema „Online-Grooming“. Daher wissen Sie bestimmt auch, dass sexuelle Viktimisierung von Kindern gerade in Zeiten von COVID im Rahmen der Pandemie über das Internet massiv zugenommen hat bei gleichzeitig wenigen Nachverfolgungsmöglichkeiten. Das heißt, wir müssen davon ausgehen, dass diese Zahlen durchaus auch wieder gestiegen sind und im weltweiten Vergleich tatsächlich aber noch gering sind innerhalb von Europa. Wenn man sich dann anschaut, wie ist denn überhaupt die Anzeigebereitschaft, also wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Straftaten tatsächlich verfolgt werden, im Justizsystem juristisch auch einer Strafe zugeführt werden, dass es Ermittlungsverfahren gibt etc., dann wissen wir aufgrund auf der einen Seite empirischer Erfahrung der Zusammenarbeit, auch teilweise mit der Staatsanwaltschaft, aber eben auch aus Forschungsliteratur, dass über 90 Prozent der Betroffenen keine Anzeige erstatten von sich aus. Andere Studien weisen auch darauf hin, dass die

Dunkelziffer – und dieses Wort ist Ihnen bestimmt bekannt, ich führe es aber trotzdem nochmal ein: die Dunkelziffer, oder das Dunkelfeld, sprich alle Straftaten, die eigentlich einem Straftatbestand entsprechen, aber eben nicht justiziell verfolgt werden, nicht im juristischen Hellfeld landen, nicht aufgedeckt werden – dass diese Dunkelziffer bis zu 30-fach höher ist als das, was wir von den polizeilichen Kriminalstatistiken tatsächlich kennen als Zahlen. Daraus abgeleitet, und ich glaube, das ist ziemlich evident, finden die meisten sexuellen Traumatisierungen im Dunkelfeld statt. Bei gleichzeitig geringer Versorgung im Dunkelfeld. Sie wissen ja bestimmt auch, dass, sobald sich jemand im Justizkontext findet, es auch unterschiedliche therapeutische Versorgungsmöglichkeiten gibt. Für Menschen, die im Dunkelfeld sind, ist das aber in der Regel gar nicht der Fall, weil viele niedergelassene Therapeuten, Therapeutinnen, viele Kliniken das Gefühl haben, sie sind nicht kompetent genug in der Versorgung von diesem ganz spezifischen Patientenklientel, nämlich Menschen mit einer pädophilen beziehungsweise hebephilen Präferenzstörung. Ich sage ganz betont „Störung“, weil die Präferenz an sich keine Therapieindikation hat. Darauf gehen wir gleich noch mal ein bisschen genauer ein, was das bedeutet.

Um nochmal einen Schritt zurück zu gehen: aus diversen Forschungsstudien – Sie sehen *[in der vorgeführten PowerPoint-Präsentation]* unten in grau so einen Auszug davon, welche Studien wir hier zitieren – wissen wir, dass sexueller Kindesmissbrauch kurzfristige, aber auch schwere langfristige Folgen haben kann. Also kurzfristig die auf der Hand liegenden körperlichen Verletzungen, Infektionen, aber auch unspezifische Folgen, die gar nicht so eindeutig zurückführbar sind, wenn man das als Symptom bei Kindern beobachtet. Die langfristigen Folgen entsprechen einem ziemlich weiten Fächer von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gynäkologischen Erkrankungen, urologischen Erkrankungen, funktionellen Störungen, chronischen Schmerzen, Übergewicht, HIV-Infektionen, aber auch selbstverletzendem Verhalten, vermehrten Suizidversuchen, Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Ess-, Angst- und Schlafstörungen, Substanzmissbrauch.



Sie sehen, ich könnte jetzt noch weitere Störungen aufzählen. Das führt dazu, dass es natürlich auch hohe Gesundheits- oder gesellschaftliche Kosten sind, die aufgrund von sexueller Traumatisierungen entstehen. Auch hier gibt es Studien, die sich diese gesammelten Kosten, die entstehen, ansehen.

Gesundheitskosten, verfrühte Rentenzahlungen, Arbeitslosigkeit, Klinikaufenthalte, Therapieplätze, verfrühte Renteneintritte aufgrund von Folgestörungen, von sexuellem Missbrauch - da gibt es ebenso Schätzungen, die sich dann eben auch auf diese 300.000 bis eine Million Dollar pro Jahr beziehen.

Das heißt, es geht um die Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch, der aus dem ganz komplexen Zusammenspiel verschiedenster Faktoren in den unterschiedlichen Mikro-, Meso- und Makrosysteme stattfindet auf interindividueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene. Das heißt, die allgemeinen und spezifischen Präventionsbemühungen sollten in der Regel verschiedenste Zielgruppen in einem unterschiedlich breiten Rahmen fokussieren, eben weil es ein komplexes Problem ist. Das reicht von der Aufklärung, Bildung, Beratung bis hin zu therapeutischen Interventionen. Als Zielgruppe ist da sowohl die Allgemeinbevölkerung relevant als auch Opfer und potenzielle Opfer und Betroffene, als auch Täter und Täterinnen des sexuellen Kindesmissbrauchs. Das heißt, wenn man sich das einmal auf der Zunge zergehen lässt, wird völlig klar, dass es ein sehr differenziertes, ein sehr strukturiertes und auch sehr spezialisiertes Netz aus ganz unterschiedlichen und miteinander kooperierenden Angebots- und Hilfesystemen braucht. Das Projekt „Kein Täter werden“ ist nur ein ganz kleiner Teil in diesem großen Netz, was es da im Rahmen der Prävention braucht. Und das, was wir machen in dem Projekt in der Charité beziehungsweise im Präventionsnetzwerk deutschlandweit, ist eine sogenannte verursacherbezogene Prävention.

Um noch mal genau darauf einzugehen, weil wir den Schwenk machen von dem sexuellen Kindesmissbrauch hin zu Pädophilie und Hebephelie: das sind keine synonymen Phänomene. Da leiten wir jetzt praktisch hin.

Es gibt die sexuelle Präferenz für Kinder, und es gibt den sexuellen Kindesmissbrauch. Es ist ganz wichtig, das zu trennen. Das ist etwas, was wir seit 2005 mit den Medien ganz stark fokussieren, auch in der Medienberichterstattung diese Phänomene auseinanderzuhalten, dass auf der einen Seite die Präferenz für Kinder besteht und auf der anderen Seite der sexuelle Kindesmissbrauch. Im Rahmen einer Täter- und Täterinnenschaft gibt es sowohl verfolgte Straftaten und nicht verfolgte Straftaten, also Hellfeld und Dunkelfeld. Und das Phänomen der Präferenz und das Phänomen des sexuellen Kindesmissbrauchs können sich natürlich überlappen in dem Sinne, dass jemand, der eine Präferenz für Kinder hat, einen Missbrauch begeht. Aber es ist eben nicht synonym. Das heißt, viele Menschen begehen sexuellen Kindesmissbrauch aufgrund von anderen Motivationen. Wenn man sich jetzt mal ein bisschen das juristische Hellfeld anguckt, um zu schauen, wie überlappend diese beiden Phänomene eigentlich sind, dann wissen wir auch aus der Forschung, dass ca. 40 bis 50 Prozent der Menschen, die einen sexuellen Kindesmissbrauch begangen haben und dafür verurteilt wurden, laut Aktenlage auch eine Präferenz für Kinder haben, dass es Hinweise dafür gibt, dass sie die aufweisen. Es gibt ganz unterschiedliche Studienlagen. Ich habe Ihnen ein paar Zahlen mitgebracht. Diese Zahl steigt nämlich bei Menschen, die einen sexuellen Kindesmissbrauch in einem außerfamiliären Rahmen begangen haben. Es liegt ganz einfach daran: ein innerfamiliärer Rahmen ist ein Rahmen, wo es einen leichten Zugang und weniger Hürden gibt als in einem außerfamiliären Rahmen, wenn es um das Begehen von sexuellem Kindesmissbrauch geht. Das heißt, es gibt eine andere Motivationslage, andere Inhibitionen, die es zu überkommen gilt, wenn Missbrauch in den außerfamiliären Rahmen stattfindet. Vor diesem Hintergrund steigt dann auch der Anteil der Menschen mit einer Präferenz für Kinder, weil es nicht ein eindeutiger Risikofaktor ist, aber es ist ein bedeutsamer Risikofaktor. Und auch nochmal ein anderer Aspekt, wenn man sich die Menschen anguckt, die im juristischen Hellfeld wiederholt verurteilt wurden wegen sexuellen Kindesmissbrauchs, auch in dieser Population steigt der Anteil derer, die eine Präferenz für



Kinder haben. Was ist die Motivation von denjenigen, die immer wieder auch trotz Verurteilung erneute Missbräuche begehen? Auch hier ist die Präferenz ein starker Erklärungsansatz.

Zum Vergleich: Wir hatten jetzt über das Hellfeld im Rahmen des sexuellen Kindesmissbrauchs gesprochen. Das Nächste wäre, dass wir uns angeguckt haben: Wie viele von denen, die bei uns sind im Projekt, von denen wir wissen, diese Menschen haben eine Präferenz für Kinder, haben eigentlich in der Vergangenheit schon mal einen sexuellen Kindesmissbrauch begangen? Und da wissen wir, dass es 43 Prozent der Menschen sind, die sich bei uns gemeldet haben. Da würde ich da gerne noch dazu sagen: Wir haben eine sehr hohe Grenze, was den sexuellen Kindesmissbrauch angeht. Dazu zählen wir auch voyeuristische Übergriffe, exhibitionistische Übergriffe, das heißt, alle Menschen, die eine Form von Missbrauch begangen haben, ich sage mal, auf einer Dimension ab dem voyeuristischen Übergriff bis hin zu schweren Missbrauchstaten. Die sind alle bei uns in dieser Kategorie. Da sind auch alle Menschen, die – ich mach jetzt mal nur die Extreme auf, um das zu verstehen, was diese 43 Prozent sind um das aufzufächern – einmal einen voyeuristischen Übergriff begangen haben, aber auch alle Menschen, die wiederholt schweren sexuellen Missbrauch begangen haben,.

Auch hier sehen Sie, und das matcht mit der Datenlage, dass der Großteil einfach im Dunkelfeld ist. Das heißt nicht, dass das soziale Bezugssystem das nicht weiß, aber es gibt eben kein juristisches Hellfeld.

Wenn wir uns das mal angucken für die Missbrauchsabbildung – was ich Ihnen gezeigt hatte, war erst mal mit Bezug auf den sexuellen Kindesmissbrauch – in Bezug auf die Missbrauchsabbildung ist es so, dass es dann einen viel eindeutigeren Zusammenhang gibt, also auch aus der Datenlage wissen wir, dass Menschen, die im Hellfeld, verurteilt werden wegen der Nutzung, Produktion und Verbreitung von Missbrauchsabbildungen zu einem sehr, sehr hohen Anteil, zu einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit tatsächlich auch diese

Präferenz aufweisen. Das ist so deutlich in der Studienlage, dass auch in klinischen Standardwerken, die alle Diagnosen beinhalten – wenn Sie ins Krankenhaus gehen, ist da die Krankenhausdiagnose mit Diagnoseschlüssel – , bei dem Diagnoseschlüssel für die Pädophilie tatsächlich im Begleitklappentext mit dabei ist, dass das ein diagnostischer Indikator ist. Wenn wir wissen, Menschen nutzen Missbrauchsabbildungen, dann ist das ein diagnostischer Indikator. Nicht 100 Prozent, aber es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Menschen eben auch die Präferenz für Kinder haben, die sie motiviert, immer wieder zur sexuellen Gratifikation diese Abbildungen nutzen.

Auch hier wieder Zahlen vom Berliner Standort. Das ist ein ganzes Netzwerk. Die Zahlen, die ich mitgebracht habe, sind aus unseren Daten, da zeigt sich, dass diejenigen, die zu uns kommen, zu 71 Prozent bisher schon Missbrauchsabbildungen genutzt haben. Das ist auch wieder das Gleiche: Das geht bei uns los, zur Missbrauchsabbildung werden seit der Gesetzesänderung 2015, Posing-Bilder dazu gezählt bis hin zu schwerstem sexuellen Kindesmissbrauch, der abgebildet ist auf Videomaterial oder Bildmaterial. Auch hier wieder: Dazu zählen alle Menschen, die einmal ein Bild mit Posing benutzt haben, aber auch alle, die wöchentlich, täglich schwerste Missbrauchsabbildungen nutzen, und auch hier ist der Großteil im Dunkelfeld. Was Sie aus diesen Zahlen auch sehen, das Projekt heißt „Kein Täter werden“, aber wir haben hohe Prävalenzzahlen von Tätern. Der Anteil der Menschen, die sich an uns wenden und noch kein Delikt begangen haben, keine Straftat begangen haben, ist tatsächlich relativ gering. Wir haben 70 Prozent Missbrauchsabbildungs-Nutzung, 43 Prozent sexuellen Kindesmissbrauch. Es gibt natürlich Überlappungen. Es gibt ja auch Menschen, die sowohl die eine als auch die andere Straftat begangen haben. Aber es ist eben ein deutlich geringerer Teil von Menschen, die das noch nicht gemacht haben. Wir sehen in den letzten Jahren, wir haben viel auch unsere Werbung gemacht, unsere Ansprache geändert, viel fokussierter auch auf junge Menschen, weil das Durchschnittsalter schon ziemlich hoch war, also Ende 30, Anfang 40. Wir haben durch die Bemühungen der altersgerechten Ansprache auch viele jüngere



Menschen angesprochen. Seitdem steigt auch der Anteil der Menschen, die noch keine Straftaten begonnen haben, weil wir sehen, dass diese Menschen früher in die Versorgung kommen zu einem Zeitpunkt, wo sie noch keine Straftaten begangen haben. Viel besser auch, weil sie, weil sie jünger sind, viel besser von Therapie profitieren, viel schneller von Therapie profitieren. Das heißt, da sehen wir schon einen ganz, ganz deutlichen Wirkeffekt, wir sehen den Einfluss, dass, wenn Menschen mit dieser Präferenzstörung früher in ein Hilfesystem kommen, auch früh eine Abstinenz von Straftaten erfolgen kann oder aufrechterhalten bleiben kann.

Jetzt haben wir schon so viel über die Präferenz gesprochen. Genau wie uns wichtig ist, dass es einen Unterschied zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und der Präferenz für Kinder gibt, ist es genauso wichtig, dass es einen Unterschied gibt zwischen einer Pädophilie und einer pädophilen Störung. Nur die Störung ist tatsächlich für die Therapie relevant. Ich würde da ganz kurz ein bisschen durchleiten. Sie brauchen sich das nicht durchlesen ist vielleicht nur fürs Handout, also folgen Sie mir einfach. Es ist eine Grunddefinition.

Der **Vorsitzende**: Kurze Zwischenfrage. Können wir dieses Handout, können wir die PowerPoint-Präsentation den Kolleginnen und Kollegen zumailen?

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin): Sehr gerne. Ich habe es schon vorbereitet. Ich schicke es Ihnen dann einfach nach der Sitzung zu.

Der **Vorsitzende**: Super, danke.

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin): Es ist so, dass nicht jede Präferenz gestört sein muss, sondern es gibt in den Überblickskatalogen zu Krankheiten und Störungen, wo auch die psychischen Störung mit enthalten sind, eine spezifische Form von sexuellen Präferenzen, die gestört sein können. Diese spezifischen Formen sind im ICD 11 durch bestimmte Charakteristika

gekennzeichnet. Das ist das System, was wir in Mitteleuropa in der Regel nutzen. Wenn sie zum Arzt oder zur Ärztin gehen oder zum Psychotherapeuten oder zur Psychotherapeutin, bekommen sie eine Ziffer aus diesem System. Die sagt, dass das Präferenzen sind, die sich auf andere Personen beziehen, die aufgrund ihres Alters oder ihres Staates nicht einwilligungsfähig oder willig sind. Das ist das Grundkriterium einer Präferenz, die gestört sein kann. Dazu gehört auch die Pädophilie, weil Kinder aufgrund des Alters nicht einwilligungsfähig sind. Per se ist das erstmals Eingangskriterium, noch nicht die Störung. Erst, wenn zu der Präferenz für Kinder ein Störungswert kommt, wenn die Person dementsprechend handelt, also Missbrauchsabbildungen nutzt, sexuellen Kindesmissbrauch begeht, im Internet Kinder groomt und oder sich durch die Präferenz beeinträchtigt fühlt – erfasst sind also auch Menschen, die keine Straftaten begehen, aber unter der Präferenz leiden – dann haben wir einen Störungswert. Dann besteht eine Therapieindikation. Um es uns vielleicht ein bisschen eindeutiger zu machen: Paraphilie ist der Oberbegriff der Pädophilie, also eine Pädophilie ohne Fremd- und Selbstgefährdung beziehungsweise ohne Leidensdruck und ohne soziale Schwierigkeiten. Das gibt es, das ist keine Störung. Das ist nicht behandlungsrelevant. Das heißt, es gibt auch sehr viele Menschen in Deutschland, die diese Präferenz für Kinder haben, die das aber sehr gut unter Kontrolle haben, integriert haben, nicht darunter leiden, nicht behandlungsbedürftig sind. Die Menschen, die zu uns kommen, sind Menschen, die einen Störungswert haben. Eben eins dieser Zusatzkriterien erfüllen: Fremd- und Selbstgefährdung, Leidensdruck.

Der **Vorsitzende**: Ich habe eine Zwischenfrage. Gibt es einen Wechsel von der einen Gruppe zur anderen? Kann man tatsächlich über Jahre hinweg quasi unschädlich empfinden und dann irgendwann Täter werden im wahrsten Sinn des Wortes?

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin): Ja. Diesen Wechsel gibt es. Wir gehen davon aus, dass die Präferenz ein einigermaßen stabiles



Konstrukt ist, was sich qualitativ aber ändern kann. Also zum Beispiel genau wie die Orientierung auf das gleiche oder das Gegengeschlecht auch etwas ist, was einigermaßen stabil ist, aber qualitativ unterschiedlich in Lebensphasen erlebt werden kann. Und so ist es bei der Präferenz für Kinder letztendlich auch. Dann addieren sich bestimmte Risikofaktoren dazu— also die Präferenz an sich macht nicht die Übergriffigkeit, sondern die Kombination mit weiteren Risikofaktoren, die sowohl auf psychologischer Ebene sind, aber eben auch auf sozialer Ebene sein können. Das kann zum Beispiel ein akuter Verlust sein oder eine Instabilisierung des sozialen Systems. Das können Einbruchfaktoren sein, die das Risiko erhöhen können. Es können andere psychische Komorbiditäten sein. So kann sich, genau wie Sie gesagt haben, erst im Laufe des Lebens aus der Präferenz eine Störung entwickeln, weil erst später das Risiko oder ein Leidensdruck entsteht et cetera. Wovon wir ausgehen, ist, dass die Präferenz einigermaßen stabil ist, mit qualitativen Unterschieden. Das, was wir verändern können, ist der Störungswert. Das ist auch das, was wir therapeutisch machen. Wir fokussieren uns auf den Störungswert, nicht auf die Beseitigung der Präferenz.

Um noch mal auf die Frage von Herrn Lehrieder einzugehen, hier ein paar Beispiele, was Störungswert ausmachen kann. Das kann das Problembewusstsein sein. Ich habe noch nichts begangen, keine Straftat, aber ich habe Angst, dass... Was ist, wenn... Ich bin mir nicht sicher... Das ist ein Störungswert. Oder wenn Leidensdruck entsteht aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen, internalisierte Stigmatisierung durch die Gesellschaft, Angst vor Entdeckung, Angst vor Ausgrenzung, resultierende psychischen und physischen Komorbiditäten, schmerzhaft erlebte Partnerlosigkeit, Kinderlosigkeit, sozialer Rückzug, Einsamkeit, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit, aber eben auch Verhaltensstörungen, die Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung sein könnten. Das sind alles Beispiele für Störungswerte.

Was wir wissen, ist, dass Menschen mit einer pädophilen oder hebephilen

Sexualpräferenzstörung häufig isoliert sind, Angst vor Stigmatisierung haben, Angst vor Ausgrenzung haben und dass dieses Problem tatsächlich auch steigt, umso exklusiver diese Präferenz ist. Entgegen dem Bild in der allgemeinen Bevölkerung ist es nämlich nicht so, dass ein Mensch mit sexueller Präferenz für Kinder in der Regel ausschließlich eine Präferenz für Kinder hat. Was wir in der Klinik und einer praktischen Tätigkeit sehen, ist, dass viele Menschen durchaus auch noch ansprechbar sind durch das erwachsene Körperschema, es aber eben auch die Präferenz für Kinder gibt. Es gibt Menschen, die haben eine ausschließliche Präferenz für Kinder.

Zum Thema „Komorbiditäten“ haben wir uns natürlich auch im Projekt ein bisschen die Zahlen angeschaut. Was wir klinisch, aber auch statistisch sehen, ist, dass die psychischen Komorbiditäten eher die Regel als die Ausnahme darstellen. Zwei Drittel gaben im Erstgespräch an, davor schon mindestens einmal in psychiatrischer, psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein. 60 Prozent weisen eine Belastung auf, die vergleichbar ist mit Patienten, die in der Psychiatrie stationär aufgenommen sind. Also ein hochbelastetes Klientel, das dann zu uns kommt.

Jetzt aber vielleicht noch mal ein bisschen zur Abgrenzung: Was bedeutet eigentlich Pädophilie und Hebephilie? Was heißt die Präferenz für Kinder? Klinisch unterscheiden wir die sexuelle Ansprechbarkeit für das vorpubertäre Körperschema, sprich Kinder ohne Anzeichen einer beginnenden Pubertät. Keine Genitalbehaarung, kein Wachstum der Genitalien, keine Verfärbung der Genitalien, kein Längenwachstum, keine Achselhaare, keine Menstruation, keine Ejakulation, kein Stimmbruch, keine Anzeichen der Pubertät. Und mit Hebephilie ist die sexuelle Ansprechbarkeit durch ein Körperschema gekennzeichnet, das in der frühen Pubertät ist. In Deutschland hat sich aufgrund der sehr guten Ernährungsversorgung, aufgrund der sehr guten Versorgung – wir haben viel Hormone im Essen, wir haben Hormone im Trinkwasser et cetera, eine sehr stabile Versorgung – in den letzten Jahrzehnten der



Pubertätseintritt immer weiter nach vorne gezogen hat. Das heißt, wir haben teilweise 13-, 12-jährige Kinder, die biologisch gesehen den Status eines spätpubertären bis hin zu erwachsenen Körperschema haben. Das heißt, der sexuelle Kindesmissbrauch ist rechtlich gesehen an einer Altersklasse orientiert. Klinisch arbeiten wir aber nicht mit Altersklassen, sondern klinisch sehen Sie, dass die Definitionen sich nicht darauf bezieht, wie alt ein Kind ist, weil da sind wir in Rechtslagen, sondern wie entwickelt der Körper dieses Kindes ist. Das heißt, wir können durchaus Menschen haben, die den Straftatbestand eines sexuellen Kindesmissbrauchs erfüllen, weil es zu sexuellen Handlungen mit Kindern unter 14 gekommen ist. Wenn man sich dann aber die körperliche Entwicklung dieser Kinder anguckt, kann es sein, dass die überhaupt gar kein kindliches Körperschema haben, also dementsprechend auch kein Stimulus sind für einen Menschen, der eine Pädophilie oder Hebephilie hat. Trotzdem ist das ein höchst problematisches sexuelles Verhalten. Klinisch gesehen gucken wir aber, ob, das ist ja unser Fokus, eine Präferenz für Kinder vorliegt. Die definiert sich eben durch die Ansprechbarkeit durch ein vor- und frühpubertäres Körperschema.

Die Pädophilie und Hebephilie beziehungsweise auch die Präferenz für das erwachsene Körperschema können unterschiedlich kombiniert sein. Daraus entstehen ausschließliche und nicht ausschließliche Präferenztypen. Was ich auch schon in einer kleinen Zusammenfassung erwähnt habe, gibt es den Unterschied zwischen einer Präferenz und einer Präferenzstörung und einen Unterschied zwischen Präferenzstörung und einer Verhaltensstörung im Sinne des sexuellen Kindesmissbrauchs. Maßgeblich für die Diagnose sind die sexuellen Fantasien und Impulse. Nicht, ob jemand Straftaten begangen hat. Wenn ich jemanden diagnostiziere, ob eine Präferenz für Kinder vorliegt, guck ich mir an: Welche sexuellen Fantasien gibt es? Sexuelle Begleitfantasien bei Sexualität, bei Masturbation, Sexfantasien, Nutzung von pornografischen Materialien, in welcher Art passiert das. Amerikanische Forschungskategorisierungen gucken sich aber auch verhaltensorientiert basierte Ebenen an. Auch wichtig, nicht das Alter, sondern der Entwicklungsstatus ist bedeutsam für

die Diagnose, und wir wissen auch, über retrospektive Befragungen von unseren Patienten, aber auch aus klinischer Beobachtung, dass sich die Präferenz durchaus schon im Jugendalter manifestiert. Häufig sehen wir auch bei den Patienten, die wir haben, wenn wir uns Lebensläufe angucken und biografische Arbeit machen: Das war damals schon da. Ich habe gehofft, dass das weggeht. Ich hab probiert, es zu kontrollieren. Ich hab das probiert zu vermeiden. Aber es ist nicht weggegangen. Ich bin älter geworden. Meine Präferenz ist nicht mitgewachsen. Und das hat auch dazu geführt, dass wir im Laufe des Projektes eben auch ein Projekt für Jugendliche entwickelt haben, was ich Ihnen gleich noch mal zeigen werde. Was wir auch wissen, ist, dass es keine eindeutigen Erklärungsmodelle für die Entstehung, die Ätiologie, der sexuellen Präferenz für Kinder gibt. Was wir wissen, ist, dass das nichts ist, was man sich ausgesucht hat. Es gibt keine Selbstbedienungstheke für sexuelle Präferenzen, und auch die Menschen, die zu uns ins Projekt kommt, sind veränderungsmotivierte, problembewusste Menschen, und alle sagen: Könnte ich mir das aussuchen, würde ich das nicht wollen. Ich möchte das nicht haben. Viele haben die Hoffnung, dass die Therapie die Präferenz beseitigt. Was natürlich auch bedeutet, dass der Fokus der Therapie ist, auch zu akzeptieren und zu integrieren, dass das nicht passieren wird, sondern dass es um den Umgang mit der Präferenz geht.

Hier noch ein paar Zahlen: Wie häufig ist die Pädophilie? Das sind bevölkerungsrepräsentative Studien, einmal auch aus einem Forschungsprojekt finanziert durch die UBSKM, von Frau Dombert. Das sind 4,1 Prozent der männlichen Bevölkerung, die von sexuellen Fantasien mit Kindern berichten. Eine Studie in Kanada berichtet von 1,1 Prozent und eine Studie von Padova von 2,6 Prozent, das sind aber eben Männer. Es gibt auch Studien zu Frauen mit einer viel geringeren Prävalenz. Das deckt sich mit unserem klinischen Eindruck, dass wir jetzt über 3.700 Patienten, die sich im Berliner Standort gemeldet haben, davon etwa 40 Frauen, wobei nur etwa 20 Frauen zu unserem Standort gekommen sind. Und die meisten hatten tatsächlich einfach Zwangsgedanken, also den Zwang zu denken,



selbst pädophil zu sein.

Jetzt kommen wir nochmal zum Thema „Inanspruchnahme psychologischer Hilfen“. Wir wissen, dass die Erfahrung von oder Furcht vor Stigmatisierung die Inanspruchnahme von Hilfen massiv beeinflusst, dass es einen hohen Wunsch nach Normalisierung der Präferenz gibt. Es gibt auch ein sehr, sehr hohes Schamempfinden, fehlendes Verständnis von Fachkräften, was natürlich auch zu einer fehlenden professionellen Versorgung führt. Aber eben auch durch ein Verhindern eines Outings. Das bedeutet auch, dass es einen fehlenden Aufbau von Gemeinschaft gibt. Angst, verurteilt zu werden, Angst, angezeigt zu werden. Das heißt auch, dass wir viel in Gruppenkontexten arbeiten, weil wir die Menschen auch fragen, was in der Therapie geholfen hat. Immer wieder hören wir: dass da auch andere Menschen mit dieser Präferenz sind, und zu sehen, wie die damit klarkommen, dass ich nicht alleine damit bin und wie unterschiedlich diese Menschen eben auch sind. Dieses Gefühl von „nicht alleine sein damit“, ist ein großer Wirkfaktor in der Therapie.

Damit würde ich überleiten zum Präventionsnetzwerk "Kein Täter werden". Ich hatte es schon angedeutet, es wurde 2005 am Berliner Standort gegründet. Dann gab es die ersten Erweiterungen in den Jahren 2009 bis 2011 an den Standorten Kiel, Regensburg und Leipzig, und damit auch die Gründung eines Präventionsnetzwerkes. Dann kam der weitere Ausbau mit den Standorten Hannover, Hamburg, Stralsund, Gießen, Düsseldorf, Ulm, Mainz und Bamberg. Sie sehen die hellblauen Bereiche, das sind die Bundesländer, wo es keine Angebote gibt. Saarland, Thüringen, Brandenburg, also die Stadtstaaten zähle ich jetzt nicht mit dazu, da würden Bremen noch fehlen. Sie sehen, es ist eine ziemlich flächendeckende Versorgung, die wir seit 2005 aufgebaut haben. Sie wissen es garantiert auch: Seit 2018 sind wir Teil des Modellvorhabens. Das heißt, wir sind Teil der Förderung "Besondere Therapieeinrichtungen" durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen. Zuvor hatten die einzelnen Standorte des Netzwerks unterschiedliche Finanzierungssysteme: durch die VW-Stiftung,

durch das Justizministerium, das Gesundheitsministerium, das Familienministerium – also ganz, ganz unterschiedliche Geldgeber*innen. Aber eben seit 2018 durch § 65d [*des Fünften Buches Sozialgesetzbuch*] abgedeckt und finanziert, der einhergeht mit einer externen Evaluation. Wir haben bis zu diesem Zeitpunkt viel intern evaluiert, natürlich mit entsprechender Kritik, dass es intern evaluiert ist. Jetzt haben wir praktisch die TU Chemnitz als Evaluator*innen.

Sie sehen hier Zahlen im Netzwerk. Auf der linken Seite sehen Sie die Netzwerkzahlen mit dem Stand Mitte 2021 und auf der rechten Seite allein die Berliner Standortzahlen. Berlin ist ein sehr großer, sehr leistungsstarker Standort. Wir haben auch ein großes Einzugsgebiet, Berlin und Brandenburg versorgen wir mit, und sind schon der älteste Standort. Das heißt, wir haben hier Kontaktaufnahmen, 12.000 abgeschlossene Erstgespräche, 4.500 unterbreitete Therapieangebote, 2.500 Behandlungstherapien oder Behandlungsversorgungen begonnen, 1.500 beziehungsweise 500 am Berliner Standort.

In der Arbeit sind viele Dinge aufgefallen. Ich hatte schon erwähnt, die Versorgung der Jugendlichen ist eklatant aufgefallen. Das heißt, es wurde ein Projekt gegründet, das heißt "Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche". Sie merken schon, es gibt einen kleinen Unterschied, nicht die Präferenz, sondern der sexuelle Kindesmissbrauch. Das liegt einfach daran, dass Kinder in dem Alter, die diese Fantasien bemerken, eigentlich noch nicht zugänglich für ein Hilfesystem sind, weil man davon ausgehen kann, dass sich das vielleicht noch verwächst. Kinder fallen aber in diesem Alter auf, durch sexuell grenzverletzendes Verhalten und auch hochprävalent. Für diese Population haben wir dieses Versorgungsprojekt gegründet. Anders als das Erwachsenenprojekt funktioniert das tatsächlich aber eher über Zuweisungen. Schulen, Eltern, Betreuer, Heime, die dann eher zuweisen, als dass sich Jugendliche bei uns selbst vorstellen. Dann gibt es das Online-Selbsthilfe-Diagnostic Tool „Troubled Desire“, was auch immer mehr ausgebaut wird. Das ist ein Online-Programm, wo Menschen sich erste



diagnostische Einschätzung holen können, was jetzt auch aufgebaut wird, um mehr therapeutische Intervention auch online zu vermitteln und so auch in die Breitenversorgung zu bringen. Und wir haben eine assoziierte Partnerschaft mit München und mit dem Fernbehandlungsprojekt Sachsen-Anhalt. Sachsen-Anhalt hat keinen festen Standort, aber wird vom Berliner Standort online versorgt. Es ist ein Online-Präventionsprogramm. Die Menschen melden sich über Online-Zugänge. Wir machen Online-Diagnostik, Online -Therapie über gesicherte Programme, mit denen man Therapie eben auch online machen kann, die speziell den Datenschutzbestimmungen entsprechen. Die Behandlung, die wir anbieten, ist aktuell finanziert, also kostenlos für die Patienten, finanziert durch den GKV-SV. Er ist anonymisiert über eine PIN. Jetzt ist es aber so, dass wir natürlich in dem Feld arbeiten, wo es auch potenziell zu Fremdgefährdung kommen kann und wir schon von den Menschen, mit denen wir zusammenarbeiten, Kontaktdaten haben, Namen haben. Aber in der Regel ist es so, dass es die Möglichkeit gibt, den Erstkontakt komplett anonym zu gestalten. Das findet natürlich unter ärztlicher und therapeutischer Schweigepflicht statt. Die Einschlusskriterien sind, dass es aktuell kein juristisches Hellfeld gibt, kein Ermittlungsverfahren, keine Bewährungsauflage et cetera. Das liegt daran, dass das Projekt vor dem Hintergrund gegründet wurde, dass nämlich bei den Menschen im Dunkelfeld die Versorgungslücke ist. Die Hellfelder sind natürlich auch nicht immer adäquat versorgt, aber haben eine geringere Versorgungslücke. Deswegen wurde das Projekt gegründet, um eben genau da in diese Lücke reinzugehen. Einschlusskriterium ist das Vorliegen einer pädophilen und oder hebepilen Präferenzstörung und eine Eigenmotivation.

Das ist unser Projektablauf. Wir haben verschiedene Phasen: die Kontaktaufnahme, nach der dann eben auch eine Diagnostik erfolgt, eine beginnende Psycho-Edukation, um Therapieziele und Motivation abzuklopfen, dann erfolgt die Versorgung in gruppentherapeutischen oder einzeltherapeutischen Settings. Und dann gibt es eben auch ein Nachsorgeangebot. Flankieren können wir das durch medikamentöse

Behandlung und durch begleitende Paar- und Angehörigengespräche. Das Therapiemanual, ich hatte es schon angedeutet: Es ist davon auszugehen, dass die sexuelle Präferenz an sich nicht veränderbar ist, die Präferenz aber einhergeht mit sexuellen Fantasien und Impulsen. Das ist auch noch nicht veränderungsrelevant. Worum es aber geht, ist, dass wir therapeutisch verhindern, dass es zu einem Überschlag führt von den Phantasien auf die Verhaltensebene. Diesen Überschlag, diese Umsetzung des Handlungsimpulses, den probieren wir zu beeinflussen über eine Erhöhung der Verhaltenskontrolle. Das kann sein mit medikamentöser Behandlung, ist aber primär durch die Reduktion von kriminogenen Risikofaktoren, Stärkung von Ressourcen, aber auch Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Wir haben aufgrund unserer Erfahrung auch ein Therapiemanual geschrieben. Das interessiert Sie vielleicht nicht so, aber Sie können es nachschlagen. Es ist auch durch Springer veröffentlicht. Das ist das erste Therapiemanual, was es in diesem Umfang gibt, basierend auf den Erfahrungen innerhalb des Projektes. Und ich hatte schon angedeutet: Wir warten natürlich auf die externe Evaluation. Wir haben Ihnen aber ein paar Daten mitgebracht, die innerhalb des Netzwerkes auf explorativer Ebene schon mal getätigt wurden. Die Quellen sehen Sie unten, und all diese Veröffentlichungen zeigen, dass wir es schaffen, psychologische Risikofaktoren, die mit dem sexuellen Kindesmissbrauch assoziiert sind, zu verringern. Wir können sexuellen Kindesmissbrauch verhindern, und wir reduzieren Häufigkeit und Schwere der Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Das heißt, Therapieangebote für Menschen mit einer Präferenz für Kinder ist auf der einen Seite natürlich Patientenversorgung für Menschen mit einer psychischen Störung, und auf der anderen Seite ist es auch Kriminalprävention und Schutz von Betroffenen. Wir wissen auch, dass Stigmatisierung und der gesellschaftliche Umgang mit diesem Thema die Inanspruchnahme von präventiven Hilfsangeboten direkt beeinflusst. Und wir wissen, dass das Übergreifrisiko steigen kann, wenn Menschen sich keine Hilfe frühzeitig suchen.



Damit erstmal vielen Dank, dass Sie mir gelauscht haben und ich würde, wenn es erstmal keine Fragen direkt im Anschluss gibt, auch überleiten zu Herrn Amelung.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank. Danke für diese eingehende und umfangreiche Einführung in die Sache, in die Angelegenheit.

Herr Dr. Amelung, bitte schön.

Dr. med. Till Amelung (Charité Berlin): Vielen Dank, dass ich heute sprechen darf. Till Amelung mein Name. Ich bin Arzt am Institut für Sexualmedizin hier an der Charité und durfte zur Laufzeit des NEMUP-Projekts daran teilnehmen oder daran mitwirken. Ich muss sagen, ich war etwas überrascht von der Bitte, das vorzustellen, das hat man mir gar nicht so kommuniziert. Ich habe jetzt geguckt, dass ich ein paar Daten zusammensuche aus dem, was ich immer in der Tasche dabei habe. Ich hoffe, ich kann ein bisschen einen Einblick darüber geben, was wir da gemacht haben.

NEMUP, das ist ein Akronym für Neuromechanisms Underlying Pedophilia and Child Sexual Abuse, und war ein Projekt, das von 2012 bis 2016 bei uns an der Charité und an anderen Standorten deutschlandweit gelaufen ist. Berlin, Magdeburg, Kiel, Essen und Hannover waren die teilnehmenden Standorte. Unten sind die jeweiligen Leiter der Standorte aufgeführt in der letzten Zeile. Also ein großer Zusammenschluss von den, letztlich, damals zumindest, einzigen Standorten, die sich in dem Bereich forschungsmäßig auch bewegt haben und über ganz Deutschland. Wir hatten ein relativ engagiertes, ehrgeiziges Programm an Untersuchungen, die wir machen wollten. Die Teilnehmenden haben wir vier bis sechs Stunden lang untersucht mit verschiedenen Modalitäten, die da alle aufgeführt worden sind. Ich glaube, ich habe in der übernächsten Folien nochmal einen kurzen Überblick darüber, was da genau drin auftaucht, was wir genau untersucht haben. Erstmal: Dank dieser Zusammenarbeit der vielen Standorte, dieser fünf Standorte über Deutschland hinweg, haben wir sehr große Stichprobe

gewinnen können von über 300 Teilnehmenden: von Menschen mit Pädophilie, das wären hier die pedophilics, von Menschen mit Teleiophilie, das ist der sexologische Begriff für die Orientierung auf das erwachsene Körperschema. Und diese beiden Gruppen hatten wir wiederum differenziert nach Menschen, die Übergriffe begangen hatten: CSO, für Child Sexual Offending, und Menschen, die keine Übergriffe begangen hatten, also „No CSO“, no Child Sexual Offending. Das Design war und ist bis heute weltweit einmalig, das ist so bisher noch nicht gemacht worden und nicht wieder repliziert worden seither, und die Idee dahinter war, dass es uns gelingen könnte, zwischen Pädophilie und Verhaltensstörungen zu differenzieren. Also Unterschiede auszumachen, Charakteristika zu identifizieren, die mit der Pädophilie an sich zusammenhängen, unabhängig davon, ob jemand Übergriffe begangen hat oder nicht, beziehungsweise eben Charakteristika zu identifizieren, die mit dem Übergriffverhalten, sexuellen Übergriffen gegen Kinder zusammenhängen, unabhängig davon, ob jemand nun auf das kindliche Körperschema oder auf das erwachsene Körperschema ausgerichtet ist.

Wie gesagt, das ist das gesamte Portfolio der Untersuchungen, die wir hatten. Wir hatten eine klinische Untersuchung. Ich hatte eben sechs Stunden genannt. Das waren die reine MRT-Untersuchungen, die wir ganz unten drin hatten, MRT und computerbasierte Untersuchungen. Die klinische Untersuchung waren auch noch mal so 4, 5 Stunden jeweils mit Fragebögen, mit einem Interview, mit einer Exploration. Es gibt ein, zwei strukturierte Interviews zur Beschreibung psychischer Auffälligkeiten. Verschiedene standardisierte Messverfahren für andere psychische, psychiatrische Symptome und auch eine Untersuchung von Markern, die wir im Blut identifizieren konnten, Hormon und Genetik. Und ich sagte schon, das Projekt lief bis 2016. Wir haben bis heute noch nicht alles ausgewertet. Wir haben einen Riesenberg Daten geschaffen und sind noch nicht durch mit dem, was wir da auswerten wollten, ich kann aber ein paar Sachen zusammenfassen, die wir schon publiziert haben, seither es uns gelungen ist zu publizieren.



Vielleicht erstmal zu den klinischen Charakteristika: Verschiedene Merkmale in dem, was wir klinisch beschreiben können, identifizieren oder charakterisieren Menschen, die Übergriffe begangen haben. Diejenigen, die Übergriffe begangen haben, waren älter, waren weniger gebildet als diejenigen, die keine Übergriffe begangen haben. Wir haben differenzielle Marker von Entwicklungsbesonderheiten gefunden im Zusammenhang mit Tatverhalten und mit Pädophilie. Erstmals haben wir gefunden, dass in beiden Gruppen mit oder ohne Pädophilie, also Täter mit oder ohne Pädophilie und aber auch Menschen mit Pädophilie, die keine Taten begangen haben, Missbrauchs- und Vernachlässigungs-Erfahrungen der Kindheit hoch prävalent waren im Vergleich zu unserer Kontrollgruppe. Bei den Menschen, die Taten begangen haben, haben wir vor allen Dingen auch kriminelle Vorgeschichte der Eltern beschreiben können. Also wenn Kriminalität im Elternhaus eine Rolle gespielt hat, war die Wahrscheinlichkeit größer, dass auch Taten berichtet wurden. Bei Menschen mit Pädophilie, unabhängig davon, ob sie Taten begangen haben oder nicht, konnten wir zeigen, dass vor allem auch die Eltern psychisch erkrankt waren. Insbesondere Mütter mit psychischen Erkrankungen waren in dieser Gruppe hoch prävalent. Und wir haben im Zusammenhang mit Pädophilie Hinweise auf eine frühe Sexualisierung gefunden. Die Begriffe „Masturbarche“ und „Ejakularche“ hier stehen dabei für das erste Mal Selbstbefriedigung, das erste Mal Masturbation und „Ejakularche“ die erste Ejakulation, die bei den Menschen mit Pädophilie in unserer Stichprobe zwischen einem und zwei Jahren vor den beiden anderen untersuchten Gruppen lagen, also im Alter von zehneinhalb bis elfeinhalb Jahren und bei den nicht-pädophilen Gruppen war das bei entsprechend 12 bis 13 Jahren, dass das erinnert wurde. Natürlich problematisch, weil das alles zurückerinnerte Daten sind. Die Männer, die wir untersucht haben, die waren so im Schnitt Mitte 30, eine ganze Weile her. Ob das so zuverlässig ist, lässt sich aus den Daten nicht ganz gut ableiten. Frau Kuhle hat es eben schon erwähnt, und wenn wir ein bisschen auf das Ende schauen: Wir haben eine Nachfolgeuntersuchung bei

Jugendlichen begonnen. Die ist jetzt letztes Jahr oder vor anderthalb Jahren abgeschlossen. Da finden wir das wieder, dass die Jugendlichen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen berichten, dass sie doch früher beginnen, sich auch für Sexualität zu interessieren. Da ist das nicht so lange her. Da ist das so zwischen zwei und sechs Jahren her. Da sind die Daten etwas zuverlässiger möglicherweise. Das scheint ein Effekt zu sein, der halten könnte.

Wir hatten einen großen Schwerpunkt auf Empathie und Empathiedefizite gelegt. Das hat vor allen Dingen am Berliner Standort eine große Rolle gespielt. In der Literatur wird das diskutiert, wie das sein kann, dass überhaupt ein Mensch in der Lage ist, einen sexuellen Übergriff zu begehen gegen ein Kind, dass er sich nicht vorher denkt, das kann nicht gut gehen. Das arme Kind, was tue ich dem an? Dass er das Leid nicht erkennt in dem Opfer. Und wir konnten aber keine Empathiedefizite per se zeigen im Zusammenhang mit Pädophilie. Das sexuelle Interesse an Kindern ist nicht assoziiert mit einem geringeren Einfühlungsvermögen in Kinder. Wir haben das auch differenziert nach Erwachsene und Kinder und Gefühlsausdrücke von Erwachsenen und Kindern und finden keinen Effekt. Was wir gefunden haben, ist, dass Menschen mit Pädophilie eher stärker emotional mitschwingen mit Abbildungen von Menschen, die leiden, insbesondere mit Abbildungen von Kindern, die leiden. Wir hatten Kinderbilder, Bilder von Kindern, die weinen oder irgendwie in offensichtlichem Distress sind und die Menschen, die wir befragt haben, die haben berichtet, „das berührt mich stark, ich bin aufgewühlt, wenn ich so etwas sehe“. Insbesondere bei den Menschen mit Pädophilie. Was wir aber gefunden haben, ist, dass Menschen, die Übergriffe begangen haben, größere Schwierigkeiten haben, die abgebildeten Emotionen korrekt zu benennen. Wenn da jemand Weinendes ist, und da steht dann drunter: Fühlt er sich traurig, niedergeschlagen, verzweifelt, jubelnd oder sowas? Und dann haben die Menschen, die Übergriffe begangen haben, mehr Fehler in der Zuordnung der abgebildeten Emotionen gemacht.

Wieder ein Effekt, der mit der Täterschaft



zusammenhing, war die Fähigkeit zur Impulskontrolle. Bei Menschen die Übergriffe begangen haben, konnten wir nachweisen, dass die verringerte Impulskontrolle haben. Das konnten sie sowohl im Selbstbericht, also wenn sie sagen auf dem Fragebogen, ich schlage häufig zu, wenn mich etwas stört, und sollen das einschätzen von „trifft gar nicht zu, trifft sehr zu“, dann tendieren Menschen, die Übergriffe begangen haben, eher dazu, dem zuzustimmen. Auch auf so computerbasierten Messverfahren konnten wir das zeigen, also wo wir Reaktionszeiten zum Beispiel messen, dass Menschen, die Übergriffe begangen haben, eher schneller reagieren und schneller ins Handeln kommen als Menschen, die keine begangen haben, und wir konnten zeigen, dass bei den Menschen mit Pädophilie, die also dieses Risiko, diesen Risikofaktor haben, diese sexuellen Impulse möglicherweise auch mal umzusetzen. Diejenigen, die das nicht umsetzen, im Vergleich zu Menschen, die diese Risikokonstellation nicht haben, eher eine Überkompensation, also eine vermehrte Fähigkeit haben, sich selbst zu inhibieren. Das Hirn feuert in den Bereichen, die notwendig sind, um eine Handlung nicht durchzuführen, stärker bei den Menschen, die eine Pädophilie haben, aber keine Übergriffe begehen als bei unseren Normalgesunden.

Ich glaube, das ist das Vorletzte zu den Daten. Auch bei der Hirnstruktur, da gab es, bevor wir das gemacht haben einige Hinweise darauf, dass Pädophilie möglicherweise eine Art Hirnentwicklungsstörung sein könnte. Auch das wird immer noch von Kollegen in Kanada so vertreten. Das konnten wir nicht replizieren. In unseren Daten sind Veränderungen in der Hirnstruktur wieder assoziiert mit Taten, also Menschen, die Übergriffe begehen. Sie zeigen Veränderungen in Arealen, die für die Impulskontrolle wiederum relevant sind. In Arealen, die für die sexuelle Selbstkontrolle relevant sind, zeigen sie insgesamt eine geringere Ausdifferenzierung des Gehirns. Das wäre diese Gyrfizierung, dass das Gehirn so Bindungen bildet und auch Störungen in der Entwicklung der weißen Substanz, also der Bereich des Gehirns, der für die Verdrahtung der verschiedenen Hirnareale zuständig ist, und da wieder insbesondere von Arealen, die im Frontalhirn

liegen, dem Bereich, das für unsere soziale Kontrolle zuständig ist, und anderen Hirnarealen. Das Letztere passt wieder ganz gut auch in die sonstige Forschung. Das ist im Hellfeld, also bei verurteilten Straftätern, bei verurteilten pädophilen Straftätern in Kanada schon mal so ähnlich gefunden worden. Dieser Effekt, dass das ausschließlich mit der Pädophilie zusammenhängt, den konnten wir aber eben nicht zeigen.

Das Letzte, was wir vielleicht noch haben: Einen Hinweis auf Ätiologie, also wie es dazu kommt, dass Menschen, die sich sexuell für Kinder interessieren oder sexuell auf die reagieren können, ist, dass Menschen mit Pädophilie eine veränderte Verarbeitung von Merkmalen von Neotenie haben, also ein Begriff, den man normalerweise nicht benutzt. Das sind Merkmale für Jugendlichkeit, Kindchenschema, helle Haut, kleine Proportionen, haben wir untersucht mit Hilfe von Tierbildern, wo man Merkmale von Neotenie ähnlich wie beim Menschen auch zeigen kann. Und unabhängig davon, ob Menschen oder Tiere abgebildet sind, reagieren Menschen mit Pädophilie auf diese Neotenie-Merkmale anders als Menschen ohne Pädophilie, was ein Hinweis sein könnte auch auf die Ätiogenese.

Und zu guter Letzt, das einzige, was wir bisher zur Genetik veröffentlichen konnten war ein Paper, in dem wir wieder im Zusammenhang mit Taten Veränderungen in der Testosteron-Verarbeitung sehen. Eher in der Hinsicht, dass Menschen, die Taten begehen, eine verminderte Umsetzungen von Testosteronsignalen haben. Wie das genau zu dem Tatverhalten führt, können wir bisher noch nicht so gut einordnen.

Zusammenfassend kann man sagen, was wir vor allen Dingen finden konnten, war eine Reihe von Markern für Täterschaft, also Risikomarker für Täterschaft, für das Begehen von sexuellem Missbrauch. Wovon wir wenig finden konnten, waren Marker für die Pädophilie, eben unabhängig von der Täterschaft, allerdings diese Hinweise auf frühe Entwicklungsstörungen, psychische Erkrankungen der Eltern, früher ungünstige Lernerfahrungen und eben diese frühe



Sexualisierung, die ich schon nannte. Und was daraus geworden ist, habe ich gar nicht draufgeschrieben: Wir sind dabei oder haben anschließend das Ganze noch mal versucht, bei Jugendlichen zu untersuchen, auch um diesen möglichen Erinnerungsbias besser zu kontrollieren, sind dabei vorbewusste Prozesse bei der Verarbeitung von sexuellen Reizen zu untersuchen, um besser differenzieren zu können, auf welcher Ebene der Verarbeitung unserer Umweltsignale – wie passiert das eigentlich, dass eine sexuelle Reaktion auf ein Kind entsteht? Und untersuchen präzisere klinische Marker von Risiko, die weniger der eigenen sozialen Erwünschtheit unterliegen. Was noch offen ist aus den Daten ist eine Replikation einer Diagnostik anhand von Hirnfunktionen. Da sitzen wir gerade dran. Die Untersuchung von differenziellen Effekten der Missbrauchsabbildungsnutzung und die Frage bleibt immer, wie solche Grundlagenforschung in der Klinik sich umsetzen kann, da sehe ich vor allen Dingen Chancen für sowas wie Emotions-Erkennungstraining, Empathietraining, das ist noch Zukunftsmusik.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank Ihnen beiden. Da war für mich auch einiges, oder fast alles, neu. Wir wissen nur dass es tatsächlich eben der Ansatz ist, repressiv nach der Tat den Täter zu bestrafen. Es ist im Interesse der Kinder, zu versuchen, im Vorfeld zu verhindern, dass Taten begangen werden. Da ist die jetzt von Ihnen, Frau Dr. Kuhle, angesprochene Evaluation. Wann ist die zu erwarten und bis wann können wir vielleicht schriftlich haben? Dass man sieht, wie wirkt dieses Angebot an die Täter, eben kein Täter zu werden, wie viele nehmen das an? Ist die Anzahl der Übergriffigkeiten reduziert? Wir wissen, wir sind etwa zwölf Jahre nach Canisius, wo natürlich ein großes öffentliches Augenmerk auf Kindesmissbrauch gerichtet worden ist, und auch auf die ganze Problematik – da hat das Ministerium vor wenigen Monaten eine große Werbeaktion gemacht –, dass der Täter nicht immer ein Fremder auf der Straße ist, sondern oft aus dem familiären, persönlichen Umfeld kommt, dass natürlich gerade die Menschen, die viel mit den Kindern, mit den Jugendlichen zusammenkommen, am stärksten Gefahren laufen, übergriffig zu werden beziehungsweise tatsächlich sich an den Kindern zu vergehen. Und Sie haben

ausgeführt, Menschen mit Pädophilie, psychische Erkrankung der Eltern sind häufig hier auch mit festzustellen. Das ist ein großes Thema, was wir in einer späteren Sitzung besprechen wollen, und der Bundestag, das Familienministerium hat ein Gutachten in Auftrag gegeben zur Situation von Kindern mit psychisch belasteten Eltern. Das heißt, im Endeffekt ist es natürlich auch wieder vielleicht eine geringe Prävention, zumindest ein Stück weit Prävention, bis es uns gelingt, Kinder aus dieser psychisch belasteten Situation rechtzeitig herauszuholen. Wir haben das Programm der frühen Hilfen für die Null- bis Dreijährigen und hoffen, dass wir das für die drei- bis 18-, 20-Jährigen tatsächlich auch ein Programm hinbekommen, wie man sie aus so einer Situation raushält, ohne dass tatsächlich die Gefahr steigt, später auch zum Täter zu werden.

Aber mich würde interessieren, wann die Evaluation kommen kann und wie sie ausschauen könnte.

Die Kolleginnen sind etwas reduziert, weil manche Kollegen im Plenum sein müssen. Deshalb bitte ich um Nachsicht. Wir sind von jeder Partei nur einer. Wir sind ein kleiner, aber der beste Ausschuss des Bundestages, deshalb sind wir heute nur zu dritt. Aber wenn die Kollegen Fragen haben, einfach ein Signal an mich. Ja, sammeln wir die Fragen. Frau Fester bitte und Frau Lahrkamp.

Abg. **Emilia Johanna Fester** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Herr Vorsitzender.

Danke für Ihren umfangreichen Vortrag. Ich habe ganz viel gelernt. Einige Sachen wusste ich auch schon.

Bei mir ist jetzt vor allem ein bisschen hängen geblieben, fast auch nur innerhalb der ersten Folien, dass das Feld des Kindesmissbrauchs eigentlich nur einen ganz kleinen Teil pädophiler Überschneidung hat, und es ja jetzt schon sehr viel zur Täterarbeit gibt. Aber es ging ja um eine pädophile Neigung und wie man das unterdrücken kann. Was machen wir mit den



anderen? Und was sind die Motive? Das finde ich auch so interessant.

Ich glaube, ich habe Vorstellungen Richtung Patriarchat und irgendwie sich erheben können über junge Menschen, da habe ich so Ideen, aber ich glaube, da sind Sie in der Forschung wahrscheinlich viel mehr dran als ich. Wir haben jetzt auch viel gehört, was sind Übereinstimmungen von Tätern. Aber trotzdem, da steckt für mich eigentlich noch wenig Motivik drin. Und als dann Gesellschaftsministerin interessiert mich vielleicht da schon auch: Was können wir politisch, was können wir systematisch verändern, um auch dort in die Prävention zu gehen, wo man es nicht auf die Störung abgeleitet von einer sexuellen Neigung?

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin): Ich habe die Präsentation aufgemacht, weil Sie die Folie auch angesprochen hatten. Das ist konzeptuell, das heißt, die Proportion dieser Grafik erlaubt keinen Rückschluss auf die Prozentzahlen, und das, was wir praktisch behandeln, ist dieses dunkelblaue Feld. Egal, ob es jetzt überlappt ist von Täterschaft oder nicht. Wir behandeln Menschen, die eine pädophile oder hebephile Störung haben. Dazu gehören Menschen, die Täter oder Täterinnen sind. Dazu gehören aber eben auch Menschen, die sich in Behandlung begeben, weil sie darunter leiden. Das ist das Behandlungsfeld, das heißt, wir behandeln nicht in dem Sinne Täter oder Täterinnen, sondern wir behandeln Menschen mit einer pädophilen oder hebephilen Störung. Und wenn es um die Prävention geht, ist unser Auftrag, den Störungswert der Päd- oder Hebephilie zu behandeln. Damit leisten wir natürlich auch Kriminalprävention, weil wir dadurch sexuellen Kindesmissbrauch verhindern. Aber der Hauptauftrag ist die Behandlung der Störung. Und wenn es da um primärpräventive Ansätze geht, das ist das, was wir auch ganz direkt aus der klinischen Arbeit ableiten können, ist auch das, was wir angesprochen hatten: dass wir so wenig darüber wissen, wie diese Präferenz entsteht, und vor allem auch wie der Störungswert entsteht. Dazu wissen wir natürlich ein bisschen mehr, aber weniger was die Ätiologie angeht. Was einen Störungswert angeht, wissen

wir einfach, dass viele der psychischen Komorbiditäten, also praktisch der Leidensdruck aufgrund der Präferenz, eben auch durch die gesellschaftliche Stigmatisierung und durch den fehlenden Zugang zu Hilfen entsteht. Das ist etwas, worauf sich Präventionsarbeit tatsächlich fokussieren kann. Das andere ist die Frage, was ist mit dem Kinderschutz: Auch da wissen wir, dass es einfach auf so vielen Ebenen passieren muss. Das beginnt hier alleine schon bei der Aufklärung, Sie haben sich auch viel mit Grooming beschäftigt. Um nur ein Beispiel zu nennen, wo Eltern nicht mehr wissen, was ihre Kinder im Internet machen, wo es gar keinen Schutz gibt, überhaupt gar keine Regelungen, was jetzt auch noch ChatGPT und die ganzen Generatoren für generierte Bildmaterial angeht, das ist ein komplett unkontrolliertes Feld und Kinder sind da den Gefahren schutzlos komplett ausgeliefert. Das heißt, nur an diesem einen Beispiel merkt man, dass es technische Legislationen braucht, es braucht Gesetze, die das Internet regulieren. Es braucht neue Zugangswege, kontrolliertere Zugangswege für Kinder, auch Aufklärung der Eltern, Aufklärung der Schulen. Das ist praktisch endlos. Ich gebe Ihnen ganz Recht. Es gibt einfach unfassbar viele Möglichkeiten, um Kinder davor zu schützen.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank.

Abg. **Sarah Lahrkamp** (SPD): Vielen Dank erstmal für Ihre wirklich umfangreichen Ausführungen. Das war tatsächlich doch viel Neues zusätzlich zu dem, was wir sonst hier im Bereich sexueller Kindesmissbrauch, vor allen Dingen im Internet, gehört haben und gesehen haben. Also erst mal vielen Dank. Die Fragen, die Frau Fester gestellt hatte, das hätte mich tatsächlich auch interessiert.

Ich würde gerne noch einmal eine ganz kurze Nachfrage dazu haben. Frau Fester sagte es gerade schon, Sie gehen verstärkt natürlich, da es Ihr Feld ist, auf die Menschen ein mit gestörter Präferenz, ob die Straftaten begehen oder nicht. Aber mich würde schon interessieren, woraus die andere Gruppe besteht. Können Sie das sagen? Auch wenn das jetzt vielleicht nicht Ihr Bereich ist. Ich kann das nicht so - ich hätte jetzt gedacht,



die Gruppe wäre fast ausschließlich in diesem Bereich, die Straftaten begehen. Was haben wir denn da noch für Leute? Das wäre total gut, wenn Sie das erklären könnten.

Dann würde mich noch mal interessieren: Wie sind die Therapien oder die therapeutischen Maßnahmen, die Sie da machen, genau ausgestaltet? Was machen Sie da eigentlich? Und wie erfolgreich ist das denn? Kann man denn davon ausgehen, dass man da so die Störungswerte auch wirklich mit in den Griff bekommt. Oder ist das so ein bisschen ... ich weiß nicht, ob Sie da Zahlen, Daten, Fakten zu haben.

Vielen Dank

Dr. med. Till Amelung (Charité Berlin): Ich kann zu dem etwas sagen: Das ist nicht unser Schwerpunkt in der klinischen Tätigkeit, ich kenne es aus den Gutachtentätigkeiten. Die Frage nach den nicht-präferenziellen Tätern, was die motiviert: Das letzte mir bekannte Modell dazu ist auch schon wieder ein paar Jahre alt, da wird gar nicht, aus meiner Sicht, gar nicht so intensiv daran geforscht. Das sagt, dass man in den nicht-präferenziellen Ersatzhandlungstätern drei oder vier Gruppen unterscheiden kann. Das erste wären Jugendliche vor allen Dingen, die quasi im selben Rahmen erster sexueller Erfahrungen, mit wenig Wissen um sexuelle Grenzen, sexuelle Übergriffe gegen Kinder begehen. Das zweite wären Menschen mit Lernbehinderungen, Lernschwierigkeiten, die in erster Linie aufgrund von Unwissen über sexuelle Grenzen sexuelle Übergriffe begehen. Das Dritte wären Menschen, in erster Linie mit schwereren Persönlichkeitsakzentuierungen, die Schwierigkeiten haben, Grenzen anderer Menschen einzuhalten, auch wenn sie die eigentlich wahrnehmen könnten und möglicherweise auch um die wüssten. Und das Letzte wären so besondere familiäre Konstellationen, in denen es dann vor allen Dingen zu diesen intrafamiliären Übergriffen kommt, wo also zum Beispiel ein sehr stark sexualisiertes familiäres Umfeld herrscht, wo Sexualität möglicherweise ohnehin vor den Kindern relativ ungehemmt, ungezügelt entweder

ausgelebt wird oder zumindest ausgesprochen wird, wo vielleicht auch auf Seiten nicht nur des Vaters, sondern vielleicht auch auf Seiten der Mutter sexuelle Grenzverletzungen erlebt wurden und das Wissen um sexuelle Grenzen oder das Empfinden sexueller Grenzen und Schamgrenzen nicht besonders ausgeprägt ist. Das wäre diese vierte typische Konstellation.

Zu diesem Zusammenhang mit dem Patriarchat: Das ist mir ideologisch nahe, diese Überlegung, aber nach meinem Wissen sind empirische Belege dafür relativ wenig. Es gibt diese Idee von der Verknüpfung von Sexualität und Machtausübung, dass das ein relevanter Faktor sein könnte. Das ist aber, soweit ich das überblicke, vor allen Dingen im Zusammenhang mit Übergriffen von erwachsenen Männern gegen erwachsene Frauen ein Thema und weniger im Kontext von sexuellem Kindesmissbrauch.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank.

Dr. med. Till Amelung (Charité Berlin): Soll ich zum zweiten Teil noch was sagen? Die Zahlen.

Zu dem, was wir therapeutisch machen, haben wir eben ein publiziertes Manual zu den psychotherapeutischen Interventionen, die in erster Linie verhaltenstherapeutisch sind, wo wir mit den Betroffenen Situationen durchgehen, in denen es zu einem Risiko kommen kann, identifizieren, welche Risikofaktoren denn in dieser Situation eine Rolle spielen. Wie kann sich so eine Risikosituation entwickeln? Also wir gehen in *sensu* durch. Wir gehen nicht hin, wo es zu einem Risiko kommen könnte, sondern wir besprechen mit unseren Patienten die Situationen, in denen Risiko erlebt wird oder auch tatsächlich schon mal ein Übergriff stattgefunden hat, oder möglicherweise die Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Dann erarbeiten wir ein Modell, ein Störungsmodell, und identifizieren Faktoren, die dazu beitragen, und versuchen, durch verhaltenstherapeutische Interventionen das Verhalten unserer Klienten so zu modifizieren zu helfen, dass diese Risikosituationen nicht mehr entstehen. Das wäre der verhaltenstherapeutische Ansatz. Wir in Berlin machen das intensiv, das ist



meinen Job in erster Linie. Wir intervenieren eben auch medikamentös. Da gibt es eine Reihe von Medikamenten, die wir einsetzen können, um sexuelle Impulse zu dämpfen. Das sind antidepressive Medikamente, die aus der Suchttherapie kommen, Opioid-Antagonisten heißen die. Und natürlich auch Medikamente, die den Testosteronhaushalt modifizieren. Häufig setzen wir die beiden Möglichkeiten im Zusammenspiel miteinander ein. Dann ist die Frage nach dem, was wir wissen über die Wirksamkeit. Wir haben keine qualitativ hochwertige Evaluationsstudie bisher, kriegen wir aber hoffentlich. Sie fragten wann: vermutlich so in drei Jahren. In zwei Jahren ist das Projekt abgeschlossen, dann ein Jahr Auswertung, dann sollte sowas in der Form vorliegen.

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin): Mitte 2026. Es gibt eine Post-Evaluationsphase nach dem Ende des Projektes. Also Mitte 2026.

Dr. med. Till Amelung (Charité Berlin): Aus der klinischen Arbeit erlebe ich natürlich schon, dass ich Patienten habe, mit denen ich psychotherapeutisch arbeite genauso wie medikamentös, wo ich deutliche Effekte sehe auf eine Verringerung des Risikos. Menschen, die Missbrauchsabbildungen nutzen und das einstellen unter unserer Therapie, das sowohl unter der reinen Psychotherapie als auch unter der kombinierten Psycho- und Pharmacotherapie, oder der reinen Pharmacotherapie.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank.

Und diese - sofort - medikamentöse Behandlung führt zu einer Linderung dieses Begehrens oder dieser Neigungen oder ist es eine dauerhafte Medikation, die angezeigt ist, sobald er alt genug ist? Und ich habe das richtig verstanden, die Evaluation ist in zwei bis drei Jahren zu erwarten? Wenn wir das sagen können, wie hat es bis jetzt gewirkt?

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin): Das Projekt endet 2025, also im Dezember 2025 und das Team um die TU Chemnitz herum hat

dann noch eine Post-Evaluationsphase. In der Zeit werden dann die Berichte geschrieben, die dann natürlich erst mal den GKV-SV gehen, die haben das beauftragt. Daraus entstehen dann natürlich auch Publikationen beziehungsweise der Bericht wird unter Umständen wahrscheinlich auch von GKV-VS publiziert.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank.

Frau Fester.

Abg. **Emilia Johanna Fester** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte nicht an dem Moment vorbeischnappen, an dem das politisch wird. Ich habe den gerade gehört, und zwar, dass es wenig erforscht wird. Und das würde ich total gerne mitnehmen. Also, dass wir in den Feldern, über die wir gerade ansatzweise diskutiert haben, einfach noch mehr Forschung brauchen, weil also gerade wenn wir zahlentechnisch nicht mehr wissen, weil die Kreise, die gemalt wurden, vielleicht nicht stimmen, wenn wir da nicht mehr genau wissen, über wen wir denn hier reden, und wir gleichzeitig eine UBSKM haben, die eigentlich sagt: Jedes zehnte Kind hat in Deutschland sexualisierte Gewalt erlebt, dann ist doch eigentlich total wichtig, dass wir einfach noch viel, viel mehr über die Täter, über die Motive wissen. Deswegen würde ich einfach gerne festhalten, so klein unsere Runde jetzt heute ist, dass wir da mehr in die Forschung gehen müssen, um mehr darüber herauszufinden und entsprechend in der Prävention besser zu werden.

Und um noch einmal aufs Patriarchat zurückzukommen, finde ich schon, dass man hört, dass so, wie Sie das gerade aufgeführt haben, das ganz viel mit gescheiterter Sexualpädagogik zu tun hat, dass das ganz viel damit zu tun hat, dass wir keine vernünftige Jugendarbeit haben, dass wir ein komisches Bild von Männlichkeit oder von Männlichkeiten, wie wir heute in unserem Hauptausschuss gelernt haben, in unserer Gesellschaft haben. Es passt für mich auch eigentlich total gut wie zwei Puzzleteile zusammen, was wir heute im Familienausschuss besprochen haben. Wir hatten das Bundesforum Männer da, die auch sehr, sehr spannende Arbeit



machen. Und ich finde, dass sich das gerade ganz gut zusammenfügt an der Stelle. Natürlich ist das alles nicht nur das. Nur, weil es keine gute Sexualpädagogik gibt, müssen Männer ja nicht automatisch zu Straftätern werden, selbstverständlich, und trotzdem kann man es jetzt ist thematisch an der Stelle angehen. Und having said that, würde ich jetzt einfach nachfragen: Gibt es noch mehr, was Sie uns als Politiker*innen mitgeben wollen, außer die Bildungsarbeit, die Sie gerade in großartiger Weise geleistet haben? Gibt es noch etwas, was Sie sich von uns als Bundestagsabgeordneten wünschen könnten, wie wir ihre Arbeit unterstützen können? Sowohl in dem, was sie erreichen wollen, als auch im richtigen Doing, also die Arbeit selbst.

Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank.

Allerdings müssen wir mit bescheidenen Mitteln klarkommen, wir müssen die Kohle beim Mutterausschuss, also beim Ausschuss und beim Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einholen.

Herr Dr. Amelung, wenn ich Sie vorhin richtig verstanden habe: Das Patriarchat ist nicht zwingend tatsächlich ein Indiz dafür, dass tatsächlich diese Übergriffigkeiten vorkommen, ist eine andere Wahrnehmung. Ich teile die Auffassung der Kollegin Fester – Sie wollten es auf die politische Ebene heben – insofern eben nicht ganz so extensiv, wo ich bei der Kollegin bin, ausnahmsweise mal, dass wir natürlich noch mehr Forschung brauchen, weil wenn es tatsächlich diese circa 10 Prozent der Kinder, der Jugendlichen sind, die davon betroffen sind, dann sind wir gut beraten zu sagen: Wie viel davon können wir davor bewahren – und wenn es nur 1 Prozent, 2 Prozent, 3 Prozent sind, die tatsächlich davor bewahrt werden können? In dem unmittelbaren familiären Umkreis haben wir den Artikel 6 Absatz 1 Grundgesetz, die Familie ist unter einem besonderen staatlichen Schutz, und wenn das ein naher Angehöriger ist, dann kommst du kaum in die Familie rein. Die Kinder

trauen sich nicht, sich nach außen zu offenbaren, weil sie Angst haben, dass der Papi oder Mami ihnen weggenommen wird, dass sie tatsächlich die Familie stören damit. Das ist eine ganz, ganz schwierige Thematik, die wir angehen müssen. Und da bin ich bei der Frau Kollegin Fester, wir brauchen mehr Forschung, aber dass das Patriarchat kausal für Übergriffigkeit ist, glaube ich wenig. Habe ich aus dem Bundesforum Männer nicht so verstanden.

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin): Auf jeden Fall braucht es eine größere Sensibilisierung, und das hat über eine Ecke natürlich unter Umständen auch was mit dem Patriarchat zu tun. Aber das, was wir merken, ist, es bleibt das, was Sie gerade angesprochen haben, dass diese Straftaten entdeckt werden, das ist so unwahrscheinlich. Es gibt auch Studien, die sagen: Selbst wenn Kinder probieren, sich mitzuteilen, ich kann sie gerade nicht zitieren, aber ich erinnere mich an diese Studie, dass Kinder das bis zu 6, 7 Mal probieren, auf ihre kindlichen Arten und Weisen, und nicht gehört werden. Das hat was mit Sensibilisierung zu tun. Das hat was mit Bereitschaft, über Themen zu sprechen zu tun. Das hat was mit Bildung auch von Erwachsenen zu tun. Das hat was mit Bewusstsein für sexuelle Selbstbestimmtheit und Integrität zu tun. Das hat was zu tun mit Minderheitenschutz. Das hat etwas zu tun mit Regulation vom Internet, natürlich. Das hat was zu tun mit Bildung von Lehrkräften. Was wir uns wünschen würden, sind, neben natürlich der direkten Unterstützung der Versorgung von Menschen, alle Maßnahmen, die eine gesellschaftliche Sensibilisierung für die sexuelle Integrität von Kindern schützen oder stützen, und gleichzeitig auch Maßnahmen zu stärken, die das Aufdecken fördern. Das hat was mit Gesetzen zu tun. Das hat was mit Zugängen zu tun. Das hat was mit Regulierung von Internet zu tun, damit, in diesen extrem großen, schutzlosen – und es sind fast schutzlose – Räumen für Kinder die Möglichkeiten der Handhabe zu erhöhen, um Schutz gewährleisten zu können.

Der **Vorsitzende**: Ja, herzlichen Dank. Wie wir eingangs gesagt haben: Wenn die Repression zu spät kommt, dann ist das Kind in den Brunnen



gefallen, das Kind ist schon missbraucht worden. Dann ist es natürlich viel effizienter und viel wichtiger und vor allem auch fast der einzige Weg, um überhaupt in die Familien oder ins nähere Umfeld reinzukommen, natürlich die Prävention. Natürlich zu versuchen, die Einsicht der Täter zu bekommen: Mit mir stimmt irgendwas nicht. Ich geh ich mal und hol mir Hilfe, gern auch anonym. Ich glaube, die Ansätze sind richtig. Da muss jeder wissen, dass das anonymisiert ist, dass das kostenfrei ist, dass man nicht immer noch zahlen muss, und dann muss natürlich versucht werden, nach Möglichkeit alle Bevölkerungsschichten zu erreichen. Ich bin gespannt, was bei der Evaluation in zwei Jahren rauskommt. Ich weiß nicht, ob das der richtige Ausdruck ist: Wir freuen uns darauf, aber wollen auf jeden Fall versuchen, wie die Kolleg*innen auch ausgeführt haben, die richtigen Konsequenzen daraus zu ziehen und sagen, wie können wir wo, was, wie, nachschärfen zum Schutz der Vulnerabelsten in unserer Gesellschaft: Der Kinder und Heranwachsenden.

Gibt es weitere Fragen von den Kolleginnen? Das ist nicht der Fall.

Dann darf ich mich bei Ihnen bedanken. Ich würde auch noch bitten, für die sozialen Medien, noch ein Tätigkeitsnachweis per Foto

beziehungsweise per Selfie zu machen, oder Sie machen ein Selfie von uns, Frau Horstmann, nein, dass wir noch gemeinsam ein Bild machen, dass man sagt, der Bundestag, der Kiko kümmert sich darum, dass auch die öffentliche Aufmerksamkeit, die wir Ihnen geben können, ihre Arbeit geben können, auch über unsere Kanäle gespielt wird. Und wenn wir Ihnen helfen können, Sie haben die Kontaktdaten der Kinderkommission. Wir sind nicht allmächtig, aber können zumindest im Mutterausschuss, im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, auch als Kinderkommission vieles anstoßen.

In dem Fall herzlichen Dank. Ihnen viel Erfolg. Danke für Ihre wertvolle Arbeit und immer einsichtige, nennen wir sie Patienten oder Mitbürgerinnen und Mitbürger. In dem Sinne alles Gute, herzlichen Dank!

Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle (Charité Berlin):
Danke schön.

Schluss der Sitzung: 16:15 Uhr

Paul Lehrieder, MdB
Vorsitzender