

Sexuologie

ISSN 0944-7105
Band 28 / 2021
S. 153–280

3–4

Schwerpunkt

10-jähriges Bestehen des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*



Sexuologie

Hrsgg. von der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft

INHALT

Themenschwerpunkt – 10-jähriges Bestehen des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*

Grussworte

- 155 Zehn Jahre Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*
Brigitte Zypries
- 156 Sexualisierte Gewalt an Kindern analog und digital stoppen!
Günter Mächtle

Editorial

- 157 Anonyme Behandlungsangebote in der Regelversorgung
Klaus M. Beier, Tillmann Krüger
- 159 Mitarbeitende und Fördernde des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*
Clara Sophie Stockmann
- 161 Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*
Maximilian von Heyden, Clara Sophie Stockmann

Präventionsangebote

- 171 Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*
Laura F. Kuhle, Ralf Bergner-Köther, Manfred Beutel, Kirsten Dammertz-Hölterhoff, Göran Hajak, Christian Huchzermeier, Tillmann Krüger, Johannes Kruse, Julia M. Pätz, Elisabeth Quendler-Adamo, Dirk Rösing, Peter Schönknecht, Klaus M. Beier
- 181 Ein Zusatzmodul für die *Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT) – Kinderschutz und Verantwortungsübernahme*
Dorit Grundmann, Gerold Scherner, Hannes Ulrich
- 187 *Berliner Dissexualitätstherapie für Adoleszente (BEDIT-A) – Das Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) „Du träumst von ihnen“*
Eliza Schlinzig, Miriam Schuler, Anna Kreutzmann, Laura T. Legeland, Pierre Pantazidis, Tobias J. Hellenschmidt, Klaus M. Beier
- 193 Die stationäre Wohngruppe – Betreuung für intelligenzgeminderte Jugendliche mit sexuellem Interesse am kindlichen Körperschema
Miriam Schuler, Jane Keuchel, Frank Hinz, Eliza Schlinzig, Norbert Schweers, Andreas Eckhoff, Klaus M. Beier
- 199 Prävention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot (FEBEST)
Anna Kreutzmann, Katharina Schweder, Iron Hahn, Maximilian von Heyden, Julia Brito Rozas, Clara Niemann, Klaus M. Beier
- 209 Das internetbasierte Präventionsangebot *Troubled Desire*
Klaus M. Beier, Miriam Schuler, Maximilian von Heyden

Einblicke in die therapeutische Arbeit

- 215 Sexuelle Fantasien mit pädophilen Inhalten bei nicht-männlichen Personen –
Drei vergleichende Fallbeispiele
Ralf Bergner-Köther, Jan H. Peters, Christiane Bauer, Lea Blankenmeyer, Göran Hajak
- 229 Komorbide Störungen und Einzelversorgung im Präventionsprojekt Dunkelfeld
Klaus M. Beier, Zeev Hille, Torsten Freitag, Hannes Ulrich

Evaluation und Forschung

- 239 Pädophilie und Leidensdruck
Anna Konrad
- 249 Therapiebeginn, Dropout und Follow-up – Untersuchungen im Präventionsprojekt Dunkelfeld
Julia Nentzl, Gerold Scherner
- 259 Forschung zu sexuellem Interesse an Minderjährigen im Dunkelfeld – Chancen und Grenzen
Till Amelung, Dorit Grundmann
- 267 Identifikation von Personen mit erhöhtem Rückfallrisiko für Missbrauchsabbildungs-Nutzung
Julia Nentzl, Nicole Mauche, Peter Schönknecht, Laura F. Kuhle

Interview

- 273 10 Jahre Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*
Maximilian von Heyden im Gespräch mit Klaus M. Beier und Isabel Schilg
- 278 „Wir schulden diesen Kindern Anerkennung“
Ulrike Baureithel im Gespräch mit Sabine Andresen

Anschrift der Redaktion

Rainer Alisch, Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité,
Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@dgsmtw.de

Anzeigen: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, D-12161 Berlin, Tel.: 0173 249 3575,
e-mail: sexuologie@dgsmtw.de

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2021

Lieferkonditionen (2021): Volume 28 (1 Band mit 4 Heften, Auslieferung in der Regel
in zwei Doppelheften)

Abopreise* (2021): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer
156,00 €; Einzelpersonen 90,00 €; StudentInnenabo 36,00 €, für Mitglieder der
Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft
ist ein Abonnement im Mitgliedsbeitrag enthalten

* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen
müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich exklusive Versandkosten.
Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum
geltenden Richtlinien erhoben. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre
Umsatzsteuer Nummer anzugeben.

Abonnements: Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Se-
xualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin,
Tel.: 030 / 450 529 302 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@dgsmtw.de
Kündigung von Abonnements: Abonnements laufen jeweils für ein Kalenderjahr und
werden unbefristet bis auf Widerruf verlängert, falls nicht bis zum 31. Oktober des
Jahres gekündigt wird.

Bankverbindung: Deutsche Ärzte und Apothekerbank, Account No. 010 8784647
(BLZ 300 606 01);

IBAN: DE40 30060601 0108784647; BIC/SWIFT: DAAEDED

Bitte geben Sie bei der Zahlung Ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urhe-
berrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis der
Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft
ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies
beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen
Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterlei-
tung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline).
Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die
Neuzusammenstellung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere
Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis von der Akademie eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch · www.rainer-alisch.de

Coverfoto, Privatbesitz

Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft bzw. auf Recyclingpapier aus 100%
Altpapier gedruckt

Die Redaktion war bemüht, sämtliche Rechteinhaber von Abbildungen zu ermitteln.
Sollte dennoch der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das
branchenübliche Honorar gezahlt.

Druckerei, Bindung: Faszination Media+Event GmbH Weimar

(∞) Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt
wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier).
Hergestellt in Deutschland Alle Rechte vorbehalten.

© Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie
und Sexualwissenschaft



Zehn Jahre Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

Brigitte Zypries

„lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist“ war der gesprochene Text eines Spots, auf den ich im Jahr 2005 während einer U-Bahn-Fahrt in Berlin aufmerksam wurde. Er richtete sich an Menschen mit pädophiler Neigung, die sich freiwillig auf ein anonymes und schweigepflichtgeschütztes Therapieangebot der Charité melden konnten. Der Link führte zum dortigen Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, wo das Forschungsprojekt *Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld* seinen Anfang nahm. Nicht wenigen missfiel dieser Slogan, weil sie Pädophilie mit sexuellem Kindesmissbrauch gleichsetzten. Und tatsächlich ist dies eine weit verbreitete Fehlannahme, welche die erhebliche Stigmatisierung dieses Störungsbildes ersichtlich macht: Wer eine sexuelle Ausrichtung auf das kindliche und nicht auf das erwachsene Körperschema aufweist, wird – früher oder später – Kinder sexuell missbrauchen oder hat es schon getan. Eine Verhaltensabstinenz, also eine Beschränkung der sexuellen Interessen auf die Fantasie, scheint den meisten nicht vorstellbar.

Wir haben viel zulange außer Acht gelassen, dass es sich bei der Pädophilie – gemäß der Weltgesundheitsorganisation – um eine psychische Störung handelt, die auch mit einer Fremdgefährdung einhergehen kann. Letzteres ist umso mehr zu befürchten, je stärker die Betroffenen durch psychische Symptome belastet sind, etwa durch eine Depressions- oder eine Angstsymptomatik, welche die soziale Isolation begünstigt und dadurch insbesondere das Risiko einer Nutzung von Missbrauchsabbildungen erhöht. Das Dunkelfeldprojekt war erfolgreich und zeigte eindeutig, dass sich Männer mit pädophiler Neigung erreichen lassen, wenn man sie nicht sofort verurteilt, sondern ihnen Hilfe anbietet, damit sie eine sichere Verhaltenskontrolle aufbauen können.

Als Bundesministerin der Justiz habe ich dann die Abgeordneten des Deutschen Bundestages davon überzeugen können, dass es sich lohnt, für diese neue Form des Kinderschutzes ab 2008 Bundesmittel bereitzustellen. Das Argument, dass der beste Schutz der Kinder erreicht wird, wenn potentielle Täter sich behandeln lassen und damit nicht zu Tätern werden, hat alle beteiligten Abgeordneten überzeugt. Der Bundestag hat die Förderung 2011 und 2014 dankenswerterweise jeweils verlängert. Seit 2011 war das zusätzliche Ziel, den Präventionsansatz über Berlin hinaus auch in den anderen Bundesländern zu etablieren.

Auch dies war – begünstigt durch das kontinuierliche Engagement von Prof. Beier – erfolgreich: Mittlerweile gibt es insgesamt 13 Anlaufstellen in Deutschland. 11374 Personen hatten sich bis zum 31.12. 2020 dort gemeldet und um Hilfe gebeten.

Die Politik war allerdings gleichfalls nicht untätig: Sie hat dafür gesorgt, dass die Diagnostik und Therapie des Störungsbildes nunmehr im Gesundheitssystem verankert wurde: Seit Anfang 2018 wird die Therapie im Netzwerk *Kein Täter werden* als Gesundheitsleistung anerkannt und finanziert.

Das ist gut und richtig, wird dadurch doch die Pädophilie wie jede andere krankheitswertige psychische Störung anerkannt. Das Modellvorhaben nach § 65d des Fünften Sozialgesetzbuches, mit dem die Kosten der Behandlung von den Kassen übernommen werden, haben Bundestag und Bundesrat dankenswerterweise gerade bis zum Jahr 2025 verlängert. Das ist auch gut und richtig, aber diesem Schritt muss nun der entscheidende folgen: Die dauerhafte Integration der Leistung in die Regelversorgung. Ich sehe dabei durchaus das Problem der Kontrolle, da es sich ja in aller Regel um anonyme Behandlungen handelt. Aber: Menschen mit päd- oder hebephiler Neigung sind einer großen Stigmatisierungsgefahr ausgesetzt, sie haben Schuld-, Angst- und Schamgefühle. Wir müssen sie erreichen und ihnen Hilfe bieten, um unsere Kinder zu schützen. In dem Netzwerk *Kein Täter werden* können sie sicher sein, dass sie ihren Klarnamen nicht offenbaren müssen, dass sie also unerkannt bleiben.

Die enorme Bedeutung von niedrigschwelligen anonymen Präventionsangeboten hat auch der Erfolg des internetbasierten Selbstmanagementprogramms *Troubled Desire* gezeigt. Das Programm ist auf Deutsch, Englisch, Französisch, Hindi, Marathi, Portugiesisch, Spanisch, Russisch und Türkisch online verfügbar. Innerhalb von 30 Monaten haben 7496 Nutzer aus insgesamt 87 Ländern eine Online-Session begonnen. 4161 Nutzer haben die Diagnostik vollständig abgeschlossen. Gerade im Internet sind Hilfsangebote wichtig, denn hier ist doch der Platz, wo zunehmend mehr kinderpornographisches Material getauscht und gekauft wird. Die letzten erfolgreichen Aktionen der Strafverfolgungsbehörden haben gezeigt, welche Unmengen von Bildern im Netz kursieren und in der seit einhalb Jahren grassierenden Pandemie sind die Zahlen nochmals hochgegangen. Denn – wie bereits erwähnt – die soziale Isolation begünstigt die Nutzung von Missbrauchsmaterialien.

Den zuletzt rechtspolitisch auf den Weg gebrachten Strafverschärfungen – eine Nutzung von Missbrauchsabbildungen wird zukünftig als Verbrechen bewertet – müsste nun auch ein erkennbares Engagement in der Prävention zur Seite gestellt werden: Repression allein wird nicht die Veränderungen bewirken, die allseits als erforderlich angesehen werden. Hierzu bedarf es einer deutlichen Bereitstellung von Ressourcen – auf nationaler und internationaler Ebene. Dies betrifft auch das *Hellfeld*: Lange Bearbeitungszeiten in der Analyse von beschlagnahmten Datenträgern sowie erhebliche Zeiträume vom Anfangsverdacht bis zum Abschluss eines Strafverfahrens sind

mittlerweile die Regel. Hinzu kommt, dass justizbekannt gewordene Täter derzeit nur zu einem kleinen Prozentsatz (je nach Delikt zwischen 5 und 15 %) und dann auch einer nur bedingt qualitätsgesicherten Begutachtung zugeführt werden.

Dies führte in der Öffentlichkeit bei medial aufgegriffenen Fällen internetbasierter Sexualkriminalität nachvollziehbar zu Unverständnis, insbesondere wenn es sich um bereits justizbekannte Täter handelte, die einschlägig rückfällig geworden sind und prognostisch offensichtlich unzureichend eingeschätzt wurden (vgl. der Fall „Lügde“).

Hier sind viele sinnvolle Verbesserungen denkbar: Das reicht von der Erhöhung der Begutachtungsquote bei Ange-

klagen, der Vermittlung von Therapieangeboten speziell für Nutzer von Missbrauchsmaterialien auch im *Hellfeld* bis zur Entwicklung von automatisierten Verfahren zu (Früh-)Erkennung strafrechtlich relevanter Vorgänge im Internet mit Ausschöpfung von Präventionsmöglichkeiten – eben durch Hinweise auf die bestehenden anonym zugängliche Therapieangebote. Hier sind auch die großen IT-Firmen in der Verantwortung, aus der sie die Politik nicht entlassen darf.

Alle meine guten Wünsche für eine weitere große Verbreitung des Netzwerks *Kein Täter werden* und viele Klickzahlen für *Troubled Desire* – denn der Wunsch, dass diese Angebote überflüssig werden könnten, gehört leider in das Reich der Fiktion.

Sexualisierte Gewalt an Kindern analog und digital stoppen!

Die Anzeigen für sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern steigen jährlich an. Ein Großteil der Taten kommt nie ans Licht und die Taten an Kindern sind facettenreich grausam und bisweilen erschreckend professionell organisiert. Es braucht konsequente Strafverfolgung und kompetente Prävention aus allen Blickwinkeln des Kinderschutzes. Aus diesem Grund engagiert sich unsere Deutsche Kinderschutzstiftung *Hänsel+Gretel* seit 2005 als erste und damals einzige deutsche Kinderschutzorganisation als aktiver Partner des Dunkelfeldprojektes *Kein Täter werden*. Es reichte uns damals wie heute nicht, über das große *Dunkelfeld* zu sprechen und es in gewisser Hinsicht auch als Legitimation der eigenen Arbeit zu verstehen, ohne substanzvoll etwas daran ändern zu wollen.

Die Deutsche Kinderschutzstiftung *Hänsel+Gretel* begleitet das *Kein Täter werden*-Projekt aktiv, unter anderem durch die Einrichtung und Finanzierung des Projektbeirates. Zudem tragen wir dazu bei, dass die Perspektive des Kinderschutzes „aus Sicht des Kindes“ immer zentral ist. Wir gestalten in diesem Sinne auch die nationale und internationale Zukunft des Projektes mit. Neben der einführenden Projektkampagne und der Etablierung der sexualmedizinischen Ambulanzen in den Ländern war ein entscheidender Meilenstein zur nachhaltigen Etablierung dieses innovativen Präventionsansatzes in der bundesweiten Versorgungsstruktur die Initiative der Ehrenvorsitzenden von *Hänsel+Gretel*, Barbara Schäfer-Wiegand mit dem Ziel einer Aufnahme dieses präventiven Therapieansatzes in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen. In jeder Schulklasse sind statistisch betrachtet zwei Kinder betroffen. Im Jahr 2020 wurden in der polizeilichen Kriminalstatistik 14.500 Fälle von Kindesmissbrauch erfasst. Um 53 % auf 18.761 Fälle sind die Zahlen bei Missbrauchsabbildungen, sog. Kinderpornografie dramatisch angestiegen.

Sexuelle Gewalt an Kindern wird niemals ganz gestoppt werden, das ist die traurige Wahrheit. Allerdings kann und

muss sie eingedämmt werden, indem Forschung und Praxis, global und vor Ort zusammenwirken, um Kinder besser zu schützen. Dazu gehören insbesondere qualifizierte und flächendeckende Maßnahmen der Täterprävention – am besten unter möglichst aktiver Nutzung des Internets, weil sich ein immer größerer Anteil der Sexualkriminalität online ereignet oder angebahnt wird, wie die steigenden Zahlen des sogenannten Groomings zeigen.

Das Hilfsangebot des Präventionsnetzwerkes verfolgt, genau wie Maßnahmen in Kitas und Schulen, das Ziel, sexualisierte Gewalt an Kindern zu verhindern, denn jede verhinderte Tat schützt mindestens ein Kind. Die Arbeit des Präventionsnetzwerkes fußt auf psychotherapeutischen und sexualmedizinischen Grundlagen.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass durch das Behandlungsprogramm Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch reduziert werden können.

Für unsere Deutsche Kinderschutzstiftung *Hänsel+Gretel* ist und bleibt jede Anstrengung wert, über die Arbeit mit pädophil veranlagten Menschen Taten zu verhindern und dadurch Kinder zu schützen.

Deutsche Kinderschutzstiftung *Hänsel+Gretel*

Günter Mächtle, Stiftungsvorstand und Mitglied des Projektbeirates *Kein Täter werden*

Beirat der Deutschen Kinderschutzstiftung *Hänsel+Gretel*

Jerome Braun, Günter Mächtle, Klaus Dittko, Monika Egli-Alge, Adrian Koerfer, Sigrid Richter-Unger, Dagmar Reim, Dr. Johannes Fechner, Dr. Jan-Marco Luczak, Prof. Dr. Marc Graf, Prof. Dr. Heinz Schöch, Prof. Dr. Renate Schepker
Ehemals: Frau Dr. Eva Högl

Anonyme Behandlungsangebote in der Regelversorgung

Klaus M. Beier, Tillmann Krüger (Sprecher des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*)

Der ursprünglich am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahre 2005 initiierte verursacherbezogene Ansatz zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs mündete im Jahre 2011 in die Gründung des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* ein, das mittlerweile mit 13 Standorten in Deutschland vertreten ist und seit 2018 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) auf der Grundlage einer neuen gesetzlichen Regelung im Fünften Sozialgesetzbuch finanziert wird. Danach sind „mit insgesamt fünf Millionen Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Leistungserbringer [zu finanzieren], die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln. Förderungsfähig sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die ein freiwilliges Therapieangebot vorhalten und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als förderungsfähig anerkannt werden.“ Dabei wird ausdrücklich dargelegt, „dass die Anonymität der Patienten zu gewährleisten ist. Die Anonymität darf nur eingeschränkt werden, soweit die Patienten dazu ihre Einwilligung erteilen.“ (Vgl. § 65d SGB V, Abs. 1)

Diese – weltweit einmalige – gesetzliche Grundlage für die verursacherbezogene Prävention sexueller Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen hat zwei Wurzeln: Zum einen hat die kontinuierliche Inanspruchnahme der Behandlungsangebote, die sich auf Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz richteten, die eigenmotiviert, d.h. ohne justiziellen Druck, therapeutische Hilfe suchten, der Öffentlichkeit und damit auch der Politik vor Augen geführt, dass die Zielgruppe wesentlich größer ist, als die allermeisten angenommen hatten und darüber hinaus nicht wenige offenbar einen Leidensdruck verspürten, der den Wunsch nach fachlicher Hilfe verständlich machte. Dies wiederum führte zweitens dazu, dass sich die Perspektive von der juristischen Betrachtung und der Ausrichtung auf das Hellfeld immer stärker zu einer klinisch-medizinischen wandelte, wonach die Pädophilie als Störungsbild gemäß den internationalen Klassifikationssystemen, insbesondere dem ICD der Weltgesundheitsorganisation nach definierten Kriterien einzuordnen ist und damit viel stärker als bisher dem Aufgabenbereich des Gesundheitssystems zuzuordnen ist. Damit einhergehend gaben auch die Prävalenzzahlen aus epidemiologischen Untersuchungen zur Häufigkeit der pädophilen Sexualpräferenz Anlass diese zumindest innerhalb der männlichen Bevölkerung mit einer Größenordnung von 1 % als relevante Problematik anzusehen, die nicht nur einen Schlüssel zum Verständnis des sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen im Dunkelfeld zu geben vermochte, sondern zugleich ein plausibles Konzept eröffnete, wonach die Behandlung einer psychischen Störung nicht nur die psychische

Gesundheit Betroffener und deren soziale Integration, sondern auch die möglicherweise mit der Störung verknüpfte Fremdgefährdung in einem positiven Sinne zu beeinflussen vermochte.

Mit Hilfe einer von Beginn an professionell beratenen und bis zum heutigen Tag vom Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz geförderten Öffentlichkeitsarbeit (vgl. den Beitrag von von Heyden und Stockmann) sind die hohen Inanspruchnahmezahlen der verschiedenen Projekte auch Ausdruck von Synergieeffekten zwischen Wissenschaft, klinischer Arbeit, aufgeschlossenen Medien und unterstützungsbereiter Politik.

So wurden für das anonyme Präventionsangebot für Erwachsene seit Projektbeginn (1. Juni 2005) bis Ende des Jahres 2020 am Gründungsstandort in Berlin 3.297 Kontakte registriert (telefonisch, per E-Mail), von denen 1.467 die Diagnostik vollständig abgeschlossen hatten und 738 ein Therapieplatz angeboten wurde. Die Betroffenen stammten aus allen sozialen Schichten, wussten im Schnitt seit dem 22. Lebensjahr um ihre sexuelle Neigung, kamen aber erst im Alter von durchschnittlich 38 Jahren ins Projekt. Nachdem mittlerweile das Konzept bundesweit etabliert wurde und an allen 13 Standorten des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* ein auf erwachsene Menschen ausgerichtetes kostenloses und durch Schweigepflicht geschütztes diagnostisches und therapeutisches Angebot für Individuen mit einer Pädophilie vorgehalten wird, ließ sich die Inanspruchnahme des Angebots bis Ende des Jahres 2020 mit über 11.374 Kontaktaufnahmen verdreifachen, von denen 4.229 diagnostisch vollständig erfasst und 2.314 ein Therapieangebot unterbreitet werden konnte (vgl. den Beitrag von Kuhle et al.).

Das *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ) am Berliner Standort erreichten seit der Gründung im Jahr 2014 bis zum Dezember 2020 insgesamt 357 Anfragen, wobei es sich mit einer Ausnahme um männliche, durchschnittlich 15-jährige Jugendliche handelte. Die Anfragen stammten aus dem gesamten Bundesgebiet. Insgesamt haben 177 (männliche) Jugendliche die Eingangsdiagnostik vollständig abgeschlossen und 102 Jugendlichen wurde ein Therapieangebot unterbreitet (vgl. den Beitrag von Schlinzig et al.). Hinzu kommen die durch diese Projekterfahrungen und -kenntnisse angestoßenen Weiterentwicklungen.

Zum einen die mit Unterstützung des Landes Sachsen-Anhalt etablierte anonyme Fernbehandlung für nicht justizbekannte Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz, die eigenmotiviert Hilfe suchen und – wie erwartet – niedrigschwellige Angebote bevorzugt in Anspruch nehmen. Dies war durch die Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2018 möglich geworden und soll sich auf noch nicht versorgte Gebiete konzentrieren. Ein Pilotprojekt hierzu wird im Zeitraum 1.05.2020 bis zum

31.12.2021 vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt unter dem Projekttitel „Prävention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot“ finanziell gefördert. Seit Projektbeginn (Mai 2020) bis November 2020 hatten sich 32 Erwachsene und 3 Jugendliche gemeldet (vgl. den Beitrag von Schweder und Kreuzmann).

Zum anderen wurde ein weiteres niedrigschwelliges Angebot entwickelt: Das internetbasierte Selbstmanagementprogramm *Troubled Desire*, das auf Deutsch, Englisch, Französisch, Hindi, Marathi, Portugiesisch, Spanisch, Russisch und Türkisch online verfügbar ist. Innerhalb von 30 Monaten (zwischen dem 25.10.2017 und dem 25.04.2020) haben 7.496 Nutzer aus allen Kontinenten (insgesamt aus 87 Ländern) eine Online-Session begonnen. 4.161 Nutzer haben die Diagnostik vollständig durchlaufen, bei ca. 80 % besteht eine pädophile und/oder hebephile Sexualpräferenz (vgl. den Beitrag von Gieseler et al.).

Dies macht bereits deutlich, dass die verursacherbezogene Primärprävention sexuellen Kindesmissbrauchs auch international Resonanz erzeugt und zu entsprechenden Kooperationen geführt hat (vgl. den Beitrag von Beier und von Heyden).

Gleichwohl bedarf es der sorgfältigen wissenschaftlichen Aufbereitung der Präventionsangebote, wofür im Absatz 2 des § 65d SGB V entsprechende Voraussetzungen geschaffen wurden. Darin heißt es: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung ist die Erreichung möglichst hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit der Therapieangebote nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der pädophilen Sexualstörungen.“

Auch wenn mit einem abschließenden Bericht seitens der von GKV-SV mit der Evaluation beauftragten Forschungseinrichtung (Professur für Klinische Psychologie, Prof. Mühlig, TU Chemnitz) erst im Jahr 2022 zu rechnen ist, liegen Zwischenergebnisse aus standortbezogenen Evaluationen vor, die zum einen die Verbesserung der psychischen Gesundheit bei den Betroffenen (vgl. den Beitrag von Konrad et. al) sowie komorbide Störungen und spezielle Versorgungsangebote (vgl. den Beitrag von Freitag et. al), zum anderen die Drop-Out-Analyse und Follow-Up-Daten (vgl. den Beitrag von Scherner und Gieseler) zum Thema haben. Über die methodischen Schwierigkeiten für die wissenschaftliche Forschung in dem Themengebiet gibt der Beitrag von Amelung und Grundmann Aufschluss.

Bezüglich der Präventionsarbeit mit Jugendlichen ist wiederum auf eine besonders gefährdete Gruppe hinzuweisen: Intelligenzgeminderte Jugendliche mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema, für die es einer besonderen Wohnrichtung bedarf, die es bislang in Deutschland nicht gibt (vgl. den Betrag von Schuler et. al).

Die Darstellung klinischer Fallkonstellationen runden den Gesamtüberblick in diesem Sonderheft ab und sollen dazu beitragen, einen Eindruck von der Breite des erforderlichen Behandlungsangebotes zu vermitteln und zugleich das Erfordernis zu verdeutlichen, diese Angebote zu einem festen Bestandteil der Regelversorgung zu machen.

Dafür wird es allerdings erforderlich sein – eine positive Evaluation des Modellvorhabens vorausgesetzt – gesundheits- sowie ggf. auch rechtspolitische Lösungen für die Überführung anonymer Behandlungsangebote in die Regelversorgung zu finden, zumal das Modellvorhaben selbst maximal bis zum Jahr 2025 verlängerbar ist und der Bundesrat in seiner Sitzung am 25. Juni 2021 dieser Verlängerung bereits zugestimmt hat.

Eine entsprechende gesundheitspolitische Lösung müsste so ausgerichtet sein, dass die Krankenkassen und damit die Solidargemeinschaft sicher sein können, dass die dafür vorgehaltenen Mittel auch bei den Betroffenen ankommen und insofern eine Überprüfbarkeit zumindest in gewissem Umfang gewährleistet ist.

Dies könnte beispielsweise durch eine notarielle Beglaubigung der Übereinstimmung zwischen der Person, die real gesehen wird, und der Versichertenkarte geschehen, ohne dass für den/die Notar:in über die Gesichtserkennung hinausgehende Informationen verfügbar sind. Dies könnte man nach einigen Sitzungen, wenn Vertrauen aufgebaut wurde, initiieren und diesen Beleg der Kasse einreichen.

Vorstellbar wäre aber auch ein *Online-Ident-Verfahren*, ähnlich der notariellen Variante, aber eben Online. Von Vorteil wäre es, eine solche Prüfung über die GEMATIK zu organisieren, d.h. eine dafür entwickelte Telematik-Infrastruktur vorzuhalten, so dass über einen Anbieter, dem die Kassen vertrauen, diese Verifikation vorgenommen wird.

Mit dem Beleg der Verifikation können die Betroffenen das Behandlungsangebot dann in Anspruch nehmen – bei von den Kassen zertifizierten Anbietern dieser Leistung, die dafür entsprechend vergütet werden.

Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* wird auch zukünftig dazu beitragen, die klinischen und wissenschaftlichen Anknüpfungspunkte für die politischen Entscheidungsfindungen zu liefern und dankt *allen bisherigen Mitarbeiter:innen und Förderern*.

Mitarbeitende und Fördernde des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden**

Clara Sophie Stockmann

Bamberg	Bayerisches Ministerium für Justiz Sozialstiftung Bamberg Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Charlotte Arend, Christiane Bauer, Dr. Ralf Bergner-Köther, Lea Blankenmeyer, Kim David, Afra Fischer, Max Günther, Prof. Dr. Göran Hajak, Franziska Klein, Dr. Jan H. Peters
Berlin	Berliner Senat Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Bundesministerium für Senioren, Frauen und Jugend Deutsche Kinderschutzstiftung Hänsel+Gretel Volkswagenstiftung Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Dr. Christoph J. Ahlers, Rainer Alisch, Dr. Till Amelung, Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier, Dr. Pichit J. Buspavanich, Dr. Christiane Cordes, Madelaine Dimitrowa, Tilla Eichenhauer, Steven Feelgood, Dr. Stefan Feistbauer, Dr. Torsten Freitag, Saskia Fuchs, Dilek Gencçagi, Hannes Gieseler, Dr. Lazaros Giousmpasis, Henrik Godmann, Dr. David Goecker, Anna Groll, Dr. Dorit Grundmann, Dr. Laura Hatzler, Franz Henkel, Zeev Hille, Elena Hupp, Corinne Kaszner, Michel Knöbl, Dr. Anna Konrad, Dr. Stephanie Kossow, Sophia Krügel, Dr. Laura Kuhle, Laura T. Legeland, Lea Ludwig, Ingrid Mundt, Umut Özdemir, Pierre Pantazidis, Dr. Alfred Pauls, Andreas Peter, Sina Pollmann, Lina Reuber, Gerard A. Schaefer, Gerold Scherner, Eliza Schlinzig, Miriam Schuler, Horst Schütz, Dr. Stefan Siegel, Clara Stockmann, Sabine Teßner, Hannes Ulrich, Maximilian von Heyden, Jens Wagner, Tillmann Wagner
Düsseldorf	Ministerium für Kultur und Wissenschaft Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Lara Albrecht, Jennifer Bockhoff, Sarah Brümmer, Kirsten Dammertz-Hölterhoff, Wiebke Driemeyer, Marie Erdorf-De Vilder, Lena Ernst, Luisa Ernsten, Prof. Dr. Matthias Franz, Prof. Dr. Hans-Christoph Friedrich, Neele Grimm, Julia Grote, Robin Haas, Laura Janßen, Carolin Jungbluth, Dr. André Karger, Dr. Cordula Kehlenbach, Olga Kornienko, Mirko Kupresak, Anne Lück, Carsten Müller, Helen Plein, Janina Reichhö- fer, Peter Richter, Maria Rocio Sanchez Ramirez, Stella Rosen- baum, Nathalie Schmid, Franca Schultz, Britta Schumacher, Ilinca Serbanescu, Susanne Spoo, Pr.f. Dr. Dr. Wolfgang Tress, Andreas Venus, Sarah Wefers, Marlit Wenzel, Solveig Wittfoth
Gießen	Deutsche Kinderschutzstiftung Hänsel+Gretel Hessisches Ministerium der Justiz Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Dr. Secil Akinci, Prof. Dr. Johannes Kruse, Jennifer Müller, Johannes Schmid, Stephanie Thiel, Linda Weyermann, Francine Wildschut
Hamburg	Behörde für Justiz und Gleichstellung der Freien und Hansestadt Hamburg Kinderschutzzentrum Hamburg Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Prof. Dr. Peer Briken, Annika Flöter, Dr. Pia Hollerbach, Vivian Jückstock, Anna Kalt, Dr. Reinhardt A. Kleber, Dr. Ute Lampalzer, Melina Scheuffgen, Stefanie Schmidt, Samantha Schröder, Annet van der Sande, Fritjof von Franqué, Martin Zandanel

* **Danksagung:** Wir danken allen aktuellen und ehemaligen Mitarbeitenden und Fördernden.

Hannover	Deutsche Kinderschutzzstiftung Hänsel+Gretel Landkreise Osnabrück und Lüneburg Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) Stroer Volkswagenstiftung	Agnès Bechinie, Marie Carstensen, Claas de Boer, Madelaine-Rachel Dering, Clemens Dickhut, Dr. Jannis Engel, Prof. Dr. Uwe Hartmann, Sara Horoz, Yasemin Horoz, Dr. Constanze Jakob, Andrea Kessler, Caroline Köllner, Carolin Köppe, Mandy Körner, Prof. Dr. Tillmann Krüger, Lissa Meiburg, Carolin Meyer, Susann Pieper, Miriam Spenhoff, Martin Ukat, Maria Veit, Antonia Wächter, Jasper Wirtz
Kiel	Ministerium für Justiz, Europa und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein Deutsche Kinderschutzzstiftung Hänsel+Gretel Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Prof. Dr. Hartmut A. G. Bosinski, Dr. Martin Budde, Dr. Hannah Gerwin, Prof. Dr. Christian Huchzermeyer, Kirstin Link-Benedict, Julia Paetzel, Prof. Dr. Jorge Ponseti, Dr. Leif Trampenau
Leipzig	Medizinische Fakultät Universität Leipzig Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Nicole Mauche, Julia Nentzl, Dr. Carla Pohlink, Prof. Dr. Henry Alexande, Prof. Dr. Peter Schönknecht, Susanne Zeller
Stralsund	Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg- Vorpommern Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Dr. Dr. Michael Gillner, Henriette Hübner, Anja Jesse, Florian Linß, Dr. Dirk Rösing, Dr. Katharina Rösing, Kristin Wenzel
Mainz	Bistum Mainz Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Deutsche Kinderschutzzstiftung Hänsel+Gretel Evangelische Kirche in Hessen und Nassau Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Amelie Angermann, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel, Tamara Bockshammer, Serafima Gelfgat, Dr. Lea Höltge, Dr. Caroline M. Marx
München	Bayerisches Staatsministerium der Justiz	Dr. Agnieszka Chrobok, Ariane Macias de la Rosa, Hannah Müller, Dr. David Popovic, Prof. Dr. Kolja Schiltz, Dr. David Schneider, Susanne Schobel, Maximilian Wertz
Regensburg	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Dr. Matthias Butz, Dr. Janina Neutze, Prof. Dr. Michael Osterheider, Dr. Petya Schuhmann, Dr. Anja Schulz
Sachsen- Anhalt	Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt	Julia Brito Rozas, Iron Hahn, Anna Kreutzmann, Clara Niemann, Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier, Katharina Schweder
Ulm	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, Baden-Württemberg Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Dr. Federica Akkaya, Prof. Dr. Harald Gündel, Maximilian Kempf, Jamie Knoblauch, Dr. Alexandra Kranzeder, Matthias Möhrle, Elisabeth Quendler, Rosemarie Schmidt-Altrichter, Joachim Schreijäg
Beirat des Präventions- netzwerks	Deutsche Kinderschutzzstiftung Hänsel+Gretel	Jerome Braun, Dr. Eva Högl, Günter Mächtle, Klaus Dittko, Monika Egli-Alge, Adrian Koerfer, Sigrid Richter-Unger, Dagmar Reim, Dr. Johannes Fechner, Dr. Jan-Marco Luczak, Prof. Dr. Marc Graf, Prof. Dr. Heinz Schöch, Prof. Dr. Renate Schepker

Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk

Kein Täter werden

Maximilian von Heyden, Clara Sophie Stockmann

Health Communication in the Prevention Network *Kein Täter werden*

Abstract

The article describes the theoretical and conceptual background and the objectives of patient recruitment and health communication strategies applied in the prevention network *Kein Täter werden* (*don't offend*), which aims to reach people with pedophilia/hebephilia who are unknown to the justice system. The methodology, contents, and channels for influencing the participation in the preventive-therapeutic program are explained through practical examples. Furthermore, results are presented, and opportunities for further development are discussed against the background of the characteristics of the patient population reached.

Keywords: Pedophilia, Child sexual abuse, Help-Seeking, Mental health literacy, Stigma, Patient recruitment, *Prevention Project Dunkelfeld*

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt die Ziele, den theoretischen Hintergrund und die Konzeption der Maßnahmen zur Patientenrekrutierung und Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*, das sich an justizunbekannte Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz richtet. Die Methodik, Inhalte und Zugangswege zur Beeinflussung der Inanspruchnahme des präventiv-therapeutischen Angebotes werden anhand von Praxisbeispielen erläutert, Ergebnisse dargestellt und Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung vor dem Hintergrund der Merkmale der erreichten Patientenpopulation diskutiert.

Schlüsselwörter: Pädophilie, sexueller Kindesmissbrauch, Help-Seeking, Mental Health Literacy, Stigmatisierung, Patientenrekrutierung, *Präventionsprojekt Kein Täter werden*

Hintergrund

Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* ist ein Verbund vorwiegend universitärer klinischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, der nach gemeinsamen Standards ein kostenfreies und durch die Schweigepflicht geschütztes Therapieangebot für Menschen mit einer pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz (minor-attracted persons, MAPs)

anbietet und kontinuierlich weiterentwickelt. Ein Grundpfeiler des auf die Prävention dissexuellen Verhaltens¹ und die Förderung der psychischen Gesundheit und sozialen Integration ausgerichteten Konzepts ist die aktive Gesundheitskommunikation.

Diese wurde im 15-jährigen Betrachtungszeitraum des Artikels und insbesondere seit der konzeptionellen Beschreibung durch Wagner (2015) hinsichtlich der eingesetzten Instrumente und wissenschaftlichen Fundierung kontinuierlich weiterentwickelt, um den fortschreitenden gesellschaftlich-technologischen Wandel und neue Forschungsergebnisse zu antizipieren.

Auf struktureller Ebene wurde das Präventionsnetzwerk um weitere Standorte, eine zusätzliche Zielgruppe (Jugendliche mit sexueller Präferenzbesonderheit im Sinne einer Pädophilie) und neue Versorgungsformen (Fernbehandlung, Online-Selbstmanagement-Programm) erweitert und dessen Integration durch die weitgehend einheitliche Finanzierung und externe Evaluierung im Rahmen eines Modellvorhabens gemäß § 65d SGB V weiter verstärkt. Die mit dem Modellvorhaben zum 1. Januar 2018 realisierte Neuverortung des Angebotes von *Kein Täter werden* als Leistung des Gesundheitssystems hat die gesellschaftliche Legitimität und den doppelten Auftrag des therapeutischen Präventionsansatzes unterstrichen.

Auf gesellschaftlicher Ebene hat der Bedeutungsgewinn von Informations- und Kommunikationstechnologien einerseits zu einer weiteren Dynamisierung von dissexuellem Verhalten im Zusammenhang mit der Herstellung, Nutzung und Verbreitung von Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs geführt, andererseits auch neue Möglichkeiten der Patient:innenrekrutierung und -versorgung eröffnet (von Heyden & Beier, 2021). Unter Berücksichtigung der sich verdichtenden Evidenz hinsichtlich der Bedeutung von strukturellen und einstellungsbezogenen Zugangsbarrieren, insbesondere der ausgeprägten Fremd- und Selbststigmatisierung von Betroffenen (Jahnke, 2018; Levenson & Grady, 2019; Tomczyk et al., 2020), wurden die Strategien, Motive, Botschaften und Kanäle der Gesundheitskommunikation sukzessive erweitert.

¹ Dissexuelles Verhalten bezeichnet ein „sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen“ (Beier, 1995), daher sexuell motivierte Verhaltensweisen, die nicht im Einklang mit den erwartbaren Interessen des Gegenübers sind. In dem vorliegenden Artikel wird dies im Sinne des grenzverletzenden Verhaltens gegenüber Kindern, des sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen verwendet.

Ziel

Die Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* ist strukturell in die Säulen (1) Netzwerkarbeit, (2) Öffentlichkeitsarbeit, (3) Patient:innenrekrutierung und (4) Pressearbeit untergliedert und verfolgt primär das Ziel, die Inanspruchnahme des therapeutischen Angebotes zu steigern. Dies schließt auch die gezielte Reduktion der gesellschaftlichen Ächtung von MAPs mit ein, da sich die verhaltensunabhängige Stigmatisierung bei Betroffenen ungünstig auf das Hilfesuchverhalten, die psychische Gesundheit und das Risiko für sexuell grenzverletzendes Verhalten auswirken kann (Jahnke, 2018).

Konzeptioneller und theoretischer Hintergrund

Der folgende Abschnitt beschreibt die theoretischen Grundlagen der Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*, die vor dem Hintergrund der Vielfalt von Zielen und Zielgruppen nicht angemessen durch einen monothoretischen Bezugsrahmen dargestellt werden können. Die Formulierung des Logikmodells (Abbildung 1) wurde im Hinblick auf die Patientenrekrutierung unter Berücksichtigung prädisponierender, begünstigender und verstärkender Faktoren erarbeitet (Langlois & Hallam, 2010).

Hilfesuchverhalten, Stigma, Mental Health Literacy und Selbsthilfe

In den vergangenen Jahren hat sich der Kenntnisstand bezüglich der Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen weiter verdichtet, wobei zwischen einstellungsbezogenen und strukturellen Barrieren differenziert wird. Theoretische Hilfesuchmodelle postulieren einen mehrstufigen Prozess, der ausgehend von der Wahrnehmung und Bewertung von Symptomen, der Abwägung von Behandlungsoptionen bis hin zur Entscheidung über die Inanspruchnahme von Hilfe reicht (Cornally & Mccarthy, 2011). In einem systematischen Review wurden die bedeutsamsten einstellungsbezogenen Barrieren im Hilfesuchprozess identifiziert: erwartete oder wahrgenommene Scham, geringe Wirksamkeitserwartung (eigene Fertigkeiten, Wirksamkeit der Therapie), internalisiertes bzw. Selbststigma und behandlungsbezogenes Stigma (Clement et al., 2015). Weitere einstellungsbezogene Barrieren sind Sorgen in Bezug auf die Vertrauenswürdigkeit und Verschwiegenheit des Dienstleisters sowie mangelndes störungsspezifisches Wissen (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010). Strukturelle Barrieren umfassen die wahrgenommene und tatsächliche Verfüg-

barkeit, die wahrgenommene und tatsächliche Zugänglichkeit sowie die räumliche und zeitliche Distanz zwischen Betroffenen und Hilfsangebot (ebd.). In einer qualitativen Untersuchung nannten MAPs insbesondere Erfahrung von oder Furcht vor Stigmatisierung, Schamempfinden, Unverständnis von Fachkräften, fehlende Gemeinschaften (im Sinne von Selbsthilfe), Angst vor Verurteilung und Angst vor Strafanzeige als Barrieren im Hilfesuchprozess (Grady et al., 2019).

Sozial-kognitive Theorie, soziale Normen und „Framing“

Verschiedene Theorien sind geeignet, um kommunikative Maßnahmen zur Beeinflussung des Hilfesuchverhaltens von MAPs zu informieren. Die sozial-kognitive Theorie vermittelt einen Rahmen, der die Determinanten und psychosozialen Mechanismen der Wirkung von Medien auf menschliches Denken, Fühlen und Handeln erklären und die Entwicklung gesundheitsorientierter Kommunikationsmaßnahmen fundieren kann (Bandura, 2001, 2004). Eine Voraussetzung für Verhaltensänderung ist aus Sicht der sozial-kognitiven Theorie zunächst das Wissen darüber, mit welchen Konsequenzen Verhaltensweisen verbunden sind. Dies schließt auch das Wissen darüber mit ein, wie sich das Risiko von Konsequenzen reduzieren lässt, z.B. durch Aufnahme von Therapie. Wissen ist lediglich eine hinreichende Bedingung für bewusste Verhaltensänderung. Diese erfordert psychosoziale Fähigkeiten, von denen die wahrgenommene Selbstwirksamkeit einen bedeutsamen Mediator zwischen Wissen und Verhalten darstellt (Bandura et al., 1999). Deutliche Überschneidungen mit der sozial-kognitiven Theorie weisen die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985) und das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Rosenstock, 1974) auf, die ebenfalls die Bedeutung psychosozialer Faktoren bei gesundheitsbezogenem Verhalten hervorheben. Die Theorie des geplanten Verhaltens betrachtet soziale Normen als eine mehrerer bedeutsamer Verhaltensdeterminanten. Insbesondere die Korrektur normativer Fehlannahmen und soziale Appelle (Hinweis auf Konsequenzen eines Verhaltens für andere) können vor diesem Hintergrund als Teil effektiver präventiver Kommunikation (z.B. durch Re-„Framing“) ausgemacht werden (Dempsey, McAlaney & Bewick, 2018; Turner, 1991). „Frames“ (engl. für „Rahmen“) betonen Aspekte eines Sachverhaltes innerhalb einer Medienbotschaft und legen den Rezipierenden eine spezifische Deutungsweise nahe (Chong & Druckman, 2007). Bei der Ansprache der Allgemeinbevölkerung ist die Korrektur normativer Fehlannahmen geeignet, um zur Entstigmatisierung von psychischen Störungen und auch der pädophilen Sexualpräferenz beizutragen (Harper & Lieslesley, 2021; Yeh & Jewell, 2015). Das Transtheoretische Modell (Prochaska & Velicer, 1997) erweitert die Überlegungen zur kommunikativen Beeinflussung von Verhalten um die Annahme, dass Änderungsprozesse durch das Durchlaufen meh-

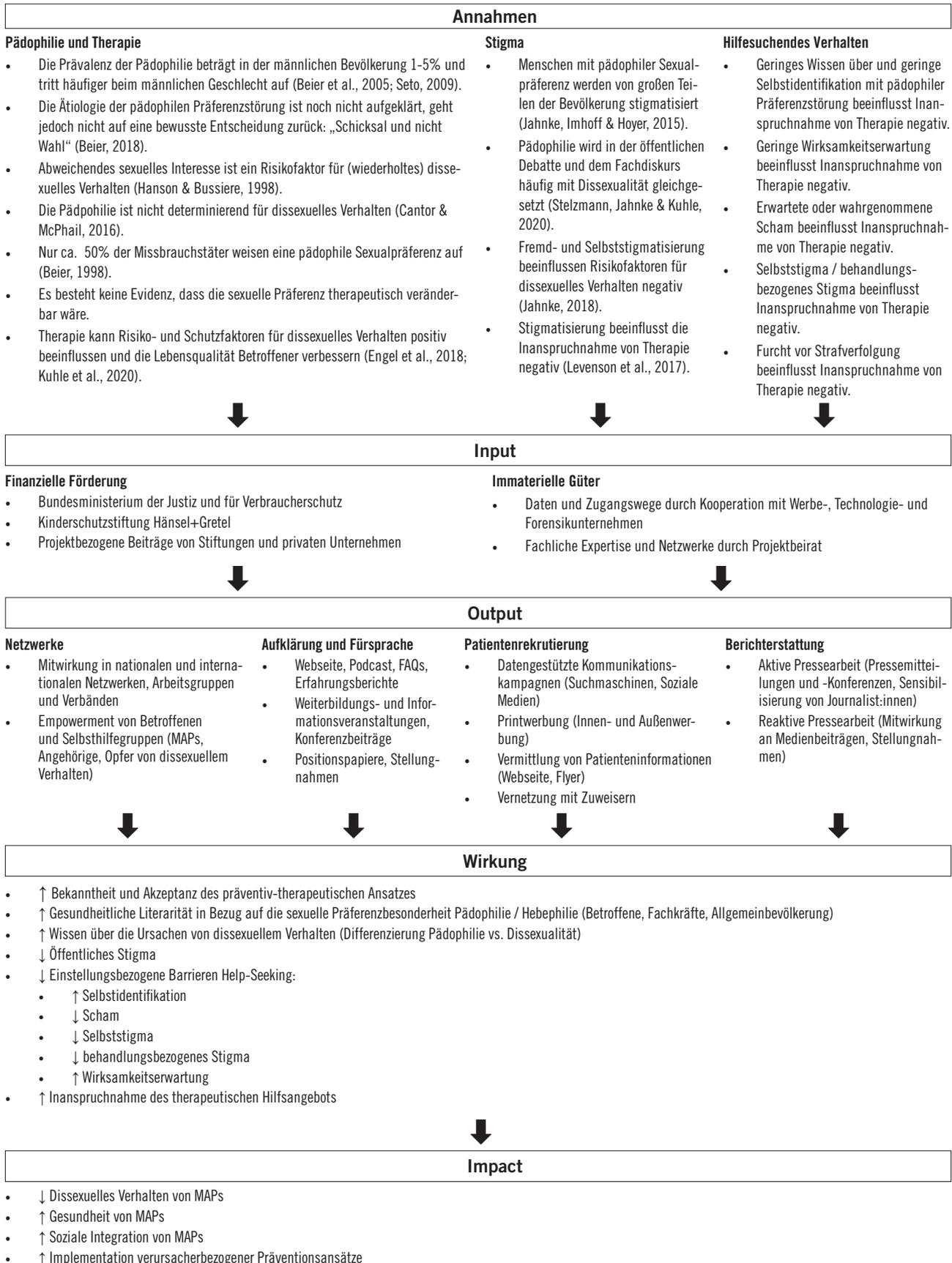


Abb. 1: Logikmodell der Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

rerer aufeinander aufbauender und qualitativ unterschiedlicher Phasen gekennzeichnet sind, die bei der Gesundheitskommunikation berücksichtigt werden sollten (vgl. Abb. 1)

Patient:innenrekrutierung – Methodik, Inhalte und Zugangswege

Eine erfolgreiche und evidenzbasierte Gesundheitskommunikationsstrategie sollte trotz der gestiegenen Bedeutung des Internets aus einer Kombination von Online- mit Offlinekanälen und -angeboten bestehen (Salaschek & Bonfadelli, 2020). Im Präventionsnetzwerk werden deshalb verschiedene Techniken und Inhalte eingesetzt und in Abhängigkeit von der Zielgruppe und dem Zugangsweg maßgeschneidert (Tabelle 1). Die Entwicklung von Inhalten und Botschaften erfolgt unter Abschätzung von potenziell negativen nicht-intendierten Effekten (Bonell et al., 2015; Meitz & Kalch, 2019) und des Einbezugs unterschiedlicher fachlicher Perspektiven. Insbesondere bei der Entwicklung von ebenfalls für die Allgemeinbevölkerung bestimmtem Kampagnenmaterial werden sowohl die Perspektiven von MAPs als auch von Betroffenen sexueller Gewalt im Prozess berücksichtigt, um z.B. das Stigmatisierungsrisiko bei MAPs und das Trigger-Potenzial bei posttraumatisch belasteten Personen zu reflektieren.

In den ersten Jahren des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* sowie des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden* waren die kommunikativen Maßnahmen (Ausstrahlung von Werbespots, Außenwerbung, Webseite) überwiegend unidirektional angelegt. Im Zuge des gesellschaftlich-technologischen Wandels hat die Bedeutung interaktiver Zugangswege durch den moderierten Einsatz sozialer Medien, die Durchführung von Online-Veranstaltungen und die Zusammenarbeit mit online organisierten Selbsthilfegruppen zugenommen (vgl. Abb. 2). Onlinekanäle eröffnen die Möglichkeit, MAPs und Subgruppen zielgerichtet z.B. in Selbsthilfeforen, durch datengestütztes Targeting in Suchmaschinen, sozialen Medien oder in Filesharing-Netzwerken anzusprechen (Abb. 3). Insbesondere zur Erreichung von Risikogruppen werden Kooperationen mit Technologiekonzernen gepflegt, die zur Implementierung von Interventionen (vgl. Abb. 3) angeregt oder dabei beraten werden. In Verknüpfung mit forensischen Erkenntnissen, die durch die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und in Deutschland tätigen Unternehmen gewonnen werden, können Risikogruppen (z.B. Nutzer von Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs) durch Online-Werbeinstrumente zielgerichtet erreicht werden (vgl. Abb. 4).

Eine weitere bedeutsame Strategie zur Erreichung von MAPs sind Personen aus dem medizinischen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Versorgungssystem, die durch Fachtagungen, Weiterbildungen sowie den regelmäßi-

Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin

"Ich hab' vor zwei Jahren mit einem Freund darüber gesprochen, und der hat nach längerer Zeit auch irgendwann zu mir gemeint, ich sollte anfangen, mir Hilfe zu suchen. Also wir saßen im Park ... auf ner Bank und ... ich ... ich sage zu ihm: „Hey, hör mal“ Was ich dir jetzt sage, ist krass unangenehm und ... ich weiß aber, dass du jemand bist, der sehr viel Verständnis hat ...“ Man holt dann irgendwie total aus und sagt: „Ja ich glaub, dass ich auf Kinder stehe...“

So lernen Pädophile mit ihrer Neigung umzugehen

KEIN-TÄTER-WERDEN.DE

So lernen Pädophile, mit ihrer Neigung umzugehen

"Ich hab' vor zwei Jahren mit einem Freund darüber gesprochen, und der..."

131.330 Erreichte Personen 23.418 Interaktionen

185 Reaktionen 71 Kommentare 21 Mal geteilt

Relevanteste zuerst

Wenn es einer schafft, mit pädophilen Neigungen über die Runden zu kommen, ohne sich an einem Kind zu vergehen, dann hat er meine Hochachtung. Niemand kann etwas für seine Neigungen - nur für seine Taten.

Gefällt mir · Antworten · Nachricht · 1 W 257 Reaktionen

6 Antworten · 29 Min

Hauptsache: Nicht Täter werden.

Gefällt mir · Antworten · Nachricht · 2 W 102 Reaktionen

Abb. 2: Beispiel für eine positiv verstärkende Interaktionsdynamik in Reaktion auf eine Facebook-Rekrutierungskampagne

gen Versand von Informationsmaterialien über das Störungsbild und das Versorgungsangebot des Präventionsnetzwerks informiert werden.

Ergebnisse und Qualitätsentwicklung

Die Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* wurde nicht als Interventionsstudie konzipiert, sondern ausgehend von der bereits etablierten Öffentlichkeitsarbeit im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (Wagner, 2015) entwickelt. Eine netzwerkweite Evaluation der Maßnahmen zur Patientenrekrutierung erfolgt im Rahmen des bis zum 31.12.2025 fortdauernden Modellvorhabens nach § 65d SGB V und ist nicht Gegenstand dieses Artikels.

Tab. 1: Beispiele für Maßnahmen der Patientenrekrutierung im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

Technik der Verhaltensänderung*	Zielgruppe	Zugangswege	Beispiel
1. Bereitstellung von Informationen über die Konsequenzen von sexuellem Kindesmissbrauch (SKT)	MAPs, Nutzer von Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs	Suchmaschinen, Filesharing-Netzwerke (bei Eingabe von missbrauchsabbildungsbezogenen Suchbegriffen, Abruf von vermeintlichen Missbrauchsabbildungen)	Spot: „Haben Sie den Wunsch im Internet Kinderpornografie anzuklicken? Ihr Wunsch ist kein Missbrauch. Aber das Anklicken ist Missbrauch. Nutzung von Kinderpornografie macht immer mehr Kinder zu Opfern. Kinder haben ein Recht auf Schutz. Ihre Familie auch. Kein Täter werden. Auch nicht im Netz. Eine Therapie kann helfen.“
2. Bereitstellung von Informationen über positive Konsequenzen der Inanspruchnahme von Therapie (SKT)	MAPs	Webseite, Werbung in sozialen Medien	Informationen für MAPs auf Webseite Patientenberichte, Patienteninterviews, Film „STIGMA“
3. Bereitstellung von Informationen über die Zustimmung anderer (SKT)	MAPs	Pressekonferenz, Webseite, Werbung bei sozialen Medien	Pressemitteilung: „Anonyme Therapien für Pädophile werden Kassenleistung.“ Vermittlung normativer Botschaften: „11.374 Menschen haben sich bereits an uns gewendet“
4. Anleiten (SKT, TT)	MAPs	Webseite, datengestützte Werbung in sozialen Medien	Patientenberichte in Stadien: Kinder begehren, vor der Therapie, in der Therapie, nach der Therapie Podcast: Patient berichtet über seine sexuelle Präferenz, seinen Weg zum Outing und dem Therapieangebot bei <i>Kein Täter werden</i> .
5. Das gewünschte Verhalten vorleben oder demonstrieren. (SKT)	MAPs	Medienkooperation (Blog, YouTube), Webseite, Bewerbung in sozialen Medien	Patienten- und Therapeuteninterview: „So lernen Pädophile, mit ihrer Neigung umzugehen“
6. Attributionsstile bearbeiten.	MAPs	Webseite, Werbung in sozialen Medien	„Pädophilie ist Schicksal und nicht Wahl“.
7. Selbstidentifikation stärken.	MAPs	Außenwerbung, Webseite, Werbung in sozialen Medien	Verschiedene Beschreibungen des Störungsbildes: u.a. „Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und darunter leiden“, „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“.

* in Anlehnung an die Terminologie von Abraham & Michie (2008);SKT = Sozial-kognitive Theorie, TT = Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung



Abb. 3: Kommunikative Intervention in der Suchmaschine BING auf Basis von Sucheingaben, die begrifflich mit Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs assoziiert sind

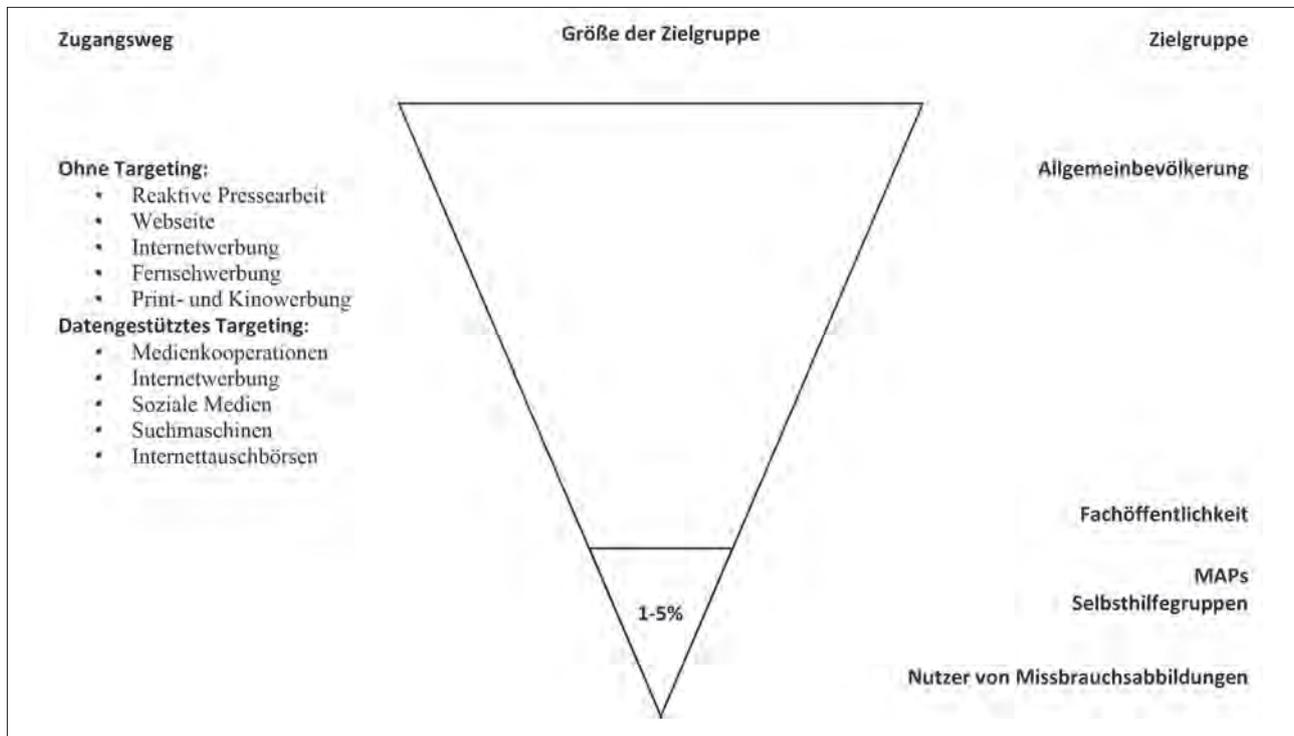


Abb. 4: Zielgruppen und Zugangswege

Bedeutende Endpunkte zur Beurteilung der Zielerreichung sind (1) die Anzahl der Kontaktaufnahmen an den Standorten des Präventionsnetzwerks im zeitlichen Verlauf (Hilfesuchverhalten) sowie (2) die Veränderung des „Framings“ der Pädophilie in der Berichterstattung und der öffentlichen sowie fachlichen Diskussion (Entstigmatisierung). Systematisch erhobene und zur Qualitätsentwicklung verwendete Indikatoren sind die Häufigkeit und Inhalte der Berichterstattung, die Art und Anzahl der erreichten Zielgruppen, die Reaktion auf und Interaktion mit (Online-)Kampagneninhalten, die Häufigkeit und Art der Nutzung der Webseite sowie Merkmale der erreichten Patientenpopulation (z.B. Alter, Geschlecht, Deliktvorbelastung).

Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse aus dem Zeitraum seit Beginn des Modellvorhabens (2018 bis 2020) dargestellt. Anhand von erwachsenen Patient:innen des Standorts Berlin werden zudem Erkenntnisse bezüglich der Zugangswege, der Latenz zwischen Kenntnis über das Hilfsangebot und dessen Inanspruchnahme sowie das Geschlecht, Alter und die Deliktvorbelastung der erreichten Population deskriptiv ausgewertet.

Presseberichterstattung

Seit Beginn des Modellvorhabens wurde an 210 Presseberichten mitgewirkt (zumeist in Form von Hintergrundgesprächen und Interviews für Reportagen und Podcasts). Newman et al. (2019) konnten in ihrer Analyse der Webseite des Präventions-

netzwerks zeigen, dass sowohl der Zeitpunkt und die Intensität der medialen Berichterstattung als auch die Kampagnenaktivitäten mit der Nutzungshäufigkeit der Webseite korrelieren. Im Hinblick auf die Entwicklung der Berichterstattung ist aus Sicht von Behandler:innen eine zunehmende Differenziertheit in der Darstellung des Verhältnisses von Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch erreicht worden (Stelzmann et al., 2020). Auch sind Verlage und Produktionsfirmen dazu übergegangen, unaufgefordert an geeigneten Stellen auf die Webseite von *Kein Täter werden* in der Berichterstattung hinzuweisen. Ischebeck et al. (2021) interviewten Journalist:innen, die im Jahr 2018 über sexuellen Kindesmissbrauch oder Pädophilie berichtet hatten. Diese zeigten sich offen für eine differenzierte und evidenzbasierte Berichterstattung, was die Autor:innen als wichtige Voraussetzung für die weitere Entstigmatisierung von MAPs bewerteten (vgl. Tabelle 2).

(Online-)Kampagnen und Webseite

Seit Beginn des Modellvorhabens wurde der Schwerpunkt der Kampagnenaktivitäten auf Onlinekanäle (insbesondere soziale Medien, Suchmaschinen, Filesharing-Netzwerke) verlagert und die Webseite unter Berücksichtigung des gestiegenen Anteils von mobilen Endgeräten unter den Besucher:innen neu gestaltet. Seit der Wiederveröffentlichung am 1.1.2020 ist die Webseite inhaltlich für vier Zielgruppen differenziert, wobei die Unterseite für *Betroffene* mit 12,9 % bzw. 21.513 Personen (Zeitraum 1.1.–31.12.2020) die meisten Besuche verzeichnete.

Tab. 2: Beispiele für differenzierte Berichterstattung über Pädophilie und *Kein Täter werden* und deren Reichweite

Titel	Reichweite	Quelle
Love & Hate – Ein Leben mit Pädophilie	18.770 Aufrufe	(joiz Germany, 2016)
Wie muss die Gesellschaft mit Pädophilen umgehen? Unter Pädophilen.	1.879.186 Aufrufe	(Y-Kollektiv, 2018)
Jung & pädophil – Kein Täter werden?!	1.554.788 Aufrufe	(FUNK, 2019)
So lernen Pädophile, mit ihrer Neigung umzugehen	19.994 Aufrufe	(ZEIT ONLINE, 2019)
„Nicht jeder mit einer Pädophilie begeht sexuellen Kindesmissbrauch“	*	(ZEIT ONLINE, 2020)
Wie gehen wir mit pädophilen Menschen um?	587.639 Aufrufe	(FUNK, 2021)
Can a Radical Treatment for Pedophilia Work Outside of Germany?	*	(Smith, 2021)
Der pädophile Georg: Bloß nicht zum Täter werden	*	(Spotify, 2021)

* unbekannt

Tab. 3: Reichweite der Webseite und ausgewählter Onlinekanäle

Kanal	2018	2019	2020
	Reichweite	Reichweite	Reichweite
Webseite	87.253 Besucher	124.147 Besucher	97.983 Besucher
Facebook*	2.669.563 Personen	1.957.808 Personen	10.289.535 Personen
YouTube-Kanal	48.144 Aufrufe	43.649 Aufrufe	33.783 Aufrufe
Podcast	-	2.024 Aufrufe	2.296 Aufrufe

* Werbung bei Facebook, Messenger, Instagram, Audience Network

Die englischsprachige Ausgabe der Webseite des Präventionsnetzwerks wurde im Zuge der Erneuerung abgeschaltet, um die internationalen Nutzerströme zur Online-Selbstmanagement-App *Troubled Desire* umzuleiten (Schuler et al., 2021). Als neue Formate der Zielgruppenerreichung wurden der Kurzfilm STIGMA, der die Geschichte eines Patienten des Präventionsnetzwerks erzählt (Jeschke & Wagner, 2019), sowie der Podcast *Kein Täter werden* mit bis dato sieben Folgen produziert (Falk, 2019). Darüber hinaus wurde eine Software entwickelt und implementiert, die über die Filesharing-Protokolle KAD und ed2k Nutzer von Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs mit einem für diese Zielgruppe entwickelten Spot konfrontiert (von Heyden & Beier, 2018). Offline wurden die Spots der Kampagnen *lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist* sowie *Sprich über das, was dich anspricht*², regelmäßig im Programm von RTL, RTL Plus und VOX ausgestrahlt sowie fokussierte Außen- und Kinowerbeaktionen an einzelnen Standorten des Präventionsnetzwerks durchgeführt (vgl. Tabelle 3).

Zugangswege, Latenz bis Kontaktaufnahme, Alter, Geschlecht und Deliktvorbelastung

Die Mehrheit einer Stichprobe erwachsener Patient:innen am Standort Berlin ($N = 126$, 09/2019–06/2021) gab an, durch mehr als einen Kanal vom Präventionsnetzwerk erfahren zu haben, wobei die Webseite (47 %), Suchmaschinen (32,5 %), Medienberichte (30,8 %), Außenwerbung (22,2 %), Zuweiser:innen aus dem Hilfesystem (22,2 %), soziale Medien (8,5 %) und Verlinkungen (5,1 %) am häufigsten genannt wurden (Mehrfachnennungen und Freitextantworten möglich). Die Latenz zwischen Kenntnis über das Hilfsangebot und Kontaktaufnahme betrug in einer Stichprobe von erwachsenen Patient:innen am Standort Berlin ($N = 105$) zwischen 2 und 192 Monaten, wobei 50 % der Befragten innerhalb von 4 Monaten Hilfe suchten. Die Mehrheit der Kontaktaufnahmen am Standort Berlin ($N = 3.470$, 2005–2020) erfolgte durch Personen männlichen Geschlechts ($N_{\text{Männer}} = 3.419$, $N_{\text{Frauen}} = 51$). Die im selben Beobachtungszeitraum in das Behandlungsprogramm eingeschlossenen Patient:innen hatten ein Durchschnittsalter von 38 Jahren ($M_{\text{min}} = 35$, $M_{\text{max}} = 40$) und gaben mehrheitlich an, durch dissexuelles Verhalten deliktvorbelastet zu sein, wobei der Anteil ohne Deliktvorbelastung im zeitlichen Verlauf zunahm und im Jahr 2020 36 % betrug ($x_{\text{min}} = 6,2$ %, $x_{\text{max}} = 36,9$ %).

² Die Kampagne *Sprich über das, was dich anspricht* (<https://www.here2help.de/>) wurde 2018 mit dem Ziel veröffentlicht, die Zielgruppenansprache zu differenzieren und die Bewerbung des therapeutischen Ansatzes teilweise vom Begriff *Kein Täter werden* zu lösen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* hat einen kontinuierlichen Beitrag zu dessen Bekanntheit und Inanspruchnahme geleistet. Sie hat auch zu einer entstigmatisierenden Versachlichung der öffentlichen Diskussion über die Pädophilie beigetragen, ohne dabei dissexuelle Verhaltensweisen zu relativieren. Trotz dieser Leistung kann ihre Entwicklung noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und der gesellschaftlich-technologische Wandel machen sowohl die kontinuierliche Anpassung ihrer Methodik als auch die beständige Überwachung ihrer Grundannahmen, Ziele und Ergebnisse erforderlich. Dies gebietet sich nicht zuletzt aus ethischen Gründen. Die in Zusammenarbeit mit Medien- und Technologieunternehmen realisierbar gewordene Reichweite der kommunikativen Interventionen lässt sich nur unvollständig in ihrer gesamten Wirkung voraussagen und erfassen. Außerdem gibt es unbeantwortete Fragen. Welche Gruppen von MAPs wurden noch nicht erreicht oder zu wenig adressiert? Gibt es spezifische einstellungsbezogene oder strukturelle Barrieren, die bisher unentdeckt geblieben oder unzureichend adressiert worden sind? Auch vor diesem Hintergrund muss rückblickend bedauert werden, dass der aus notwendigem Pragmatismus (bezüglich der Nutzung der verfügbaren Ressourcen) erfolgte Verzicht auf eine systematische Begleitforschung der Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk potenziell wertvolle Erkenntnisse im Verborgenen lassen musste. Zweifellos werden die erfreulicherweise zunehmenden internationalen Initiativen zur Etablierung präventiver Versorgungsstrukturen im Dunkelfeld Gelegenheit dazu haben, diesen Mangel durch Interventionsstudien auszugleichen (z.B. Fix, Busso & Mendelson, 2021). Den Wert und die Wirksamkeit der zur Rekrutierung von Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz erarbeiteten Wissensbestände, Methoden und Netzwerke belegen indes die Erfahrungen mit ihrer kulturellen Adaption und Implementierung in Indien, Tschechien, der Schweiz und Kanada. Zuletzt darf nicht unerwähnt bleiben, dass die in diesem Artikel zusammengefassten Ergebnisse nicht ohne das Engagement und Wohlwollen zahlreicher öffentlicher Institutionen, gemeinnütziger und privatwirtschaftlicher Institutionen und anderer zivilgesellschaftlicher Akteure realisierbar gewesen wären. Diese haben vor dem Hintergrund der weltweit hohen Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs den Mut gehabt, sich trotz des damit verbundenen Stigmas verursacherbezogenen Präventionsmaßnahmen zuzuwenden.

Literatur

- Abraham, C., Michie S., 2008. A Taxonomy of Behavior Change Techniques Used in Interventions. *Health Psychology* 27 (3), 379–87. DOI: 10.1037/0278-6133.27.3.379
- Ajzen, I., 1985. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl, J., Beckmann, J. (Hg.), *Action Control: From Cognition to Behavior*. Springer, Berlin/Heidelberg, 11–39.
- Bandura, A., 2001. Social Cognitive Theory of Mass Communication. *Media Psychology* 3 (3), 265–99. DOI: 10.1207/S1532785XMEP0303_03
- Bandura, A., 2004. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior* 31 (2), 143–64. DOI: 10.1177/1090198104263660
- Bandura, A., Freeman, W.H., Lightsey, R., 1999. Self-Efficacy: The Exercise of Control. *J Cogn Psychother* (2), 158–166. DOI: 10.1891/0889-8391.13.2.158
- Beier, K.M., 1995. Dissexualität im Lebenslängsschnitt: Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Springer, Berlin/Heidelberg.
- Beier, K.M., 1998. Differential Typology and Prognosis for Dissexual Behavior - A Follow-up Study of Previously Expert-Appraised Child Molesters. *International Journal of Legal Medicine* 111 (3), 133–41. DOI: 10.1007/s004140050133
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis*. 2. Aufl. Elsevier, Urban und Fischer, München.
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G. J., Cummins, S., 2015. “Dark Logic”: Theorising the Harmful Consequences of Public Health Interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 69 (1), 95–98. DOI: 10.1136/jech-2014-204671
- Cantor, J.M., McPhail, I.V., 2016. Non-Offending Pedophiles. *Current Sexual Health Reports* 8 (3), 121–28. DOI: 10.1007/s11930-016-0076-z
- Chong, D., Druckman, J.N., 2007. Framing Theory. *Annual Review of Political Science* 10, 103–26. DOI: 10.1146/annurev.polisci.10.072805.103054
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J.S.L., Thornicroft, G., 2015. What Is the Impact of Mental Health-Related Stigma on Help-Seeking? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Studies. *Psychological Medicine* 45 (1), 11–27. DOI: 10.1017/S0033291714000129
- Cornally, N., Mccarthy, G., 2011. Help-Seeking Behaviour: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Practice* 17 (3), 280–88. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x
- Dempsey, R.C., McAlaney, J., Bewick, B.M., 2018. A Critical Appraisal of the Social Norms Approach as an Interventional Strategy for Health-Related Behavior and Attitude Change. *Frontiers in Psychology*, Nov. 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02180>
- Engel, J., Körner, M., Schuhmann, P., Krüger, T.H.C., Hartmann, U., 2018. Reduction of Risk Factors for Pedophilic Sexual Offending. *The Journal of Sexual Medicine* 15 (11), 1629–37. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.09.001
- Falk, C., 2019. Podcast „Kein Täter werden.“ Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin.
- Fix, R., Busso, D., Mendelson, T., 2021. Changing the Paradigm: Using Strategic Communications to Promote Recognition of Child Sexual Abuse as a Preventable Public Health Problem. *Child Abuse & Neglect* 117. DOI: 10.1016/j.chiabu.2021.105061

- Funk.net, 2019. Jung & Pädophil – Kein Täter werden?! www.funknet. 10.04.2019.
- Funk.net, 2021. Wie gehen wir mit pädophilen Menschen um? www.funknet. 16.03.2021
- Grady, M.D., Levenson, J.S., Mesias, G., Kavanagh, S., Charles, J., 2019. "I Can't Talk about That": Stigma and Fear as Barriers to Preventive Services for Minor-Attracted Persons. *Stigma and Health* 4 (4), 400.
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H., 2010. Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: A Systematic Review. *BMC Psychiatry* 10 (1), 113. DOI: 10.1186/1471-244X-10-113
- Harper, C.A., Lievesley, R., Blagden, N., Hocken, K., 2021. Humanizing Pedophilia as Stigma Reduction: A Large-Scale Intervention Study. *PsyArXiv*. DOI: 10.31234/osf.io/9c3s2
- Ischebeck, J., Kuhle, L.F., Rosenbach, R., Stelzmann, D., 2021. Journalism and Pedophilia: Background on the Media Coverage of a Stigmatized Minority. *Stigma and Health* 6 (3). DOI:org/10.1037/sah0000301
- Jahnke, S., 2018. The Stigma of Pedophilia: Clinical and Forensic Implications. *European Psychologist* 23 (2), 144–53. DOI: 10.1027/1016-9040/a000325
- Jeschke, P., Wagner, J., 2019. STIGMA.
- Joiz Germany, 2016. Love & Hate – Ein Leben mit Pädophilie. YouTube
- Karl, H.R., Bussiere, M.T., 1998. Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2), 348–62.
- Langlois, M.A., Hallam, J.S., 2010. Integrating Multiple Health Behavior Theories into Program Planning: The PER Worksheet. *Health Promotion Practice* 11 (2), 282–88. DOI: 10.1177/1524839908317668
- Levenson, J.S., Grady, M.D., 2019. Preventing Sexual Abuse: Perspectives of Minor-Attracted Persons About Seeking Help. *Sexual Abuse* 31 (8), 991–1013. DOI: 10.1177/1079063218797713
- Meitz, T., Kalch, A., 2019. Nicht-Intendierte Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In: Rossmann, C., Hastall, M.R. (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 383–396.
- Newman, E., Efthymiadou, E., Quayle, E., Squire, T., Beier, K.M., von Heyden, M., Wagner, J., Koukopoulos, N., Wortley, R., 2019. Final Report Measuring the Impact of Campaigns to Deter Viewing of Child Sexual Abuse Images Online: Results of Two Campaign Cases in Europe. London.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., 1997. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion* 12 (1), 38–48. DOI: 10.4278/0890-1171-12.1.38
- Rosenstock, I.M., 1974. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs* 2 (4), 354–86. DOI: 10.1177/109019817400200405
- Salaschek, M., Bonfadelli, H., 2020. Digital Health Communication and Factors of Influence. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 63 (2), 160–165. DOI: 10.1007/s00103-019-03086-7
- Scherner, G., Amelung, T., Schuler, M., Grundmann, D., Beier, K.M., 2018. Pädophilie und Hebephilie. In: Beier, K.M. (Hg.), *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie*. Springer, Berlin/Heidelberg, 1–13.
- Schuler, M., Gieseler, H., Schweder, K.W., von Heyden, M., Beier, K.M., 2021. Characteristics of the Users of Troubled Desire, a Web-Based Self-Management App for Individuals with Sexual Interest in Children: Descriptive Analysis of Self-Assessment Data." *JMIR Ment Health* 8 (2), e22277. DOI: 10.2196/22277
- Seto, M.C., 2009. Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology* 5 (1), 391–407. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153618
- Smith, J.M., 2021. Can a Radical Treatment for Pedophilia Work Outside of Germany? *Undark*, July 6.
- Spotify, 2021. Der Pädophile Georg: Bloß nicht zum Täter werden.
- Stelzmann, D., Jahnke, S., Kuhle, L.F., 2020. Media Coverage of Pedophilia: Benefits and Risks from Healthcare Practitioners' Point of View. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (16), 5739.
- Tomczyk, S., Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H., Schmidt, S., 2020. Ready, Willing and Able? An Investigation of the Theory of Planned Behaviour in Help-Seeking for a Community Sample with Current Untreated Depressive Symptoms. *Prevention Science* 21(6), 749–60. DOI: 10.1007/s11121-020-01099-2
- Turner, J.C., 1991. *Social Influence*. Wadsworth Publishing Co., Belmont, Calif.
- von Heyden, M., Beier, K.M., 2018. DOTP – Diversion of CSAM Users in P2P Networks to Prevention Resources (Unveröffentlicht).
- von Heyden, M., Beier, K.M., 2021. Kapitel 20: Sexualität und Digitalisierung. In: Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K. (Hg.), *Sexualmedizin – Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier, München.
- Wagner, J., 2015. Medienarbeit im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*. *Sexuologie* 22 (3-4), 137–144.
- Yeh, M.A., Jewell, R.D., 2015. The Myth/Fact Message Frame and Persuasion in Advertising: Enhancing Attitudes toward the Mentally Ill. *Journal of Advertising* 44 (2), 161–72. DOI: 10.1080/00913367.2015.1018466
- Y-Kollektiv, 2018. Wie muss die Gesellschaft mit Pädophilen umgehen? Unter Pädophilen. RABIAT! YouTube.
- ZEIT ONLINE. 2019. „Eine Aufgabe für den Rest des Lebens.“ So lernen Pädophile, mit ihrer Neigung umzugehen. 16.08.2019.
- ZEIT ONLINE. 2020. „Nicht jeder mit einer Pädophilie begeht sexuellen Kindesmissbrauch.“ 06.07.2020.

Autor:innen

B.A. Maximilian von Heyden, M.Sc. Clara Sophie Stockmann, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: maximilian.von-heyden@charite.de, clara.stockmann@charite.de



Aleš Svoboda

Sexuell übergriffige Mädchen. Kinder zwischen sexualwissenschaftlichen Fakten und gesellschaftlichem Tabu

Neopubli GmbH 2021, ca. 340 Seiten, kt., 34,99 €

Sexuell übergriffige Mädchen sind im 21. Jh. sowohl faktisch als auch diskursiv eine hochbrillante Gruppe von Menschen. Erstens ist es ein Fakt, dass sich auch manche Mädchen bereits im Kleinkindalter sexueller Übergriffigkeit bedienen, was aber mit dem Jahrtausende alten Geschlechterstereotyp, dem Diskurs um die weibliche und kindliche Unschuld kollidiert bzw. nicht vereinbar ist. Der Mann wird immer noch überwiegend als der sexuell Aktive, die Frau als eher die sexuell Passive, ja sogar der Mann als Täter und die Frau als sein Opfer konnotiert. Die Vorstellung einer aktiven jugendlichen Sexualtäterin bzw. eines aktiven sexuell übergriffigen Mädchens im Kindesalter erschüttert dann die fragile diskursive Weltanschauung sogar von Fachpersonen, geschweige denn von der breiten Öffentlichkeit. Dieser Zustand ist im hochentwickelten und liberalen 21. Jh. ein tragisches Paradoxon, weil die sexuell übergriffigen Mädchen nutzen es aus, da ihren Opfern nicht geglaubt und somit nicht (ausreichend) geholfen wird. Des Weiteren wissen wir, dass sich eine Opfer-TäterIn-Spirale transgenerationell ausbreiten kann. Dank einer langen multidisziplinären Recherche konnte festgestellt werden, dass auch Mädchen als Kinder zu sexuell omnipotenten Wesen werden können – genauso wie Jungen. Der historische Exkurs hat wiederum veranschaulicht, dass und wie manche Frauen und Mädchen sexuell emanzipiert bis sexuell übergriffig waren – genauso wie es viele auch heute sind. Aufgrund der mit qualitativer Inhaltsanalyse ausgewerteten narrativ-fokussierten Interviews scheint die erlebte Missachtung eigener sexueller Integrität ein gemeinsamer, aber nicht einziger gemeinsamer Nenner bei den interviewten Mädchen zu sein. Alle drei von mir interviewten mutigen und offenen Mädchen haben sich gewünscht, dass das Thema bekannter wird. Eine Diskursverschiebung ist dringendst nötig, denn die kaum bekannten Fakten der Realität sind längst woanders.



Stefan Herbert

Paartherapie bei älteren Paaren: Erfahrungswerte, Einstellungen und Erwartungshaltungen
Verlag Dr. Kovac 2020, 160 Seiten, kt., 78,80 €

Im Zuge des demografischen Wandels und der stetig steigenden Lebenserwartung zeigt sich die Herausforderung des Alters in mannigfacher Ausprägung und in unterschiedlichsten gesellschafts-, sozialpolitisch und psychologisch relevanten Fragestellungen. Mit neuen, altersbedingten Themen und Entwicklungstendenzen werden unser Alltag, die verschiedenen Lebensbereiche und auch Wissenschaft und Forschung zunehmend konfrontiert. Das Interesse an der Lebensführung und Lebensqualität älterer Menschen verstärkt sich und somit auch das Interesse an der Qualität von Partnerschaften im Alter. Es ist zu erwarten, dass diese Entwicklung auch bei paartherapeutischen Behandlungsformen älterer Menschen neue Ansatzpunkte und Optionen schaffen wird. Das Thema der Paartherapie bei älteren Paaren wird sowohl in der praktischen Arbeit als auch in der Auseinandersetzung im wissenschaftlich-theoretischen Diskurs an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Relevanz bevölkerungspolitischer Entwicklungen im Rahmen des demografischen Wandels ist das Ziel dieser Arbeit die Auseinandersetzung mit paartherapeutischer Beratung bei älteren Paaren. Solche Paare können nach heutiger Prognose – durch eine höhere Lebenserwartung und damit einhergehend auch länger andauernde Beziehungszeiten – zunehmend mehr Lebenszeit gemeinsam vor sich haben.

Dr. Stefan Herbert, M.A. ist als Psychologe, Paar- und Sexualtherapeut in therapeutischer Praxis tätig. Er befasst sich schwerpunktmäßig mit den Themen Paartherapie bei älteren Paaren, therapeutischer Elternberatung konfliktbelasteter bzw. getrennt lebender Eltern sowie der Transidentität Jugendlicher und junger Erwachsener.

Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

Laura F. Kuhle, Ralf Bergner-Köther, Manfred Beutel, Kirsten Dammertz-Hölterhoff, Göran Hajak, Christian Huchzermeier, Tillmann Krüger, Johannes Kruse, Julia M. Pätzelt, Elisabeth Quendler-Adamo, Dirk Rösing, Peter Schönknecht, Klaus M. Beier

The Prevention Network *Don't offend* Hintergrund

Abstract

The nationwide prevention network *Don't offend* offers a range of treatments protected by confidentiality for people who are sexually attracted to children and who want to seek therapeutic help for this reason.

The project was founded in 2005 at the Charité – Universitätsmedizin Berlin and now comprises eleven active locations, one associated location and one associated virtual location. The network guarantees common quality standards with the aim of a nationwide, comprehensive therapeutic offer. Currently, the eleven active sites are being funded by the Spitzenverband – Bund der Krankenkassen (GKV-SV) within the framework of the model project according to § 65d SGB V for the “promotion of special therapy facilities”. The Federal Ministry of Justice and Consumer Protection is supporting the implementation of the model project by funding public relations work.

Keywords: Prevention network, Pedophilia, Hebephilia, GKV-Spitzenverband

Zusammenfassung

Das bundesweite Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* bietet ein durch die Schweigepflicht geschütztes Behandlungsangebot für Menschen an, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und aus diesem Grund therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen.

Das Projekt wurde im Jahr 2005 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin gegründet und umfasst elf aktive Standorte, einen assoziierten und einen assoziierten virtuellen Standort. Das Netzwerk garantiert gemeinsame Qualitätsstandards, mit dem Ziel eines bundesweiten, flächendeckenden therapeutischen Angebotes.

Aktuell werden die elf aktiven Standorte im Rahmen des Modellvorhabens nach § 65d SGB V zur „Förderung besonderer Therapieeinrichtungen“ durch den Spitzenverband – Bund der Krankenkassen (GKV-SV) gefördert. Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz unterstützt die Begleitung der Implementierung des Modellvorhabens durch die Förderung der Öffentlichkeitsarbeit. Im vorliegenden Artikel werden die Entwicklungen und Ziele des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden* beschrieben.

Schlüsselwörter: Präventionsnetzwerk, Pädophilie, Hebephilie, GKV-Spitzenverband

Sexueller Kindesmissbrauch ist ein globales gesellschaftliches Problem und hat häufig nicht nur soziale, sondern vielfach auch lebenslange gesundheitliche Folgen für die Betroffenen. Die Prävalenzzahlen liegen hierbei, aufgrund zahlreicher unentdeckter Taten, deutlich höher als vermutet und lassen sich nur schwer erfassen. Laut einer Analyse der World Health Organization aus dem Jahr 2013 zur Prävalenz des sexuellen Kindesmissbrauchs in Europa werden 9.6 % aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren Opfer von sexuellem Missbrauch (13.4 % der Mädchen und 5.7 % der Jungen; WHO Regional Office for Europe, 2013). In der deutschen Allgemeinbevölkerung lagen die Zahlen in der ersten repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 1997 bei 8.6 % der Mädchen und 2.8 % der Jungen (Wetzels, 1997). Neuere, ebenfalls repräsentative Untersuchungen in Deutschland ergaben einerseits niedrigere (Bieneck et al., 2011), andererseits höhere Prävalenzraten (Häuser et al., 2011), die sich im Rahmen von 1.9 % bis 12.6 % bewegen. Diese Unterschiede erklären sich einerseits durch die leicht unterschiedliche Operationalisierung des retrospektiv erfassten sexuellen Kindesmissbrauchs und andererseits scheint es einen Zusammenhang mit der Altersverteilung der untersuchten Stichprobe zu geben: Je mehr ältere Menschen in die Stichprobe einbezogen werden, umso höher ist die Prävalenz des berichteten sexuellen Kindesmissbrauchs. Gründe für diesen Effekt sind einerseits ein Rückgang der Prävalenzzahlen und andererseits auch eine gestiegene Anzeigebereitschaft (vgl. Bieneck et al., 2011).

Wie bereits erwähnt bleibt die große Mehrzahl der Missbrauchsfälle im Dunkeln und führt weder zu einer Strafverfolgung der Täter noch zu Hilfsmaßnahmen für die Betroffenen. Jene Fälle, die der Justiz bekannt werden und im sogenannten Hellfeld erscheinen, stellen nur einen geringen Teil des realen Ausmaßes dar. Mehrere Studien gehen von einer Dunkelziffer aus, die bis zu 30-fach höher ist als die Zahl der in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfassten Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs (Stoltenborgh et al., 2011). Laut einer amerikanischen Studie erstatteten 91 % der Opfer sexuellen Missbrauchs keine Anzeige (Henry & McMahon, 2000).

Erlebter sexueller Missbrauch kann tiefgreifende und vielfältige Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes oder eines Jugendlichen haben. Die oftmals entstandenen unmittelbaren aber auch langfristigen Probleme, die sich auf psychischer, sozialer, physischer und/oder Verhaltensebene zeigen können, machen in zahlreichen Fällen eine professionelle Unterstützung in der Verarbeitung des Erlebten erforderlich

(vgl. Leeb et al., 2011) und stellen eine zumeist hochgradige Belastung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen dar, eine Belastung, die teilweise über die gesamte Lebensspanne erhalten bleibt. Darüber hinaus wirken sich die Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs auch auf die Gesellschaft als Ganzes aus. So belaufen sich beispielsweise die durch Traumafolgestörungen nach Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung entstehenden gesamtgesellschaftlichen Kosten auf einen grob geschätzten Betrag von 11 Milliarden Euro jährlich (Habetha et al., 2012). Dabei unberücksichtigt sind die sogenannten intangiblen Kosten, die Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen.

Um sowohl die Folgen für Betroffene als auch für die Gesellschaft möglichst frühzeitig verhindern zu können, bieten sich präventive Konzepte an. Im Rahmen der sogenannten verursacherbezogenen Prävention stellt sich unter anderem die Frage nach den Charakteristiken der Täter:innen, um hieraus entsprechende Maßnahmen zur Straftatverhinderung abzuleiten. Bisherige Forschungsergebnisse zu den individuellen Risikofaktoren zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der sexuellen Präferenz für Kinder (i.S.d. Pädophilie und Hebephilie) und dem sexuellen Kindesmissbrauch sowie in einem besonderen Maße der Nutzung von Kindesmissbrauchsabbildungen (Blanchard et al., 2001; Blanchard et al., 2006; Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Mann et al., 2010; Riegel, 2004; Seto et al., 2006). Zusätzliche psychologische Risikofaktoren, die mit dem sexuellen Kindesmissbrauch zusammenhängen, sind Aspekte von sozio-affektiven Defiziten, dysfunktionaler allgemeiner und sexueller Selbstregulation sowie missbrauchsbegünstigenden Einstellungen (Mann et al., 2010; Ward & Beech, 2006).

Die Prävalenz der Pädophilie bzw. pädophilen Störung in der Allgemeinbevölkerung ist unbekannt (Cohen & Galynger, 2002; Seto, 2008), wird aber – ersten epidemiologischen Daten zufolge – auf ca. ein Prozent der männlichen Bevölkerung geschätzt (Beier et al., 2005). Legt man nicht die Kriterien einer pädophilen Störung an, sondern fragt nur nach sexuellen Fantasien mit Kindern, fallen die Zahlen deutlich höher aus. So gaben in etwa 4.1 %–9.5 % der Befragten in nicht-klinischen/-forensischen Stichproben der Allgemeinbevölkerung an, sexuelle Fantasien mit Kindern gehabt zu haben. Zwischen 3.2 % – 3.8 % der Befragten berichteten sogar sexuelles Verhalten mit Kindern ausgeübt zu haben (Ahlers et al., 2011; Dombert et al., 2015).

Eine Pädophilie wird aus verschiedensten Gründen fast nur bei Männern diagnostiziert. Über die Häufigkeit einer pädophilen Präferenz bei Frauen gibt es derzeit keine gesicherten Erkenntnisse. In einigen wenigen Veröffentlichungen zu diesem Thema wird davon ausgegangen, dass es sich um Einzelfälle handelt (Bundschuh, 2001; Schorsch, 1985). In anderen Studien wird von einer hohen Dunkelziffer bei Frauen ausgegangen und Prävalenzzahlen zwischen 1 und 4 % genannt (siehe zusammenfassend z.B. Tozdan et al., 2019).

Grundlage für die klinische Diagnosestellung einer pädophilen und hebephilen Sexualpräferenz (Präferenz für das vorpubertäre und das frühpubertäre kindliche Körperschema) bzw. ihrer Störung sind heute die in der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10; World Health Organization, 2007) sowie die im amerikanischen *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) festgelegten Diagnosekriterien. Diese Kriterien sind in der Fachgemeinschaft einem fortlaufenden Diskurs unterworfen (vgl. z.B. Blanchard, 2013). Ebenfalls muss betont werden, dass beide Diagnosesysteme ausschließlich eine Pädophilie/Hebephilie mit einem Störungswert (i.S.d. sexuellen Präferenzstörung) diagnostizieren. Menschen mit einer Pädophilie/Hebephilie ohne Störungswert, also ohne Leidensdruck und/oder ohne fremd- und/oder selbstgefährdendes Verhalten erhalten keine Diagnose im Sinne des ICD-10 oder des DSM-5.

Der oben dargestellte Zusammenhang zwischen der sexuellen Präferenz für Kinder und (wiederholtem) sexuellem Kindesmissbrauch sowie der Nutzung von Missbrauchsabbildungen erhält, bei einer bis dato anzunehmenden weitestgehenden Stabilität der sexuellen Präferenz über die Lebensspanne, zusätzliche Bedeutung angesichts eines mutmaßlich fortbestehenden erhöhten Risikos für erstmalige oder wiederholte Straftaten. Darüber hinaus kann die dauerhafte Konfrontation mit sexuellen Fantasien und sexuellen Verhaltensimpulsen gegenüber Kindern sowie die notwendige Verarbeitung und Integration der eigenen Präferenz vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung zur Entwicklung eines Leidensdruckes als auch komorbider psychischer Störungen beitragen. Dieser präferenzbezogene Leidensdruck findet sich ebenfalls neben dem Risiko für Selbst- und/oder Fremdgefährdung in den diagnostischen Kriterien, die den Störungswert einer Pädophilie definieren. Die Gesellschaft reagiert auf Menschen mit einer Pädophilie oftmals mit starken negativen Emotionen, sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung (Jahnke et al., 2015). Über 95 % der ambulant arbeitenden Psychotherapeut:innen in Deutschland sind nicht bereit, mit pädophilen Patienten zu arbeiten (Stiels-Glenn, 2010). Von den psychologischen Psychotherapeut:innen in Ausbildung können sich über 60 % nicht vorstellen, mit einem bereits übergreifig gewesenen pädophilen Menschen zu arbeiten (Jahnke et al., 2015). Dementsprechend äußert ein Großteil der Menschen mit einer sexuellen Präferenz für Kinder, dass die Angst vor Stigmatisierung durch professionelle Helfer der Hauptgrund sei, trotz Therapiebedürftigkeit keine therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen (Kramer, 2011). Damit ist davon auszugehen, dass sowohl nicht-delinquente Menschen mit einer sexuellen Präferenz für Kinder als auch Täter mit einer Pädophilie/Hebephilie im Dunkelfeld eine bedeutsame Zielgruppe für die Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs darstellen, da ihre sexuelle Präferenz die Wahrscheinlichkeit eines tatsächlichen Kindesmissbrauchs erhöht

und ihr Leidensdruck sie zu einer Behandlung motiviert, die sie oftmals nicht erhalten. Hierdurch wird die Bedeutung spezialisierter Angebote angesichts der bestehenden Vorbehalte auch auf professioneller Seite deutlich. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung wurde ebenfalls deutlich, dass es die Möglichkeit einer niedrigschwelligen und anonymen Versorgung braucht, um einen angstfreien Zugang zur therapeutischen Versorgung und die Bereitschaft für die Inanspruchnahme einer Therapie zu fördern sowie die initiale Selbstöffnungsbereitschaft zu erhöhen.

Entwicklung eines präventiven Versorgungskonzeptes

Um ein anonymes Angebot zu etablieren und dazu beizutragen, die angesprochene Versorgungslücke zu schließen, wurde im Jahr 2005 das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) gegründet, welches sich auch heute noch an Personen mit einer pädophilen und/oder hebephilen sexuellen Präferenzstörung richtet. Menschen mit dieser Präferenzstörung zeichnen sich dadurch aus, dass sie (a) unter ihren sexuellen Impulsen und Fantasien bezogen auf vor- und/oder frühpubertäre Kinder leiden und/oder (b) fürchten, dass sie (wiederholten) sexuellen Kindesmissbrauch begehen könnten, und/oder (c) fürchten, dass sie (wiederholt) Missbrauchsabbildungen nutzen, und/oder (d) die Gefahr für eine Selbstgefährdung besteht.

Die Erfahrungen der ersten Jahre im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité – Universitätsklinikum Berlin zeigten die prinzipielle Erreichbarkeit der Zielgruppe durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit und eine stetig steigende Inanspruchnahme des Angebots durch problembewusste und zur Therapie motivierte Menschen (Beier et al., 2009a; Beier et al., 2009b).

Am Berliner Standort meldeten sich Personen aus Berlin und Brandenburg, aber auch aus dem gesamten Bundesgebiet. Aufgrund der geografischen Entfernung war es vielen Menschen größtenteils nicht möglich, ein Erstgespräch bzw. das Therapieangebot in Berlin in Anspruch zu nehmen. Von denen, die sich zwischen 2005 und 2011 im PPD für ein diagnostisches Interview vorstellten, reisten 48 % mehr als 100km an. Die daraus noch einmal mehr verdeutlichte Versorgungslücke bezüglich präventiver Therapieangebote für Menschen mit einer pädophilen und/oder hebephilen Präferenzstörung führte zu Bestrebungen, weitere Anlaufstellen im Bundesgebiet mit dem Ziel einer möglichst flächendeckenden Versorgung zu etablieren.

Aufgrund langjähriger persönlicher und kollegialer Kontakte kam es bereits im Jahre 2009 zur Etablierung eines weiteren Standortes in Kiel (Schleswig-Holstein) unter der damaligen Leitung von Prof. Dr. med. H.A.G. Bosinski. Dies

geschah in enger Kooperation mit dem Berliner PPD und unter zunächst schwieriger Finanzierungslage. Ende 2010 konnte durch eine Kooperationspartnerschaft mit der Universität Regensburg unter der Leitung von Prof. Dr. M. Osterheider ein weiterer Standort eröffnet werden. Mit der Etablierung dieser Kooperationen war die Basis für das Präventionsnetzwerk geschaffen. Daran anknüpfend wurden Bemühungen dahingehend unternommen, weitere kooperierende Standorte aus dem psychosomatischen und/oder forensisch-psychiatrischen Bereich in den verbleibenden Bundesländern zu gewinnen.

Die Bestrebungen zur Etablierung einer bundesweiten Versorgungsstruktur mündeten im Aufbau weiterer Standorte unter dem Dach des gegründeten Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*. An zehn weiteren Standorten konnten Kooperationspartner gewonnen und Anlaufstellen des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* etabliert werden, so dass es zurzeit elf aktive Standorte, einen assoziierten Standort in München und einen assoziierten virtuellen Standort für das Bundesland Sachsen-Anhalt gibt. Der Standort in Regensburg befindet sich aktuell im Wiederaufbau und soll nach Neubesetzung der Standortleitung wieder aktiv werden. Alle Standorte werden in zeitlicher Reihenfolge aufgelistet (vgl. Abb. 1):



Abb. 1: Aktive Standorte des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* in Deutschland (Stand: August 2021)

1. Berlin – ab Juli 2005 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier,
2. Kiel – ab März 2009 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski; ab 2013 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Christian Huchzermeier,
3. Regensburg – von September 2010 bis Juli 2019 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Michael Osterheider, aktuell Wiedereröffnung unter der Leitung von Prof. Dr. med. Thomas Loew in Aussicht,
4. Leipzig – ab Oktober 2011 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Henry Alexander, ab 2014 von Prof. Dr. med. Peter Schönknecht,
5. Hannover – ab März 2012 unter der Leitung von Prof. Dr. Phil. Uwe Hartmann, ab 2018 von Prof. Dr. med. Tillmann Krüger,
6. Hamburg – ab April 2012 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Peer Briken,
7. Stralsund – ab November 2012 unter der Leitung von Dr. med. Dirk Rösing und Dr. med. Dr. jur. Michael Gillner
8. Gießen – ab Dezember 2013 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Johannes Kruse,
9. Düsseldorf – ab Juni 2014 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress, ab 2016 Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich, ab 2018 Prof. Dr. med. M. Franz, ab 2021 kommissarische Leitung durch Dr. med. André Karger,
10. Ulm – ab Juli 2014 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Harald Gündel,
11. Mainz – ab Juni 2015 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel,
12. Bamberg – ab Dezember 2015 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Göran Hajak und Dr. phil. Rolf Bergner-Köther, anfangs als Außenstelle für Regensburg, seit 2019 als eigener Standort,
13. München – assoziierter Standort ab Dezember 2020 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Kolja Schiltz,
14. Prävention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt (Fernbehandlungsprogramm) – assoziierter virtueller Standort ab Juni 2020 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier

Dieses Netzwerk aus kooperierenden Partnerinstitutionen hat sich die Etablierung gemeinsamer Qualitätsstandards in den Bereichen Diagnostik, Therapie und begleitender Forschung sowie die flächendeckende Erweiterung der Versorgungsangebote für die genannte Zielgruppe zur Aufgabe gesetzt. Weitere Ziele und die Arbeit des Präventionsnetzwerks sollen im folgenden Abschnitt erläutert werden.

Netzwerkarbeit und Ziele des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*

Die übergeordneten Ziele des Netzwerks wurden zu Beginn mit den anfänglichen Kooperationspartnern der jeweiligen Standorte in gemeinsamen Treffen verabschiedet. Hierbei flossen die bereits gemachten Erfahrungen ebenso mit ein wie die gegebenen Expertisen an den einzelnen Standorten, um positive Synergie-Effekte zu generieren. Die festgelegten Ziele sind:

Angestrebte Primärziele

- Etablierung einer flächendeckenden Versorgung mit niedrigschwelliger Kontaktmöglichkeit im Bundesgebiet und entsprechende Verstärkung des Angebots (wohnortnahe ambulante Anlaufstellen)
- Geringe Zugangshürden, mit dem Angebot standardisierter und qualifizierter Diagnostik und Therapie
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und einheitliches Auftreten in der Öffentlichkeit
- Standards für Qualifikation und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen – Psychotherapeutische Qualifikation in einem Richtlinienverfahren sowie sexualmedizinische/therapeutische Zusatzqualifikation
- Standards für Diagnostik (Leitlinien) – Synchronisierung/Vergleichbarkeit des Vorgehens an den Standorten – Berücksichtigung der pädophilen und hebephilen sexuellen Präferenzstörung als krankheitswertige Störung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10-Diagnose) und inhaltliche Abgrenzung von der Pädophilie und Hebephilie als sexuelle Präferenz ohne Störungswert
- Entwicklung von therapeutischen Leitlinien bezüglich der Besonderheiten des Klientels – Nutzbarmachung von Synergien der vorhandenen Expertisen an den einzelnen Standorten
- Entwicklung von strukturellen Leitlinien bezüglich des formalen Projektaufbaus an den Standorten
- Bereitstellung entsprechender Vorgehensweisen – Erleichterung für den Aufbau an neuen Standorten
- Vergrößerung der Stichprobe für begleitende Forschung und Evaluation

Zur Unterstützung dieses Prozesses und basierend auf den diagnostischen und therapeutischen Erfahrungen veröffentlichte das therapeutische Team des Berliner Standortes ein Therapiemanual zur Behandlung von Menschen mit einer pädophilen und/oder hebephilen sexuellen Präferenzstörung, konzipiert und publiziert: *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch* (BEDIT – Berliner Dissexualitätstherapie; Beier, 2018).

Da das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* mit dem präventiven Ansatz im sogenannten Dunkelfeld, auch aufgrund der Möglichkeit zur anonymen Teilnahme, weltweit bisher einzigartig ist und somit den Zugriff auf eine besondere Stichprobe der Allgemeinbevölkerung ermöglicht, sollen die Bestrebungen im Netzwerk auch die begleitende Forschung betreffen. Hierbei soll der bisherige Kenntnisstand aus primär forensischen Kontexten geprüft, hinterfragt und ergänzt werden.

Die relevanten Forschungsgebiete betreffen hierbei die möglichen diagnostischen Methoden, die Übertragbarkeit bisheriger Erkenntnisse auf das Dunkelfeld, Fragen der Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens, etc. Da die wissenschaftliche Literatur hierzu bislang wenig Anhaltspunkte bietet, sollen die Erfahrungen im Netzwerk wissenschaftlich ausgewertet und veröffentlicht werden.

Generelle und spezifische Aspekte der therapeutischen Versorgung

Die Teilnahme im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* gliedert sich in drei grobe Schritte – die initiale Kontaktaufnahme, die Eingangsdiagnostik und die Therapie. Die einzelnen Schritte sollen im Folgenden genauer erläutert werden:

Kontaktaufnahme: Projektinteressent:innen können anonym und unter Schweigepflicht telefonisch oder per Mail mit einem der Standorte im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* Kontakt aufnehmen. In Folge dieser ersten Kontaktaufnahme erfolgt ein telefonisches Interview, in dessen Rahmen die Möglichkeit zu einer ersten Situationsklärung besteht und weiterführende Informationen vermittelt werden. Sollten sich die Voraussetzungen für eine Therapieteilnahme erhärten (mögliches Vorliegen einer Pädophilie, kein laufendes delikt-relevantes Strafverfahren) wird zur Gewährleistung der Anonymität ein persönlicher Identifikationscode (PIN) erstellt sowie ein Termin zu einer weiterführenden Diagnostik vereinbart.

Diagnostik: Die nachfolgende Eingangsdiagnostik ist verpflichtend für alle Therapieinteressenten und umfasst eine strukturierte sexualpsychologische/-medizinische, soziale, klinische und forensische Anamnese sowie eine Reihe an Fragebögen, deren Auswertung die Grundlage einer abschließenden Befunderhebung und einer Evaluation der Behandlungsergebnisse bildet.

Im Zentrum der Eingangsdiagnostik steht die Prüfung der Indikation für die Behandlung im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* im Sinne des Vorliegens einer pädophilen und/oder hebephilen sexuellen Präferenzstörung. Im Gegensatz zu den im DSM-5 bestimmten Kriterien für die Diagnose einer solchen Störung wird ein Hintergrund sexuellen Verhaltens mit Kindern und/oder vorherige Nutzung von Missbrauchsab-

bildungen ohne das gleichzeitige Aufkommen sexueller Gedanken, Fantasien oder Impulse bezogen auf Kinder nicht als ausreichend für die Diagnose betrachtet. In diesem Falle werden eventuell weitere notwendige und der Symptomatik entsprechende therapeutische Interventionen geplant und gebahnt bzw. die Patient:innen an entsprechende andere Anlaufstellen weitervermittelt. Die Diagnostik der sexuellen Präferenz stellt den Fokus der ersten diagnostischen Gespräche dar und basiert ausschließlich auf den selbstberichteten Angaben der Projektteilnehmer:innen (in Bezug auf sexuelle [Masturbations-]Fantasien, sexuelle Impulse, sexuelles Verhalten inkl. der Nutzung von Materialien zur sexuellen Erregung) im diagnostischen Interview und der Fragebogentestung. Ziel ist es, umfassendes Wissen über die individuelle sexuelle Präferenzstruktur zu erlangen. Des Weiteren ermöglicht die Eingangsdiagnostik neben dem Einblick in die u.U. bestehende sexuelle Präferenz für Kinder auch eine Abschätzung der Therapiemotivation. Das Behandlungsprogramm richtet sich spezifisch an Menschen mit intrinsischer Motivation, die sich also selbstmotiviert um Unterstützung bemühen und nicht durch externen Druck zu einer Teilnahme gedrängt wurden. Je nach Vorstellungsanlass, kann eine größere oder geringere Eigenmotivation unterstellt werden, was auch bei der Beurteilung der selbstberichteten Angaben differenziert Berücksichtigung finden kann.

In der Eingangsdiagnostik wird ebenfalls geprüft, ob schwere psychische Störungen vorliegen, deren Psychopathologie einer ambulanten Therapieteilnahme aktuell entgegenstehen (z.B. akute psychotische Symptome oder Substanzabhängigkeit). Diese Personen werden in der Regel und sofern gewünscht an möglichst wohnortnah praktizierende Psychotherapeut:innen und/oder Psychiater:innen bzw. an die den Instituten angeschlossenen Ambulanzen weitervermittelt. Bei akuten psychiatrischen Auffälligkeiten haben die Projektteilnehmer:innen nach erfolgter Behandlung der Symptomatik die Möglichkeit, erneut vorstellig zu werden.

Therapie: Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie seitens der Teilnehmenden sind vor allem Offenheit, das Einbringen relevanter Probleme, regelmäßige Mitarbeit sowie der Wille, keine sexuellen Übergriffe auf Kinder zu begehen und/oder Missbrauchsabbildungen zu konsumieren. Die Therapie ruht als Ausdruck einer biopsychosozial fundierten Behandlung auf drei Säulen:

- (1) kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiemethoden
- (2) sexualtherapeutische Interventionen mit sexualwissenschaftlich fundierter Grundhaltung bezüglich sexueller Präferenzstörungen und speziell der Pädophilie
- (3) Pharmakotherapie

Diese Säulen entsprechen auch dem „Integrativen Modell des sexuellen Missbrauchs“, demzufolge für die Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch ein multidimensionaler Behand-

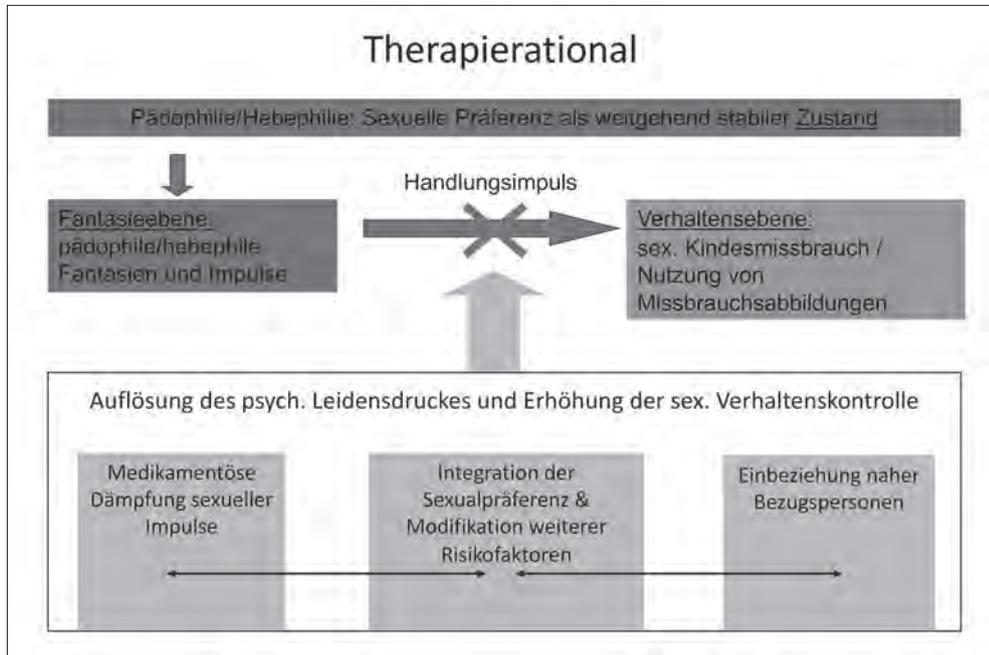


Abb. 2: Therapierational im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

lungsansatz erforderlich ist, der biomedizinische, psycho- und sexualtherapeutische Interventionsstrategien beinhaltet (vgl. Beier, 2018). Je nach Versorgungslage und personellen Kapazitäten an den Standorten werden zusätzlich Paarberatungen/-therapien, supportive Nachsorgekonzepte und sozialarbeiterische/-pädagogische Unterstützungen angeboten, um diese drei Säulen auf allen Ebenen abdecken zu können.

Das Behandlungskonzept im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* ist überwiegend über ein Manual (BEDIT; Beier, 2018) definiert, das als Grundlage für die Behandlungsinhalte, -prozesse und -ziele dient. Primärer Endpunkt der Therapie ist die Behandlung des Störungswertes und damit die Reduktion/Auflösung des psychischen Leidensdruckes sowie die Sicherstellung der sexuellen Verhaltenskontrolle. Eine Heilung im Sinne einer Löschung der auf Kinder bezogenen sexuellen Fantasien und Impulse ist nach bisherigem Wissensstand nicht möglich (Seto, 2009) und wird daher auch nicht in Aussicht gestellt.

Der multimodale Ansatz (siehe Abb. 2) der Therapie soll die Teilnehmenden v.a. dabei unterstützen, die eigene sexuelle Präferenz zu integrieren und ihr Verhalten dauerhaft zu kontrollieren, um keinen (erneuten) sexuellen Missbrauch an Kindern zu begehen bzw. nicht (erneut) Missbrauchsabbildungen zu nutzen. Grundlegendes Prinzip ist die Selbstakzeptanz unter Einbezug der erlebten pädophilen/hebephilen Fantasien, einerseits zur Ermöglichung eines positiven Lebens im Sinne des Good-Lives-Ansatzes (Ward & Gannon, 2006) und andererseits zur Identifikation risikoreichen, problematischen und sexuell übergriffigen Verhaltens mit Kindern. Die therapeutische Zielsetzung liegt dementsprechend vor allem in der Bearbeitung des Maßes an Verantwortungsübernahme in kritischen Situationen und der psychischen Stabilisierung. Die Modifikation von relevanten dynamischen Risikofaktoren (z.B. missbrauchsbegünstigende Einstellungen und fehlende

Perspektivenübernahme, allgemeine und sexuelle Selbstregulation, sozio-affektive Defizite; zur Übersicht auch Mann et al., 2010) ermöglicht darüber hinaus die Stärkung der Selbstregulationskompetenz der Teilnehmenden. Die Stärkung von Ressourcen trägt zur Linderung des inneren Leidensdruckes bei. Die Verbesserung dieser Faktoren kann auch durch die Einnahme triebdämpfender Medikation, die von einem gewissen Teil der Projektteilnehmenden freiwillig in Anspruch genommen wird, mitbegünstigt werden. Eine pharmakotherapeutische Intervention erfolgt leitliniengerecht (Thibaut et al., 2010) und zielt auf eine Reduktion der gedanklichen Beschäftigung mit sexuellen Inhalten, eine Abnahme der Masturbationsfrequenz und sexuell motivierter Kontaktsuche ab, was oftmals von den Betroffenen als entlastend erlebt wird. Durch die Einbeziehung naher Bezugspersonen, wenn von Therapienteilnehmern befürwortet, werden soziale Ressourcen aktiviert. Das individuelle Risiko für die Begehung von sexuellem Kindesmissbrauch und/oder der Nutzung von Missbrauchsabbildungen wird über die Behandlung hinweg laufend überprüft. Der Therapiefokus wird entsprechend der therapeutischen Bedarfe der Patient:innen individualisiert.

Kann eine stabile Verbesserung der dynamischen Risikofaktoren, eine etablierte sexuelle Verhaltenskontrolle sowie eine Linderung des Leidensdruckes über einen gewissen Zeitraum festgestellt werden (i.S. der Auflösung des Störungswertes), wird in Absprache mit der therapeutischen Leitung eine Beendigung der engmaschigen Therapie eingeleitet und bei Bedarf in eine Nachsorge übergeleitet (vgl. Abb. 2).

An allen Standorten zusammengerechnet, schlossen bis zum Dezember 2020 insgesamt 4229 Projektinteressent:innen die klinische Eingangsdiagnostik ab. Von diesen erfüllten 2314 Interessent:innen die Indikation für eine Therapie. Im Dezember 2020 befanden sich 255 in einer laufenden Therapie, 143 in

Abb. 3: Darstellung der Kontaktzahlen im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

* Der Abfall der Zahl der initialen Kontaktaufnahme zum Präventionsnetzwerk im Jahr 2020 erklärt sich daher, dass bis zu diesem Zeitpunkt einige Standorte in der Zählung neben den (potentiellen) Projektteilnehmer:innen zusätzlich auch die Kontaktaufnahmen durch Journalist:innen inkludiert haben. Die Zahl der Kontaktaufnahmen im Jahr 2020 bezieht sich ausschließlich auf (potentielle) Projektteilnehmende.

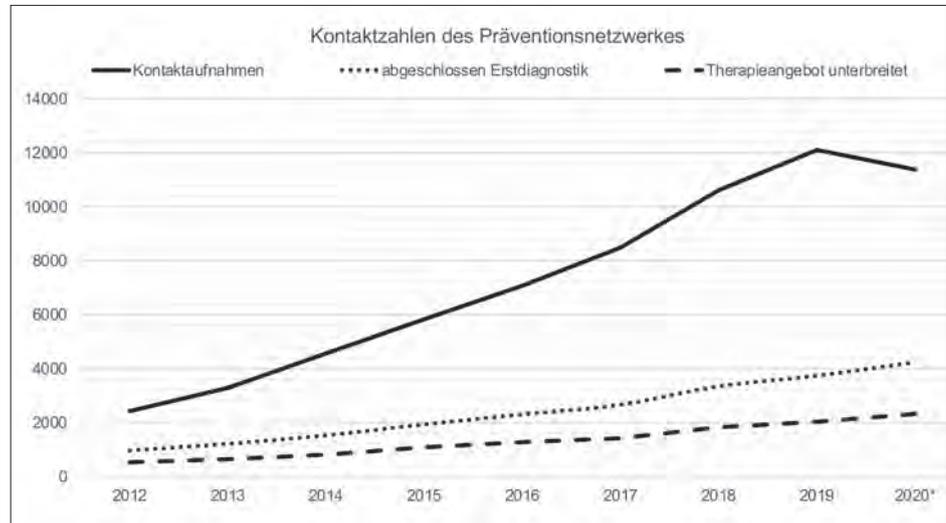
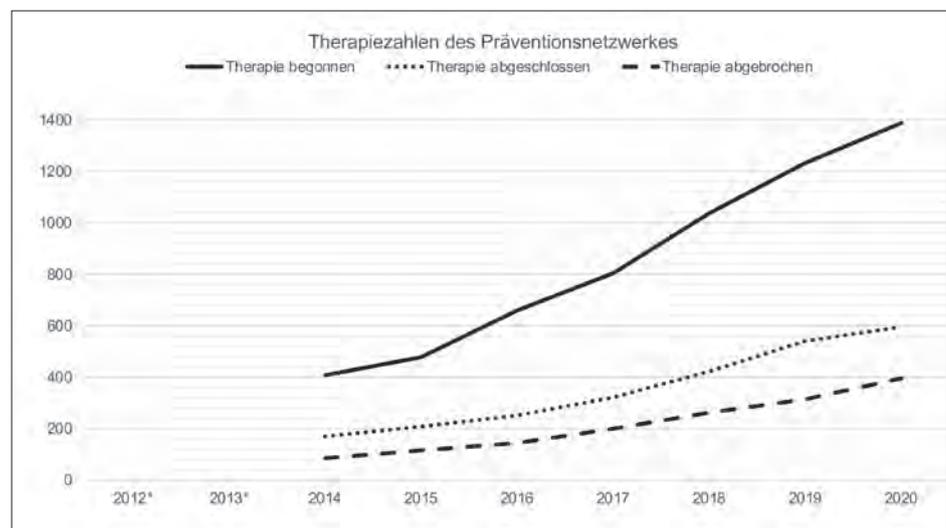


Abb. 4: Darstellung der Kontaktzahlen im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

* Die Therapiezahlen wurden erst ab 2014 einheitlich im gesamten Präventionsnetzwerk erhoben.



therapievorbereitenden Gesprächen und Beratung, 595 hatten die Therapie abgeschlossen und 395 abgebrochen.

Die Abbildung 3 und Abbildung 4 stellen die Entwicklung der Kontakt- und Therapiezahlen im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* dar.

Erste Ergebnisse zu den Behandlungseffekten

Am Berliner Standort des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* ist in einer ersten Untersuchung die Effektivität des Behandlungsprogramms analysiert worden (Beier et al., 2015). Unter Anwendung eines nichtrandomisierten Wartelisten-Kontrolldesigns wurden mehrfach Daten der Behandlungsgruppe ($n = 53$) und der Warte-Kontrollgruppe ($n = 22$) erhoben. Um die Veränderungen durch die Therapie zu evaluieren, wurden sowohl Vergleiche innerhalb der Gruppen als auch

zwischen den Gruppen aufgestellt. Es wurde angenommen, dass sich die vorab identifizierten, dynamischen Risikofaktoren und das sexuelle Missbrauchsverhalten in der Behandlungsgruppe signifikant verbessern würden, wohingegen keine Veränderungen in der Kontrollgruppe auftreten sollten. In Bezug auf die Veränderung der dynamischen Risikofaktoren konnten die aufgestellten Hypothesen bestätigt werden. Nach der Behandlung empfanden die Teilnehmer nach eigenen Angaben und statistisch bedeutsam weniger Einsamkeit, zeigten weniger dysfunktionale emotionsorientierte Bewältigungsstrategien, weniger Defizite in der emotionalen Opferempathie, weniger missbrauchsbegünstigende Einstellungen, weniger Selbstwirksamkeitsdefizite sowie weniger sexuelle Voreingenommenheit. Diese Ergebnisse entsprechen im Allgemeinen vorherigen Forschungsergebnissen zur Veränderbarkeit dynamischer Risikofaktoren durch therapeutische Intervention bei Sexualstraf Tätern im Hellfeld und deuten in einem ersten explorativen Schritt auf die Wirksamkeit der angewendeten Therapiemethodik für das spezielle Klientel des Projekts hin (Beggs & Grace, 2011; Edwards et al., 2012; O'Reilly et al., 2010;

Wischka, 2013), auch wenn die Stichprobengröße dieser Pilotstudie keine allzu weitreichenden Schlussfolgerungen zulässt (Mokros und Banse, 2019).

Die Evaluation in Bezug auf das (wiederholte) sexuelle Übergriffsverhalten zeigte, dass von keinem der ausschließlich männlichen Teilnehmern ein erstmaliger sexueller Kindesmissbrauch berichtet wurde. Somit haben die bisher nicht übergriffigen Teilnehmer ($n = 28$), die Unterstützung bei ihrer Verhaltenskontrolle bzw. ihrem inneren Leidensdruck gesucht haben, auch weiterhin keinen sexuellen Übergriff begangen. Allerdings gaben fünf der 53 Therapieteilnehmer bzw. der 25 Teilnehmer, die bereits früher einen sexuellen Kindesmissbrauch begangen hatten, erneute sexuelle Übergriffe während der Therapie an. Die Schwere und die Häufigkeit der Rückfälle hatte im Vergleich zum Missbrauchsverhalten vor der Therapie jedoch deutlich abgenommen. Primär kam es zu voyeuristischen Übergriffen. Diese wurden von den Teilnehmern im Laufe der Therapie nicht offenbart, sondern erst in der Fragebogentestung zum Therapieabschluss eingeräumt. Die Kontrollgruppe zeigte dazu im Vergleich nach einem Jahr ohne Therapie statistisch bedeutend mehr sexuelles Übergriffsverhalten als die Gruppe der Therapieteilnehmer.

In Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen gaben 91 % der Teilnehmer, die bereits vor der Therapie Missbrauchsabbildungen konsumiert hatten, eine fortgesetzte, aber veränderte Nutzung an. Die Ergebnisse einer detaillierteren Studie von Therapieteilnehmern, die bei Therapieeintritt Missbrauchsabbildungen nutzten, zeigte, dass nach der Therapie etwa 1/3 der Patienten die Nutzung komplett beendete und etwa 2/3 statistisch signifikant die Häufigkeit und Schwere der Missbrauchsabbildungen reduzierte (Kuhle et al., 2013).

Die Ergebnisse zur Rückfallrate des sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen sind insgesamt schwer zu interpretieren, da es bisher keine Vergleichsmaße zur Häufigkeit rückfälligen Tatverhaltens im Dunkelfeld nach Therapie gibt. Studien zur Rückfälligkeit im Hellfeld zeigen, dass 13,7 % der Sexualstraftäter in einem Rahmen von fünf bis sieben Jahren erneut mit einem Sexualdelikt strafrechtlich auffällig werden (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Menschen, die wegen der Nutzung von Missbrauchsabbildungen verurteilt waren, werden in 3,4 % der Fälle wegen der erneuten Nutzung von Missbrauchsabbildungen wiederholt verurteilt (vgl. Seto et al., 2011). Eine Meta-Analyse zur Effektivität der Therapie von Sexualstraftätern im Vollzug zeigte, dass behandelte Sexualstraftäter 37 % weniger Rezidive mit sexuellen Übergriffen zeigen, als unbehandelte (Lösel & Schmucker, 2005). Diese Zahlen zeigen aber auch, dass trotz gesunkener Wahrscheinlichkeit nach Inhaftierung und Therapie mit einer Rückfälligkeit gerechnet werden muss.

Hierin liegt ein entscheidender Unterschied zur oben erwähnten Evaluationsstudie des hier vorgestellten Behandlungsprogramms: Studien zur Rückfälligkeit im Hellfeld berichten ausschließlich Zahlen von wiederholten Straftaten,

die strafrechtlich verfolgt wurden. Straftaten ohne Justizbekanntheit fehlen hingegen. Hinsichtlich justizbekannterer Rückfälligkeit liegt die Rückfallrate nach den Angaben in der untersuchten Stichprobe des Berliner Standortes des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*, sowohl für den sexuellen Kindesmissbrauch als auch der Nutzung von Missbrauchsabbildungen bei 0 %. Einschränkend ist zu erwähnen, dass diese Ergebnisse nicht auf der Grundlage einer (im Dunkelfeld methodisch kaum möglichen) Einsichtnahme in das Bundeszentralregister erfolgt, sondern auf Selbstauskünften beruht.

Die Ergebnisse der ersten Therapieevaluation müssen allerdings aufgrund des explorativen Charakters, der kleinen Stichprobe und des relativ kurzen Follow-up-Zeitraums als vorläufig betrachtet werden. Um diese Ergebnisse zu bestätigen, werden weitere Forschungen mit größeren Stichproben und längeren Follow-up-Zeiträumen notwendig sein.

Das Modellvorhaben nach §65d SGB V des Spitzenverbands – Bund der Krankenkassen (GKV-SV) versucht in einer bundesweiten Evaluation diese Aspekte zu berücksichtigen und eine Aussage über die Effektivität des vorgestellten, aber auch anderer Behandlungsprogramme mit ähnlicher Zielsetzung zu treffen.

Aktuelle Entwicklungen zur Verstetigung und Evaluation – Modellvorhaben zur Prävention und Behandlung der pädophilen Präferenzstörung

Der GKV-SV fördert seit 1. Januar 2018 mit insgesamt fünf Millionen Euro je Kalenderjahr Maßnahmen zur Prävention und Behandlung der pädophilen sexuellen Präferenzstörung im Rahmen eines Modellvorhabens. Gesetzliche Grundlage ist der §65d SGB V zur „Förderung besonderer Therapieeinrichtungen“, der mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) neu aufgenommen wurde. Förderungsfähig sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die ein freiwilliges Therapieangebot vorhalten und die vom GKV-SV als förderungsfähig anerkannt wurden. Dazu gehören unter anderem auch die Standorte des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* (mit Ausnahme des assoziierten Standortes München und des Fernbehandlungsprogramms für Sachsen-Anhalt). Der Förderzeitraum beträgt fünf Jahre bis Dezember 2022, wurde aber erst vor kurzem auf insgesamt acht Jahre (bis Ende 2025) erweitert. Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz unterstützt die Begleitung der Implementierung des Modellvorhabens durch die Förderung der Öffentlichkeitsarbeit.

Für die im Modellvorhaben anerkannten Projekte ist nach §65d des Fünften Sozialgesetzbuches gesetzlich eine Evaluation durch eine unabhängige Forschungseinrichtung vorgeschrieben. Dafür ist das Studienzentrum unter Leitung von Prof. Dr. Stephan Mühlhög von der Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Chemnitz zuständig. Ziele der Evaluation sind sowohl die Überprüfung der Effektivität des vorgestellten Therapieprogramms als auch die Erreichbarkeit der Zielgruppe und die Notwendigkeit des besonderen Behandlungsprogramms. Auf dieser Grundlage soll bei erfolgreicher Evaluation im Anschluss an das Modellvorhaben eine Verstärkung des Therapieangebots in die Regelversorgung erfolgen.

Literatur

- Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S.N., Beier, K.M., 2011. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *The Journal of Sexual Medicine* 8 (5), 1362–1370.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Beggs, S.M., Grace, R.C., 2011. Treatment gain for sexual offenders against children predicts reduced. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79 (2), 182–192.
- Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer, Berlin.
- Beier, K.M., Ahlers, C.J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I.A., Hupp, E., Schaefer, G.A., 2009a. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20, 851–867.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. Sexualmedizin. Urban & Fischer, München.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2015. The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (2), 529–542.
- Beier, K.M., Neutze, J., Mundt, I.A., Ahlers, C.J., Goecker, D., Konrad, A., Schaefer, G.A., 2009b. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child abuse & neglect* 33 (8), 545–549.
- Bieneck, S., Stadler, L., Pfeiffer, C., 2011. Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. KfN. https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB_118.pdf
- Blanchard, R., Klassen, P., Dickey, R., Kuban, M.E., Blak, T., 2001. Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders. *Psychological Assessment* 13 (1), 118.
- Blanchard, R., Kuban, M.E., Blak, T., Cantor, J.M., Klassen, P., Dickey, R., 2006. Phallometric comparison of pedophilic interest in nonadmitting sexual offenders against stepdaughters, biological daughters, other biologically related girls, and unrelated girls. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 18, 1–14.
- Bundschuh, C., 2001. Pädosexualität: Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Cohen, L.J., Galynker, I.I., 2002. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *Journal of Psychiatric Practice* 8 (5), 276–289.
- Dombert, B., Schmidt, A.F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., Osterheider, M., 2016. How common is men's self-reported sexual interest in prepubescent children? *The Journal of Sex Research* 53 (2), 214–223.
- Edwards, R., Whittaker, M.K., Beckett, R., Bishopp, D., Bates, A., 2012. Adolescents who have sexually harmed: An evaluation of a specialist treatment programme. *Journal of sexual aggression* 18 (1), 91–111.
- Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J., Fegert, J.M., 2012. Deutsche Traumafolgekostenstudie. IGSG, Kiel.
- Hanson, R.K., Bussière, M.T., 1998. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2), 348–62.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K.E., 2005. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology* 73 (6), 1154.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., Glaesmer, H., 2011. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt international* 108 (17), 287.
- Henry, F., McMahon, P., 2000. What survivors of child sexual abuse told us about the people who abused them. In National Sexual Violence Prevention Conference, Dallas, TX.
- Kuhle, L.F., Konrad, A., Scherner, G., Beier, K.M., 2013, October. Treatment change in undetected child pornography offenders with Pedophilia/Hebephilia. Paper presented at the 32nd Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers. Chicago, IL.
- Leeb, R.T., Lewis, T., Zolotor, A.J., 2011. A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5 (5), 454–468.
- Lösel, F., Schmucker, M., 2005. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 1, 117–146.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., Thornton, D., 2010. Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 22 (2), 191–217.
- Mokros, A., Banse, R., 2019. The "Dunkelfeld" Project for Self-Identified Pedophiles: A Reappraisal of its Effectiveness. *Journal of Sexual Medicine* 16, 609–613.
- O'Reilly, G., Carr, A., Murphy, P., Cotter, A., 2010. A controlled evaluation of a prison-based sexual offender intervention program. *Sexual abuse: a journal of research and treatment* 22 (1), 95–111.
- Riegel, D.L., 2004. Letter to the Editor: Effects on Boy-Attracted Pedosexual Males of Viewing Boy Erotica. *Archives of Sexual Behavior* 33 (4), 321–323.
- Schorsch, E., 1985. Sexuelle Perversionen. *Mensch, Medien, Gesellschaft* 10, 253–260.
- Seto, M.C., 2008. Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. American Psychological Association, Washington, DC.
- Seto, M.C., 2009. Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology* 5, 391–407.
- Seto, M.C., Cantor, J.M., Blanchard, R., 2006. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology* 115, 610–615.
- Seto, M.C., Hanson, R.K., Babchishin, K.M., 2011. Contact sexual

- offending by men with online sexual offenses. *Sex Abuse* 23, 124–45.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M.H., Euser, E.M., Bakermans-Kranenburg, M.J., 2011. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment* 16, 79–101.
- Thibaut, F., de la Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J.M., 2010. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry* 11, (4), 604–655.
- Tozdan, S., Briken, P., Dekker, A., 2019. Uncovering female child sexual offenders – Needs and challenges for practice and research. *Journal of clinical medicine* 8 (3), 401–412.
- Ward, T., Beech, A., 2006. An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior* 11, 44–63.
- Ward, T., Gannon, A.T., 2006. Rehabilitation, etiology and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior* 11 (1), 77–94.
- Wetzels, P., 1997. Prävalenz und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Sexuologie* (4), 89–107.
- WHO Regional Office for Europe, 2013. European report on preventing child maltreatment. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
- Wischka, B., 2013. Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R): Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. *Recht & Psychiatrie* 31, 138–145.
- World Health Organization., 2007. International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

Autor:innen

- Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: laura.kuhle@charite.de
- Dr. phil. Ralf Bergner-Köther, Psychiatrische Institutsambulanz, Sozialstiftung Bamberg, Buger Straße 80, 96049 Bamberg, e-mail: ralf.bergner-koether@sozialstiftung-bamberg.de
- Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz, e-mail: manfred.beutel@unimedizin-mainz.de
- Dipl.-Psych. Kirsten Dammertz-Hölterhoff, Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, e-mail: kirsten.dammertz-hoelterhoff@med.uni-duesseldorf.de
- Dr. med. Göran Hajak, Psychiatrische Institutsambulanz, Sozialstiftung Bamberg, Buger Straße 80, 96049 Bamberg, e-mail: goeran.hajak@sozialstiftung-bamberg.de
- Prof. Dr. med. Christian Huchzermeier, Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie & Psychotherapie, Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Campus Kiel, Niemannsweg 147, Haus 3, 24105 Kiel, e-mail: christian.huchzermeier@uksh.de
- Prof. Dr. med. Tillmann Krüger, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Sexualmedizin, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, e-mail: krueger.tillmann@mh-hannover.de
- Prof. Dr. med. Johannes Kruse, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Justus-Liebig-Universität Gießen und Philipps-Universität Marburg, Friedrichstraße 33, 35392 Gießen, e-mail: johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de
- Dipl.-Psych. Julia M. Pätzelt, Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie & Psychotherapie, Centrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Campus Kiel, Niemannsweg 147, Haus 3, 24105 Kiel, e-mail: JuliaMareile.Paetzel@uksh.de
- Mag. rer. nat. Elisabeth Quendler-Adamo, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einsteinallee 23, 89081 Ulm, e-mail: elisabeth.quendler@uniklinik-ulm.de
- Dr. med. Dirk Rösing, Praxis für Psychotherapie und Sexualmedizin, Carl-Heydemann-Ring 9, 18437 Stralsund, e-mail: roesing-praxis@web.de
- Prof. Dr. med. Peter Schönknecht, Selbstständige Ambulanz für sexualtherapeutische Prävention und forensisch-psychiatrische Forschung, Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R., Liebigstraße 18, Haus B, 04103 Leipzig, e-mail: peter.schoenknecht@medizin.uni-leipzig.de
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de
-

Ein Zusatzmodul für die *Berliner Dissexualitätstherapie* (BEDIT) – *Kinderschutz und Verantwortungsübernahme*

Dorit Grundmann, Gerold Scherner, Hannes Ulrich

An Additional Module for the *Berlin Dissexuality Therapy* (BEDIT) – *Child Protection and Assumption of Responsibility*

Abstract

The BEDIT program (*Berlin Dissexuality Therapy*) fundamentally aims at strengthening the motivation for abstaining from (potentially) problematic sexual behaviors towards minors, increasing the experience of self-efficacy and behavior control. In the recently published BEDIT manual, several modules are introduced that address past problematic sexual behaviors of treatment participants. In recent years, a more differentiated therapeutic attitude has developed, additionally focusing on the (potential) harm to a child victim. Within this broadened perspective, the therapeutic effort focuses not only on working through a participant's own problematic (i.e., dissexual, abusive) past behavior, but additionally, on how a sustainable assumption of responsibility could take place and how a specific child victim could obtain adequate support.

The module *Child Protection and Assumption of Responsibility* was developed to ensure better structured documentation and replicability for other therapeutic colleagues, as well as enabling a professional discussion of these topics. As an additional module for the BEDIT program and comparable to the structure of the original BEDIT modules, the aim and rationale for the new module will be described after a brief introduction. The contents of this module and a series of possible interventions and examples are comprehensively presented.

Keywords: Treatment manual, Responsibility, Perspective adoption, Child protection.

Zusammenfassung

Die *Berliner Dissexualitätstherapie* (BEDIT) zielt primär darauf ab, bei Personen mit einem sexuellen Interesse an Kindern die Motivation zur Verhaltensabstinenz zu stärken, die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen sowie sie dazu zu befähigen, dass sie die Kontrolle über das eigene (potenziell) dissexuelle, missbräuchliche Verhalten gegenüber Kindern erlangen. Das BEDIT-Manual enthält dazu die entsprechenden Module. In den letzten Jahren ist zudem die Perspektive der kindlichen Opfer verstärkt in den Fokus gerückt. Neben der

Aufarbeitung des eigenen Verhaltens wurde daher erarbeitet, wie eine nachhaltige Verantwortungsübernahme bezüglich des eigenen Verhaltens aussehen kann und wie ein geschädigtes Kind unterstützt werden kann.

Um dieses Vorgehen auch anderen Kolleg:innen für die therapeutische Arbeit zugänglich zu machen bzw. eine fachliche Diskussion anzuregen, wurde das Modul Kinderschutz und Verantwortungsübernahme entwickelt. Analog zu den bisherigen BEDIT Modulen werden in dem Text die Ziele des Moduls und dessen Rationale beschrieben. Es werden die Modul Inhalte und die Interventionen vorgestellt, wie sie bisher am Berliner Standort des Präventionsprojektes *Kein Täter werden* zur Anwendung kommen.

Schlüsselwörter: Therapiemanual, Verantwortung, Perspektivenübernahme, Kinderschutz

Einleitung

Die Arbeit im *Dunkelfeld*, wie sie mit dem Projekt *Kein Täter werden* gegeben ist, kann dazu führen, dass Therapeut:innen in Konstellationen geraten, bei denen sie zu „Geheimnisträger:innen“ für juristisch relevante Straftaten gegenüber einem Kind werden können, womit sie vor spezielle Herausforderungen gestellt sind. Bisher fehlt dazu eine klare Struktur und Orientierung, wie mit diesen Situationen umzugehen ist, um einerseits die am Therapieprogramm Teilnehmenden in ihrem Veränderungsprozess zu unterstützen und andererseits die Interessen etwaig geschädigter Kinder/Personen zu berücksichtigen. Weiterhin ist eine nachhaltige Einstellungs- und Verhaltensveränderung bei Menschen mit pädophiler-hebephiler Neigung und vergangenen Straftaten nicht mit der klassischen „Delikttaufarbeitung“ abgeschlossen. Im BEDIT (Beier, 2018) wurde daher der Bereich des proaktiven Kinderschutzes um ein Zusatzmodul erweitert, das eine therapeutische Orientierung und Unterstützung für den Bereich der Verantwortungsübernahme mit der Möglichkeit zur Umsetzung konkreter Kinderschutzmaßnahmen vorsieht. Das Modul *Kinderschutz und Verantwortungsübernahme* geht über die Inhalte der BEDIT Module hinaus, integriert diese und wird nachfolgend als ein Ergänzungsmodul vorgestellt.

Ziele

- Inhaltliche Erweiterung der bisherigen BEDIT-Module *Empathie und Perspektivenübernahme* und *Sexuelle Fantasien und sexuelle Handlungen*
- Etablierung eines Grundverständnisses von der Bedeutung der Verantwortung für das eigene Verhalten und dessen Konsequenzen zu übernehmen – im Allgemeinen und speziell für potenziell schädigendes Verhalten gegenüber Kindern
- Aufklärung über die Ressourcenverluste von Menschen, die sexuelle Traumatisierung erlebt haben
- Unterstützung der Teilnehmenden bei der Erarbeitung einer verantwortungsbewussten Grundhaltung
- Stärkung von Reflexionsprozessen und der Fähigkeit zur Selbstkritik
- Förderung vollständiger Verantwortungsübernahme für eigenes (insbesondere sozio-sexuelles) Verhalten in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
- Dadurch direkt oder indirekt auch Initiierung potenzieller Unterstützung und Hilfe für Opfer

Rationale

Übergeordnetes Ziel der Dissexualitätstherapie ist der Aufbau einer Verhaltenskontrolle bzgl. der eigenen sexuellen Impulse, womit die verursacherbezogene präventive Arbeit einen Beitrag zum aktiven Kinderschutz darstellt. Auch wenn das Thema der „Verantwortungsübernahme“ in der Literatur zur Effizienz, Effektivität und den längerfristigen Wirkungen von Therapien für Sexualstraftäter:innen kaum direkt erwähnt bzw. untersucht wird, so ist es dennoch fester Bestandteil der gängigen Therapieprogramme. Im forensischen Kontext geschieht dies meist innerhalb der Deliktbearbeitung und wird dort als wesentliches Ziel des Veränderungsprozesses mit zentraler Bedeutung für die Rückfallprävention beschrieben. Beispiele hierfür finden sich im *Reasoning and Rehabilitation Program* (R&R), dem *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* (BPS-R), dem *Rockwood Preparatory Program for Sexual Offenders* und dem *Sex Offender Treatment Program* (SOTP). Es ist daher theoretisch plausibel und auch empirisch gestützt, dass die geförderte/erreichte Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme für das aktuelle und vergangene sexuelle Verhalten gegenüber Minderjährigen (sowohl im direkten wie auch indirekten Kontakt über den Konsum von Missbrauchsdarstellungen) die Verhaltenskontrolle für zukünftiges Verhalten stärken kann. Einige Behandlungsprogramme sehen das Bekenntnis zur Tat, die Reflektion der möglichen Ursachen und auslösenden Momente sowie die Bereitschaft, sich professioneller Hilfe zu stellen, ex-

plizit als Indikator für Fortschritte im therapeutischen Prozess an. Im Rahmen der BEDIT-Behandlung wird neben der Analyse des vergangenen Verhaltens (Modul *Sexuelle Fantasien und sexuelle Handlungen*), der Identifikation kognitiver Verzerrungen (Modul *Wahrnehmung*) und der Auseinandersetzung mit den potenziell traumatischen Folgen des eigenen Verhaltens für andere (Modul *Empathie und Perspektivenübernahme*), der Umgang mit assoziierten Schuld- und Schamgefühlen thematisiert – Die „Verantwortungsübernahme für das eigene sexuelle Verhalten“ ist somit zwar grundsätzlich in den genannten Modulen impliziert, das Modul *Kinderschutz und Verantwortungsübernahme* expliziert und vertieft dieses Thema jedoch deutlich.

Um eine Balance zwischen den Bedürfnissen der am Therapieprogramm Teilnehmenden, den relevanten Veränderungsprozessen und der eigenen therapeutischen Position (aktiver Kinderschutz) herzustellen, ist es hilfreich, eine Grundhaltung einzunehmen, wie sie der folgende Leitsatz beschreibt:

Besteht ein sexuell grenzverletzendes, i.e. dissexuelles Verhalten, muss seitens der verursachenden Person dem potenziell geschädigten kindlichen Opfer gegenüber eine vollständige Verantwortungsübernahme forciert werden, inklusive der konkreten Auseinandersetzung damit, was im Einzelfall für das Kind getan werden könnte.

Nur wenn die am Therapieprogramm Teilnehmenden anerkennen und es aushalten, dass das eigene sexuelle Verhalten Folgen bei anderen verursacht und dass sie (aufgrund der fehlenden/nicht möglichen Einvernehmlichkeit bezüglich sexueller Kontakte mit Kindern) dafür die vollständige Verantwortung zu tragen haben, kann eine nachhaltige Veränderung der inneren Haltung erreicht werden. Dies kann auch die Basis für das Ziel einer vollständigen Verhaltenskontrolle bzw. Abstinenz bilden. Wie dieser Prozess verläuft und wie mit den etwaigen Folgen für das geschädigte Kind umgegangen wird, kann sich von Fall zu Fall stark unterscheiden.

Modulinhalt

Da es schwierig ist, die Themen dieses Moduls in den zeitlichen Therapieverlauf einzubetten, sollte dieses Modul in einem übergeordneten Sinne gehandhabt werden. Dazu ist es einerseits unerlässlich, dass die Therapeut:innen eine achtsame **Grundhaltung** gegenüber den (potenziell) geschädigten Kindern einnehmen, während für die Teilnehmenden der Fokus auf das eigene problematische sexuelle Verhalten gerichtet ist und dieses reflektiert wird. Dabei kann auf bereits Erarbeitetes aus dem Modul *Sexuelle Fantasien und sexuelle Handlungen*, sowie Modul *Empathie und Perspektivenübernahme* rekuriert werden. Besonders bei der Auseinandersetzung mit der kindlichen

Perspektive ist die Anknüpfung an die evidenzbasierte Traumatherapie zu empfehlen, die den Fokus auf die Ressourcenverluste legt, welche eine sexuelle Traumatisierung bedingen kann (vgl. Exkurs). Grundsätzlich ist es empfehlenswert, so früh wie möglich im therapeutischen Prozess proaktiv das Thema der Verantwortungsübernahme gegenüber geschädigten Kindern einzubringen und die entsprechenden Interventionen in die bereits genannten Module zu integrieren.

Exkurs

Kinder erleben bei Missbrauchshandlungen einen tiefgreifenden Verlust von Sicherheit und Geborgenheit. In der Folge sind sie oftmals nicht in der Lage, offen und vertrauensvoll die Welt zu erkunden und in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung meist eingeschränkt. So verlieren bspw. Normen für sexuelles körperliches Verhalten, die außerhalb des Zuhauses erwartet werden, ihre Gültigkeit, so dass Betroffene in ihrer Urteilsfähigkeit hinsichtlich der sozialen Realität beeinträchtigt sind. Zudem wird das soziale Umfeld als wenig unterstützend wahrgenommen, weil es ihnen schwerfällt, eine authentische Verbundenheit zu Personen im näheren Umfeld zu entwickeln. Die Schwere der Betroffenheit von interpersonellen sexuellen Grenzverletzungen geht dementsprechend mit dem erhöhten Risiko einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung einher (Cloitre, Cohen & Koenen, 2014).

Die Ressourcenverluste durch sexuelle Traumatisierung betreffen: 1) die gesunde Bindungsfähigkeit, 2) die Entwicklung emotionaler und sozialer Kompetenzen sowie 3) das Vertrauen in die Unterstützung durch das soziale Umfeld. Evidenzbasierte Traumatherapien zielen daher darauf ab, diese entsprechenden Ressourcen (i.e., emotionale und soziale Kompetenzen) aufzubauen. Dies kann eine Voraussetzung dafür sein, dass die traumatischen Ereignisse im therapeutischen Prozess emotional verarbeitet werden.

Die Fragen nach den Folgen für die geschädigten Personen und der nach der **Bedeutung** des eigenen dissexuellen Verhaltens können einen Zugang zu innerpsychischen Konflikten, Ambivalenzerleben, assoziierten Gefühlen von Scham und Schuld, sowie zu nicht integriertem eigenem Problemverhalten in der Biographie eröffnen. Eine Bearbeitung dieser Themen kann für die an der Therapie Teilnehmenden auch mit weiteren positiven Veränderungen verknüpft sein, indem bspw. eine Herausarbeitung oder Klärung von Ambivalenzen stattfindet und vergangene Grenzverletzungen in das eigene Selbstbild integriert werden können. Für das therapeutische Vorgehen ist es wichtig, eine Balance zu finden, zwischen kritischem Hinterfragen, wertschätzendem Begleiten und der Konkretisierung von Umsetzungsmöglichkeiten für die eigene Verantwortungsübernahme.

Die Erarbeitung der eigenen Verantwortungsübernahme einschließlich der Möglichkeiten diese bezüglich des vergan-

genen Verhaltens umzusetzen, ist ein individueller Prozess, für den kein für alle gleichermaßen passendes Vorgehen beschrieben werden kann. „Was bedeutet für mich Verantwortungsübernahme?“ kann dabei als kritische und anregende Leitfrage genutzt werden, um sich diesem Prozess anzunähern. Die nachfolgenden Interventionsbeschreibungen sind beispielhaft zu verstehen und die letztliche Verantwortung, entsprechende Kinderschutzoptionen umzusetzen, obliegt den Patient:innen.

Bei im *Dunkelfeld* begangenen Taten kann dieses Vorgehen auch die Therapeut:innen vor persönliche Herausforderungen stellen. Wenn Teilnehmende der Therapie bspw. von konkreten Missbrauchstaten berichten, die bisher keiner anderen Person bekannt sind, können sich bei den Behandelnden – unabhängig von der bestehenden Schweigepflicht – ethische Konflikte mit hohem Belastungspotential entwickeln. Regelmäßige Intervention und Supervision sind dafür geeignete Kontexte, um dieses Erleben aktiv zu thematisieren und eine mögliche Beeinflussung der therapeutischen Beziehung zu reflektieren.

Interventionen

- Vor Behandlungsbeginn ist transparent mit den Teilnehmenden zu besprechen oder in den Therapievereinbarungen schriftlich zu fixieren, dass für eine professionelle und ethisch fundierte therapeutische Arbeit die Auseinandersetzung mit den Folgen des eigenen Handelns für andere unabdingbar ist.

Diskutieren Sie:

- Wie geht es den Teilnehmenden damit?
- Lässt sich ein Zusammenhang zur Therapie- und Veränderungsmotivation herstellen?
- Kinderschutz-Rating: Klären Sie im Falle berichteter dissexueller Verhaltensweisen (vgl. Abb. 1):
 - Ist der sexuelle Übergriff Bezugspersonen des Opfers oder anderen bekannt?
 - Ist bekannt, ob das Opfer Unterstützung/Hilfsangebote erhalten hat?
 - Wäre es wichtig, davon zu wissen? Was könnten die Teilnehmenden gegebenenfalls selbst dazu beitragen, dass Hilfsmaßnahmen/Beratung/Therapie angeboten werden?
 - Differenzierung verschiedener Ausgangslagen entsprechend des Kinderschutz-Ratings und Anwendung der möglichen Handlungswege (vgl. nachfolgenden Exkurs)

Datum: ____ . ____ . 20____ PIN: _____

1. Vorhandene Opfer: Anzahl Opfer: _____

CSA Zeitraum	Alter des Kindes	Intensität des Übergriffs	Justizbekanntheit	Soziale Bekanntheit	Opferschutz	Opferbekanntheit
Interventionsbedarf	<input type="checkbox"/> > 5 Jahren	Altersunterschied bei Übergriff: _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Hellfeld: CSA strafrechtlich verfolgt	<input type="checkbox"/> Dritten bekannt (z.B. Kindsmutter, -vater, Angehörigen)	<input type="checkbox"/> PIN weiß von eingeleiteten Opferschutzmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Kind ist <u>nicht</u> namentlich u./o. wohnhaft bekannt
	<input type="checkbox"/> vor 2 - 5 Jahren	<input type="checkbox"/> heute > 18 Jahre	<input type="checkbox"/> Dunkelfeld: strafrechtlich nicht verfolgt	<input type="checkbox"/> keiner dritten Person bekannt	<input type="checkbox"/> PIN weiß <u>nicht</u> von eingeleiteten Opferschutzmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Kind ist namentlich u./o. wohnhaft <u>bekannt</u>
	<input type="checkbox"/> in letzten 2 Jahren	<input type="checkbox"/> heute < 18 Jahre	<input type="checkbox"/> Hoch (z.B. mehrfach o. Penetration)			
	<input type="checkbox"/> fortlaufend					

2. Potentielle Opfer

CSA Risiko	CSA lifetime	Soziale Kontrolle & sexuelle Motivation	Tatvorbereitung	Zusätzliche akute Risikofaktoren	Bekanntheit des potentiellen Opfers
Interventionsbedarf	<input type="checkbox"/> derzeit kein Risiko	<input type="checkbox"/> kein Kontakt zu präferierten Kindern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kind ist <u>nicht</u> namentlich u./o. wohnhaft bekannt
	<input type="checkbox"/> Risiko	<input type="checkbox"/> sozial kontrollierter Kontakt zu präferierten Kinder	<input type="checkbox"/> sexuelle Fantasien mit Kind	<input type="checkbox"/> sexuelle Befassthelt emotionaler Zusammenbruch	<input type="checkbox"/> Kind ist namentlich u./o. wohnhaft <u>bekannt</u>
	<input type="checkbox"/> ja <small>→ zusätzlich: 1. vorhandenes Opfer</small>	<input type="checkbox"/> sozial unkontrollierter Kontakt zu präferierten Kinder	<input type="checkbox"/> Grooming	<input type="checkbox"/> Zusammenbruch sozialer Unterstützung	
			<input type="checkbox"/> Verabredungen	<input type="checkbox"/> Substanzmissbrauch	

3. Bereits angebotene Hilfe o.ä.: _____

CHARITE CAMPUS MITTE
- Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin -

Abb. 1: Fragebogen zu dissexuellen Verhaltensweisen

Exkurs

Beispiele für konkrete Hilfestellungen/Kinderschutzoptionen abhängig vom Gefährdungsgrad

1. Fokus auf aktuelles und vergangenes problematisches Verhalten mit Kindern
 - a. Konkrete Erfassung des problematischen Verhaltens sowie des (potenziellen) Schadens für Opfer (opfergerechte Täter:innenarbeit) als Haltung bei Therapeut:innen
 - b. Grundhaltung der opfergerechten Täter:innenarbeit
 - c. Dezierte Dokumentation in den Therapiemitschriften
 2. Bei ausschließlicher Nutzung von Missbrauchsdarstellungen (ohne direktes Problemverhalten mit Kindern)
 - a. Haltung zum potenziellen Opferschaden? Bedeutung für Nutzende?
 - b. Konsequenzen für eigenes und zukünftiges Verhalten?
 3. Bei stattgefundenem dissexuellen oder missbräuchlichen Verhalten in der Vergangenheit
 - a. Haltung zum (potenziellen) Opferschaden? Bekanntheit gegenüber Dritten?
 - b. Ist bekannt, ob Opfer Unterstützung/Hilfe bekommen hat? Relevanz für eigene Haltung/Verantwortungsübernahme?
 - c. Informationen zu regionalen Anlaufstellen und Angeboten zur Opferschutzberatung
 4. Bei aktuellem/akutem dissexuellen oder missbräuchlichen Verhalten
 - a. Aufklärungsgespräch über möglichen Umgang mit der Gefährdungslage und mögliche Interventionen im Sinne des Opferschutzes (Vermittlung von Kontakten zu Opferschutzverbänden, Anlaufstellen für Opferberatung, Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung)
 - Eskalation des Risikomanagements (siehe BEDIT *Vorgehen in Grenzfällen*)
 - Besprechung und ggf. Unterzeichnung einer abweichenden Risikoeinschätzung
 - Einweihung dritter Personen oder Sorgeberechtigter (ggf. auch gemeinsam) – akuter Schutz des Kindes im Fokus
 - Gemeinsame Abwägung zum Thema Selbstanzeige
 - b. Kontakt mit insoweit erfahrener Fachkraft (vgl. Kinderschutzgesetz BKiSchG, Art.1, §4[1]), um gemeinsam geeignete Schritte zur Umsetzung von Hilfsmaßnahmen für das betroffene Kind zu eruieren (Kinderschutzbund, Jugendamt)
 - Im Rahmen des BEDIT Modul 7 *Empathie und Perspektivübernahme* die Folgen von sexuell grenzverletzendem Verhalten für Kinder/Jugendliche verdeutlichen und eventuell Handlungsoptionen erarbeiten
 - Lassen Sie die Teilnehmenden dazu auch ihre Perspektiven zusammentragen, was Kinder als mögliche kurzfristige und langfristige Folgen nach sexuellen Grenzverletzungen durch Erwachsene erleben
- Welche Ressourcen verlieren Personen, die sexuelle Traumatisierung erfahren? Welche Folgen könnten in verschiedenen Lebensbereichen auftreten (psychisch, sozial, emotional, sexuell, schulisch/beruflich, Persönlichkeitsentwicklung, Beziehungen etc.)?
 - Ergänzen Sie diese Ausführungen um die nach dem empirischen Erkenntnisstand bekannten Folgen bei sexueller Traumatisierung
 - Erarbeitung der möglichen negativen Folgen des eigenen vergangenen Verhaltens für andere: Haben die Teilnehmenden eine Idee, wie es dem eigenen Opfer damals ging beziehungsweise heute geht (jetziges Alter des Opfers)? Welche Bedeutung hätte es, darüber etwas zu wissen?
 - Umgang mit Schuld- und Schamgefühlen, die entstehen können, wenn sich die Teilnehmenden die Konsequenzen ihres vergangenen Verhaltens vor Augen führen
 - Psychoedukation zu Schuld- und Schamgefühlen
 - Differenzierung zwischen tatsächlicher Schuld aufgrund von vergangenem Fehlverhalten, der Option der Verantwortungsübernahme für dieses Verhalten und dem assoziierten Schuldgefühl in der aktuellen Lebensphase
 - Wieviel Schuldgefühl „hilft“ für Verantwortungsübernahme? Wem hilft das möglicherweise persistierende Schuldgefühl?
 - „Zu viel“ Schuldgefühl möglicherweise auch hinderlich für erfolgreiche Verantwortungsübernahme, eventuell kann dieses auch als Coping-Mechanismus (dysfunktionales emotionales Coping) eingestuft werden
 - Information und Aufklärung über Vorgehen der Fachstellen, um Ängste abzubauen, was im Falle einer Offenbarung von Missbrauchstaten möglicherweise passieren kann. Hier ist es hilfreich, wenn Therapierende mit Trägern und Anlaufstellen vernetzt sind, um darüber auch adäquat Auskunft geben zu können.
 - Beziehung zum Opfer – Bekanntheitsgrad und Verhältnis zum Opfer thematisieren (im *Dunkelfeld* aus klinischer Erfahrung häufig relevant): Was bedeutet die Auseinandersetzung mit dem eigenen dissexuellen Verhalten und den potenziellen Folgen für das Kind für die Teilnehmenden? Was bedeutet dies für etwaige perspektivische Kontakte mit dem Kind?
 - Wie lässt sich die Übernahme von Verantwortung für eigenes Fehlverhalten im Einzelfall konkret umsetzen?
 - *Konkrete Handlungen* könnten bspw. sein: Offenbarung gegenüber einem weiteren Erwachsenen, dass ein Kind geschädigt wurde; Einleitung von Hilfsmaßnahmen für das Kind; Information an Jugendamt; Selbstanzeige
 - *symbolische Handlungen* könnten bspw. sein: Spenden für Opferschutzorganisationen für sexuellen Kindesmissbrauch (www.fond-missbrauch.de); Brief an das eigene Opfer formulieren (ohne diesen abzuschicken); Rollenspiel

- für ein Gespräch zur Verantwortungsübernahme
- Für den Fall, dass Teilnehmende nicht bereit oder motiviert dafür sind, Verantwortung für das eigene dissexuelle Verhalten zu übernehmen, auch wenn das Thema mehrfach im therapeutischen Prozess angesprochen wurde, ist im Einzelfall zu prüfen, was dies für die Fortsetzung der Behandlung bedeuten kann. Dies kann die Frage beinhalten, inwiefern eine ausreichende Veränderungsmotivation (im Sinne von Verantwortungsübernahme) vorhanden ist oder inwiefern die Behandlungsziele nicht mitgetragen werden. Gegebenenfalls kann dies nach gemeinsamer kritischer Betrachtung auch einen Therapieabbruch zur Folge haben.

Exemplarischer Therapiedialog zur Auseinandersetzung mit der „Beziehung“ zum geschädigten Kind, wenn bspw. weiterhin Kontakt besteht.

P (27J), männlich, pädo-teleiophile Sexualpräferenz; mit 17 Jahren sexuelle Missbrauchshandlungen (genitale Berührung unter der Unterwäsche) gegenüber der Schwester (-11); beide leben noch im gemeinsamen Haushalt mit der Mutter, die nicht über das Verhalten informiert ist. Gespräch in Anfangsphase der Therapie:

Therapeutin: Wie ist es für Sie aktuell im Kontakt mit Ihrer Schwester?

P: Der Kontakt ist ganz gut. Wir verstehen uns miteinander, unterhalten uns manchmal. Es geht mir aber nicht gut damit, was damals passiert ist.

T: Das ist nachvollziehbar. Wissen Sie, wie es Ihrer Schwester mit der Situation geht?

P: Nein, ich habe mich nicht getraut den Vorfall noch mal anzusprechen, weil ich nicht weiß, ob sie sich noch daran erinnert.

T: Haben Sie den Eindruck oder vermuten Sie, dass die sexuelle Grenzverletzung gegenüber Ihrer Schwester Konsequenzen für diese hatte oder noch hat?

P: Mh... nein, das finde ich schwer zu beurteilen.

T: Was glauben Sie könnte Ihnen dabei helfen, das besser beurteilen zu können?

P: Na vermutlich, wenn ich wüsste, ob sie sich noch daran erinnert, ob sie eventuell deswegen Schwierigkeiten hat, sich auf eine Beziehung einzulassen, ob sie mich als Bruder sieht oder Angst vor mir hat. Manchmal denke ich, es wäre vielleicht für beide besser, wenn wir mal darüber reden könnten.

Verallgemeinertes weiteres Vorgehen und mögliche therapeutische Interventionen:

- Im therapeutischen Rollenspiel kann ein erstes „Gespräch mit der geschädigten Person“ stattfinden. Darüber können Teilnehmende für sich klären und verstehen, welche Bedürfnisse in der Beziehung zur geschädigten Person dabei relevant sind.
- Diskussion im Einzel- oder Gruppengespräch, welche weiteren Optionen für Teilnehmende bestehen, mit diesen Bedürfnissen (z.B. nach Austausch, Verständigung, aber auch Orientierung, Klarheit) umzugehen → verschiedene Optionen abwägen, Möglichkeiten aufzeigen
- Wenn der Vorschlag eingebracht wird, die geschädigte Person anzusprechen, sich ggf. zu entschuldigen und Verantwortung für damaliges Fehlverhalten zu übernehmen → reflektieren Sie gemeinsam:
 - Was würde das für die Beteiligten, insbesondere die geschädigte Person, bedeuten?
 - Wäre es sinnvoll, jemanden zum Gespräch dazu zu bitten (andere Angehörige, Bezugspersonen der geschädigten Person ...)?
 - Wie könnte die geschädigte Person behutsam angesprochen werden, ohne sie zu beschämen?
 - Wie kann man sich für das eigene Fehlverhalten verantwortungsbewusst „entschuldigen“ und einfühlsam auf die Situation des Gegenübers eingehen?
 - Wie lässt sich nachfragen, wie es der geschädigten Person mit der Situation ging oder geht und ob in Zukunft etwas passieren müsste (z.B. Opferschutzberatung)?
- Ob ein Gespräch dann auch tatsächlich stattfindet und sich der/die Betreffende zum jetzigen Zeitpunkt für diesen Schritt der Verantwortungsübernahme und möglicher Konsequenzen bereit fühlt, ist explizit zu prüfen.
- Verlaufskontrolle, Besprechung des Ergebnisses, gegebenenfalls Unterstützung bei weiteren Schritten oder Kontaktaufnahmen mit Opferschutz-Einrichtungen.

Literatur

- Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer, Berlin/Heidelberg.
- Cloitre, M., Cohen, L.R., Koenen, K.C., 2014. Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit: Ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen. Hogrefe, Göttingen.

Autor:innen

Dr. rer. medic., Dipl.-Psych. Dorit Grundmann, Dipl.-Psych. Gerold Scherner, M.Sc. Hannes Ulrich, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, 10117 Berlin, e-mail: dorit.grundmann@charite.de

Berliner Dissexualitätstherapie für Adoleszente (BEDIT-A) – Das Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) „Du träumst von ihnen“

Eliza Schlinzig, Miriam Schuler, Anna Kreutzmann, Laura T. Legeland, Pierre Pantazidis,
Tobias J. Hellenschmidt, Klaus M. Beier

The Berlin Dissexuality Therapy for Adolescents (BEDIT-A) – The Prevention Project for Juveniles (PPJ) “Just dreaming of them”

Abstract

Since 2014, the *Prevention Project for Juveniles* (PPJ) has offered diagnostic and therapeutic assistance to adolescents between 12 and 18 years who feel sexually attracted to pre- and/or early pubescent children. The PPJ, as part of a pilot project of the leading association of German statutory health insurers and in keeping with § 65d of the German Social Code V, provides anonymous and confidential treatment of affected juveniles. In the following article, the history of the project is presented, and the diagnostic and therapeutic principles of the project are explained. The current case report is followed by an overview of the experiences and future prospects.

Keywords: Juveniles, Sexual preference, Pedophilia, Sexual violence against children

Zusammenfassung

Das nach vorheriger Pilotphase seit 2014 etablierte *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ) bietet 12- bis 18-jährigen Adoleszenten bei Vorliegen einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema sowohl diagnostische als auch therapeutische Hilfe an. Das seit Januar 2018 als Teil des Modellvorhabens des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen nach § 65d SGB V geförderte PPJ ermöglicht eine anonyme und unter Schweigepflicht stehende Versorgung betroffener Jugendlicher. Nachfolgend wird die Entstehungsgeschichte des Projektes dargestellt, und die diagnostischen und therapeutischen Grundsätze des PPJ charakterisiert. Neben den aktuellen Fallzahlen wird zudem ein Überblick über die gesammelten Erfahrungen gegeben, auf den ein Ausblick folgt.

Schlüsselwörter: Jugendliche, sexuelle Präferenz, Pädophilie, sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern

Hintergrund und Entstehungsgeschichte

Nach vorangegangener Pilotstudie im Jahr 2013 startete im April 2014 das *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ) als klinische Erweiterung des *Präventionsprojektes Dunkelfeld* am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH als Versorgungs- und Forschungsprojekt. Bis Dezember 2017 durch das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend gefördert, ist das PPJ seit Januar 2018 Teil des Modellvorhabens des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen nach § 65d SGB V (Förderung besonderer Therapieeinrichtungen). Das neue Gesetz ermöglicht die Gewährleistung von Anonymität der Patient:innen und Bezugspersonen, da personenbezogene Daten der Hilfesuchenden nicht übermittelt oder gespeichert werden müssen.

Das PPJ richtet sich als diagnostische und therapeutische Versorgungsstruktur an Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema. Die Notwendigkeit eines solchen Angebots spiegelt sich sowohl in jahrzehntelanger klinischer Erfahrung als auch in justiziellen und empirischen Daten wider. Bei Betrachtung der Polizeilichen Kriminalstatistik für das Jahr 2019 fällt exemplarisch auf, dass für das Delikt „Sexueller Missbrauch gegenüber Kindern (§§ 176, 176a, 176b StGB) 10 % der Tatverdächtigen unter 14 Jahren sowie 21 % der Tatverdächtigen zwischen 14 und 18 Jahren waren. Hinsichtlich des Deliktes „Verbreitung, Erwerb, Besitz und Herstellung kinderpornografischer Schriften“ (§ 184b StGB) waren 12 % der Tatverdächtigen unter 14 Jahren sowie 23 % der Tatverdächtigen zwischen 14 und 18 Jahren (Bundeskriminalamt, 2020). Zusammengefasst bilden minderjährige Personen ein Viertel bis ein Drittel der Tatverdächtigen von sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern. Entsprechend der Daten zu erwachsenen Sexualstraftätern, ist auch bei sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern durch Jugendliche von einem deutlich höheren *Dunkelfeld* im Vergleich zur justiziellen Hellfeldstatistik auszugehen, da nicht zuletzt die geringere Altersdifferenz zum (potenziellen) kindli-

chen Opfer die Kontaktabstimmung und ggf. Umsetzung sexualisierter Gewalt erleichtert. Beispielfähig verglichen mit Zahlen aus den USA berichteten Finkelhor und Kolleg:innen (2005), dass 36 % der Sexualstraftaten gegen Minderjährige durch jugendliche Täter erfolgten sowie, dass 59 % ihrer Opfer Minderjährige unter 12 Jahren darstellten. Aebi und Kolleg:innen (2014) schätzen, dass bis zu 15 % der Nutzer kinderpornografischer Materialien Individuen unter 18 Jahren sind.

Weiterhin zeigten bei Etablierung des PPJ zehn Jahre klinischer Erfahrung im PPD am Berliner Standort, dass die überwiegende Mehrheit der vorstellig werdenden erwachsenen Männer mit einer sexuellen Präferenz für das kindliche Körperschema i.S. einer Pädophilie berichtete, sich bereits im Jugendalter ihrer sexuellen Präferenz bewusst gewesen zu sein. Auch gaben sie an, bereits in diesem Alter gegenüber Kindern sexualisierte Gewalt gezeigt zu haben, wobei sie sich frühzeitig therapeutische Hilfe gewünscht, jedoch keine Ansprechpartner:innen zur Verfügung gehabt hätten, sowohl aus Angst vor Stigmatisierung im näheren Umfeld, als auch gegenüber professionellen Stellen, wobei ihnen mehrheitlich keine Anlaufstelle bekannt gewesen sei. Ergänzend spiegeln sich die gemachten Erfahrungen und die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik in einschlägiger empirischer Literatur. Studien unterschiedlicher Forschungsdesigns zeigen, dass 30–50 % der erwachsenen Täter mit einem begangenen sexuellen Kindesmissbrauch berichteten, sich ihrem sexuellen Interesse an Kindern bereits seit der eigenen Pubertät bewusst gewesen zu sein (vgl. Abel et al., 1987; Elliott et al., 1995; Marshall et al., 1991). Bei 40–50 % der erwachsenen Sexualstraftäter zeigten sich bereits in der sexuellen Entwicklung in Kindheit und Jugend Auffälligkeiten i.S. sexuell grenzverletzender Verhaltensweisen (vgl. Abel et al., 1993; Longo & Groth, 1983). Bei Auseinandersetzung mit etwaigen Risikofaktoren für sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern zeigt sich auch bei der Untersuchung jugendlicher Sexualstraftäter, dass das Vorliegen einer sog. atypischen sexuellen Präferenz als empirisch gestützter Risikofaktor interpretiert werden kann (Pullmann et al., 2014; Seto & Lalumière, 2010; Seto & Pullmann, 2014; Worling & Langström, 2006).

Die aufgeführten Aspekte legen eine Behandlungsnotwendigkeit bereits im Jugendalter nahe und mündeten in bereits erwähnter Pilotstudie im Jahr 2013 sowie in der Etablierung des PPJ im April 2014 (siehe dazu u. a. Beier, 2018). Ziel des PPJ ist die Prävention erstmaliger oder wiederholter sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern durch Jugendliche mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema. Als weiteres und gleichwertiges Ziel wird die psychische Stabilisierung betroffener Jugendlicher angestrebt, die sich im emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklungsprozessen mit dem Bestehen und den individuellen Konsequenzen einer sexuellen Präferenzbesonderheit auseinandersetzen müssen und somit eine höhere Vulnerabilität für die Entwicklung komorbider psychiatrischer Erkrankungen aufweisen. Folglich

richtet sich das PPJ an eine Risikogruppe, die aufgrund ihrer sexuellen Präferenzstruktur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit hat, sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern zu zeigen und zielt darauf ab, diesen potenziellen Täter:innen Unterstützung anzubieten, ihre sexuellen Impulse gegenüber Kindern kontrollieren zu lernen.

Berliner Dissexualitätstherapie für Adoleszente (BEDIT-A)

Jugendliche, die aufgrund sexualisierter Gewalt und/oder sexueller Fantasien bezogen auf Kinder beim PPJ vorstellig werden, erfahren zunächst eine ausführliche diagnostische Abklärung zur Exploration der (ggf. abweichenden) sexuellen Präferenz. Als Teil des Modellvorhabens des GKV-Spitzenverbandes erfolgt die gesamte diagnostische und therapeutische Anbindung im PPJ kostenlos, unter Schweigepflicht und anonym. Voraussetzung ist jedoch, dass zum Zeitpunkt der Diagnostik kein Kontakt zur Justiz aufgrund gezeigter sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern besteht. Im Rahmen eines ausführlichen klinischen Interviews wird neben der Sozial-, Sucht-, psychiatrischen, somatischen, medikamentösen und juristischen Anamnese insbesondere die Sexualanamnese fokussiert. Im Mittelpunkt stehen dabei die sexuellen Masturbationsfantasien, unter Einbezug bereits gemachter sozio-sexueller Erfahrungen, ggf. gezeigter sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern sowie der bisherig überwiegend genutzten Pornografie. Ergänzt um eine Fragebogen-Testbatterie mit Erfassung allgemeiner Psychopathologie sowie dynamischer und/oder situativer Risikofaktoren, aber auch sexuellen Erlebens und Verhaltens, umfasst die Diagnostikphase auch die testdiagnostische Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie das computerbasierte Viewing-Time-Verfahren (Imhoff et al., 2010). Letzteres misst verdeckt die Reaktionszeit bei Betrachtung von Bildern von Personen verschiedenen Alters und beiderlei Geschlechts. Bei Einverständnis und Bekanntsein der Bezugspersonen der/des Jugendlichen werden auch diese in den (fremd-)anamnetischen sowie testpsychologischen Erhebungsprozess einbezogen. Beim Verdacht auf das Vorliegen (komorbider) psychiatrischer Erkrankung kann die Abklärung beim Kooperationspartner initiiert werden.

Der ausführliche und teilweise langwierige diagnostische Prozess verfolgt das übergeordnete Ziel der Einschätzung, ob eine sexuelle Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema vorliegt. Der Umstand, dass die jugendlichen Projektteilnehmenden die psychische, emotionale und physische Entwicklung noch nicht abgeschlossen haben, wird insofern miteinbezogen, als – aktuell geltenden Klassifikationssystemen folgend – im PPJ nicht die Diagnose der „Pädophilie“ gestellt wird (ICD-10, WHO, 1992; DSM-5, APA, 2013). Viel-

mehr soll im Rahmen der geschilderten Erhebungsmethoden eingeschätzt werden, ob eine Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema aktuell vorliegt, um im Sinne eines Ist-Zustandes die Notwendigkeit und Ausgestaltung therapeutischer Maßnahmen zu beurteilen. Ein aktuelles Auftreten sexueller Fantasien bezogen auf Kinder ist als Risikofaktor für das Begehen etwaiger sexualisierter Gewalt empirisch belegt und begründet somit eine therapeutische Behandlungsindikation.

Beim Vorliegen einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema, der freiwilligen Zustimmung des/der Jugendlichen sowie seiner Sorgeberechtigten und einem aktuellen Dunkelfeldstatus, erfolgt ein Therapieangebot mit Ziel der Akzeptanz und Annahme der auftretenden Fantasien, ihrer Integration in das eigene Selbstbild, dem Erlernen und Trainieren von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung eines nicht fremd- und/oder selbstgefährdenden Umgangs mit den eigenen sexuellen Impulsen gegenüber Kindern. Entsprechend aktueller Empirie kann den Jugendlichen keine Veränderung der sexuellen Präferenz, i.S. der Löschung ihrer sexuellen Fantasien, in Aussicht gestellt werden (vgl. Grundmann et al., 2016). Vielmehr ist die Berliner Dissexualitätstherapie für Adoleszente (BEDIT-A, vgl. Beier, 2018) als modularisierter Leitfadensprozess darauf fokussiert, einen ergebnisoffenen Prozess vor dem Hintergrund einer wertfreien therapeutischen Haltung mit dem/der Jugendlichen und bei dessen Einverständnis den Bezugspersonen sicherzustellen. Unter Einbezug sexualmedizinischer Expertise, kognitiv-behavioraler Grundlagen sowie empirischen Wissens und unter Beachtung komorbider psychiatrischer Erkrankungen, zielt die BEDIT-A auf die Erreichung folgender therapeutischer Ziele ab (aus Beier, 2018, 110f):

- Aufklärung und Entängstigung bei den Patient:innen und den Bezugspersonen
- Beziehungsangebot für die Patient:innen und die Bezugspersonen
- Integration in das eigene Selbstbild und Akzeptanz der eigenen sexuellen Präferenzbesonderheit
- Erlernen von Strategien zur Kontrolle der auf Kinder gerichteten sexuellen Wünsche und Bedürfnisse
- Reduktion spezifischer Risikofaktoren für sexuelle Übergriffe/Nutzung von Missbrauchsabbildungen
- Leitliniengerechte Behandlung relevanter kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbiditäten
- Einbindung des sozialen Umfeldes zur Rückfallprophylaxe

Aufgeteilt in fünf konstitutive und vier fakultative Module wird mit dem/der Jugendlichen nach einer ausführlichen Psychoedukation die Identifikation individueller dynamischer und situativer Risikofaktoren auf Basis des individuellen Störungsmodells fokussiert. Kognitive Verzerrungen bzw. missbrauchsbegünstigende Einstellungen sollen reflektiert und aufgelöst werden, die soziale Kompetenz soll gestärkt und in eine Ver-

besserung der sozio-sexuellen Beziehungsfähigkeit münden. Je nach Bedarf und Fallkonstellation in Frequenz und Intensität schwankend, finden begleitende Gespräche mit den primären Bezugspersonen statt. Bei Indikation kann eine medikamentöse Behandlung der ggf. komorbiden psychiatrischen Erkrankungen mit dem Ziel einer sexuell impulsdämpfenden Wirkung unter fachärztlicher Aufsicht erfolgen. Im Einzelfall, insbesondere bei akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung, bei einer akuten Kindeswohlgefährdung, fehlender Auskunftsbereitschaft im ambulanten Setting bei einer hohen Risikoeinschätzung sowie zur medikamentösen Einstellung, kann ein vollstationärer Aufenthalt indiziert sein. Die im PPJ entwickelte BEDIT-A ist konzipiert für eine therapeutische Anbindung im Einzelsetting, kann jedoch in angepasster Form problemlos auf ein Gruppen-setting übertragen werden. Erprobt ist es bisher gemäß der Projekteinschlusskriterien für Jugendliche im *Dunkelfeld*. Für eine ausführlichere Darstellung der therapeutischen Inhalte und Abläufe der BEDIT-A siehe Beier (2018).

Projektstand

Unter Einbezug der Pilotphase wurde das PPJ mit Stichtag 30. Juni 2021 insgesamt 398-mal von hilfesuchenden Jugendlichen oder Heranwachsenden (17 %) bzw. assoziierten Bezugspersonen (83 %) kontaktiert, wobei es sich bei den kontaktierenden Bezugspersonen mehrheitlich um Eltern/Erziehungsberechtigte und/oder Familienangehörige handelte (37 %). Weiterhin waren nur drei Jugendliche weiblichen Geschlechts, alle anderen Anfragen bezogen sich auf männliche Individuen. Knapp die Hälfte der Anfragen (49 %) stammen dabei aus Berlin und Brandenburg, die andere Hälfte aus dem gesamten Gebiet der Bundesrepublik sowie vereinzelt aus dem europäischen und internationalen Ausland. Bei 83 % der Anfragen wurden bei Erstkontakt Angaben zur (bekannten) vorherigen sexualisierten Gewalt gegenüber Kindern gemacht, wobei davon bei 59 % bereits direkte sexuelle Übergriffe auf Kinder sowie bei 25 % die Nutzung von Missbrauchsabbildungen bekannt war. Mindestens die Hälfte (52 %) der sexuellen Viktimisierung lag dabei im *Dunkelfeld*.

Von den 398 Anfragen erhielten 259 Jugendliche (65 %) eine Einladung zur Erstdiagnostik, wobei diese bei 185 Jugendlichen (71 %) zum Stichtag vervollständigt werden konnte. Davon erfüllten 120 Jugendliche (65 %) die Projekteinschlusskriterien vollumfänglich, wobei 113 (94 %) ein therapeutisches Angebot gestellt wurde, was bereits von 91 Jugendlichen (80 %) angenommen wurde. Aktuell sind 27 Jugendliche einzel-, gruppentherapeutisch oder in Verlaufsgesprächen angebunden. Weitere 25 Jugendliche konnten die Therapie beenden oder wurden z. T. zur therapeutischen Anbindung in Wohnortnähe weitervermittelt. Weiterhin bestehen immer wieder Kontakte im Rahmen der Nachsorge zu ehemaligen Projektpatienten.

Bei den ausschließlich männlichen Jugendlichen mit abgeschlossener Eingangsdiagnostik lässt sich festhalten, dass diese im Durchschnitt 15.4 Jahre alt waren (Altersspanne 12 bis 19 Jahre), bei 86 % mindestens ein Geschwisterkind bekannt war und 57 % bei leiblichen, Pflege-, Adoptiveltern oder bei familiären Bezugspersonen sowie 41 % in Jugendhilfeeinrichtungen zum Zeitpunkt der Erstdiagnostik lebten. Bei 57 % der Jugendlichen lag bereits mindestens eine bekannte kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung vor, wobei bei 14 % der Jugendlichen im PPJ (ergänzend) der Verdacht oder die Diagnose einer (weiteren) psychiatrischen Störung gestellt wurde. Die häufigsten im PPJ auftretenden psychiatrischen Störungsbilder dabei sind ADHS, hyperkinetische oder andere Störungen des Sozialverhaltens, Erkrankungen aus dem Autismusspektrum sowie leichte oder mittelgradige Intelligenzminderungen. Hinsichtlich sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern waren 20 % der Jugendlichen bisher unauffällig geblieben, hatten 54 % bereits direkte sexuelle Gewalt gegen Kinder gezeigt, 12 % ausschließlich Missbrauchsabbildungen genutzt sowie 14 % beide Formen der sexuellen Viktimisierung gezeigt. Hinsichtlich der sexuellen Präferenzstruktur lässt sich festhalten, dass 62 % gegen- und 19 % gleichgeschlechtlich orientiert waren sowie 17 % auf beide Geschlechter. Bei 33 % der Jugendlichen lag eine exklusive sexuelle Präferenz für das vor- und/oder frühpubertäre Körperschema sowie bei 34 % eine nicht-exklusive sexuelle Präferenz, i.S. einer zusätzlichen Ansprechbarkeit durch das erwachsene Körperschema, vor. Bei 26 % lag eine ausschließliche sexuelle Präferenz für das erwachsene Körperschema vor. Anzumerken ist, dass sich bei knapp 8 % die sexuelle Präferenz für das Körperschema nicht eindeutig differenzieren ließ. Ergänzend lagen bei 22 % Hinweise auf oder das Bestehen eines (zusätzlichen) paraphilen sexuellen Interessenmuster vor, u.a. sexueller Fetischismus, Sadismus, Masochismus, Voyeurismus und/oder Zoophilie.

Erfahrungen und Ausblick

In nunmehr sieben Jahren diagnostischer und therapeutischer Erfahrungssammlung mit Jugendlichen mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema ist zunächst v.a. die Erkenntnis festzuhalten, dass bereits Jugendliche für die Besprechbarkeit (ggf.) normabweichender sexueller Präferenzen erreichbar sind. Unter der Voraussetzung einer wertfreien, offenen und empathischen Gesprächsführung lassen sich Jugendliche sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Kontext auf eine Reflektion der eigenen sexuellen Präferenz ein, was für die Prävention von psychiatrischen komorbiden Erkrankungen, aber auch der für die Prävention (weiterer) sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern in Anbetracht der damit ermöglichten Versorgung einer Hochrisikogruppe entscheidend ist. Diese Gesprächsatmosphäre zu gewährleisten ist nicht

zuletzt durch die Möglichkeit der anonymen, unter Schweigepflicht stehenden Projektstruktur mitbedingt und durch die Voraussetzung des Dunkelfeldstatus unterstützt. Projektteilnehmende berichteten wiederholt Entlastung und Sicherheit durch das Wissen, dass keinem fremden Dritten Auskünfte über ihre sexuellen Fantasien sowie bekannten, ggf. strafbewehrten Verhaltensweisen erteilt werden. Insbesondere die selbstmotiviert vorstellig werdenden Jugendlichen berichten, aufgrund des hohen Leidensdrucks unter den eigenen sexuellen Fantasien, eine innerliche Erleichterung durch die hiesige Vorstellung zu erleben, was hypothetisch das Risiko zur Ausbildung psychischer Erkrankungen durch das assoziierte Belastungserleben, z.B. eine depressive oder Angsterkrankung, senkt. Bereits an dieser Stelle ist ausblickend anzumerken, dass die gesamte Projektlaufzeit dadurch gekennzeichnet ist, dass der Erstkontakt mehrheitlich durch erwachsene Bezugspersonen hergestellt wird. Die Öffentlichkeitsarbeit des Projektes wird sich zukünftig verstärkt auf die Zielgruppe der eigenmotivierten Jugendlichen richten.

Eine weitere, essentielle Erkenntnis ist die hohe komorbide Belastung der Projektpatienten, die insbesondere im eher externalisierenden, eher impulsiven Spektrum psychiatrischer Belastung auffällig sind. Dies beeinflusst sowohl die therapeutische Versorgung maßgeblich, insbesondere hinsichtlich der Gestaltung des Settings, als auch die dadurch erhöht notwendige Systemarbeit, nicht zuletzt mit Ziel der Kontrolle situativer Faktoren. Auf die besondere Gruppe der Jugendlichen mit sexueller Präferenzbesonderheit und Intelligenzminderung wird in diesem Heft im Beitrag von Frau Schuler und Kolleg:innen expliziter eingegangen. Überblickend ist jedoch festzuhalten, dass die hohe komorbide Erkrankungsrate der PPJ Teilnehmenden auch dazu führte, dass wiederholt eine teil- oder sogar vollstationäre Behandlung, auch zur Diagnostik und/oder medikamentösen Einstellung, in der Vergangenheit relevant wurde.

Nicht nur bei Jugendlichen mit komorbiden Erkrankungen, sondern insgesamt zeigte sich in den letzten sieben Jahren eine hohe Bedeutsamkeit der Arbeit mit Bezugspersonen, weshalb diese als eigenständiges Arbeitsmodul in die BEDIT-A Eingang gefunden hat. Auch für diese, mehrheitlich Eltern, zeigen sich hohe Belastungsfaktoren, u.a. aufgrund der bereits begangenen sexualisierten Gewalt durch die eigenen Kinder, aber auch die durch das Bestehen einer sexuellen Präferenzbesonderheit ausgelösten Gefühle der Überforderung, Hilfslosigkeit, Scham oder der Angst vor Stigmatisierung durch externe Personen. All diesen Themen soll neben der Gewährleistung von sozialer Kontrolle mit Einbindung der Bezugspersonen in das therapeutische Setting Rechnung getragen werden. Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich nach sieben Jahren Projektlaufzeit ein heterogenes Spektrum an Versorgungsnotwendigkeiten für die Gesamtpersönlichkeit eines Jugendlichen. Eine ausführlichere Darstellung der Arbeit mit Bezugspersonen im Projekt sowie zum Aspekt des innerfamiliären Umgangs mit Schweigepflicht, findet sich im Manual für das BEDIT-A (vgl. Beier 2018) sowie bei Schlinzig und Kolleg:innen (2019).

Zusammenfassend trägt das PPJ dazu bei, einer Hochrisikogruppe ein diagnostisches und therapeutisches Versorgungsangebot zu ermöglichen. Auch für Jugendliche ohne sexuelle Präferenzbesonderheit ist die primär in der Pubertät stattfindende Entwicklung der Sexualität eine äußerst störungsanfällige Phase (Hellenschmidt, 2017). Bei Jugendlichen mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema sind neben dem ausgeprägten Leidensdruck, assoziiert mit Schuldgefühlen, Schamerleben oder der (berechtigten) Angst vor Stigmatisierung, aber auch die Sorge vor Entdeckung hinsichtlich ggf. bereits begangener sexualisierter Gewalt oder der Sorge vor Mitteilung gegenüber gleichaltrigen oder erwachsenen Bezugspersonen, eine Vielzahl an schwerwiegenden Belastungsfaktoren zu beachten. Es gilt, die Jugendlichen im Rahmen einer wertfreien, offenen, empathischen, tragfähigen therapeutischen Beziehung psychopathologisch zu stabilisieren, sie bei Integration der sexuellen Präferenz in das eigene Selbstbild zu unterstützen und sie beim Erlernen bzw. Aufrechterhalten der Verhaltenskontrolle über ihre eigenen sexuellen Fantasien und Impulse zu stärken. Der Einbezug von Angehörigen, unabhängig des familiären Status, vielmehr in Abhängigkeit vom Vertrauensverhältnis zum Patienten, ist für die Gewährleistung von Rückhalt und Sicherheit bedeutsam, um den Jugendlichen im Aufbau von langfristiger Verhaltenskontrolle zu unterstützen. Zuletzt anzumerken ist, dass die bundesweite Implementierung des Projektes zukünftig im Vordergrund stehen soll, sodass auch bei langen Anfahrtswegen eine therapeutische Anbindung dieser Jugendlichen umgesetzt werden kann.

Literatur

- Abel, G.G., Becker, J.V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J.L., Murphy, W.D., 1987. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence* 2 (1), 3–25.
- Abel, G.G., Osborn, C.A., Twigg, D.A., 1993. Sexual assault throughout the life span: adult offenders with juvenile histories. In: Barbaree, H., Marshall, W., Hudson, S. (Eds.), *The juvenile sex offender*. Guilford Press, New York.
- Aebi, M., Plattner, B., Ernest, M., Kaszynski, K., Bessler, C., 2014. Criminal history and future offending of juveniles convicted of the possession of child pornography. *Sexual Abuse* 26 (4), 375–390.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition: DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Beier, K.M. (Hg.), 2018. *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie*. Springer-Verlag, Berlin
- Bundeskriminalamt, 2020. *Polizeiliche Kriminalstatistik: Jahrbuch 2019 – Bd. 4 – Einzelne Straftaten/-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität*, Wiesbaden, 21.
- Elliott, M., Browne, K., Kilcoyne, J., 1995. Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect* 19 (5), 579–594.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., Hamby, S.L., 2005. The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment* 10 (1), 5–25.
- Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2016. Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles. *Archives of Sexual Behavior* 45, 1153–1162.
- Hellenschmidt, T., 2017. Psychosexuelle Entwicklung und sexuelle Präferenzstruktur. *Der Neurologe & Psychiater* 18 (4), 23–28.
- Imhoff, R., Schmidt, A.F., Nordsiek, U., Luzar, C., Young, A.W., Banse, R., 2010. Viewing Time Effects Revisited: Prolonged Response Latencies for Sexually Attractive Targets Under Restricted Task Conditions. *Archives of Sexual Behavior* 39 (6), 1275–1288.
- Longo, R.E., Groth, A.N., 1983. Juvenile sexual offenses in the histories of adult rapists and child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 27 (2), 150–155.
- Marshall, W.L., Barbaree, H.E., Eccles, A., 1991. Early onset and deviant sexuality in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence* 6 (3), 323–335.
- Pullmann, L., Leroux, E., Motayne, G., Seto, M., 2014. Examining the developmental trajectories of adolescent sex offenders. *Child Abuse & Neglect* 38, 1249–1258.
- Schlinzig, E., Krügel, S., Schuler, M., Özdemir, U.C., Ludwig, L., Hellenschmidt, T., Beier, K.M., 2019. Das Berliner Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) mit sexueller Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema – Erweiterungen und aktueller Stand. *Sexuologie* 26 (1–2), 31–38.
- Seto, M.C., Lalumière, M.L., 2010. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin* 136 (4), 526.
- Seto, M.C., Pullman, L., 2014. Risk factors for adolescent sexual offending. In: Brunisma, G., Weisburd, D. (Eds.), *Encyclopedia of criminology and criminal justice*. Springer, New York, 4466–4475.
- World Health Organization, 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and guidelines*. World Health Organization, Geneva.
- Worling, J.R., Langström, N., 2006. Risk of sexual recidivism in adolescents who offend sexually. In: Barbaree, H.E., Marshall, W.L. (Eds.), *The juvenile sex offender*. Guilford, New York, 219–247.

Autor:innen

Dipl.-Psych. Eliza Schlinzig, M.Sc. Psych. Miriam Schuler, M.Sc. Psych. Anna Kreutzmann, M.Sc. Psych. Laura T. Legeland, M.Sc. Psych. Pierre Pantazidis, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, e-mail: eliza.schlinzig@charite.de

Tobias J. Hellenschmidt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum im Friedrichshain der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, Landsberger Allee 49, D-10249 Berlin, e-mail: tobias.hellenschmidt@vivantes.de

Zertifikatslehrgang **Sexualberatung** Febr. 2022 – Mai 2023



Mehr Sicherheit und Kompetenz in Sexualberatung

Der Bedarf an Beratung zu sexuellen Fragen wächst. Die isp Weiterbildung Sexualberatung vermittelt Fachwissen zu sexuellen Entwicklungen und Störungen, trainiert Beratungskompetenzen und Kommunikation über Sexualität und erhöht die Sicherheit in der Sexualberatung durch Selbstreflexion.

Zielgenaue Qualifikation für Fachkräfte aus dem Beratungs- und Gesundheitsbereich, pädagogische Mitarbeiter*innen aus der Jugend- oder Behindertenhilfe und anderen Feldern der sozialen Arbeit.

Zertifizierte Beratungskompetenz in Theorie und Praxis:

- 8 Seminare à 3 - 5 Tage
- Sexualitätsbezogenes Wissen und Erlernen von Beratungsfertigkeiten
- Diverse Beratungssettings für die praxisnahe Arbeit mit unterschiedlichen Zielgruppen
- Systemische Grundlagen unter Einbeziehung tiefenpsychologischer Zugänge sowie körper- und verhaltensorientierter Ansätze und Methoden
- Begleitete Online-Beratungsübungen
- Exemplarische Beratungslösungen an Beispielen aus der Gruppe
- Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und Körperlichkeit
- Abwechslungsreiche Didaktik

Jetzt
anmelden

Die stationäre Wohngruppe – Betreuung für intelligenzgeminderte Jugendliche mit sexuellem Interesse am kindlichen Körperschema

Miriam Schuler, Jane Keuchel, Frank Hinz, Eliza Schlinzig, Norbert Schweers, Andreas Eckhoff, Klaus M. Beier

The Inpatient Residential Group – Care for Juveniles with Intellectual Disabilities and Sexual Interest in Children

Abstract

The experience of the *Prevention Project for Juveniles* (PPJ) at the Institute of Sexology and Sexual Medicine of the Charité – Universitätsmedizin Berlin showed that juveniles with sexual interest in children and intellectual disabilities (IQ < 70) display a potentially increased risk to commit sexual offenses against children. Nevertheless, there is a significant shortage of both specialized treatment options and of residential care options for this group. The article gives an overview on diagnostics and therapeutic work of the PPJ in dealing with juveniles with intellectual disabilities and describes the development of an inpatient residential group together with the *Evangelische Jugend- und Fürsorgewerk* (EJF).

Keywords: Intellectual disability, Residential group, Juveniles, Sexual interest in children, Sexual offending of children

Zusammenfassung

Resultate des *Präventionsprojekts für Jugendliche* am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin belegen, dass bei Jugendlichen mit sexuellem Interesse am kindlichen Körperschema und einer Intelligenzminderung (IQ < 70) ein potentiell erhöhtes Risiko für sexuellen Kindesmissbrauch besteht. Gleichzeitig gibt es für diese Zielgruppe Versorgungslücken, sowohl im Hinblick auf eine spezialisierte Behandlung als auch bezüglich einer stationären Betreuung. Der Artikel gibt Einblicke in die diagnostische und therapeutische Arbeit des *Präventionsprojekts für Jugendliche* mit intelligenzgeminderten Jugendlichen und stellt das Konzept einer stationären Wohngruppe in Zusammenarbeit mit dem *Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerk* vor (EJF).

Schlüsselwörter: Intellektuelle Beeinträchtigung, Wohngruppe, Jugendliche, sexuelles Interesse am kindlichen Körperschema, sexuelle Übergriffe gegenüber Kindern

Einleitung

Seit 2014 bietet das *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ) des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KJPPP) der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH diagnostische und therapeutische Hilfe für Jugendliche an, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen. In der bisherigen Laufzeit war das PPJ auch regelmäßig in die Diagnostik und anschließende therapeutische Anbindung von Jugendlichen mit Intelligenzminderung (IQ < 70) einbezogen. Von insgesamt 185 ausschließlich männlichen Jugendlichen (Stichtag 30.06.2021), welche vollumfänglich diagnostisch gesehen wurden, lag bei 23 Jugendlichen eine leichte (IQ 50–69) sowie bei vier Jugendlichen eine mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35–49) vor. Bei 23 dieser insgesamt 27 Jugendlichen wurde eine sexuelle Präferenz für das kindliche Körperschema festgestellt. Sexualisierte Gewalt gegen Kinder wurde von 25 dieser 27 Jugendlichen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Eine Intelligenzminderung stellt aufgrund der eingeschränkten Fähigkeit, Information zu verarbeiten eine besondere Herausforderung im klinischen Alltag sowie in der stationären Betreuung dar. Zusammen mit dem verbundenen Mehraufwand bestehen sowohl im Hinblick auf spezialisierte Behandlungsangebote als auch hinsichtlich der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe große Versorgungslücken. In Zusammenarbeit mit dem *Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerk* (EJF) strebt das PPJ die Einrichtung einer Wohngruppe an. Dieses Projekt wird nach einem Überblick in die Arbeit mit intelligenzgeminderten Jugendlichen im PPJ vorgestellt.

Diagnostische und therapeutische Versorgung von intelligenzgeminderten Jugendlichen im PPJ

Diagnostik

Die Diagnostik von intelligenzgeminderten Jugendlichen basiert auf den standardmäßig eingesetzten testpsychologischen Verfahren des PPJ (Beier et al., 2016), sie orientiert sich jedoch an den kognitiven Fähigkeiten eines jeden Jugendlichen. Der diagnostische Prozess gliedert sich in ein klinisches Interview und Fragebögen (jeweils separat für/mit Jugendliche/n und Bezugspersonen). Bei ausreichend bestehender Augen-Hand-Koordination wird zudem das computerbasierte Viewing-Time-Verfahren (Imhoff et al., 2010) durchgeführt, welches verdeckt die Reaktionszeiten beim Betrachten und Bewerten des Bildmaterials (z.B. Bilder von Menschen beiderlei Geschlechts und verschiedener Altersstufen) erfasst. Die Hauptunterschiede zur Diagnostik normintelligenter Jugendliche bestehen darin, dass (1.) der Fokus eher auf dem klinischen Interview als auf den eingesetzten Fragebögen liegt und (2.) die Fremdanamnese eine insgesamt wichtigere Rolle einnimmt. (3.) werden den Jugendlichen mehr Zeit und eine durchgängig bestehende Hilfestellung bei der Bearbeitung der Fragebögen angeboten und (4.) wird die Sprache während des klinischen Interviews an die kognitiven Fähigkeiten angepasst, wie beispielsweise mittels Verwendung möglichst kurzer und klarer Sätze sowie vorgegebener Antwortmöglichkeiten (z.B. ja, manchmal, nein, ich weiß es nicht). (5.) werden ergänzende Verfahren eingesetzt: das Rückfallprognoseinstrument *Assessment of Risk and Manageability of Individuals with Developmental and Intellectual Limitations who Offend Sexually* (Armidilo-S) (Boer et al., 2004) sowie die Skala der emotionalen Entwicklung (Sappok & Zepperitz, 2016).

Therapie

Bei bestehendem sexuellem Interesse am kindlichen Körperschema und ausreichenden verbalen Fähigkeiten wird ein ambulantes Therapieangebot gestellt. Das PPJ bietet Einzel- und/oder Gruppensettings an. Gruppen bestehen aus maximal vier bis fünf Teilnehmenden und werden von zwei Therapeut:innen geleitet. Bei wöchentlichen Sitzungen umfasst der Therapiezeitraum ca. zwei bis drei Jahre. Eine regelmäßige Teilnahme an den Therapiesitzungen ist verpflichtend. Das modular aufgebaute Programm ist eine Adaption der Berliner Dissexualitätstherapie für Jugendliche (Beier, 2018) und zielt darauf ab, (erneute) sexuelle Übergriffe auf Kinder zu verhindern. Das Programm beinhaltet Themen wie Sexualaufklärung, sexuelle Grenzen und Regeln, Umgang mit Risikosituationen sowie die Förderung von Problemlösefertigkeiten und sozialen Kompetenzen. Un-

ter Umständen kann auch eine begleitende Pharmakotherapie eine sinnvolle, den therapeutischen Prozess ergänzende, Strategie sein (Beier et al., 2018). Ob und welche medikamentöse Behandlung wann und wie lange durchgeführt wird, entsteht in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess zusammen mit dem Jugendlichen und den Sorgeberechtigten.

Grenzen der ambulanten Versorgung

Die bisherige Arbeit im PPJ zeigt, dass die therapeutische Erreichbarkeit unter ambulanten Bedingungen bei intelligenzgeminderten Jugendlichen nicht vollumfänglich gegeben ist. Diese Jugendlichen haben Schwierigkeiten, in der Therapie gelernte Inhalte in den Alltag zu übertragen oder zu generalisieren. Der Aufbau von Verhaltenskontrolle und der adäquate Umgang mit Risikosituationen sind aufgrund der geringen Lernfähigkeit meist ein langwieriger Prozess. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer deutlich erhöhten sozialen Kontrolle, um das Risiko für (weitere) Übergriffe gegenüber Kindern zu minimieren. Aufgrund dessen sieht das PPJ bei intelligenzgeminderten Jugendlichen eine enge, verpflichtende Zusammenarbeit mit dem Hilfesystem (Sorgeberechtigten, Betreuungspersonal in Einrichtungen, etc.) vor. Die Zusammenarbeit umfasst dabei u.a. den regelmäßigen Austausch mit allen am Prozess beteiligten Personen, die aktive Unterstützung des Jugendlichen beim Transfer des Gelernten in den Alltag sowie das Monitoring von Risikosituationen.

Der adäquate Umgang mit dem Gefährdungspotential der intelligenzgeminderten Jugendlichen verlangt einen hohen Betreuungsaufwand. Im engen Austausch mit den Einrichtungen (und Sorgeberechtigten) wurde bisher deutlich, dass bundesweit sowohl das Hilfesystem der Kinder- und Jugendhilfe als auch das Hilfesystem der Eingliederungshilfe kaum über die notwendigen personellen und strukturellen Voraussetzungen verfügt, um das Risikomanagement sicherzustellen.

In einer Vielzahl von Einrichtungen reicht bspw. die Altersspanne der dort wohnhaften Personen von Kindern bis zu Heranwachsenden. Das bedeutet, dass Jugendliche mit sexuellem Interesse am kindlichen Körperschema mit Kindern zusammenleben, die dem sexuellen Präferenzschema entsprechen. Eine daraus resultierende notwendige Überwachung der Jugendlichen kann aufgrund des gängigen Personalschlüssels kaum gewährleistet werden. Ferner zeigt sich, dass sich das in den Einrichtungen tätige Personal oftmals nicht ausreichend geschult fühlt, um Risikosituationen einzuschätzen und auf diese adäquat zu reagieren. Zudem zielen die im Rahmen der Jugendhilfe angewandten Konzepte auf eine Verselbstständigung der Jugendlichen ab, um perspektivisch eine (Re-)Integration in den Alltag zu gewährleisten. Die damit einhergehenden Freiheiten können nicht auf die hier dargestellte Zielgruppe übertragen werden.

Fallbeispiel

Der zum Zeitpunkt der Erstvorstellung 15-jährige Patient A. wurde in Begleitung seiner Einrichtungsbetreuerin mit Einverständnis des sorgeberechtigten Vormunds zur Diagnostik im PPJ vorgestellt. Anlass waren die Beobachtungen des Betreuungspersonals, dass A. seine jüngeren Mitbewohnerinnen aufforderte, sich vor ihm zu entkleiden.

In der Sexualanamnese berichtete A., er fühle sich sexuell zu vorpubertären und frühpubertären Mädchen hingezogen. Das erwachsene Körperschema spiele keine Rolle in den Sexualfantasien. A. gab an, ab einem Alter von zwölf Jahren wiederholt sexuell übergriffig auf sechs- bis zehnjährige Mädchen aus seiner Einrichtung gewesen zu sein (passiver Oralverkehr, anale Penetration, vaginale Penetration). Die Übergriffe hätten vornehmlich im Turnraum der Einrichtung stattgefunden, in dem die Bewohner:innen meist unbeobachtet spielen dürfen. Im während der Eingangsdiagnostik durchgeführten Intelligenztest mittels deutschsprachiger Adaptation der Wechsler Intelligence Scale for Children IV (WISC-IV) erreichte A. einen IQ-Gesamtwert von 61, was nach ICD-10 einer leichten Intelligenzminderung (F70.0) entspricht. Die körperliche Entwicklung wurde ärztlich auf das Tanner-Stadium 4 geschätzt.

Aufgrund der ungünstigen Wohnsituation und dem fortbestehenden Risiko erneuter sexueller Übergriffe, wurde das Jugendamt mit der Suche nach einer geeigneten Wohneinrichtung beauftragt. Bis dahin sah sich die bisherige Einrichtung in der Lage, ausreichend dafür Sorge zu tragen, dass sich A. nicht unbegleitet mit den jüngeren Bewohnerinnen aufhalte.

Im PPJ erhielt A. gruppentherapeutische Sitzungen mit begleitenden Einzelgesprächen. Das Ziel war der Aufbau von Verhaltenskontrolle. Hierbei lag der Fokus auf dem Erkennen von und dem adäquaten Umgang mit Risikosituationen. Begleitend wurden Gespräche mit den Einrichtungsbetreuer:innen geführt. Da zwischen A. und den Eltern kein Kontakt bestand, wurde von Elterngesprächen abgesehen.

Im Verlauf der Therapie berichtete A. von schwerem sexuellen Missbrauch gegenüber einer neunjährigen Mitbewohnerin. Er habe das Mädchen mit Süßigkeiten bestochen, um vaginale Penetration durchführen zu können. Die Regel der Einrichtung, sich nicht unbeaufsichtigt mit Kindern aufzuhalten, habe er umgehen können, indem er sich mit dem Mädchen im Badezimmer versteckt habe. Insgesamt sei es zu mindestens drei solchen Übergriffen gekommen.

A. zog zunächst in einen Jugendnotdienst und von dort in eine Kriseneinrichtung für Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren. Gleichzeitig wurde eine ambulante medikamentöse impulsdämpfende Begleitbehandlung mittels eines Opioid-Antagonisten bei unserem Kooperationspartner, der KJPPP der Vivantes Netzwerk GmbH, initiiert. Aus der Kriseneinrichtung zog A. in eine therapeutische Wohngruppe der Jugendhilfe für Jungen zwischen 14 und 18 Jahren. Ein Jahr später erfolgte ein

weiterer Wechsel in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe, da sich die vorherige Einrichtung der Verantwortung für A. nicht mehr gewachsen sah. Ferner erhielt er Schulbegleitung und zusätzliche Einzelfallhilfe, um das Risikomanagement auf dem Schulweg oder in der Schule sowie bei alltäglichen Ausflügen sicherzustellen.

Aufgrund der vorliegenden Intelligenzminderung, dem sexuellen Interesse am kindlichen Körperschema und bereits stattgefundener sexualisierter Gewalt gegen Kinder, wird eine langjährige Betreuung notwendig sein. A. ist weiterhin therapeutisch im PPJ angebunden. Ausblickgebend wird eine Überführung in das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* zu erwarten sein. Die Lernfortschritte sind langsam, da es ihm schwerfällt, eingeübte Verhaltensregeln auf neue Situationen zu übertragen. Das aktuelle Hilfesystem (Betreuungspersonal in Einrichtung, Schulbegleiter:innen, Einzelfallhilfe) ist eng und konstant in den therapeutischen Prozess einbezogen, um A. im Alltag bei der Verhaltenskontrolle zu unterstützen. Die medikamentöse Begleitbehandlung wird ebenfalls fortgesetzt, da A. mit großer Erleichterung eine merkliche Reduktion der Fantasietätigkeit festgestellt habe.

Das Wohngruppen-Konzept – Zielgruppe, Ziele, pädagogisch-therapeutisches Konzept

Um die Versorgungsstruktur zu erweitern, hat das PPJ zusammen mit dem EJJ¹ eine Wohneinrichtung für Jugendliche mit Intelligenzminderung, sexuellem Interesse am kindlichen Körperschema sowie bereits begangenem sexuellen Kindesmiss-

¹ Das *Evangelische Jugend- und Fürsorgewerk* (EJJ) ist ein bundesweit tätiges, christlich geprägtes Unternehmen der Sozialwirtschaft. Es stellt Hilfe bereit für Menschen aller Altersgruppen und Glaubensrichtungen, die eine besondere persönliche und soziale Zuwendung brauchen. Das EJJ entwickelt und betreibt ambulante und stationäre Angebote für Menschen mit Behinderung, für Kinder, Jugendliche und Familien, für wohnungslose und geflüchtete Menschen und für Senior:innen. Zum EJJ gehören außerdem Einrichtungen der Kindertagesbetreuung, Beratungs- und Bildungsarbeit sowie Integrationsunternehmen. 1894 begründet, ist das EJJ heute ein Unternehmen mit Tradition und grenzüberschreitender Reichweite. Es ist aktiv in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie Polen und Tschechien. Das EJJ hat es sich zum Ziel gesetzt, auch für besonders schwierige gesellschaftliche Probleme geeignete Beratungs-, Betreuungs- und Therapieangebote zu entwickeln. Mit dem richtungsweisenden Konzept „Menschen statt Mauern“ wurde beispielsweise ein grundlegend neuer Ansatz zur Vermeidung von Untersuchungshaft für delinquente Jugendliche etabliert; eine spezialisierte Wohneinrichtung im brandenburgischen Marwitz betreut Menschen mit Behinderungen, die in der Eingliederungshilfe als „Systemsprenger:innen“ gelten, und mit der Beratungsstelle „Kind im Zentrum“ wurde in Berlin ein wichtiges sozialtherapeutisches Beratungsangebot für Täter:innen und Opfer von sexuellem Missbrauch geschaffen.

brauch konzipiert. In der Einrichtung soll intensivpädagogische mit (sexual)therapeutischer Arbeit verbunden werden, um einerseits (weitere) sexualisierte Gewalt an Kindern durch die beschriebene Zielgruppe zu verhindern sowie andererseits den Jugendlichen ein ganzheitliches und entwicklungsförderndes Betreuungsangebot zu bieten.²

Die Wohnrichtung soll sich in Alleinlage in ländlicher Umgebung in Brandenburg befinden und über zehn vollstationäre Plätze verfügen, die auf zwei separate Wohngruppen verteilt werden. Den Jugendlichen werden Einzelzimmer zur Verfügung stehen. Daneben soll es Gemeinschaftsräume, Personal- und Funktionsräume geben. Weiterhin soll die Einrichtung ein weitläufiges Außengelände für vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten aufweisen. Vorgesehen ist, die Wohnplätze überregional für Jugendliche des gesamten Bundesgebietes zur Verfügung zu stellen.

Das Angebot soll sich an männliche Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren richten, die mittel- oder längerfristig außerhalb der Herkunftsfamilie leben werden. Die Jugendlichen werden eine Intelligenzminderung (IQ < 70) aufweisen, ein sexuelles Interesse am kindlichen Körperschema haben sowie sexuellen Kindesmissbrauch bereits begangen haben.

Neben der Verhinderung (weiterer) sexueller Übergriffe hat die Unterbringung in der Einrichtung das Ziel, die Jugendlichen in der Entwicklung von Selbstverantwortung zu fördern sowie die Teilhabe am Leben in Gemeinschaft zu ermöglichen.

Unter Berücksichtigung des kognitiv-intellektuellen sowie des sozio-emotionalen Entwicklungsstandes der Jugendlichen sieht das Konzept eine verbindliche sexualpädagogische und sexualtherapeutische Arbeit wie auch eine allgemeinpädagogische und gemeintherapeutische Arbeit vor. Die Arbeit ist durch eine wertschätzende, akzeptierende Grundhaltung sowie eine klare, transparente Struktur gekennzeichnet.

Die sexualpädagogische und sexualtherapeutische Einzel- und Gruppenarbeit dient dem Erlernen von Wissen über die eigene sexuelle Präferenz, dem Aufbau von Verhaltenskontrolle und einem adäquaten Umgang mit Sexualität. Konkret bedeutet dies, dass mit den Jugendlichen beispielsweise ein Bewusstsein für (sexuelle) Grenzen entwickelt wird, sowie sexuelle Fantasien, Risiko- und Schutzfaktoren besprochen werden. Mit jedem Jugendlichen werden zudem individuelle Sicherheitspläne erstellt und fortlaufend hinsichtlich Wirksamkeit überprüft. Die Gespräche sollen sowohl vor Ort in der Einrichtung als auch im PPJ stattfinden. Zwischen den internen sexualtherapeutischen und sexualpädagogischen Fachkräften und den Mitarbeiter:innen aus dem PPJ wird es einen kontinuierlichen fachlichen Austausch geben.

Die allgemeinpädagogische und gemeintherapeutische Arbeit hat ferner das Ziel, den Jugendlichen bei der Alltagsbewältigung zu unterstützen, Defizite und Entwicklungsverzögerungen

aufzuarbeiten sowie altersgemäße Kompetenzen und Fähigkeiten zu entwickeln.

Die Integration der Bezugspersonen außerhalb der Einrichtung, z.B. der sorgeberechtigten Eltern, ist ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Betreuungsarbeit. Den Bezugspersonen soll dabei die Möglichkeit gegeben werden, den Jugendlichen aktiv bei der Erreichung der Ziele zu unterstützen. Der Einbezug geschieht u.a. durch regelmäßige Gespräche zum Entwicklungsstand, zum Förderplan und zum Umgang mit Risikosituationen sowie begleitete Besuche.

Aufgrund der Kombination aus einem sexuellen Interesse am kindlichen Körperschema, bereits begangenen sexuellen Kindesmissbrauch sowie einer Intelligenzminderung ist von einem erhöhten Risiko für weitere sexuelle Verhaltensstörungen durch die beschriebene Zielgruppe auszugehen. Zur Minimierung des Rückfallrisikos wird es in der Einrichtung verbindliche und transparente Schutzmaßnahmen geben. Diese beinhalten u.a. ausschließlich begleitete Aufenthalte außerhalb der Einrichtung, ein festes Personalschlüssel mit einer Mindestbesetzung an Mitarbeiter:innen sowie eine eng begleitete Medienebenutzung. Für Jugendliche mit fehlender Einsichtsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft, mit einhergehender mangelnder bis fehlender Absprachefähigkeit hinsichtlich möglicher Fremdgefährdung werden in der Einrichtung drei von zehn Plätzen gemäß einem geschlossenen Unterbringungskonzept nach §1631b BGB vorgehalten. Eine solche Belegung bedarf der Genehmigung des Familiengerichts auf Antrag der Sorgeberechtigten.

Um die Jugendlichen bei ihren Entwicklungsaufgaben und im Umgang mit dem sexuellen Interesse am kindlichen Körperschema zu unterstützen, ist in der Wohngruppe ein multiprofessionelles Team vorgesehen, u.a. bestehend aus Heilerziehungspfleger:innen, Heilpädagog:innen, Erzieher:innen, Pflegepersonal sowie Therapeut:innen und Sexualpädagog:innen. Zur Qualitätssicherung sollen regelmäßige Pflichtfortbildungen durchgeführt werden sowie konstante Fallsupervisionen und Interventionsangebote für therapeutische und pädagogische Mitarbeiter:innen der Einrichtung durch das PPJ zur Verfügung gestellt werden.

Die konzipierte Wohngruppe soll wissenschaftlich begleitet werden. Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung ist es herauszufinden, inwieweit sich die Verhaltenskontrolle und Lebensqualität der Jugendlichen nach dem Einzug entwickelt. Gewonnene Erkenntnisse sollen der Weiterentwicklung dienen und die Übertragbarkeit in andere Bundesgebiete ermöglichen.

Die Finanzierung der Wohngruppe wird über die Eingliederungshilfe (gemäß § 134 SGB IX) sowie über Leistungen zur sozialen Teilhabe (gemäß § 113 SGB IX) erfolgen. Das PPJ wird seit Januar 2018 im Rahmen des Modellvorhabens des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen nach §65d SGB V (Förderung besonderer Therapieeinrichtungen) finanziert.

Zur Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung sowie der durch das PPJ angebotenen Fortbildungen,

² Entsprechend der Konzeption zur Wohngruppe „Lebensraum Meilenstein“ des EJF zusammen mit dem PPJ vom 15.11.2020.

Fallsupervisionen und Intervisionen ist das PPJ auf eine externe Finanzierung angewiesen. Dafür sind erste Gespräche mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgenommen worden.

Fazit und Ausblick

Jugendliche mit sexuellem Interesse am kindlichen Körperschema, Intelligenzminderung und bereits begangenen sexuellen Kindesmissbrauch stellen im Hinblick auf die Prävention sexualisierter Gewalt gegen Kinder eine Herausforderung dar. Die aktuelle Versorgungsstruktur reicht nicht aus, um einerseits dieser Zielgruppe mit einem angemessenen Sicherungskonzept zu begegnen und andererseits einen Raum der Entwicklung, Orientierung und Sicherheit zu ermöglichen. Die hier vorgestellte Einrichtung soll diese Lücke schließen. Sie kann sowohl ein Beitrag zu aktivem Kinderschutz leisten als auch ein entwicklungsförderndes Betreuungsangebot anbieten.

Literatur

- Beier, K.M., 2018. BEDIT-A Manual für Jugendliche. In: Beier, K.M. (Hg.). Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer, Berlin, 109–120. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56594-0_7
- Beier, K.M. (Hg.). 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer, Berlin. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56594-0>
- Beier, K.M., Oezdemir, U.C., Schlinzig, E., Groll, A., Hupp, E., Hellenschmidt, T., 2016. 'Just dreaming of them': The Berlin Project for Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ). *Child Abuse & Neglect* 52, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.12.009>
- Boer, D., Tough, S., Haaven, J., 2004. Assessment of Risk Manageability of Intellectually Disabled Sex Offenders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 17, 275–283. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00214.x>
- Imhoff, R., Schmidt, A.F., Nordsiek, U., Luzar, C., Young, A.W., Banse, R., 2010. Viewing Time Effects Revisited: Prolonged Response Latencies for Sexually Attractive Targets Under Restricted Task Conditions. *Archives of Sexual Behavior* 39 (6), 1275–1288. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9595-2>
- Sappok, T., Zepperitz, S., 2016. Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung geistiger Behinderung. Hogrefe, Göttingen.

Autor:innen

M.Sc. Psych. Miriam Schuler, Dipl.-Psych. Eliza Schlinzig, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: miriam.schuler@charite.de

BBA Dipl. Verww. Jane Keuchel, Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk (EJF), Lebensräume Uckermark, Biesenbrower Straße 2-10b, D-16303 Schwedt

Dipl.-Päd. Frank Hinz, Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk (EJF), Kinder- und Jugendhilfeverbund Uckermark/Bar-nim, Am Aquarium 2, D-16303 Schwedt

Dipl.-Soz. Arb. Norbert Schweers, Dr. rer. oec. Andreas Eckhoff, Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk (EJF), Königsberger Str. 28, D-12207 Berlin



Slavoj Žižek
Sex und das verfehlt Absolute
wbg Verlag 2020
ca. 592 Seiten, geb., 50 €

Dialektischer Materialismus für das 21. Jahrhundert

Scheinbar Unvereinbares miteinander zu vereinen und einen Materialismus ohne Materie zu schaffen – das unternimmt Slavoj Žižek in einer rigorosen Systematisierung seines philosophischen Denkens. In Auseinandersetzung mit philosophischen Gedankengebäuden von Hegel und Kant bis zu Alain Badiou und Julia Kristeva und unter Einbeziehung von Elementen aus Film- und Popkultur lässt Žižek auf dieser Basis einen neuen dialektischen Materialismus entstehen.

Ein Materialismus ohne Materie: das neue Konzept des großen Philosophen

Unbestritten ist Slavoj Žižek einer der populärsten Philosophen des 21. Jahrhunderts. In seinem neuen Werk offenbart er ein neues philosophisches Konzept, einen Materialismus ohne Materie. Er postuliert darin Sex als unsere flüchtige Berührung mit dem Absoluten und beschreibt das Mäandern einer sexualisierten Zeit.



Thorsten Benkel / Sven Lewandowski (Hg.)
Kampfplatz Sexualität
Normalisierung – Widerstand – Anerkennung
transcript Verlag 2021
ca. 220 Seiten, kart., 29,995 €

Sexualität ist heute geprägt von Offenheit, Vielfalt und zahlreichen Wahlmöglichkeiten – aber auch von Wahlzwingen. Zunehmend melden sich jene zu Wort, die angesichts der Präsenz sexueller Pluralität ein Unbehagen empfinden.

Die Beiträge des Bandes zeichnen die geradezu kämpferische Ausgangslage zwischen jenen nach, die für Offenheit plädieren, und solchen, die auf Geschlossenheit des sexuellen Diskurses drängen, inklusive Zwischenstufen. Dabei werden Themenbereiche wie Pornografie, sozialer Wandel, Paarbeziehungen, Prostitution, Sadomaso u.v.m. sozialwissenschaftlichen Analysen unterworfen und sowohl die normativen Dimensionen als auch ihre Hinterfragungen kritisch beleuchtet.



Katrin M. Kämpf
Pädophilie
Eine Diskursgeschichte
transcript Verlag 2021
300 Seiten, kart., 39 € / E-Book (PDF), Open Access

Aus den Katalogen sexueller Abweichung des 19. Jahrhunderts hat bis heute ein »letzter Perverser« überlebt und diskursiv enorm an Bedeutung gewonnen: die Figur des Pädophilen. Katrin M. Kämpf folgt den Spuren der speziellen deutschen Geschichte des Pädophiliediskurses. Sie analysiert, wie eine Figur aus der Frühzeit der Sexuallforschung – die im Nationalsozialismus teilweise antisemitisch aufgeladen wurde und während der »Sexuellen Revolution« eine große Rolle spielte – zum Kristallisationspunkt von biopolitischen Sicherheits- und Risikodiskursen werden konnte.

Schlagworte

Pädophilie, Sexualitätsgeschichte, Queer Theory, Feministische Science & Technology Studies, Epistemologie der Sexualität, Diskursgeschichte, Biopolitik, Antisemitismus, Nationalsozialismus, Deutsche Geschichte, Kulturgeschichte, Körper, Sexualität, Geschichte des 20. Jahrhunderts

Prävention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot (FEBEST)

Anna Kreuzmann, Katharina Schweder, Iron Hahn, Maximilian von Heyden, Julia Brito Rozas, Clara Niemann, Klaus M. Beier

Prevention by Remote Treatment – prevention of child sexual abuse in the Federal State of Saxony-Anhalt through a remote diagnostic and therapeutic program

Abstract

In May 2018, the German Medical Assembly (Deutscher Ärztetag) lifted the ban on remote medical treatment in Germany, thereby making it possible to offer remote diagnostic and therapeutic services for adolescents and adults who feel sexually attracted to pre- and/or early pubescent children. In June 2020, the Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin initiated its *Prevention by Remote Treatment program* (FEBEST) in the federal state of Saxony-Anhalt. This article describes the program, its purpose and design, its outreach and initial clinical results. During the first year, 63 persons contacted the program, and 23 (average age 32) completed the clinical interview. Of these 23, 20 (87 %) indicated having a sexual interest in children. 7 (36 %) reported never having used child abusive images and never having sexually abused a child; 16 persons (ca. 70 %) acknowledged having committed at least one of these offenses. The frequent utilization of the FEBEST program indicates a need for remote diagnosis and therapy of people with pedophile responsiveness in Saxony-Anhalt and presumably other German states. The high percentage of patients with comorbidities requires collaboration with local physicians and therapists.

Keywords: Remote treatment, Prevention, Child sexual abuse, Child abusive images, Pedophilia, Hebephilia, Comorbidities

Zusammenfassung

Im Mai 2018 hat der Deutsche Ärztetag das Verbot der medizinischen Fernbehandlung aufgehoben und damit ermöglicht, fern-diagnostische und therapeutische Leistungen für Jugendliche und Erwachsene anzubieten, die sich von vor- und/oder früh-pubertären Kindern sexuell angezogen fühlen. Im Juni 2020 hat das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin im Bundesland Sachsen-Anhalt das *Programm*

Prävention durch Fernbehandlung (FEBEST) gestartet. Dieser Artikel beschreibt das Programm, seinen Zweck und sein Design, seine Reichweite und erste klinische Ergebnisse. Im ersten Jahr kontaktierten 63 Personen das Programm und 23 (Durchschnittsalter 32) beendeten das klinische Interview. Von diesen 23 gaben 20 (87 %) an, ein sexuelles Interesse an Kindern zu haben. 7 (ca. 36 %) erklärten, noch nie Bilder von Kindesmissbrauch verwendet und nie ein Kind sexuell missbraucht zu haben; 16 Personen (ca. 70 %) gaben an, mindestens eine dieser Straftaten begangen zu haben. Die häufige Inanspruchnahme des FEBEST-Programms weist auf einen Bedarf an Ferndiagnostik und -therapie von Menschen mit pädophiler Ansprechbarkeit in Sachsen-Anhalt und vermutlich auch in anderen Bundesländern hin. Der hohe Anteil von Patienten mit Komorbiditäten erfordert die Zusammenarbeit mit lokalen Ärzten und Therapeuten.

Schlüsselwörter: Fernbehandlung, Prävention, sexuelle Übergriffe, Missbrauchsabbildungen, Pädophilie, Hebephilie, Komorbiditäten

Ausgangssituation und Entwicklung

Der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS, Bundeskriminalamt, 2021) zufolge bilden Sexualstraftaten einen nicht unerheblichen Anteil an der Gesamtkriminalität, im Jahr 2020 konnten 14.500 sexuelle Übergriffe an Kindern (Individuen unter 14 Jahren) gemäß dem Straftatbestand § 176 StGB verzeichnet werden. Dies entspricht einem Zuwachs von 6.4 % zum vorangegangenen Berichtsjahr. Im Vergleich zum Vorjahr ist auch die Zahl derjenigen Personen, die Missbrauchsabbildungen von Kindern nutzen, auf 53 % (18.761 Fälle) angestiegen (§ 184b StGB; PKS, 2021). Eine besondere Entwicklung zeigt sich auch unter Minderjährigen, die Missbrauchsabbildungen erwarben, besaßen, weiterverbreiteten oder herstellten, indem 7.643 Fälle angezeigt wurden, was einer Verfünffachung verglichen mit den Zahlen aus dem Jahr 2018 entspricht. Neben der polizeilich erfassten Kriminalstatistik ist von einer deutlich höheren Dunkelziffer auszugehen (Bundeskriminalamt, 2020). Vor dem Hintergrund

teils verpflichtender, pandemie- und quarantänebedingter Häuslichkeit bestätigen auch internationale Zahlen eine Zunahme insbesondere in der Verbreitung von Missbrauchsabildungen über soziale Medien, *peer-to-peer*-Networks und im *Darknet* (Europol, 2020). Unter den Männern, die sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen, ist bei schätzungsweise 40 bis 50 % von einer präferenzbezogenen Motivation auszugehen (Beier et al., 2005).

Das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Berliner Charité bietet seit mehr als 15 Jahren eine diagnostische und therapeutische Anlaufstelle für aktuell nicht justizbekannte Menschen, die eine pädophile bzw. hebephile Neigung haben, und sicherstellen wollen, dass es (nicht mehr) zu sexuellen Kontakten mit Kindern oder zur Nutzung von Missbrauchsabildungen kommt. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen eine potenzielle Erreichbarkeit jugendlicher sowie erwachsener Betroffener durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit (von Heyden & Stockmann, 2021). Die Erfahrungen weisen auch darauf hin, dass der verursacherbezogene Ansatz zur Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch einen wesentlichen Beitrag zum aktiven Kinderschutz leistet, indem potenziell fremdgefährdende Menschen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für Kinder ein therapeutisches Angebot wahrnehmen und dadurch das Fremdgefährdungsrisiko reduziert werden kann. Neben dem Standort in Berlin finden Betroffene an zwölf weiteren Standorten in Deutschland therapeutische Unterstützung. Zudem gibt es ein Online-Selbsthilfe-Programm (*Troubled Desire*), das in neun verschiedenen Sprachen genutzt werden kann und Hilfe bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualpräferenz bietet.

Da auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2018 das Fernbehandlungsverbot aufgehoben wurde, konnte erstmalig die Entwicklung einer über Telekommunikationsmedien stattfindenden, uneingeschränkten therapeutischen bzw. ärztlichen Videosprechstunde sowie die Gründung eines virtuellen Standortes in Erwägung gezogen werden. Eine entsprechende Behandlung per Fernbehandlung sollte insbesondere eine videobasierte diagnostische bzw. therapeutische Versorgung von Betroffenen aus dem genannten Indikationsgebiet sicherstellen, die nicht die Möglichkeit haben, einen der bundesweit vorhandenen Standorte des Netzwerkes aufzusuchen. Da das Bundesland Sachsen-Anhalt bislang noch nicht über einen eigenen Standort zur Versorgung von jugendlichen und erwachsenen Betroffenen verfügte, bot sich dieses Bundesland zur Etablierung eines digitalen Angebotes an. Auch zeigen die Kontaktaufnahmen der vergangenen Jahre (Stichtag: 30.06.2021) aus dem Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD; $n = 43$, gezählt ab 2005) und dem Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ; $n = 7$, gezählt ab 2014), dass es in Sachsen-Anhalt Bedarf an diagnostischer und therapeutischer Unterstützung gibt, die über die Etablierung eines sicheren anonymen, kostenlosen, fernmündlichen Verbindungsweges gewährleistet werden sollte.

Im Juni 2020 wurde somit am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin das Projekt *Prä-*

vention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot (kurz: Fernbehandlungsprojekt; FEBEST), das durch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Jugend des Landes Sachsen-Anhalt finanziert wird, ins Leben gerufen, der offizielle Projektbeginn erfolgte am 17.06.2020 durch eine Pressekonferenz in Magdeburg unter Beteiligung von Ministerin Petra Grimm-Benne, Jerome Braun von der Deutschen Kinderschutzstiftung Hänsel-Gretel sowie Prof. Dr. Dr. Klaus Beier von der Berliner Charité. Die Finanzierung wurde durch das sachsen-anhaltinische Sozialministerium zunächst auf zwei Jahre angesetzt, wobei eine Weiterfinanzierung für das Jahr 2022 in Aussicht gestellt werden konnte. Gerechnet wurde jährlich mit ca. 50 Kontaktaufnahmen, 20 diagnostisch erfassten Fällen und 15 therapeutisch angebundenen Patient:innen, wobei sich an den entsprechenden Zahlen aus der Anlaufstelle in Schleswig-Holstein orientiert wurde. Der Versorgungsbedarf im Indikationsgebiet artikuliert sich in der Inanspruchnahme der bundesweit vertretenen Dunkelfeldprojekte, die unter anderem auf eine aktive Öffentlichkeitsarbeit seit Begründung des Präventionsnetzwerkes zurückzuführen ist. Neben der Einbettung des *Fernbehandlungsprojektes* in die mediale Aktivität des Präventionsnetzwerkes von *Kein Täter werden* wurde zudem eine für das Fernbehandlungsprojekt in Sachsen-Anhalt spezifische Website erstellt: <https://www.kein-taeter-werden.de/aktuelles/fernbehandlungsprojekt-fuer-menschen-mit-paedophiler-neigung-in-sachsen-anhalt/>.

Das *Fernbehandlungsprojekt* fußt einerseits auf der klinischen Expertise der Präsenzstandorte des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* sowie des an der Berliner Charité ansässigen Projektes *Du träumst von ihnen* für Jugendliche und andererseits auf empirischen Erkenntnissen zur Online-Therapie, die auch aufgrund der pandemiebedingten Zunahme digitaler Angebote derzeit verstärkte klinische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhalten (z.B. Fernandez et al., 2021, van Daele et al., 2020, van Daele et al., 2021). Bestrebungen, verschiedene digitale Formate in die Anwendung von Psychotherapie zu integrieren, bestehen mittlerweile bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten (z.B. Newman et al., 1997). Die Formate reichen dabei von digitalen Therapiematerialien über videobasierte Psychotherapie zu computergestützten Programmen ohne menschliche Therapeut:innen.

Die Wirksamkeit von videobasierter Therapie bei verschiedenen Störungen konnte nachgewiesen werden (z.B. Fernandez et al., 2021). Wirksamkeitsstudien in Bezug auf Videotherapie wurden beispielsweise bei posttraumatischen Belastungsstörungen (vgl. Übersichtsarbeit von Sunjaya et al., 2020) als auch bei Depressionen und Ängsten untersucht (vgl. Metaanalyse von Fernandez et al., 2021). Besonderes Augenmerk in der Forschung erhält die Frage, wie die therapeutische Beziehung über videobasierte Verfahren gestaltet werden kann. Die therapeutische Beziehung ist seit Jahrzehnten als Prädiktor für The-

rapieerfolg bei verschiedenen Therapiesettings und Störungen bekannt (z.B. Horvath, 2011). In einer Übersichtsarbeit mit 13 Studien zum therapeutischen Kontakt mit Formen von digital unterstützten Therapieformaten im Vergleich mit Präsenz-Therapieangeboten wurde gezeigt, dass bei den digital unterstützten Verfahren eine mit Präsenz-Ansätzen vergleichbare therapeutische Beziehung aufgebaut werden konnte, welche ähnlich positiv bewertet wurde wie bei Präsenz-Therapien (Klasen et al., 2013).

Bei der Konzeption des auf Videotherapie und Ferndiagnostik basierenden Fernbehandlungsprojekts wurde dem Thema Datenschutz besondere Wichtigkeit beigemessen. Sorgen bezüglich Schweigepflicht und Datensicherheit werden häufig als Bedenken bei Onlinetherapien angeführt (siehe bspw. Stoll et al., 2020). Für die Berücksichtigung dieser Bedenken und der Implementierung höchstmöglicher Sicherheitsstandards war die Datenschutz-Grundverordnung (Artikel 9, DSGVO, 2018) der Ausgangspunkt, die gesundheitsrelevante Daten im Allgemeinen per Gesetz schützt. Im Kontext der Präventionsprojekte berichten Hilfesuchende und Betroffene in Exploration sowie Therapie von teils justizrelevanten Inhalten, die nicht nur durch die Therapeutin/den Therapeuten und die Schweigepflicht nach § 203 StGB, sondern auch durch den Rahmen geschützt werden müssen. Dementsprechend muss garantiert werden, dass Dritte keinerlei Zugang zu in der Sitzung ausgetauschten Inhalten erhalten können. Damit soll nicht nur den rechtlich und ethisch bedeutsamen Rahmenbedingungen Rechnung getragen, sondern gleichermaßen eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen werden, die es den Teilnehmenden ermöglichen soll, sich zu öffnen und anzuvertrauen. Angesichts der großen Notwendigkeit, einen geschützten digitalen Rahmen zu schaffen, musste zunächst eine neue technische Infrastruktur zur verschlüsselten Tele-Diagnostik und die Möglichkeit für videotherapeutische Maßnahmen nach bestehenden Sicherheitsrichtlinien erstellt werden. Für die videotherapeutischen Maßnahmen fiel die Wahl unter Voraussetzung datenschutzrechtlich relevanter Kriterien auf einen durch die Kassenärztliche Bundesvereini-

gung zertifizierten, Ende-zu-Ende verschlüsselten Videodiensteanbieter.

Wichtige Merkmale in der Wahl des Videodiensteanbieters waren die Voraussetzungen, dass eine sehr benutzerfreundliche und gleichzeitig nach neuesten Standards gesicherte Lösung gefunden wurde. Dies beinhaltet, dass die Teilnehmer:innen in keiner Form Informationen preisgeben müssen, die über die Diagnostik hinaus gehen; so müssen zum Beispiel für die Teilnahme an der Diagnostik keine Benutzerkonten erstellt werden. Die Datensicherheit wird unter anderem dadurch garantiert, dass die Tele-Diagnostik nur über eine gesicherte Verbindung aufgerufen werden kann und die erhobenen Daten anschließend unter Verwendung einer asymmetrischen Verschlüsselung nur von Befugten der Charité abgerufen werden können. In Zusammenarbeit mit den Sicherheits- und Datenschutzverantwortlichen der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurden die technischen Voraussetzungen der neu aufgebauten Infrastruktur auf Einhaltung der datenschutzrechtlichen Richtlinien überprüft und angepasst. .

Das Angebot für Betroffene

Freiwillig hilfesuchende Projektinteressierte (oder deren Bezugspersonen) nehmen per Hotline oder per Mail Kontakt auf (vgl. Abbildung 1). Zur Pseudonymisierung wird – analog zur Vorgehensweise an den Präsenzstandorten – eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) dokumentiert. Auch wenn der Erstkontakt per Mail stattgefunden hat, wird ein kurzes Telefongespräch vereinbart, um erste Informationen zum Projektverlauf, darunter auch zur Nutzung eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten, Ende-zu-Ende-verschlüsselten Videodiensteanbieters (z.B. datenschutzrechtliche Grundlagen, technische und räumliche Voraussetzungen, Informationen zur verschlüsselten Dokumentenzusendung) zu vermitteln und über die relevanten

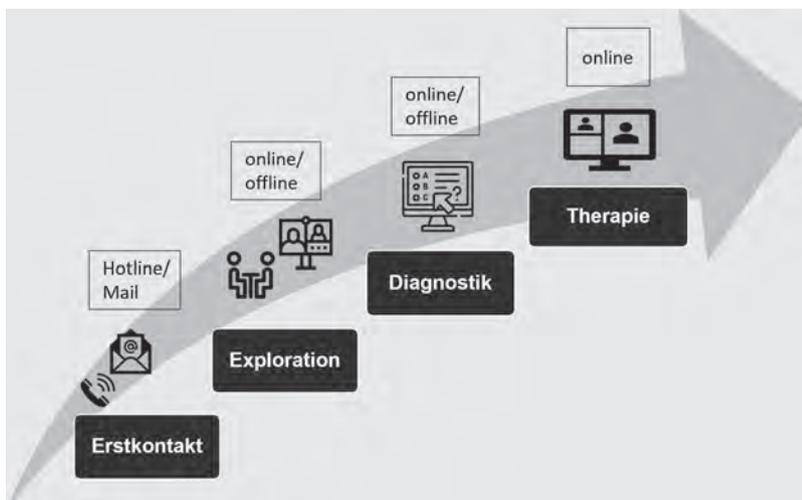


Abb. 1: Weg der Hilfesuchenden von der ersten Kontaktaufnahme bis hin zur regelmäßigen Therapie

Rahmenbedingungen aufzuklären (z.B. über Ausschlusskriterien wie den Justizstatus, diese sind analog zu den Präsenzstandorten, vgl. Beier et al., 2015). Neben der Vermittlung von Projektinformationen wird bei Interesse ein Termin für ein online stattfindendes Explorationsgespräch vereinbart. Die Angabe personenbezogener Daten erfolgt freiwillig, in den meisten Fällen wird eine E-Mail-Adresse für die zukünftige Terminkoordination hinterlegt. Im Anschluss an das Gespräch erhalten Projektinteressierte, die einen Online-Explorationstermin vereinbart haben, ausführliche Informationen via E-Mail sowohl über den Videodienstleister als auch zur Durchführung der vereinbarten Videosprechstunde. Eine alternative Möglichkeit zur Online-Exploration durch den Videodienstleister stellt die durch Projektgelder finanzierte Anreise mit einem persönlichen Kennenlernen an der Berliner Charité dar. Dies kann insbesondere in Fällen, in denen sich frühzeitig die Indikation einer impulsdämpfenden medikamentösen Begleitbehandlung abzeichnet, sinnvoll sein, da am Präsenztermin die notwendige Aufklärung sowie die Blutuntersuchung vorgenommen werden können.

Die semistrukturierte klinische Exploration findet, sofern keine persönliche Vorstellung am Berliner Standort gewünscht ist, über den Videodienstleister statt. Der Videodienstleister setzt ausschließlich die Verfügbarkeit eines internetfähigen technischen Endgerätes voraus, das sowohl über eine funktionierende Kamera als auch über ein Mikrofon verfügt. Da dieser über gängige Webbrowser aufgerufen werden kann, ist eine der Videosprechstunde vorgeschaltete Installation nicht notwendig. In Anlehnung an die gängigen, an den Präsenzstandorten eingesetzten Instrumente, variieren die Verfahren für Jugendliche und Erwachsene.

Erwachsene. Inhaltlich dient die klinische, virtuelle Erstexploration der geschützten Übersendung einer schriftlichen Projektinformation sowie einer -einwilligung. Analog zum Erstgespräch an den Präsenzstandorten werden hierbei der Vorstellungsanlass erhoben sowie eine juristische, eine psychiatrische und eine Sexual- und eine Sozialanamnese durchgeführt. Daneben werden somatische Vorerkrankungen sowie die aktuelle Medikation erfasst. Hauptziele des Erstgesprächs sind sowohl die Einschätzung der Sexualpräferenz des Projektinteressierten auf Basis des „5x3 der Sexualmedizin“ (Ahlers et al., 2004) als auch die Erfassung der aktuellen Risikoprognostik unter Verwendung von Fremdbeurteilungsverfahren zur Erhebung statischer sowie dynamischer Risikofaktoren (STATIC-C, Franqué & Briken, 2012; STABLE-2007, Hanson et al., 2007). Gleichzeitig werden Behandlungs- und Veränderungsmotivation zur prognostischen Einschätzung des Therapieerfolgs beurteilt. Nach Beendigung der explorativen Gespräche (Dauer i. d. R. 120 Minuten pro Termin, 1–2 Termine notwendig) erhalten die erwachsenen Projektteilnehmenden einen Link zur digitalen Testbatterie zur weiteren Diagnostik, die sie über eine verschlüsselte Verbindung erreichen. Da zur Bearbeitung der digitalen Fragebögen personenbezogene Angaben nicht an-

gegeben werden müssen, können aus dem Antwortverhalten keinerlei Schlüsse durch Dritte auf die teilnehmende Person gezogen werden. Erhebungen finden neben dem Messzeitpunkt zu Beginn auch während des Therapieverlaufs statt, wobei sich die Auswahl der Fragebögen sowie der Messzeitpunkte an der bestehenden Fragebogenbatterie des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* orientiert, mit dem späteren Ziel, die Therapiewirksamkeit der Online-Therapie mit der an den Präsenzstandorten durchgeführten Behandlung zu vergleichen (vgl. BEDIT; Beier, 2018). Gleichzeitig wurde auf eine verstärkte Ökonomisierung des Umfangs geachtet, um die Belastung für die Teilnehmenden bezüglich der Teilnahme bei den Testungen möglichst gering zu halten. Neu eingeführt wurde zudem ein Fragebogen zur Erfassung der therapeutischen Beziehung, der *Working Alliance Inventory – Short Revised* (WAI-SR) im Selbst- und Fremdrating (Hatcher & Gillaspay, 2006; deutsche Version von Wilmers et al., 2008), der mit Projektbeginn ebenfalls in die Standardbatterie des Berliner PPD implementiert wurde, um eine Möglichkeit der Vergleichbarkeit zu erschaffen. Um die Wahrnehmung des Videosettings aus Perspektive der Projektteilnehmenden zu erfassen, wurde eine Eigenkonstruktion entwickelt (*Skala zur Beurteilung der Zufriedenheit in Fernbehandlungen*, SBZF; Hahn et al., 2020). Die Testbatterie liegt ausschließlich im digitalen Format vor und wird auch im Falle einer persönlichen Vorstellung computerbasiert durchgeführt.

Jugendliche. Während der Ablauf von Erstkontakt und Erstgespräch analog zu erwachsenen Teilnehmenden stattfindet, entschieden sich die Bezugspersonen der jugendlichen Projektteilnehmenden ($n = 2$) für eine persönliche Vorstellung am Berliner Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, weswegen die diagnostische Untersuchung in Form einer Papier-Bleistift-Testung realisiert wurde. Die eingesetzten Fragebögen wurden hier ebenfalls im Sinne der Vergleichbarkeit der Daten analog zu der bestehenden Testbatterie des seit 2014 bestehenden Forschungsprojektes *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ) gewählt (vgl. Beier et al., 2015), eine digital verfügbare Testung befindet sich in Planung.

Therapiestruktur

Die inhaltliche Konzeptualisierung des teletherapeutischen Angebotes erfolgte auf Grundlage des im Präventionsnetzwerkes von *Kein Täter werden* Anwendung findenden Manuals der *Berliner Dissexualitätstherapie* (BEDIT; Beier, 2018) für Erwachsene sowie der adaptierten Version für Jugendliche (BEDIT-A; Beier, 2018) zur Behandlung von Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema. Im Rahmen des Fernbehandlungsprojektes wurden die Module für Erwachsene an das im 2-wöchigen Rhythmus stattfindende Einzelsetting angepasst

(vgl. Faistbauer, 2011), eine Adaptierung des Therapiemanuals für Jugendliche, ebenfalls im 2-wöchigen Rhythmus, ist in Planung.

Analog zur Durchführung der Telediagnostik wurde der ausgewählte Videodienstanbieter ebenfalls für die Durchführung der Teletherapie gewählt. Ebenso wie in der BEDIT-A-Behandlung an den verschiedenen Netzwerkstandorten vorgesehen, werden auch im teletherapeutische Angebot Arbeitsmaterialien eingesetzt; diese liegen in digitalisierter Form (pdf) vor und können den Patient:innen unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen über eine Upload-Funktion übermittelt werden. Umgekehrt können Patient:innen darüber auch digital beschreibbare Aufgabenblätter, die zwischen den Sitzungen zur Wissenskonsolidierung bearbeitet werden sollen, mit den Therapeut:innen teilen. Weiterhin können Inhalte auch auf einer sich im Therapieraum befindlichen Flipchart, die in den Kamerafokus gerückt wird, erarbeitet werden. Eine weitere Möglichkeit stellt die Funktion des „Bildschirmteilens“ dar, die es erlaubt, ein Word-Dokument in Echtzeit gemeinsam mit dem/der Patient:in zu bearbeiten.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Die Vorstellung erfolgte kurz nach einer persönlichen Krise des 33 Jahre alten Patienten A. mit dem Anliegen, sich bei Besuchen seiner Kinder besser regulieren zu können. Zudem berichtete er von einem sexuellen Übergriff auf seine Tochter vor einigen Jahren. Aus Kindheit und Jugend berichtete A. von Überforderungserleben der Eltern und einer psychischen Erkrankung des Vaters. Bei ihm selbst bestehe eine schizoaffektive Störung (psychotische Symptome, teilremittiert, sowie Impulsdurchbrüche). Aktuell absolviere der Patient eine berufliche Maßnahme, eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei auf Grund der Einschränkungen durch die psychische Erkrankung nicht möglich gewesen. Gute Unterstützung bestehe durch seine ältere Schwester, die auch bezüglich der sexuellen Präferenz und des sexuellen Übergriffs eingeweiht sei. Im Elternhaus habe eine sexualfeindliche Atmosphäre geherrscht. Im Alter von 14 Jahren sei es zu einem versuchten Übergriff auf die 9-jährige Schwester gekommen. Über die sexuelle Präferenz für das kindliche Körperschema sei er sich bereits in der Pubertät bewusst gewesen. Nach der Masturbarche mit circa 9 Jahren erfolgte der erste Geschlechtsverkehr mit 24 Jahren mit seiner damaligen Partnerin. Vor vier Jahren erfolgte der sexuelle Übergriff auf die damals 6-jährige Tochter mit Berührungen an der Vulva. Außerdem sei es ebenfalls vor einigen Jahren zu sexualisierter Rede mit seiner damals 11-jährigen Nichte gekommen. Aktuell bestünden sexuelle Fantasien und Impulse in Bezug auf eines der Kinder. Als Bewältigungsstra-

tegien habe der Patient in der Vergangenheit Besuche der Kinder abgesagt, wenn er ein erhöhtes Risiko wahrnahm. Es sei aber in den letzten Wochen zu schwierigen Situationen für ihn im Kontext der Übernachtungsbesuche gekommen. Die Ex-Partnerin und Mutter der Kinder sei bezüglich des Übergriffs und der Präferenz nicht eingeweiht. Sexualanamnestisch lässt sich eine sexuelle Präferenz für das vorpubertäre, frühpubertäre und erwachsene weibliche Körperschema explorieren. Als bevorzugte Interaktionsform spielten manuelle, orale und penetrative (anal und vaginal) Praktiken eine Rolle. Außerdem bestehe eine hohe sexuelle Befasstheit mit aktuell circa 20 Organismen pro Woche. Direkt im Anschluss an die Exploration wurde vereinbart, dass keine Übernachtungen und sozial unkontrollierten Kontakte mit den Kindern stattfinden, d.h., dass der Patient die Kinder nur in Begleitung seiner Ex-Partnerin sieht, welche in die Behandlung zeitnah einbezogen werden muss. Außerdem erklärte der Patient sich bereit, die Möglichkeit der impulsdämpfenden (in seinem Fall antiandrogen wirkenden) Medikation wahrzunehmen und reiste dafür kurzfristig nach Berlin an. Hierzu fand mit seinem Einverständnis ein fachlicher Austausch mit behandelnden Ärzt:innen statt, um eine Abstimmung mit der Behandlung der Grunderkrankung zu gewährleisten. Mittel- und langfristige Therapieziele waren neben der stabilen Verhaltenskontrolle die Integration der Präferenz in das Selbstbild.

Fallbeispiel 2

Patient L., 21 Jahre alt, meldete sich beim Fernbehandlungsprojekt nach eigenständiger Google-Suche nach Anlaufstellen. Beim Erstgespräch besteht ein hoher Leidensdruck, vor allem in Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen, aber auch in Bezug auf die mögliche sexuelle Ansprechbarkeit per se. Herr L. habe in den letzten zwei Jahren einige Schicksalsschläge und Umbrüche erlitten, so sei seine alleinerziehende Mutter bei einem Verkehrsunfall verstorben. Zum Vater bestehe seit der frühen Kindheit kein Kontakt. Durch einen Umzug innerhalb Sachsen-Anhalts bestünden aktuell keine sozialen Kontakte und auch die Pandemiesituation wurde durch das Wegfallen sportlicher Hobbies als starke Belastung wahrgenommen. Einzige Bezugsperson sei aktuell ein Onkel, in dessen Nähe er nach dem Tod der Mutter dieses Jahr gezogen sei. Nach einer im letzten Jahr abgebrochenen Ausbildung zum Verwaltungsfachangestellten sei Herr L. momentan arbeitssuchend.

In der Präferenzanamnese wurde zunächst von Fantasien mit erwachsenen Männern und spätpubertären Jugendlichen berichtet. Im Verlauf wurde dann deutlich, dass in den Fantasien auch vorpubertäre Jungen vorkämen, auf denen sogar der Fokus liegt, während erwachsene Männer so gut wie keine Rolle spielen. Es ergibt sich somit eine exklusive pädo-hebephile Präferenz. Soziosexuelle Kontakte hätten als jugendlicher im Rahmen von kurzen Beziehungen mit gleichaltrigen männli-

chen Jugendlichen stattgefunden und seien als erfüllend erlebt worden. Herr L. äußerte wiederholt die von ihm als unrealistisch bewertete Hoffnung, dass die Präferenz für Kinder nur eine Phase sein könne. Der Materialkonsum habe vorletztes Jahr in einer Krisensituation begonnen, damals noch mit legalem Material. Nach einigen Monaten sei es dann zur Nutzung von Material mit Kindern und Jugendlichen gekommen, auf denen sexuelle Aktivitäten abgebildet waren; es kam zu intensivem Suchverhalten online, das in Phasen auftretend bis kurz vor dem Erstgesprächstermin bestand. Der Leidensdruck und die Motivation zur Abstinenz imponieren als sehr hoch. Zu realen Kindern habe Herr L. sich bisher nicht hingezogen gefühlt und es habe bisher keine sexuell grenzverletzenden Situationen mit Kindern gegeben. Die Enkelkinder des Onkels, mit denen er häufiger Kontakt habe, seien nicht attraktiv für ihn. Somatische Vorerkrankungen bestünden nicht. Vordiagnostiziert sei eine depressive Episode, die auch zum Zeitpunkt des Erstgesprächs weiterhin besteht, wobei Antriebslosigkeit und Interessenverlust im Vordergrund stünden.

Herr L. wünsche sich weiterhin, beruflich in der Verwaltung Fuß zu fassen; viele Familienmitglieder würden im öffentlichen Dienst arbeiten. Allerdings bestünde eine große Sorge, dass die Präferenz und/oder der Materialkonsum ihm bei diesem Berufswunsch im Wege stehen könnte. Die Sorge vor einer Hausdurchsuchung sei stark ausgeprägt und motiviere ihn zusätzlich bezüglich des Abstinenzwunsches.

Klares Ziel ist die stabile Verhaltenskontrolle in Bezug auf das Bildmaterial, wofür Strategien besprochen wurden. Zentral ist weiterhin die Integration der Präferenz, die aktuell nur wenig akzeptiert werden kann. Auf den vorgeschlagenen Besuch vor Ort in Berlin konnte Herr L. sich nicht einlassen; es bestünde eine zu große Sorge, in Berlin auf ihm bekannte Personen (auch aus dem erweiterten Angehörigenkreis) zu stoßen und Nachfragen gegebenenfalls nicht beantworten zu können. Die Videotermine möchte Herr L. jedoch wahrnehmen. Es besteht eine ambivalente Motivation bezüglich impulsdämpfender medikamentöser Unterstützung. Geplant ist eine Medikamentenaufklärung durch einen ärztlichen Kollegen per Video und im Verlauf ggf. die Kooperation mit der Hausärztin, um die für die Medikamentengabe notwendigen Blutuntersuchungen gewährleisten zu können. Weiterhin geplant ist die Unterstützung bei der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie hinsichtlich der depressiven Symptomatik, bei der im Idealfall auch die sexuelle Präferenzbesonderheit nicht ausgeklammert wird. Erwartbar ist eine Besserung der depressiven Symptomatik bei zunehmender Integration der Präferenz in das Selbstbild, die durch die initiierte Fernbehandlung in Gang gesetzt werden soll.

Fallbeispiel 3

Patient B., 38 Jahre alt, stellte sich nach Empfehlung seines ambulanten Psychotherapeuten vor, dem er von seiner Neigung und dem Konsum von Missbrauchsabbildungen erzählt hatte. Er wolle keine Missbrauchsabbildungen mehr konsumieren und mit dem „Gefühl umgehen lernen“. Zum Zeitpunkt des Explorationsgesprächs bestand der Wunsch, dass „die Neigung nicht mehr da sein“ solle.

Der Patient berichtete zudem von somatischen und psychischen Vorerkrankungen: Aufgrund einer körperlichen Erkrankung benutzt er eine Gehhilfe. Außerdem bestehe eine schizophreniforme Störung mit der ersten Episode im Alter von 20 Jahren. Er lebe in einer betreuten Wohneinrichtung und arbeite in einer Einrichtung für Menschen mit Einschränkungen. Mobil sei er ohne Begleitung nicht – auch wegen seiner sozialen Ängste. Regelmäßige Termine an einem Standort wären daher nur schwer realisierbar. Aktuell bestünden paranoiden Verarbeitungen bezüglich der Präferenz im Sinne einer übersteigerten Sorge vor Strafverfolgung bei der Vorstellung, dass Menschen aus seinem Umfeld von seinem Konsum ahnen und sich von ihm abwenden könnten. B. sei schon immer ein „relativ zurückhaltender Mensch“ gewesen und habe ein Problem mit Freundschaften und fühle sich mit fremden Personen meist unwohl. Er sei behütet aufgewachsen; seine Eltern hätten sich immer gut gekümmert und er habe sich zu Hause wohl gefühlt. Mit 15 Jahren sei es mit einem Mädchen (Tanner-Stadium 4) zu Petting gekommen sowie im Alter von 17 Jahren mit einem Freund zu gegenseitiger manueller Befriedigung, da habe es „Klick“ gemacht und er habe realisiert, dass er sich zu Männern hingezogen fühle. Im Alter von 17 Jahren sei ihm seine Neigung klargeworden, als er feststellte, dass er beim Anblick von spielenden Jungs mit nacktem Oberkörper eine Erektion bekam. Seitdem er 20 sei, würde er sich legale Materialien von Jungs anschauen (z.B. Kinder in Bademode), die Frequenz schwanke von alle paar Wochen zu mehrmals täglich. Im letzten Jahr sei es dann drei Mal zum Konsum von Materialien mit erotischem Posing gekommen und einmal zum Konsum von Materialien, die sexuelle Übergriffe von Kindern durch Erwachsene darstellten. Die Nutzung der Materialien finde meist nachts statt, was dann häufig zu Schlafentzug führe, der ihm nicht guttue. In der Öffentlichkeit sei er sehr besorgt, dass Personen bemerken könnten, dass er sich zu Kindern hingezogen fühle, was ein Grund dafür sei, dass er ungerne in der Öffentlichkeit sei. Bezüglich der Sexualpräferenz liege der Fokus auf Jungen zu Beginn der Pubertät, welche schon beginnende Schambehaarung haben sollten. Ihm seien ein kindliches Gesicht sowie der Oberkörper wichtig. Weiterhin bestehe eine Ansprechbarkeit für das erwachsene Körperschema (androphil), wobei frühpubertäre Jungs die intensivsten Gefühle auslösten. Bezüglich der Behandlung stehen neben der stabilen Verhaltenskontrolle in Bezug auf den Materialkonsum die Akzeptanz und die Integration der Präferenz im Vorder-

grund. Weiterhin wurden Gespräche mit Helfer:innen geführt (Psychotherapeut:in, Betreuer:in aus der Wohneinrichtung). Weitere Inhalte sind das Vorbereiten eines Outings gegenüber den Eltern und ggf. der Arbeitsstelle.

Aktueller Projektstatus und erste Ergebnisse

Bis zum Stichtag am 30.06.2021 wurden seit Juni 2020 $N = 63$ Kontaktaufnahmen gestellt (vgl. Tabelle 1); darunter meldeten sich in $n = 58$ Fällen Betroffene selbst sowie in $n = 5$ Fällen Bezugspersonen (Familienangehörige oder Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens). Unter den $N = 63$ Kontaktaufnahmen waren $n = 2$ Personen jünger als 18 Jahre sowie $n = 61$ Personen mindestens 18 Jahre alt. Aufgrund eines aktuell laufenden Straf- oder Ermittlungsverfahrens (sog. *Hellfeld*), die für die Projektteilnahme ein Ausschlusskriterium darstellen, konnte $n = 11$ Betroffenen keine ausführliche Exploration angeboten werden. Weiterhin wurde das Angebot auch außerhalb des Landes Sachsen-Anhalt wahrgenommen: $n = 12$ Kontaktaufnahmen (19.1 %) stammten aus anderen Bundesländern und $n = 5$ Anfragen (7.9 %) aus dem Ausland.

Von den 30 Anfragen aus dem juristischen Dunkelfeld wurden $n = 23$ Teilnehmende, die sich alle als männlich identifizierten, vollständig exploriert. Eine Person, die sich als weiblich identifizierte, wurde von einem anderen Standort direkt in die Einzelversorgung übernommen, sodass keine erneute Exploration stattfand. Von den 23 Personen, die sich zur Exploration vorstellten, nutzten $n = 10$ Personen die Möglichkeit, sich im Laufe des diagnostischen Prozesses persönlich am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin vorzustellen, wobei die Reisekosten durch Projektgelder übernommen werden konnten.

Die $n = 23$ Teilnehmenden, die die Erstexploration abschlossen, waren durchschnittlich 32 Jahre alt ($SD = 12$ Jahre). Die jüngste Person war 16, die älteste 64 Jahre alt. Bezüglich der Wohnform waren $n = 10$ Teilnehmende (43.5 %) alleinlebend, $n = 4$ (17.4 %) wohnten mit Partner:innen zusammen, weitere $n = 4$ (17.4 %) wohnten bei den Eltern, $n = 3$ Personen (13.0 %) wohnten in einer Wohngemeinschaft und $n = 2$ Personen (8.7 %) wohnten in einer betreuten Wohnform. Mit $n = 12$ Personen befand sich etwas mehr als die Hälfte (52.2 %) zum Zeitpunkt der Exploration in einer festen Partnerschaft, die anderen $n = 11$ Personen (47.8 %) waren alleinstehend.

Bei $n = 20$ der explorierten Personen (87 %) lag eine Form der Präferenzbesonderheit im Sinne einer Pädophilie (Ansprechbarkeit für das vorpubertäre Körperschema) und/oder einer Hebephilie (Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema) vor. Dabei erfüllten $n = 5$ Personen (21.7 %) die Kriterien für eine exklusive sexuelle Präferenz (vorpubertäres Körperschema: $n = 1$, 4.3 %; frühpubertäres Körperschema: $n = 1$, 4.3 %; erwachsenes Körperschema: $n = 3$, 4.3 %) und $n = 18$ Personen für eine non-exklusive sexuelle Präferenz (vor- und frühpubertäres Körperschema: $n = 2$, 8.7 %; vorpubertäres und erwachsenes Körperschema: $n = 2$, 8.7 %, frühpubertäres und erwachsenes Körperschema: $n = 6$, 26.1 %, vorpubertäres, frühpubertäres und erwachsenes Körperschema: $n = 8$, 34.8 %). Neben der sexuellen Präferenz wurde auch problematisches Verhalten im Sinne der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und sexuellen Übergriffen auf Kindern in der Selbstauskunft erhoben. Tabelle 2 gibt Auskunft darüber, welches problematische Verhalten berichtet wurde. 13.0 % ($n = 4$) erhielten mit Projekteinschluss eine impulsdämpfende medikamentöse Unterstützung zur Verbesserung der Verhaltenskontrolle.

Basierend auf im diagnostischen Prozess durchgeführte, semistrukturierte klinische Interviews (SCID-5-CV und SCID-5-PD, Beesdo-Baum et al., 2019) sowie unter Berücksichtigung ärztlicher bzw. therapeutischer Vorbefunde zeigte sich, verglichen mit konventionellen Standorten des Präventionsnetzwer-

Tab. 1: Kontaktaufnahmen und Statuszahlen bis zum Stichtag am 30.06.2021 ($N = 63$)

Form	Anzahl
Zahl der Kontakte insgesamt	63
Zahl der Kontakte mit potentiellen Teilnehmenden	60
Abgeschlossene Exploration	23
Unterbreitete Therapieangebote	20
Begonnene Behandlungen	21
Aktuell in Einzeltherapie	4
Aktuell in Beratung/ Psychoedukation / Einzelversorgung	7
Abgeschlossene Therapien / Einzelversorgungen	5
Abgebrochene Therapien / Einzelversorgungen	5

Anmerkung: Anzahl der Kontaktaufnahmen insgesamt bezieht sich auf Anfragen durch Betroffene und Angehörige.

Tab. 2: Sexuell grenzverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte der Teilnehmenden ($n = 23$)

Sexuell grenzverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte	<i>n</i>	%
nein	7	36,4
ja	16	69,6
Sexuelle Übergriffe auf Kinder	4	17,4
Nutzung von Missbrauchsabbildungen	6	26,1
Beide Deliktformen	6	26,1

Tab. 3: Übersicht über psychiatrische Komorbiditäten ($N = 23$)

	<i>n</i>	%
Nein	6	26,1
Ja	17	73,9
Organische bedingte psychische Störungen	1	4,3
Substanzbezogene Störungen	4	17,4
Psychotische Störungen	5	21,7
Depressive Störungen	7	30,4
Angst- und Zwangserkrankungen	3	13,0
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3	13,0
Entwicklungsstörungen	1	4,3
ADHS	3	13,0

kes von *Kein Täter werden*, dass sich eine höhere Anzahl von Betroffenen meldeten, die von z.T. schwerwiegenden psychiatrischen Komorbiditäten belastet waren. So gaben von den $N = 23$ explorierten Betroffenen $n = 16$ Teilnehmende (69,6 %) an, schon einmal psychotherapeutische Hilfe (ambulant oder stationär) in Anspruch genommen zu haben. Eine Darstellung der psychiatrischen Komorbiditäten der explorierten Personen findet sich in Tabelle 3.

Fazit nach einem Jahr Projektlaufzeit

Die ersten Ergebnisse zeigen, dass eine deutliche Nachfrage für ein Fernbehandlungsangebot im Bereich der Dissexualitätstherapie besteht. Auch bestätigt sich die Vorannahme, dass über das Fernbehandlungsprojekt vermehrt Personengruppen erreicht werden, die aufgrund hemmender Faktoren (z.B. Distanz zu Präsenzstandort, psychiatrische Komorbiditäten) konventionelle Versorgungsangebote bisher nicht oder selten in Anspruch genommen wurden.

Es zeigte sich, dass das videobasierte Angebot eine große Spanne an Altersgruppen erreichte. Die 23 Teilnehmenden waren im Schnitt 7 Jahre jünger als vergleichbare Teilnehmende aus dem Präsenzprojekt an der Berliner Charité (Beier, 2015). Denkbar ist, dass das videobasierte Format vermehrt eine jüngere Zielgruppe anspricht.

Nach einem Jahr Projektlaufzeit ließ sich zudem die Tendenz einer hohen Prävalenz an psychiatrischen Zusatzkrankungen bei den explorierten Betroffenen erkennen, da bei 69,6 % mindestens eine Komorbidität klinisch festgestellt werden konnte. Aufgrund der vielen explorierten Betroffenen, bei denen mindestens eine psychiatrische Zusatzkrankung festgestellt werden konnte, ergab sich häufig die Notwendigkeit einer intensiveren Versorgung außerhalb der Dissexualitätstherapie, etwa durch den kollegialen Austausch mit weiteren professionellen Helfer:innen aus dem Versorgungssystem im Bundesland selbst. Häufig kam es vor, dass trotz schwerer Belastung noch keine angemessene therapeutische bzw. medikamentöse Versorgung im Wohnumfeld bestand, sodass die Bahnung und Vermittlung einer zusätzlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Anbindung auch Teil der Versorgung durch das Fernbehandlungsprojekt wurde. Implikationen ergaben sich hieraus auch für die manualorientierte Dissexualitätstherapie, da psychiatrische Komorbiditäten diese beeinflussen oder zum gegebenen Zeitpunkt als nicht indiziert erscheinen lassen können. So kann eine akute psychische Erkrankung mit kognitiven Einschränkungen, einer starken Belastung und einer geringeren Flexibilität einhergehen, die eine manualgerechte Dissexualitätstherapie erschweren oder gar verhindern kann. Zudem muss die Bedeutung der entsprechenden psychiatrischen Komorbiditäten für die Risikoeinschätzung prognostisch beurteilt werden. Neben der Versorgung psychiatrischer Komorbiditäten durch medikamentöse Unterstützung muss

zudem bei einem möglicherweise zeitlich bestehenden Risiko für sexuellen Kindesmissbrauch und/oder den Konsum von Missbrauchsabbildungen neben einer dissexualitätstherapeutischen Versorgung auch die eine impulsdämpfende Medikation erwogen werden, bis sich die Hilfesuchenden stabilisiert haben und sie die Ressourcen haben, um sich mit den Therapieinhalten auseinanderzusetzen. Im Fernbehandlungsprojekt ergab sich aufgrund der hohen Anzahl psychiatrischer Komorbiditäten mit einhergehendem sexuellen Risikoverhalten die Notwendigkeit, schon früh die Indikation für eine potenzielle impulsdämpfende medikamentöse Versorgung in dem diagnostischen Prozess zu prüfen und sicherzustellen. Die Sicherstellung erfolgte über das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Berliner Charité, wohin die Hilfesuchenden über Projektgelder anreisen. Insgesamt $n = 4$ Teilnehmende (13,0 %) erhielten auf diesem Wege eine unterstützende impulsdämpfende Medikation; eine teilnehmende Person erhielt die Medikation über eine Kooperation mit einer Ärztin vor Ort. Neben der medikamentösen Einstellung im Zusammenhang mit psychiatrischen Vorerkrankungen musste bei einzelnen Betroffenen auch eine flexible Form der Versorgung sowie der sexualtherapeutischen Arbeit konzipiert werden, da die psychiatrischen Erkrankungen die Teilnahme an einer manualgeleiteten Therapie erschwerten.

Eine weitere Herausforderung ergab sich durch die zu gleichem Maße positiv zu bewertende, geringere Hemmschwelle, da eine geringere Verbindlichkeit der Hilfesuchenden, z.B., hinsichtlich des Einhaltens von Terminabsprachen, beobachtet werden konnte. So stellte die Schaffung eines angemessenen Rahmens für die diagnostische und therapeutische Arbeit auf Seiten der Hilfesuchenden eine Herausforderung dar. Nicht alle verfügten über private Rückzugsräume, eine adäquate technische Ausstattung oder eine stabile Internetverbindung. Basierend auf den ersten klinischen Erfahrungen ergibt sich der Eindruck, dass die Niedrigschwelligkeit des Projektes auch gleichermaßen zu Problemen in der Einhaltung des Rahmens führt, indem Betroffene z.B. nicht frei und ungestört sprechen können, ein zu kleiner Bildausschnitt gewählt wird oder parallel anderen Aktivitäten nachgegangen wird. Hier ist es wichtig, die Bedeutung des Rahmens im diagnostischen Prozess mit den Teilnehmenden zu erörtern sowie festzulegen. Für Betroffene, die über keine adäquaten technischen Geräte oder entsprechende Räumlichkeiten verfügten, konnte eine Kooperation mit der Beratungsstelle *ProMann e.V.* in Magdeburg hergestellt werden. Dort können bei Bedarf Räumlichkeiten, in denen die Teilnehmenden ungestört die Videositzungen wahrnehmen können, sowie gegebenenfalls die nötigen Geräte bereitgestellt werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Fernbehandlungsangebot soll fortlaufend um klinische, wissenschaftliche und technische Erkenntnisse ergänzt, angepasst und verbessert werden. Ein bedeutsames Projektanliegen stellt der Ausbau der Vernetzung im Bundesland Sachsen-Anhalt dar, um eine zusätzliche Komplexversorgung von Betroffenen mit behandlungsbedürftigen psychiatrischen Komorbiditäten gewährleisten zu können. Aufgrund der gehäuften Indikation einer begleitenden Gabe von triebdämpfenden Medikamenten, die zum aktuellen Zeitpunkt noch eine Anreise nach Berlin notwendig macht, ist die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt:innen in Planung. Auch soll die Vernetzung mit der klinischen Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt dabei helfen Personengruppen zu erreichen, die bislang das Hilfsangebot wenig in Anspruch genommen haben (z.B. Jugendliche). Über vermehrte Kooperationen mit Beratungsstellen soll Betroffenen in mehreren Städten in Sachsen-Anhalt die Möglichkeit geboten werden, bei fehlendem Rückzugsraum, beengten Verhältnissen oder mangelnder technischer Ausstattung das diagnostisch-therapeutische Angebot trotzdem in Anspruch zu nehmen. Für eine entsprechende Vernetzung mit professionellen Helfer:innen aus dem Gesundheitswesen ist eine Fachtagung geplant. Auch sind Verbesserungen im Bereich des Datenschutzes geplant: So ist perspektivisch angedacht, ein verschlüsseltes Chat-System zu implementieren, das eine Kommunikation zwischen den Sitzungen ermöglicht, um darüber einen unsicheren E-Mailverkehr zu vermeiden. Aufgrund der Übereinstimmung der eingesetzten testpsychologischen Verfahren mit denen der Präsenzstandorte ist eine Evaluation der Wirksamkeit der videobasierten Dissexualitätstherapie im Vergleich zur Präsenztherapie in Planung. Hierbei soll auch die Rezeption des Online-Angebots insbesondere im Hinblick auf die therapeutische Beziehung untersucht werden. Neben der Evaluation der videobasierten Dissexualitätstherapie soll zudem eine vergleichende Untersuchung Aufschluss darüber geben, ob spezifische Unterschiede zwischen Betroffenen, die eine videobasierte Therapie in Anspruch nehmen wollen, verglichen mit denjenigen, die eine Präsenztherapie aufsuchen, bestehen.

Literatur

- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Beier, K.M., 2004. Erhebungsinstrument in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. *Sexuologie* 11 (3/4), 74–97.
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M., Ullrich-Wittchen, M. (Eds.), 2019. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 – Persönlichkeitsstörungen.

- Hogrefe, Göttingen.
- Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis. Elsevier, München.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2015. The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (2), 529–542.
- Bundeskriminalamt, 2020. Polizeiliche Kriminalstatistik: Jahrbuch 2019 – Bd. 4 – Einzelne Straftaten/-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität. Wiesbaden, 21.
- Exploiting isolation: sexual predators increasingly targeting children during COVID pandemic., 2020. Europol. <https://www.europol.europa.eu/newsroom/news/exploiting-isolation-sexual-predators-increasingly-targeting-children-during-covid-pandemic>
- Feisbauer, S., 2011. Dissexualitätsbehandlung im einzeltherapeutischen Setting zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder. Doctoral Dissertation.
- Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B., Aboujaoude, E., 2021. Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1–15.
- Franqué F., Briken P., 2012. Static-C (PKSM). Unveröffentlichtes Manuskript. Hamburg, Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Hahn, I.J., Kreutzmann, A., Schweder, K., 2020. Skala zur Beurteilung der Zufriedenheit in Fernbehandlungen (SBZF).
- Hanson, R.K., Harris, A.J., Scott, T.L., Helmus, L., 2007. Assessing the risk of sexual offenders in community supervision: The Dynamiy Supervision Project. Ottawa, Ontario. Public Safety Canada.
- Hansen-Oest, S., 2019. DSGVO/BDSG. *Computer und Recht* 35 (2), r21-r22.
- Hatcher, R.L., & Gillaspay, J.A., 2006. Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research* 16 (1), 12–25.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C., Symonds, D., 2011. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 48 (1), 9–16.
- Klasen, M., Knaevelsrud, C., Böttche, M., 2013. Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Therapieverfahren. *Der Nervenarzt* 84 (7), 823–831.
- Newman, M.G., Consoli, A., Taylor, C.B., 1997. Computers in assessment and cognitive behavioral treatment of clinical disorders: Anxiety as a case in point. *Behavior Therapy* 28 (2), 211–235.
- Stoll, J., Müller, J.A., Trachsel, M., 2020. Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry* 10, 993.
- Sunjaya A.P., Chris, A., Novianti, D., 2020. Efficacy, patient-doctor relationship, cost and benefits of utilizing telepsychiatry for the management of post-traumatic stress disorder (PTSD): A systematic review. *Trends in Psychiatry Psychotherapy* 42 (1).
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A.P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D.D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Van Assche, E., De Witte, A.N.J., 2020. Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration* 30 (2), 160–173.
- Van Daele, T., Best, P., Bernaerts, S., Van Assche, E., De Witte, A.N.J., 2021. Dropping the E: The potential for integrating e-mental health in psychotherapy. *Current Opinion in Psychology* 41, 46–50.
- Von Heyden, M., Stockmann, C., 2021. Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk Kein Täter werden. *Sexuologie (in diesem Heft)*.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., Linster, H.W., 2008. Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR) – Ein schulübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1 (3), 343–358.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and guidelines. World Health Organization, Geneva.

Autor:innen

M.Sc. Psych. Anna Kreutzmann, M.Sc. Psych. Katharina W. Schweder, B.Sc. Iron Hahn, B.A. Maximilian von Heyden, Julia Brito Rozas, B.Sc. Clara Niemann, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: anna.kreutzmann@charite.de

Das internetbasierte Präventionsangebot *Troubled Desire**

Klaus M. Beier, Miriam Schuler, Maximilian von Heyden

The Web-Based Prevention Approach *Troubled Desire*

Abstract

Despite the high prevalence of child sexual offences and the increasing amount of child sexual abuse material, there is a global shortage of cause-related preventive measures. The web-based app *Troubled Desire* aims to address this shortage by providing self-assessments and self-management training modules in nine languages so far (German, English, French, Hindi, Marathi, Portuguese, Spanish, Russian and Turkish) for individuals with a sexual interest in prepubescent and early pubescent children (i.e. those with a pedophile and hebephile sexual interest, respectively).

Within the first 30 months (from 25 October 2017 to 25 April 2020), 4161 users completed the self-assessment. User accesses were mainly from Germany (54.7 %) and the USA (11.4 %). About 80 % of the users reported a sexual interest in children, which was significantly more often accompanied by psychological problems than in a teleiophile comparison group (i.e. with a responsiveness to the adult body schema).

Furthermore, in this comparison, child sexual offences and consumption of child sexual abuse material were also significantly more common among users with pedophilic sexual preference. Most of the reported offences were unknown to the legal authorities. The usage behavior of the app *Troubled Desire* shows that it can reach an important target group for the cause-related prevention of sexual traumatization of children and adolescents: individuals with a sexual responsiveness to the prepubescent and/or early pubescent body schema.

However, further research is needed to explore the preventive effectiveness of the *Troubled Desire* app in more detail.

Keywords: Pedophilia, Hebephilia, Child sexual offenses, Child sexual abuse material, Web-based assessment, Web-based treatment

Zusammenfassung

Trotz der hohen Prävalenz von Sexualstraftaten an Kindern und der zunehmenden Menge von Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs im Internet gibt es weltweit einen Mangel an verursacherbezogenen präventiven Maßnahmen.

Die webbasierte App *Troubled Desire* zielt darauf ab, diesem Mangel zu begegnen, indem Diagnostik und Schulungsmodule zum Selbstmanagement in bisher neun Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Hindi, Marathi, Portugiesisch, Spanisch, Russisch und Türkisch) für Personen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz vorgehalten werden.

Innerhalb der ersten 30 Monate (vom 25. Oktober 2017 bis 25. April 2020) wurden die diagnostisch ausgerichteten Fragen (Selbsteinschätzungen) von 4161 Nutzer:innen vollständig beantwortet. Die Zugriffe kamen hauptsächlich aus Deutschland (54,7 %) und den USA (11,4 %). Etwa 80 % der Nutzer:innen berichteten von sexuellem Interesse an Kindern, das signifikant häufiger von psychischen Problemen begleitet war als bei einer teleiophilen Vergleichsgruppe (d.h. mit einer Ansprechbarkeit für das erwachsene Körperschema). Darüber hinaus waren bei diesem Vergleich auch sexuelle Missbrauchshandlungen an Kindern und der Konsum von Missbrauchsmaterialien bei Nutzer:innen mit pädophiler Sexualpräferenz signifikant häufiger. Die meisten der berichteten Delikte waren den Justizbehörden nicht bekannt. Das Nutzungsverhalten der App *Troubled Desire* zeigt, dass damit eine wichtige Zielgruppe für die verursacherbezogene Prävention sexueller Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen erreicht werden kann: Menschen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für das vorpubertäre und/oder frühpubertäre Körperschema. Weitere Forschung ist jedoch erforderlich, um die präventive Effektivität von *Troubled Desire* detaillierter zu erforschen.

Schlüsselwörter: Pädophilie, Hebephilie, sexueller Missbrauch von Kindern, Nutzung von Missbrauchsmaterialien, webbasierte Selbsteinschätzung, webbasierte Schulungsmodule

Einleitung

Trotz der hohen Prävalenz von Sexualstraftaten gegenüber Kindern und der zunehmenden Menge von Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs im Internet gibt es weltweit einen Mangel an verursacherbezogenen präventiven Maßnahmen.

Mittlerweile machen Anfragen beim Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin aus allen Erdteilen (Afrika, Asien, Australien, Nord-, Zentral- und Südamerika sowie aus verschiedenen europäischen Ländern) deutlich, dass auch in anderen Ländern dieser Welt viele, zum Teil sehr junge Menschen erkannt haben, dass bei ihnen eine pädophile Sexualpräferenz vorliegt, die Leidensdruck verursacht und für die sie sich Unterstützung in der

* **Danksagung:** Die Entwicklung von *Troubled Desire* wurde finanziell unterstützt durch die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), die Berlin School of Sexual Health, die Stiftung *Ecovis and Friends*, München, Facebook und Bayer India. Die Förder:innen hatten keinen Einfluss auf diesen Beitrag oder auf den Inhalt von *Troubled Desire*. Wir danken unseren Kolleg:innen vom KEM Hospital Research Centre, Pune, Indien, für die Übersetzungen in Marathi und Hindi.

Bewältigung der Problematik wünschen würden. So schreibt ein 28-Jähriger aus Costa Rica, dass er schon wisse, pädophil zu sein, aber noch kein Kind sexuell missbraucht habe. Weiter heißt es in seiner E-Mail (aus dem Englischen übersetzt):

„Ich benötige wirklich Hilfe, ich habe mit diesen Empfindungen zu tun, seitdem ich elf Jahre alt bin. Diese Krankheit bedrückt mich wirklich. Es hat mein Leben zu einem Albtraum gemacht. Ich weiß nicht, was ich tun soll. Sexuelle Erfahrungen habe ich noch keine gemacht, eben wegen dieser Pädophilie.“

Und ein 22-jähriger Australier schreibt per E-Mail (aus dem Englischen übersetzt):

„Ich habe versucht, mich selbst zu therapieren und Kontrolle über meine Gedanken und Impulse zu erlangen, weil ich keinem Kind schaden möchte. Ich bin sicher, dass ich pädophil bin, auch wenn ich noch nie einen Spezialisten kontaktiert habe, wovon ich auch Angst hätte, da es in Australien eine Anzeigepflicht gibt, was es kompliziert macht, Hilfe zu finden.“

Ein Mann aus Portugal (ohne Altersangabe) wiederum schreibt (aus dem Englischen übersetzt):

„Ich schaue sehr häufig Kinderpornografie. Das hat eine enorme Bedeutung in meinem Leben eingenommen. Manchmal kann ich ein paar Tage damit aufhören, aber immer wieder lande ich auf diesen Seiten. Was können Sie tun, um mir zu helfen?“

Wegen der Vielzahl der Anfragen und einer speziellen Kooperation des Berliner Instituts mit einem Netzwerk von Therapeut:innen in Indien (dort v.a. in Mumbai und Pune, vgl. www.pppsv.org), wo die Anzeigepflicht für Therapeut:innen gilt, die Patient:innen kennenlernen, welche von bereits begangenen sexuellen Missbrauchshandlungen berichten, wurde das internetbasierte Selbstmanagementprogramm *Troubled Desire* entwickelt (www.troubled-desire.com).

Internetbasierte Programme können eine Option für diejenigen sein, die Hilfe suchen möchten, aber (aus den verschiedensten Gründen) keine persönliche Behandlung in Anspruch nehmen können. Vorteil internetbasierter Angebote ist, dass überall und jederzeit sowie anonym auf sie zugegriffen werden kann. Mittlerweile finden sich für fast alle psychischen Störungen internetbasierte Angebote. Das Spektrum reicht von nicht-angeleiteten Selbstmanagementinterventionen bis hin zur asynchronen oder synchronen Kommunikation mit einem Therapierenden z.B. mittels Chat oder audiovisueller Medien (Lehr & Boß, 2019; Barak et al., 2009). Die Wirksamkeit von internetbasierten Angeboten wurde in zahlreichen Meta-Analysen bestätigt (Harrer et al., 2019; Khan et al., 2019; Lau et al.,

2017; Lewis et al., 2019; Peñate & Fumero, 2016; Riper et al., 2018; Spek et al., 2007; Zhao et al., 2019). Eine Meta-Analyse von 92 Studien, die die Wirksamkeit webbasierter psychologischer Interventionen untersuchte, ergab einen mittleren Effekt für solche Interventionen ($d = 0,53$), der mit den Effektgrößen von persönlichen psychotherapeutischen Behandlungen vergleichbar ist (Barak et al., 2008).

In den letzten Jahren wurden internetbasierte Interventionen auch für die Sexualwissenschaft und die forensische Psychiatrie entwickelt (Kip et al., 2018; Wild et al., 2018). Das Angebot ist jedoch immer noch spärlich. Candeo Behavior Change (Candeo, 2021) beispielsweise ist ein internetbasiertes Programm für Personen, die unter ihrem Pornographie-Konsum leiden. Vorläufige Ergebnisse des kognitiv-behavioralen Therapieansatzes von Candeo (2021) waren vielversprechend, da die Teilnehmer:innen nach Durchführung einen Rückgang des Pornographie-Konsums und der Masturbationshäufigkeit angaben (Ruchty & Hardy, 2010).

Internetbasierte Angebote, die sich speziell an Personen mit sexuellem Interesse an Kindern richten, gibt es erst seit wenigen Jahren und nur in überschaubarer Anzahl: eine deutschsprachige (Schicksal und Herausforderung e.V., 2021) und zwei englischsprachige (B4U-ACT, 2020; Virtuous Pedophiles, 2021).

Selbsthilfegemeinschaften bieten Unterstützung für Betroffene an, die keine sexuellen Übergriffe begehen wollen. Neben *Troubled Desire* gibt es noch vier professionelle Angebote: (1) *Help Wanted Prevention Project* (Moore Center for Prevention of Child Sexual Abuse der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health & RALIANCE, o.D.), (2) das Selbsthilfeprogramm von *Stop it now!* der britischen Kinderschutzorganisation Lucy Faithfull Foundation (2021), (3) *Talking for Change* (Centre for Addiction and Mental Health, 2021) in Kanada und (4) *PrevenSI* in Spanien (Generalitat de Catalunya, PedoHelp, Institut de Psicologia Forense, Institut de Treball Social i Serveis Socials, Fundació IRES, 2021). Das *Help Wanted Prevention Project* ist ein aus mehreren Videos und Aufgaben bestehender Online-Selbsthilfekurs. *Stop it now!*, *Talking for Change* und *PrevenSI* halten unter anderem einen Chat sowie Informationen über sexuelles Interesse an Kindern, Fakten und Folgen von Sexualstraftaten sowie Tipps für die Abkehr von missbräuchlichen Verhaltensweisen bereit.

Keines der oben genannten Angebote umfasst eine Selbsteinschätzung zu sexuellen Fantasien und sexuellem Verhalten (einschließlich Sexualdelikte mit Kindern und des Konsums von Missbrauchsmaterial). Die Selbsteinschätzung kann jedoch bereits als kritische Reflexion des eigenen sexuellen Interesses und Sexualverhaltens angesehen werden (Castrejón & Pincus, 2012). Darüber hinaus bietet vor allem das Feedback nach der Durchführung Klarheit über das problematische Sexualverhalten. So wurden bereits Verhaltensänderungen mit der Wahrnehmung des eigenen Verhaltens als „problematisch“ in Verbindung gebracht (Weinstein, 1988). Des Wei-

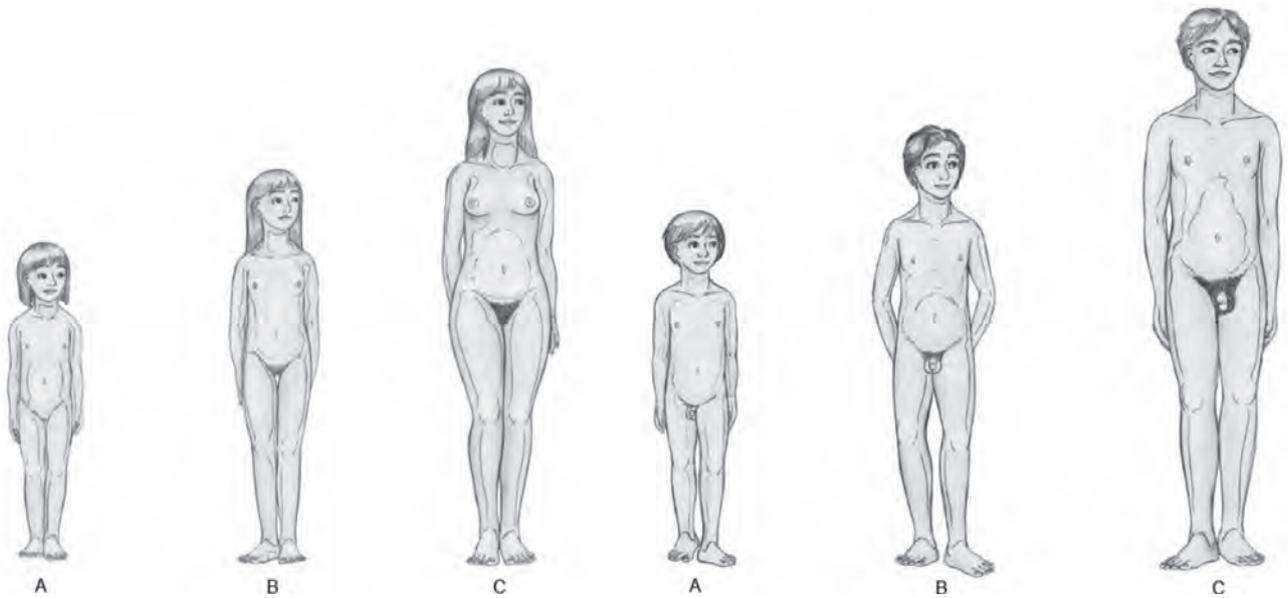


Abb. 1: Entwicklungsaltersklassen nach den Tanner-Stadien. A. Tanner-Stadium 1, vorpubertäres Körperschema; B. Tanner-Stadien 2 und 3, frühpubertäres Körperschema; C. Tanner-Stadien 4 und 5, Körperschema; B. Tanner-Stadien 2 und 3, frühpubertäres Körperschema; C. Tanner-Stadien 4 und 5, erwachsenes Körperschema

teren sind, mit Ausnahme von *Gemeinsam statt allein*, die vorhandenen Angebote ausschließlich in englischer Sprache verfügbar (Schicksal und Herausforderung e.V., 2021).

Troubled Desire

Die App wurde am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin entwickelt, um internetbasierte (1) Selbsteinschätzungen und (2) Selbstmanagement-Module für Personen mit sexuellem Interesse an vorpubertären und frühpubertären Kindern anzubieten. Sie ist seit dem 25. Oktober 2017 online und mittlerweile in neun Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Hindi, Marathi, Portugiesisch, Spanisch, Russisch und Türkisch) verfügbar. Es handelt sich um ein anonymes, kostenfreies Angebot, das mit besonderen Sicherheitsstandards ausgestattet ist. Gedacht ist es für Erwachsene und Jugendliche mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für das kindliche oder frühpubertäre Körperschema, für deren Angehörige, aber auch für Therapeut:innen bzw. professionelle Helfer:innen, die sich über die Problematik Pädophilie bzw. Hebephilie informieren möchten.

Sofern eine Kooperation mit einem Netzwerk von Therapeut:innen in dem jeweiligen Land besteht, ist es durch dieses Angebot möglich, diejenigen Menschen mit sexuellem Interesse am kindlichen Körperschema, die noch keine Übergriffe begangen haben bzw. nicht an die Behörden gemeldet werden müssten, an geeignete Therapeut:innen vor Ort zu vermitteln. Ziele des Angebots sind, sexuelle Übergriffe auf Kinder

und die Verwendung von Missbrauchsmaterial zu verhindern und den Leidensdruck von Personen mit sexuellem Interesse an Kindern zu lindern.

Selbsteinschätzung

Zu Beginn der Selbsteinschätzung erhält der:die Nutzer:in eine einmalige persönliche und zufällig generierte Kennziffer, die es ihm:ihr ermöglicht, die Sitzung zu unterbrechen, fortzusetzen und die gegebenen Antworten jederzeit zu korrigieren oder zu aktualisieren. Die Selbsteinschätzung besteht aus 100 bis 280 Fragen (bei bestimmten Antworten schließen sich Unterfragen an, die den Umfang der Selbsteinschätzung erweitern). Die Bearbeitungsdauer beträgt in etwa 15–30 Minuten. Die Einschätzung besteht aus Fragen zum soziodemografischen Hintergrund, zum sexuellen Interesse in Bezug auf Alter und Geschlecht des:der fantasierten Partner:in, zur Verwendung von Missbrauchsabbildungen, zu Sexualdelikten mit Kindern und zum rechtlichen Status (falls zutreffend). Illustrationen der Tanner-Stadien (körperliche Entwicklung von vorpubertären Kindern bis zu Erwachsenen; Marshall & Tanner, 1969; 1970; vgl. Abbildung 1) werden während der gesamten Bearbeitungsdauer angezeigt, um die Antworten in Bezug auf das Alter der sexuell fantasierten Partner:innen zu erleichtern. Die Bewertung basiert ausschließlich auf Selbstauskünften. Nach Abschluss der Selbsteinschätzung erhalten Nutzer:innen eine Rückmeldung im Hinblick auf das sexuelle Interesse am kindlichen Körperschema (im Sinne einer pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz) und das sexuelle Verhalten, ein-

schließlich des sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, falls angegeben.

Selbstmanagement-Trainingsmodule

Die Module des Selbstmanagement-Trainings basieren auf der *Berliner Dissexualitätstherapie* (Beier, 2018) und befassen sich mit den wichtigsten Risikofaktoren für sexuelle Übergriffe auf Kinder und die Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Die psychoedukativen Trainingsmodule liefern Informationen rund um das sexuelle Interesse am kindlichen Körper und bieten Unterstützung bei dem Aufbau von Verhaltenskontrolle.

Erste Ergebnisse

Innerhalb der ersten 30 Monate (zwischen dem 25. Oktober 2017 und dem 25. April 2020) haben 7496 Nutzer:innen von allen Kontinenten (insgesamt aus 87 Ländern) eine Selbsteinschätzung begonnen. 4161 Nutzer:innen haben die Einschätzung vollständig durchlaufen. Bei ca. 80 % lassen die Angaben auf eine pädophile und/oder hebephile Sexualpräferenz schließen.

Mit 90.9 % war die überwiegende Mehrheit der Nutzer männlich (6.9 % waren weiblich und 2.1 % bezeichneten sich als nicht-binär). Ungefähr 80 % der Nutzer:innen waren jün-

ger als 40 Jahre. Die am häufigsten gewählte Alterskategorie war 19–21 Jahre. Geografisch erfolgten die häufigsten Zugriffe aus Deutschland (54.7 %), gefolgt von den Vereinigten Staaten (11.4 %), Frankreich (3.1 %) und dem Vereinigten Königreich (3.1 %).

Schuler et al. (2021) verglichen Nutzer:innen, die sexuelles Interesse an Kindern angaben, mit Nutzer:innen, die bei sich ein ausschließlich sexuelles Interesse an Erwachsenen gegeben sahen. Die folgenden Hauptergebnisse wurden abgeleitet: (1) Belastung und Probleme aufgrund von sexuellem Interesse und (2) Sexualdelikte mit Kindern sowie die Verwendung von Missbrauchsabbildungen wurden von Personen mit sexuellem Interesse an Kindern signifikant häufiger berichtet als von Personen ohne sexuelles Interesse an Kindern ($p < .001$), und (3) die überwiegende Mehrheit der Sexualdelikte mit Kindern und der Delikte im Zusammenhang mit der Verwendung von Missbrauchsabbildungen war den Justizbehörden nicht bekannt (vgl. Tabelle 1).

Ausblick

Eine pädophile Ansprechbarkeit wurde mit klinisch relevantem Leidensdruck (Konrad et al., 2017), Angst (Dunsiehet et al., 2004; Kafka, 2012; Raymond et al., 1999), Stigmatisierung und Diskriminierung (Jahnke, Schmidt et al., 2015; Jahnke, Imhoff et al., 2015) in Verbindung gebracht. Dies stimmt mit

Tab. 1: Sexuelle Präferenz und Tatmerkmale von Nutzer:innen der Troubled Desire App ($N = 4161$)

Merkmale		Nutzer:innen mit sexuellem Interesse an Kindern ¹ ($n = 3281$), n (%)	Nutzer:innen ohne sexuelles Interesse an Kindern ¹ ($n = 880$), n (%)	χ^2 ($df = 1$)	p
Sexuelle Präferenz					
Belastung durch sexuelles Interesse		2405 (73.3)	200 (22.7)	758.1	< .001
Probleme durch sexuelles Interesse		1673 (51.0)	159 (18.1)	305.2	< .001
Tatmerkmale					
Nutzung von sexuellen Missbrauchsabbildungen	Lebenszeit	2390 (72.8)	236 (26.8)	631.4	< .001
	kürzlich	2157 (65.7)	180 (20.5)	578.1	< .001
	strafverfolgt oder verurteilt	388 (16.2)	37 (15.3)	0.5	.830
Sexueller Kindesmissbrauch	Lebenszeit	1363 (41.5)	167 (19.0)	151.9	< .001
	kürzlich	163 (5.0)	19 (2.2)	13.1	< .001
	strafverfolgt oder verurteilt	128 (9.4)	25 (15.0)	5.2	.010

¹ Pädophile und hebephile Sexualpräferenz

den ersten Ergebnissen von *Troubled Desire* überein, die auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen sexuellem Interesse an Kindern und dem berichteten Leidensdruck sowie den Schwierigkeiten im partnerschaftlichen, sozialen oder beruflichen Leben hinweisen. Im Jahr 2018 konnte Jahnke zeigen, dass Personen mit sexuellem Interesse an Kindern und Angst vor Stigmatisierung und Ablehnung selten therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, was die Wahrscheinlichkeit eines erneuten oder erstmaligen sexuellen Übergriffs erhöht. Für diese Personen stellt das internetbasierte Angebot *Troubled Desire* eine Möglichkeit dar, niedrighschwellige Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Bislang fehlt es allerdings an Studien, die die Wirksamkeit internetbasierter Angebote im Hinblick auf die Prävention von sexuellem Übergriffsverhalten sowie der Steigerung des Wohlbefindens untersuchen.

Sexueller Kindesmissbrauch und die Nutzung von Missbrauchsabbildungen wurden deutlich häufiger von Personen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema berichtet. Dies entspricht einer Reihe an Vorergebnissen, die ein sexuelles Interesse an Kindern als Hauptrisikofaktor für die Begehung von sexueller Gewalt gegenüber Kindern identifizierten (Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Mann et al., 2010). Erste Ergebnisse des Behandlungsprogramms der *Berliner Dissexualitätstherapie* für Personen mit sexuellem Interesse an Kindern sind vielversprechend und zeigen sowohl einen Rückgang sexueller Übergriffe als auch eine deutliche Reduktion der Risikofaktoren, die mit sexuellen Übergriffen assoziiert sind (z.B. straffördernde Kognition, emotionale Defizite; Beier et al., 2015). Angesichts der vielen internationalen Anfragen ist eine länder- und kulturübergreifende Ausweitung verursacherbezogener Präventionsangebote anzustreben. Auch hierbei kann *Troubled Desire* hilfreich sein. Allerdings legen die mehrheitlichen Zugriffe aus Deutschland nahe, dass die Zielgruppe einfacher zu erreichen ist, wenn bereits eine etablierte Projektstruktur mit einer gewachsenen Öffentlichkeitsarbeit existiert (z.B. das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*; Beier et al., 2015). In Indien wurde die App beispielsweise durch das seit dem Jahr 2015 vorgehaltene Programm für *Primary Prevention of Sexual Violence* (Bayer India, King Edward Memorial Hospital Research Centre in Pune, Public Health Foundation of India, Charité – Universitätsmedizin Berlin, o.D.) gefördert. Noch unzureichend geklärt ist allerdings, ob der Behandlungsansatz auf Länder mit einem anderen kulturellen Hintergrund übertragbar ist. Zukünftige Forschung sollte sich daher der Frage widmen, ob und welche Barrieren abgebaut werden müssen, um ein therapeutisches Präventionskonzept zusammen mit *Troubled Desire* länderübergreifend anzubieten.

Die Wirksamkeit von *Troubled Desire* in Bezug auf die Frage, ob das Angebot sexuellen Kindesmissbrauch verhindern kann, wurde noch nicht wissenschaftlich überprüft. Die in diesem Artikel dargestellten Ergebnisse verweisen jedoch auf das enorme Potential, mit dem Angebot weltweit Menschen zu erreichen, die aus strukturellen oder einstellungsbezogenen

Gründen kein präventiv-therapeutisches Angebot in Anspruch nehmen können. Zukünftig soll das Programm inhaltlich weiterentwickelt und in weitere Sprachen übersetzt werden, um eine global zugängliche und effektive Präventionsmaßnahme zu werden.

Literatur

- B4U-ACT: Living in truth and dignity, 2021. <https://www.b4uact.org/>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., Shapira, N., 2008. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *J Technol Hum Serv* 26 (2–4), 109–160. <http://dx.doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barak, A., Klein, B., Proudfoot, J.G., 2009. Defining internet-supported therapeutic interventions. *Ann Behav Med* 38 (1), 4–17. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Bayer India, King Edward Memorial Hospital Research Centre in Pune, Public Health Foundation of India, Charité – Universitätsmedizin Berlin (o.D.). Program for Primary Prevention of Sexual Violence <http://www.pppsv.org/>
- Beier, K.M. (Hrsg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2015. The German Dunkelfeld project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med* 12 (2), 529–542. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12785>
- Candeo, 2021. Candeo Behavior Change. <http://candeobehaviorchange.com/healthy-sexuality/>
- Castrejón, I., Pincus, T., 2012. Patient self-report outcomes to guide a treat-to-target strategy in clinical trials and usual clinical care of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 30 (4 Suppl 73), 50–55.
- Centre for Addiction and Mental Health, 2021. Talking for Change. <https://talkingforchange.ca/>
- Dunsieth, N.W., Nelson, E.B., Brusman-Lovins, L.A., Holcomb, J.L., Beckman, D., Welge, J.A., Roby, D., Taylor, P., Soutullo, C.A., McElroy, S.L., 2004. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 65 (3), 293–300. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n0302>
- Generalitat de Catalunya, PedoHelp, Institut de Psicologia Forense, Institut de Treball Social i Serveis Socials, Fundació IRES, 2021. PrevenSI. <https://prevensi.es/>
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K.E., 2004. Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis. *Public Works and Government Services Canada*.
- Harrer, M., Adam, S.H., Baumeister, H., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Auerbach, R.P., Kessler, R.C., Bruffaerts, R., Berking, M., Ebert, D.D., 2019. Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *Int J Methods Psychiatr Res* 28 (2), e1759. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1759>
- Jahnke, S., 2018. The stigma of pedophilia: Clinical and forensic implications. *Eur Psychol* 23 (2), 144–153. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000325>
- Jahnke, S., Imhoff, R., Hoyer, J., 2015. Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Arch Sex Behav* 44 (1), 21–34. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0312-4>
- Jahnke, S., Schmidt, A.F., Geradt, M., Hoyer, J., 2015. Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexu-

- al interests. *Arch Sex Behav* 44 (8), 2173–2187. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-015-0503-7>
- Kafka, M., 2012. Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 49 (4), 255–261.
- Khan, K., Hall, C.L., Davies, E.B., Hollis, C., Glazebrook, C., 2019. The effectiveness of web-based interventions delivered to children and young people with neurodevelopmental disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 21 (11), e13478, <http://dx.doi.org/10.2196/13478>
- Kip, H., Bouman, Y.H.A., Kelders, S.M., van Gemert-Pijnen, L.J.E.W.C., 2018. eHealth in treatment of offenders in forensic mental health: A review of the current state. *Front Psychiatry* 9, 42. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2018.00042>
- Konrad, A., Haag, S., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2017. Previous judicial detection and paedophilic sexual interest partially predict psychological distress in a non-forensic sample of help-seeking men feeling inclined to sexually offend against children. *J Sex Aggress* 23 (3), 266–277. <http://dx.doi.org/10.1080/13552600.2017.1351264>
- Lau, Y., Htun, T.P., Wong, S.N., Tam, W.S.W., Klainin-Yobas, P., 2017. Therapist-supported internet-based cognitive behavior therapy for stress, anxiety, and depressive symptoms among postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 19 (4), e138, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6712>
- Lehr, D., Boß, L., 2019. Occupational e-mental health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2019* (155–178). Springer.
- Lewis, C., Roberts, N.P., Simon, N., Bethell, A., Bisson, J.I., 2019. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 140 (6), 508–521. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.13079>
- Lucy Faithfull Foundation, 2021. Stop It Now! <https://get-help.stopitnow.org.uk/introduction>
- Mann, R.E., Hanson, R.K., Thornton, D., 2010. Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sex Abuse* 22 (2), 191–217. <http://dx.doi.org/10.1177/1079063210366039>
- Marshall, W.A., Tanner, J.M., 1969. Variations in the pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 44 (235), 291–303. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.44.235.291>
- Marshall, W.A., Tanner, J.M., 1970. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child* 45 (239), 13–23. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.45.239.13>
- Moore Center for the Prevention of Child Sexual Abuse der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, RALIANCE, o.D. Help Wanted Prevention Project. <https://www.helpwantedprevention.org/>
- Peñate, W., Fumero, A., 2016. A meta-review of internet computer-based psychological treatments for anxiety disorders. *J Telemed Telecare* 22 (1), 3–11. <http://dx.doi.org/10.1177/1357633X15586491>
- Raymond, N.C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G.A., Miner, M., 1999. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 156 (5), 786–788. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.5.786>
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A. et al., 2018. Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLOS Med* 15 (12), e1002714, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>
- Ruchty J., Hardy S., 2010, 1. April. Pornography addiction: Shedding light on internet help resources [Konferenzbeitrag]. FHSS Mentored Research Conference, Provo, USA. https://scholarsarchive.byu.edu/fhssconference_studentpub/106/
- Schicksal und Herausforderung e.V., 2021. Gemeinsam statt allein: Das Selbsthilfeforum rund um Pädophilie. <https://gsa-forum.de/app.php/start>
- Schuler, M., Gieseler, H., Schweder, K.W., von Heyden, M., Beier, K.M., 2021. Characteristics of the users of Troubled Desire, a web-based self-management app for individuals with sexual interest in children: Descriptive analyses of self-assessment data. *JMIR Ment Health* 8 (2), e22277, <https://doi.org/10.2196/22277>
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., Pop, V., 2007. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychol Med* 37 (3), 319–328. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706008944>
- Virtuous Pedophiles, 2021. <https://virped.org>
- Weinstein, N.D., 1988. The precaution adoption process. *Health Psychol* 7 (4), 355–386. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.7.4.355>
- Wild, T.S.N., Fromberger, P., Jordan, K., Müller, I., Müller, J.L., 2019. Web-based health services in forensic psychiatry: A review of the use of the internet in the treatment of child sexual abusers and child sexual exploitation material offenders. *Front Psychiatry* 9, 763. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2018.00763>
- Zhao, Y., Feng, H., Hu, M., Hu, H., Li, H., Ning, H., Chen, H., Liao, L., Peng, L., 2019. Web-based interventions to improve mental health in home caregivers of people with dementia: Meta-analysis. *J Med Internet Res* 21 (5), e13415, <https://doi.org/10.2196/13415>

Autor:innen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, M.Sc. Psych. Miriam Schuler, B.A. Maximilian von Heyden, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de

Sexuelle Fantasien mit pädophilen Inhalten bei nicht-männlichen Personen – Drei vergleichende Fallbeispiele

Ralf Bergner-Köther, Jan H. Peters, Christiane Bauer, Lea Blankenmeyer, Göran Hajak

Sexual Fantasies with Pedophilic Content in Non-male Subjects – Three Comparative Case Studies

Geschlechtsunterschiede bei sexuellen Straftaten und Fantasien: Statistiken

Abstract

It is a widespread assumption that pedophilia is a sexual preference disorder that almost exclusively affects males. In this article, findings and theories on sex/gender differences regarding the frequency of sexual fantasies and paraphilic interests (especially pedophilia) as well as child sexual abuse are outlined and critically discussed, also with regard to artifacts of research methodology. Subsequently, we present three case studies of non-male participants with sexual fantasies directed at children who attended the prevention network. Two of the participants identify themselves as unambiguously female, one participant classifies himself as a female-to-male transsexual. Based on these examples, similarities and differences of non-male persons with pedophilic fantasies are elaborated and implications for practical work with female (or, more broadly, non-male) participants are drawn.

Keywords: Pedophilia, Sex differences, Women, Transsexuality, Sexual fantasies

Zusammenfassung

Es ist eine verbreitete Annahme, dass Pädophilie eine nahezu ausschließlich bei Männern vorkommende Störung der Sexualpräferenz darstellt. In diesem Artikel werden überblicksartig Befunde und Theorien zu Geschlechtsunterschieden bezüglich der Häufigkeit sexueller Fantasien und paraphiler Interessen (insbesondere Pädophilie) sowie zu sexuellem Kindesmissbrauch dargestellt und kritisch diskutiert, auch hinsichtlich forschungsmethodischer Artefakte. Im Anschluss werden drei Fallbeispiele nicht-männlicher Betroffener mit auf Kindern ausgerichteten sexuellen Fantasien aus dem Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* vorgestellt. Dabei identifizieren sich zwei der Personen als eindeutig weiblich, eine Person ordnet sich als Frau-zu-Mann-Transsexueller ein. Anhand dieser Beispiele werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede nicht-männlicher Personen mit pädophilen Fantasien erörtert und Implikationen für die praktische Arbeit mit weiblichen bzw. nicht-männlichen Betroffenen diskutiert. **Schlüsselwörter:** Pädophilie, Geschlechtsunterschiede, Frauen, Transsexualität, sexuelle Fantasien

Die polizeiliche Kriminalstatistik zeichnet ein deutliches Bild: Wenn es um die Ausübung von Straftaten geht, gibt es einen großen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Frauen machen in etwa nur ein Viertel der Tatverdächtigen und 6 % der inhaftierten Bevölkerung aus (Leuschner, 2020). Dieser Unterschied ist umso größer, je schwerer die begangene Straftat ist (Heinz, 2015). So weist beispielsweise in Fällen des sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen (§§ 176, 176a, 176b, 182, 183, 183a StGB) die polizeiliche Kriminalstatistik des Jahres 2020 (Bundeskriminalamt PKS, 2020) nur 595 weibliche Tatverdächtige auf. Demgegenüber stehen 10.929 Tatverdächtige insgesamt, was einer Quote von 94,5 % an männlichen Tatverdächtigen entspricht. Diese Relation liegt seit Jahren in einem vergleichbar hohen Bereich (Bundeskriminalamt PKS 2016: 95,5 %; PKS 2017: 95,8 %; PKS 2018: 95,5 %; PKS 2019: 93,9 %). Betrachtet man Zahlen aus dem *Dunkelfeld*, fallen die Geschlechtsunterschiede zwar immer noch substantiell, aber deutlich geringer aus. So berichteten 10 bis 30 % der Betroffenen eines sexuellen Kindesmissbrauchs, dass die Tat von einer Frau verübt worden sei (vgl. zusammenfassend Neutze & Osterheider, 2015). Auch bei der Befragung der Täterseite im *Dunkelfeld* zeigen sich deutliche Abweichungen von den Befunden der Kriminalstatistik: Etwa 25 % der befragten Personen, die einen sexuellen Online-Kontakt mit einem minderjährigen Opfer hatten, gaben an, weiblichen Geschlechts zu sein (Neutze & Osterheider, 2015). Laut Fiedler (2018) sind in neuen Untersuchungen „je nach Studie in 10 bis 30 Prozent der untersuchten Fälle kindlichen Sexualmissbrauchs Täterinnen auffällig geworden, von denen anteilmäßig offenkundig die meisten die Kriterien einer Pädophiliediagnose erfüllen“ (125).

Auf der Ebene der sexuellen Fantasien, unabhängig von konkret ausgeübten Straftaten, konnte bereits in der *Berliner Männerstudie* aus dem Jahr 2003 (Schaefer et al., 2003; Englert et al., 2007) ein bedeutsamer Unterschied zwischen Männern und Frauen festgestellt werden. So kannten 57,6 % der befragten Männer Sexualfantasien mit paraphilen Erregungsmustern, wohingegen bei den Frauen nur 27,8 % davon berichteten. Die Umsetzung dieser Fantasien in tatsächliche – größtenteils legale – Verhaltensweisen fand bei 43,7 % der Männer und 23,1 % der Frauen statt. Auch wenn in anderen

Studien die Zahlen teilweise geringer ausfallen (z.B. 31.3 % der Männer und 13.6 % der Frauen; Bártová et al., 2021), werden in allen Studien paraphile Inhalte in Sexualfantasien von Frauen deutlich seltener als von Männern berichtet (Bártová et al., 2021; Beier et al., 2021; Hunter & Mathews, 1997). Dieser Unterschied ist für paraphile Interessen, die illegale Verhaltensweisen beinhalten (z.B. Pädophilie), besonders groß (Seto et al., 2020). Ausnahmen bestehen teilweise im Bereich des Masochismus, der je nach Studie bei beiden Geschlechtern gleich häufig bzw. bei Frauen sogar häufiger auftritt (z.B. Bártová et al., 2021; Joyal et al., 2015, zitiert nach Seto et al., 2020; Joyal & Carpentier, 2017).

Greift man den Bereich der Pädophilie heraus, zeigt sich ein noch deutlicherer Unterschied: 9.4 % der Männer und lediglich 1.9 % der Frauen gaben in der *Berliner Männerstudie* (Schaefer et al., 2003; Englert et al., 2007) sexuelle Fantasien mit Kindern an; pädophiles Verhalten berichteten 3.8 % der Männer und 0.9 % der Frauen. Zahlen die sich auch in anderen Studien im vergleichbaren Rahmen bewegen (z.B. Wurtele, Simons & Moreno, 2014). In einer aktuellen Studie von Seto et al. (2020) mit 1074 Probanden und Probandinnen konnte ein signifikanter Geschlechtsunterschied für den Bereich „Pedohebephilia“ festgestellt werden. Die Effektstärke dieses Geschlechtsunterschieds lag mit $\eta^2 = .106$ in einem mittleren bis hohen Bereich. Keine andere der 13 untersuchten Paraphilien wies einen stärkeren Geschlechtsunterschied auf. Dabei gaben nicht-heterosexuelle Männer, die in dieser Studie überproportional häufig vertreten waren, ein besonders starkes Interesse an pädo-/hebephilen Inhalten an. Lediglich Urocophilia ($\eta^2 = .102$) und Voyeurismus ($\eta^2 = .099$) zeigten vergleichbar starke Geschlechtsunterschiede. Die Geschlechtsunterschiede für die anderen paraphilen Bereiche waren deutlich schwächer (alle $\eta^2 \leq .049$).

Diese Geschlechtsunterschiede fallen noch einmal deutlich größer aus, wenn man die Personen betrachtet, die sich professionelle Unterstützung suchen. So erhielten am Berliner Standort des Missbrauchspräventionsprojekts *Kein Täter werden* im Zeitraum 2005 bis 2020 lediglich zwei Frauen die Diagnose Pädophilie bzw. Hebephilie (Beier, 2021). Demgegenüber stehen 772 männliche Teilnehmer, denen ein Therapieangebot unterbreitet werden konnte. Diese Relation wiederholt sich in ähnlicher Form auch am Projektstandort Bamberg: Einer Frau, der die Diagnose einer Pädophilie gegeben wurde, stehen 95 männliche Betroffene mit Pädophiliediagnose gegenüber (Zeitraum 2016 bis 2021). Anzumerken ist hierbei jedoch, dass bereits das Angebot für ein Explorationsgespräch deutlich stärker von Männern in Anspruch genommen wird. Von den 1550 Personen, die am Standort Berlin zur Diagnostik vorstellig wurden, waren lediglich 25 Personen weiblich. In Bamberg fanden nur drei Erstgespräche mit Frauen statt (von denen dann lediglich eine die Diagnosekriterien erfüllte), während 145 Erstgespräche mit Männern geführt wurden (von denen 95 die Kriterien für eine pädophile Störung erfüllten).

In deutlichem Kontrast zu diesen Verhältnissen geben Tozdan et al. (2020) in ihrer Zusammenstellung verschiedener Studien fast vergleichbare Prävalenzraten für Männer und Frauen in Bezug auf pädophile bzw. hebephile Interessen an. So variieren die genannten Prävalenzen bei Männern zwischen 0.1 % und 5 %, wohingegen sie bei Frauen zwischen 1 % und 4 % liegen. Betrachtet man die einzelnen Studien, liegen die Verhältnisse Frau zu Mann in etwa zwischen 1 : 3 und 1 : 10, je nach Aufbau und Messverfahren der Studie. In ihrer eigenen, nicht-repräsentativen Stichprobe von 874 Frauen fanden Tozdan et al. (2020) deutlich höhere Zahlen. Bis zu 18 % der befragten Frauen gaben ein sexuelles Interesse an vor- und frühpubertären Kindern (Tanner I bis II) an; bei Einbezug des Interesses an pubertierenden Jugendlichen (Tanner III) waren 30 % der Frauen betroffen. Gründe für diese höheren Werte im Vergleich zu den vorgenannten Prävalenzraten werden darin gesehen, dass die Stichprobe nicht repräsentativ war, aber auch in der Erhebungsmethode: Während in den meisten Studien die Proband:innen lediglich selbst schriftlich berichten, welche Körperschemata sie anziehend finden, wurden in dieser Studie verschiedene computergenerierte Bilder nackter Personen am Monitor vorgegeben und die Teilnehmerinnen sollten angeben, inwiefern diese ihren sexuellen Fantasien entsprechen.

Dass die gewählte Erhebungsmethode und Stichproben-selektion einen wesentlichen Einfluss auf Befunde haben kann, ist hinlänglich bekannt. Inwiefern Daten, die mit den aktuell verbreiteten Selbstberichtsverfahren erhoben wurden, durch soziale und geschlechtsspezifische Variablen verzerrt sind, soll nach einer kurzen Zusammenstellung hypothetischer Ursachen der oben berichteten Geschlechtsunterschiede diskutiert werden. Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass – trotz aller Unterschiede in den dargestellten Befunden – alle Studien darauf hinweisen, dass es eine gewisse Anzahl an Frauen gibt, die sich zu Kindern sexuell hingezogen fühlen.

Hypothetische Ursachen der Geschlechtsunterschiede

Die in Selbstbeurteilungsverfahren berichteten deutlich selteneren Angaben paraphiler Erregungsmuster bei Frauen spielen für die Erklärungsmodelle sexuell motivierter Straftaten eine wichtige Rolle. So werden im Motivational-Facilitation-Modell (Seto, 2019), das auf den Arbeiten von Finkelhor (1984) sowie Gottfredson & Hirschi (1990) basiert, Paraphilien (u.a. Pädophilie) als ein Prädiktor bzw. eine motivierende Bedingung für sexuell übergriffiges Verhalten genannt. Diese paraphilen Interessen würden durch verschiedene andere erleichternde Faktoren (u.a. dissoziale Persönlichkeitszüge) moderiert, bevor es zur Ausübung eines sexuellen Übergriffs komme. Wenn Frauen, wie oben dargestellt, weniger paraphile Fantasieinhalte

aufweisen, wären somit die vorausgehenden motivierenden Bedingungen bei ihnen schwächer ausgeprägt. Leuschner (2020) konnte zusätzlich zeigen, dass Frauen tendenziell seltener Straftaten allein aus einer Ablehnung der gesellschaftlichen Ordnung heraus begehen, also die dissozialen Persönlichkeitszüge weniger im Vordergrund des Tatmotivs stehen. Sie nehmen ihre Tat eher als gerechtfertigte notwendige Ausnahmeaktion wahr. Kombiniert man diese Erkenntnis mit den Befunden zur Häufigkeit paraphiler Erregungsmuster bei Frauen und bezieht sie auf das Motivational-Facilitation-Modell, zeigt sich, dass bei Frauen wahrscheinlich sowohl die vorausgehenden motivierenden Bedingungen als auch die erleichternden moderierenden Bedingungen geringer ausgeprägt sind. Diese Umstände könnten dazu beitragen, dass Frauen seltener sexuell-motivierte Straftaten begehen. Einschränkend ist zu erwähnen, dass das Modell aus dem Straftäterbereich stammt und somit anhand weitgehend männlicher Stichproben erstellt wurde. Inwiefern man das Modell auf Frauen übertragen kann, bleibt offen und liefert Anlass für eine geschlechtsspezifische Betrachtung.

Bisherige Studien zu geschlechtsspezifischen Vorläuferbedingungen im Bereich des sexuellen Kindesmissbrauchs haben nur wenige Unterschiede hervorgebracht (Kubik, Hecker & Righthand, 2002). Zwar konnten mehrere Merkmale gefunden werden, die bei weiblichen Sexualstraftäterinnen gehäuft vorkommen und auch mit der Ausprägung abweichender sexueller Interessen assoziiert werden (zusammenfassend Wurtele, Simons & Moreno, 2014; Tozdan, Briken & Dekker, 2019), wie z.B. eigener erlebter sexueller Missbrauch (Berner, Briken & Hill, 2009), abhängige Persönlichkeitsstörungen (Hunter & Mathews, 1997), unsichere Eltern-Kind-Bindung (Wurtele et al., 2014), Probleme in der Emotionsregulation (Miller, 2013) oder frühe sexuelle Erfahrungen (z.B. früher Pornokonsum oder Masturbation im Kindesalter, Wurtele et al., 2014), diese Merkmale liegen aber auch gehäuft bei männlichen Tätern vor und liefern somit kaum Ansatzpunkte für eine geschlechtsbezogene Theorienbildung (Simons, Wurtele & Durham, 2008; Wurtele et al., 2014). Auch abweichende sexuelle Interessen (Paraphilien) konnten bei weiblichen Sexualstraftäterinnen ähnlich wie bei männlichen Sexualstraftätern festgestellt werden. Allerdings ist unklar, ob diese bei Frauen die gleiche Bedeutsamkeit wie bei Männern einnehmen (Cortoni & Gannon, 2017). So berichten Sexualstraftäterinnen deutlich seltener als männliche Täter ein Motiv nach reiner sexueller Befriedigung – vielmehr ständen emotionale Nähe und Zuwendung stärker im Vordergrund (Kavemann, 2009; vgl. zusammenfassend Tozdan, 2020). Somit müssten diese Bedürfnisse in die motivierenden Bedingungen des Motivational-Facilitation-Modells integriert werden, wenn das Modell auch für Frauen anwendbar sein soll.

Theorien dazu, weshalb mutmaßlich bereits auf der Ebene der Paraphilien Geschlechtsunterschiede auftreten, findet man nur selten. So können rein lerntheoretische Ansätze zwar eine Koppelung anfänglich neutraler Reize mit sexueller Er-

regung z.B. aufgrund bestimmter biographischer Erlebnisse wie Missbrauch oder frühen sexuellen Erfahrungen erklären (O'Donhue & Plaud, 1994, zit.n. Beier et al., 2021), liefern aber keinen Einblick, weshalb diese Koppelung häufiger bei Männern auftritt. Theoretisch wäre es denkbar, dass Frauen im Gegensatz zu Männern bevorzugt weniger auffällige neutrale Reize (z.B. Hände oder Bettwäsche) mit sexueller Erregung verbinden. Wäre dies der Fall, was nach bisherigem Kenntnisstand rein spekulativ ist, würden ihre sexuellen Interessen deutlich seltener im Bereich der sexuellen Präferenzstörungen als abweichend verortet werden. Allerdings müsste auch in diesem Fall noch ein überzeugendes, wissenschaftlich fundiertes Erklärungsmodell der unterschiedlichen Reizselektion entwickelt werden. Auch die aus dem psychoanalytischen Bereich stammenden Theorien können die gefundenen Geschlechtsunterschiede bei der Ausprägung von Paraphilien auf den ersten Blick nicht befriedigend erklären. So entstehen laut dem Konzept der *perversen Plombe* nach Morgenthaler paraphile Inhalte aufgrund einer gestörten Entwicklung zur Abwehr von negativen und unterdrückten Gefühlen (Beier et al., 2021). Diese sonst nicht ausdrückbaren Gefühle würden „verkapselt“ und später in sexualisierter Form fast schon ritualisiert zum Ausdruck gebracht. Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden hierbei nicht thematisiert.

Mit dem Konzept der reproversonen Symptombildung stellt Beier (1994, vgl. auch Beier et al. 2021), auf der Grundlage des Morgenthalerschen Konzepts, einen interessanten Zusammenhang zwischen der Ausbildung von Perversionen bei Männern und forcierter reproduktiver Impulse bei Frauen her und liefern somit ein erstes mögliches Erklärungsmodell für die bereits berichteten Geschlechtsunterschiede paraphiler Erregungsmuster. Das Konzept postuliert einen für beide Geschlechter vergleichbaren Modus der inneren Konfliktverarbeitung, der sich jedoch auf unterschiedlichen Ebenen äußert. Während beim Mann eher die Lustdimension der Sexualität als Abwehrmechanismus im Vordergrund stehe und zur Ausprägung einer Perversion führen könne, werde bei den Frauen eher die Fortpflanzungsdimension zur Bewältigung innerer Konflikte herangezogen. Es entstehe eine sogenannte *Reproverson* (in Analogie zur Perversion beim Mann). Strukturelle Mängel im Selbstsystem der Frau und damit verbundene Ängste würden durch eine Forcierung reproduktiver Impulse abgewehrt (Beier et al., 2021). Während beim Mann also ungewöhnliche Sexualobjekte oder Personen in die sexuelle Präferenzstruktur aufgenommen würden, entstehe bei der Frau eher ein starker Kinderwunsch, der im pathologischen Bereich durch zahlreiche Schwangerschaften (unter Umständen mit ebenso zahlreichen Abbrüchen), eingebildete oder simulierte Schwangerschaften oder übertriebene Anforderungen an die Mutter-Kind-Beziehung charakterisiert sei. Durch die erzwungene (und unter Umständen auch gelungene) Reproduktion sowie einer hohen Involvierung in die Erziehungstätigkeit würden die eigene Weiblichkeit, Bedeutung, Mächtigkeit und der eigene Selbstwert stabilisiert.

Ausgangspunkt zum Konzept der reproversonen Symptombildung war die bereits erwähnte *Berliner Männerstudie* (Englert et al., 2007; Schaefer et al., 2003), in der 42.6 % der Frauen von problematisch verarbeiteten Besonderheiten im Bereich der Reproduktion berichteten. Dem Gegenüber standen nur 23.5 % der Männer, was im Prinzip einer Umkehrung der Verhältnisse paraphiler Verhaltensweisen entspricht. Ob die Ursache für diese „verkehrten“ Verhältnisse in rein evolutionstheoretischen Überlegungen bzw. biologischen Besonderheiten gefunden werden kann, bleibt offen. Offen bleibt auch, weshalb ein gewisser Anteil der Frauen trotzdem eine Paraphilie entwickelt. Fokussieren sie zur Lösung des inneren Konflikts auch auf die Lustebene der Sexualität? Und welche Umstände führen dazu?

Forschungsmethodische Artefakte?

Eine mögliche Ursache für die weitgehend fehlenden Modelle zur Differenzierung zwischen Mann und Frau kann in der Art der Forschung gesehen werden, die sich historisch gesehen lange Zeit überwiegend auf männliche Probanden beschränkte (Fine, 2018; van Anders, 2015). Wissenschaftliche Theorien und Erkenntnisse wurden oft einfach auf die weibliche Bevölkerung übertragen, ohne deren Besonderheiten zu berücksichtigen. Die weibliche Sexualität war lange Zeit von einem Tabu umgeben, da Forschung überwiegend von Männern betrieben wurde. Erst durch die steigende Zahl an Forscherinnen in den letzten Jahrzehnten öffnete sich die Forschung auch für die weibliche Sexualität (Klein et al., 2021) und brachte neue Erkenntnisse hervor. In ihrer Studie zur westlich geprägten, aber auch androzentrierten Forschungsmethodik konnten Klein et al. (2021) zeigen, dass nur eines von fünf hochrangigen Journals im Bereich der Sexualmedizin mehr Studien mit rein weiblichen Stichproben veröffentlichte als mit rein männlichen Stichproben. Zwei der Journals enthielten mehr rein männliche Stichproben. Somit sind Männer zwar immer noch die häufiger untersuchten „Forschungsobjekte“, vier der fünf Journals enthielten jedoch zu mehr als 50 % Studien, die sich mit gemischten Stichproben beschäftigten. Von einer reinen Übertragung der männlichen Sexualität auf die Sexualität der Frau kann heute also nicht mehr ausgegangen werden. Nur durch die gezielte Betrachtung beider Geschlechter können Modelle und Theorien entwickelt werden, die zur Aufklärung der häufig gefundenen Geschlechtsunterschiede beitragen können.

Dennoch muss die aktuelle Forschungsmethodik kritisch betrachtet werden, wenn es um den Vergleich beider Geschlechter geht. So konnten Alexander und Fischer (2003, zit.n. Beier et al., 2021) zeigen, dass die Aussagen von Frauen zu sexuellen Aspekten wie Masturbationsrate, Sexualpraktiken oder Anzahl der Sexualpartner in Abhängigkeit von der gewählten Erhebungsbedingung stärker variierten als die der

Männer. In einer fiktiven Situation mit sozialer Kontrolle lagen die von den Frauen genannten Häufigkeiten deutlich unter den Werten, die in einer sogenannten Lügendetektor-Bedingung angegeben wurden. Männer gaben hingegen bereits in der ersten Erhebungssituation (mit sozialer Kontrolle) deutlich höhere Werte an, die unter den anderen Bedingungen weniger stark anstiegen als die der Frauen. Somit scheint der Einfluss der sozialen Erwünschtheit auf die in Studien erhobenen Daten für Frauen deutlich stärker als für Männer zu sein. Dass soziale Erwünschtheit in Studien zur Erhebung der sexuellen Interessen einen wesentlichen Einfluss haben kann, zeigt sich auch darin, dass paraphile Interessen in Online-Erhebungen eher zugegeben werden als z.B. in telefonischen Befragungen (Joyal & Carpentier, 2017).

Weiterhin scheint auch die sexuelle Orientierung einen Einfluss darauf zu haben, ob unkonventionelle sexuelle Interessen in einer Studie zugegeben werden: So geben nicht-heterosexuelle Personen mehr abweichende sexuelle Interessen an als heterosexuelle Personen (Seto et al., 2020). Eine Erklärung dafür ist, dass in einer weitgehend heterosexuell ausgerichteten Gesellschaft nicht-heterosexuelle Personen ohnehin schon eine Abweichung von der Norm darstellen, was eine größere Akzeptanz sexueller Diversität bei diesen Personen verursachen und folglich den Einfluss sozialer Erwünschtheit auf die Selbstberichte senken könnte. Sexuelle Minderheiten stellen eine bisher eher wenig untersuchte Personengruppe dar. Der Anteil an Studien, die sich mit transidentitären und non-binären Personen beschäftigten, lag in der bereits erwähnten Studie von Klein et al. (2021) bei gerade einmal 6 %.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die quantitative Forschung zwar statistische Aussagen bzw. Häufigkeitsangaben zu bestimmten Störungsbildern erlaubt, die Daten aber immer von einer großen Anzahl kaum aufschlüsselbarer Faktoren beeinflusst werden. Besonders im Bereich der Sexualität verlangt die Komplexität der sexuellen Präferenzstruktur und deren Zusammenhänge zu anderen Konstrukten eine sehr differenzierte Betrachtung des erhobenen Datenmaterials, um mögliche Fehlschlüsse zu vermeiden und Störvariablen auszuschließen. In Anlehnung an die durch Windelband, Stern und Allport geprägte Nomothetik-versus-Idiographie-Debatte (Laux, 2003) stellen Einzelfallanalysen für die Erstellung explanatorischer Modelle einen großen Mehrwert dar und können die Komplexität des zu untersuchenden Forschungsbereichs gut wiedergeben.

Aus den genannten Gründen sollen in diesem Artikel drei Fälle aus dem Präventionsnetzwerk *Kein Täter Werden* vorgestellt werden, die nicht-männliche Personen beschreiben. Zwei identifizierten sich als eindeutig weiblich, während eine dritte Person als Trans-Mann (biologisches Zuweisungsgeschlecht: weiblich) bezeichnet werden kann.

Drei Fallbeispiele nicht-männlicher Personen

Im Folgenden werden drei Fallbeispiele nicht-männlicher Personen beschrieben, die am Projektstandort in Bamberg vorstellig wurden. Details der biografischen Angaben wurden zur Sicherstellung der Anonymisierung leicht verändert.

Fallbeispiel A: Herr A – eine biologische Frau mit männlicher Identität

Berichtet wird von einem zu Beginn der Behandlung 18-jährigen Trans-Mann (biologisches Zuweisungsgeschlecht: weiblich), der in einem Zeitraum von etwa einem Jahr dreizehn Mal am Projektstandort vorstellig wurde. Bei der Exploration berichtete der Patient von einem sexuellen Interesse an Kindern, das ihm das erste Mal vor 2,5 Jahren bewusst geworden sei. Seit etwa sechs Monaten seien die sexuellen Fantasien deutlich stärker geworden, weshalb er sie bei seiner ambulanten Psychotherapeutin angesprochen habe, die ihn daraufhin an den Projektstandort verwies. Die Therapie musste aufgrund geschlechtsangleichender operativer Maßnahmen unterbrochen werden und es kam am Ende, aufgrund eines Umzugs des Patienten in eine weiter entfernte Region, zu einem Behandlungsabbruch.

Lebensgeschichtliche Entwicklung und biographische Anamnese: Der Patient beschreibt das Verhältnis zu seinen Eltern (Lehrerin und Busfahrer) als weitgehend harmonisch. Zwar sei sein Vater teilweise aufbrausend und beleidigend gewesen, aber insgesamt habe es wenige Streitereien innerhalb der Familie in seiner Kindheit gegeben. Auch das Thema Sexualität hätte bei seinen Eltern, die ihn selbst aufgeklärt und einen sehr offenen Umgang mit Nacktheit gepflegt hätten, stets angesprochen werden können. In der Grundschule sei beim Patienten die Diagnose ADHS gestellt worden, was zu einer Methylphenidat-Behandlung und einer begleitenden Psychotherapie geführt habe. In der fünften Klasse habe der Patient das erste Mal selbstverletzendes Verhalten gezeigt. Er sei im Klassenverband aufgrund seiner ADHS immer wieder negativ aufgefallen, aber auch, da er nicht das „typische Mädchen“ gewesen sei. Hierdurch sei er immer wieder massiven Mobbing-Erfahrungen ausgesetzt gewesen. Im Alter von 14 Jahren sei dem Patienten sein männliches Identitätsempfinden bewusst geworden. In Kombination mit den Mobbing-Erfahrungen habe dies in der 8. Klasse zu einer schwergradigen Depression mit Suizidversuch geführt. Nach einem Reha-Aufenthalt habe er in der 9. Klasse starke Alkoholprobleme entwickelt. Dennoch habe er die Hauptschule abschließen können und wohne seitdem in einer betreuten Wohngruppe. Dort habe er aufgrund einer Borderline-Diagnose mehrere Trainings zur Emotionsregulation besucht, weshalb er im Alltag mit seinen Emotionen

gut klarkomme und auch mit Enttäuschungen gut umgehen könne. Seit zwei Jahren besuche er eine ambulante Psychotherapie aufgrund seiner Geschlechtsdysphorie und lebe als Trans-Mann. Seit einem Jahr befinde er sich in hormoneller Behandlung mittels Testosteron-Gel. Aktuell arbeite er in einer berufsvorbereitenden Maßnahme.

Sexualanamnese: Seine auf Kinder gerichteten sexuellen Fantasien sind dem Patienten, noch vor seiner hormonellen Behandlung und vor seiner Alltagserprobung als Trans-Mann, erstmals im Alter von 15 Jahren bewusst geworden. Die erste Selbstbefriedigung habe im Alter von 13 Jahren zu sexuellen Fantasien mit Klassenkameradinnen stattgefunden. Bereits damals habe er sich die Klassenkameradinnen meist 2 bis 3 Jahre jünger vorgestellt, wodurch diese deutlich kindhaftere Züge erhalten hätten. Erste reale sexuelle Kontakte seien im Alter von 15 Jahren mit seiner damals 17-jährigen Freundin erfolgt. Auch hierbei habe er sich häufiger Mädchen im Alter von 3 bis 11 Jahren vorgestellt. Besonders wichtig sei dabei, dass noch keine Brustentwicklung stattgefunden habe. Er stelle sich vor, wie das Kind sich selbst befriedige (auch mittels Sexspielzeug) oder er „liebervoll“ das Kind berühre und den Finger einführe. Selten kämen auch Fantasien auf, in denen er als Mann mit seinem Penis in das Mädchen eindringe (chirurgische Angleichungsmaßnahmen im Genitalbereich haben noch nicht stattgefunden). Darüber hinausgehende sexuelle Fantasien mit Kindern (etwa anale Penetration) habe er nicht. Angesprochen darauf, was das Erregendste in seinen sexuellen Fantasien sei, berichtet er davon, dass es ihm im Wesentlichen um das „Wesen“ des Kindes gehe. Es müsse offen, fröhlich und unbeschwert sein. Die körperlichen Merkmale seien v.a. dadurch erregend, dass das Geschlecht beim präpubertären Körper noch nicht definiert sei („Da ist ja noch nichts dran“). Weitere Paraphilien werden vom Patienten verneint.

Ein halbes Jahr nach Beginn seiner Hormonbehandlung seien die sexuellen Fantasien immer öfters und intensiver aufgetaucht. Aktuell habe er täglich Masturbationsfantasien, die Mädchen im Alter von 6 bis 9 Jahren beinhalten würden. Diese Mädchen sehe der Patient teilweise auf dem Nachhauseweg, wenn er einen Spielplatz passieren müsse. Der innere Leidensdruck sei seitdem deutlich gestiegen, weshalb letztlich eine Behandlung am Projektstandort realisiert wurde. Er habe Angst, irgendwann einen Übergriff begehen zu können und werte sich für seine sexuelle Neigung innerlich stark ab. Eine Steigerung der sexuellen Appetenz aufgrund der Hormonbehandlung schließe der behandelnde Endokrinologe jedoch aus, da die Testosteronwerte nicht maßgeblich gestiegen seien. Diese Angabe ist jedoch aufgrund der Gesamtschau des Falles kritisch zu hinterfragen.

Als Bildmaterialien zur sexuellen Erregung werden sowohl Indikativ- als auch Posingbilder herangezogen, während er Bilder mit sexuellen Handlungen an Kindern nur wenige Male genutzt habe. Erwachsenenpornographie werde ebenfalls nur selten konsumiert (weniger als alle 6 Monate). Reale se-

xuelle Erfahrungen habe der Patient sowohl mit Männern als auch mit Frauen sammeln können, wobei die Erfahrungen mit einem etwa gleichaltrigen Mann als unangenehm empfunden worden seien.

Diagnose: Der Patient erfüllt alle Kriterien einer pädophilen Störung nach ICD-10, sehr wahrscheinlich vom ausschließlichen Typus, da er zwar auf der Verhaltensebene Sexualität mit Erwachsenen auslebt, die sexuellen Fantasien aber auf Kinder beschränkt sind. Die in der Vorgeschichte bekannten komorbiden Erkrankungsbilder (ADHS, Borderline, Depression, Alkoholmissbrauch) können die auftretenden sexuellen Fantasien nicht erklären. Der Einfluss der Testosteronbehandlung auf die Intensität der sexuellen Fantasien und die damit verbundene Steigerung des inneren Leidensdrucks ist naheliegend und müsste durch eine Reduktion der Testosterondosierung überprüft werden. Dieser Umstand wurde mit dem Patienten besprochen.

Behandlungsverlauf: Der Patient gibt nach der Erstexploration an, aufgrund der nun bestätigten Pädophilie-Diagnose gedrückter Stimmung zu sein. Er werte sich stark selbst ab. Als Therapieziele nennt er „Lernen mit der Pädophilie umzugehen und nicht übergriffig zu werden“. Die Pädophilie solle weniger stark im Vordergrund stehen. Zusätzlich wolle er gerne eine „normale“ Beziehung führen können, was aufgrund der exklusiven Pädophilie als unrealistisches Therapieziel eingestuft werden kann.

Erste Maßnahmen zur Entstigmatisierung und Akzeptanz des individuellen sexuellen Präferenzschemas zeigen schnelle Erfolge. Im Austausch mit einer Online-Selbsthilfegruppe gewinnt der Patient Mut, seine sexuellen Fantasien kurzfristig zuzulassen und zu akzeptieren: „Der Austausch hilft mir zu sehen, dass man lernen kann mit seiner Neigung umzugehen.“ Die selbstabwertenden Gedanken traten in Folge immer seltener auf. Im weiteren Verlauf unterzog sich der Patient einer Mastektomie, aufgrund derer er mehrere Monate nicht am Projektstandort vorstellig werden konnte. Bei einem telefonischen Termin berichtete er dann, ein Praktikum in einer Kinderkrippe machen zu wollen. Auf die kritische Nachfrage, wie es ihm dabei mit seinen selbstabwertenden Gedanken und sexuellen Fantasien gehe, gab der Patient an, er könne eine „professionelle Distanz“ wahren. Der Kontakt zu Kindern tue ihm gut. Dort bekomme er Anerkennung. Außerdem würde ihn das Wissen entlasten, mit Kindern weiterhin einen gesunden Umgang finden zu können. Ihm sei bewusst, dass Kinder geistig nicht in der Lage sind, sexuelle Aktivitäten zu verstehen und ihm unter Umständen auch „falsche Signale“ senden könnten. Aufgrund des aktuellen Klinikaufenthaltes sei ein solches Praktikum aber ohnehin nicht im nächsten Jahr umsetzbar.

Mehrere Monate später wurde der Patient wieder am Projektstandort vorstellig. Der Heilungsprozess seiner Mastektomie sei nun weitgehend abgeschlossen und er wolle wieder an der Therapie teilnehmen. Er habe seit wenigen Wochen eine Partnerschaft zu einer 17-jährigen Jugendlichen, zu der er sich

aber sexuell nicht hingezogen fühle. Im weiteren Verlauf konnte der Patient sowohl seiner neuen Partnerin als auch seiner Mutter von seiner sexuellen Ausrichtung berichten. In beiden Fällen habe er positive wertschätzende Erfahrungen machen können. Dennoch habe sich der Patient – während seiner Therapieabstinenz – nach einer aus den Medien stammenden abfälligen Bemerkung über Pädophilie aus Trotz in einer WhatsApp Gruppe angemeldet, in der auch Missbrauchsabbildungen geteilt würden. Dieser Umstand wurde unmittelbar in der Therapie aufgegriffen. Der Patient war schnell in der Lage, seine kognitiven Verzerrungen in rationale Antworten umzuformulieren. Auch das Leid der Kinder konnte vom Patienten anerkannt werden, wodurch ein Verzicht auf weitere Abbildungen möglich war.

Bisher hatte der Patient nur einzelspsychotherapeutische Gespräche in Anspruch genommen. Es folgten sechs Termine gruppenpsychotherapeutischer Behandlung, in denen sich der Patient, im Gegensatz zu den Einzelsitzungen, augenscheinlich sehr „männlich“ gab (z.B. Sitzhaltung mit breiten Beinen im Stuhl „liegend“, Verwendung von vulgären Ausdrücken). Der Patient äußerte der Gruppe gegenüber erneut den Wunsch, mit Kindern zusammen arbeiten zu wollen. Die anderen Gruppenteilnehmer merkten an, ob er wirklich mit dem Risiko leben und sich den inneren Zwiespalt zumuten wolle, woraufhin der Patient in einen kritischen Reflexionsprozess geriet. So gab er im darauffolgenden Termin an, aktuell viel Alkohol und Cannabis zu sich zu nehmen („Wenn ich nicht saufe, bin ich high!“). Hierbei spiele v.a. die Pädophilie gepaart mit aufkommendem Selbsthass eine wesentliche Rolle. Auch Geschlechtsverkehr mit seiner Freundin finde aktuell nur unter Drogenkonsum statt. Er finde diese zwar als Mensch anziehend, aber nicht sexuell. Durch viel Zuspruch und Verständnis der anderen Gruppenteilnehmer und nach Abklärung der aktuellen Therapiefähigkeit unter dem vorhandenen Substanzmissbrauch konnte der Patient in den darauffolgenden Sitzungen wieder mehr Vertrauen zu sich selbst finden und von seinem Plan mit Kindern zu arbeiten ablassen. Gleichzeitig entwickelte er den Plan, eine Ausbildung als Altenpfleger zu beginnen. Aus diesem und anderen Gründen zog der Patient in eine weiter entfernte Region, weshalb es nach kurzer Zeit zu einem Therapieabbruch kam. Zu diesem Zeitpunkt war etwa ein Jahr nach Erstvorstellung vergangen.

Zusammenfassung: Der Fall zeigt unter anderem, dass die Behandlung von Menschen mit einer pädophilen Ausrichtung ein langwieriger Prozess sein kann. Die anfänglich gemachten Erfolge wurden zirka sechs Monate nach Erstvorstellung und längerer Therapieabstinenz noch einmal komplett aufgehoben. Eine stabile Veränderung kognitiver Denk- und Verhaltensmuster hatte anscheinend in den ersten Monaten noch nicht stattgefunden. Auch nach Therapieabbruch, etwa ein Jahr nach Erstvorstellung, waren die Therapieziele noch nicht erreicht. Vielmehr befand sich der Patient in einer Phase der kritischen Selbstreflexion, wodurch der psychische Leidensdruck immer noch stark vorhanden war und teilweise durch Drogenmiss-

brauch kompensiert wurde. Das Risiko einer akuten Fremdgefährdung konnte zu diesem Zeitpunkt hingegen vollständig ausgeschlossen werden.

Erschwert wurde der Fall durch die angestrebte Geschlechtsangleichung des Patienten (inklusive Mastektomie und Hormonbehandlung). So gab sich der Patient nach der erfolgten Mastektomie, besonders im Gruppenkontext, sehr „männlich“, was sich aber auch teilweise in antisozialen Zügen äußerte (Verwendung von vulgären Ausdrücken im Gruppenkontext, Sitzhaltung, gesteigerter Alkohol- und Drogenkonsum, erneute Nutzung von Kindesmissbrauchsabbildung). Ob diese Verhaltensweisen auch ohne angleichende Maßnahmen gezeigt worden wären, durch die Hormonbehandlung verstärkt wurden oder eine innerpsychische Abwehr der biologischen Weiblichkeit darstellten, ist unklar und konnte aufgrund des Therapieabbruchs nicht mehr geklärt werden. Eine Reduktion der Testosterondosierung hätte zur Klärung dieser Frage beitragen können, wurde aber vom Patienten im Therapieverlauf mit Verweis auf seinen Endokrinologen abgelehnt.

Fallbeispiel B: Frau B – eine Frau, die auf nichts verzichten will

Frau B suchte kurz vor Weihnachten 2020 den Kontakt zum Projekt *Kein Täter werden* – Auslöser sei gewesen, dass sie während ihrer Ausbildung als Krankenschwester mit einem nackten weiblichen Baby allein gewesen sei, wobei sie „kurz Erregung verspürt“ und den Impuls gehabt habe, „etwas Unangenehmes zu machen“, nämlich die Vulva des Babys zu streicheln. Sie habe einerseits Angst, „etwas Unprofessionelles“ zu machen und dabei von anderen Personen entdeckt zu werden; andererseits denke sie sich, dass das Baby ja nicht darunter leiden würde und es sich nicht daran erinnern werde. Vielleicht könne sie bei uns Empathie für das Baby lernen, damit sie so etwas nicht mehr machen will? Sie wolle kein „pädophiles Monster“ sein – wobei die Angst, abgelehnt zu werden, im Vordergrund ihrer Befürchtungen steht. Inzwischen hat Frau B seit knapp acht Monaten eine Einzeltherapie im Rahmen des *Kein Täter werden*-Netzwerks begonnen.

Lebensgeschichtliche Entwicklung und Anamnese: Frau B wuchs als Einzelkind bei ihren Eltern auf. Ihr Vater (Polizist) sei in ihrer Kindheit wenig präsent gewesen, weshalb sie v.a. Zeit mit ihrer Mutter (Bürokauffrau) verbracht habe. Wenn der Vater anwesend war, sei er sehr streng und dominant gewesen und habe auch die Mutter „rumkommandiert“, weshalb die Patientin Angst vor ihm gehabt habe. Ihr Vater sei aber nie handgreiflich oder sexuell übergriffig gewesen. Die Beziehung zur Mutter bezeichnet Frau B als gut, noch wichtiger sei für sie aber ihre Oma gewesen, die ihr im Vergleich zur Mutter mehr emotionale Wärme gegeben habe.

Im Kindergarten sei es ihr schwergefallen, Freundschaften aufzubauen, da sie „zu aufbrausend“ gewesen sei. Auch in

den ersten Schuljahren habe sie ihres Erachtens wenig Freundschaften gehabt: Sie sei von den anderen Kindern öfters geärgert und auch von ihren wenigen Freundinnen oft angelogen worden. Erst in der siebten Klasse habe sie eine beste Freundin gehabt und sei Teil einer kleinen Clique von vier Mädchen gewesen; von den anderen Kindern sei sie aber weiter häufig gehänselt worden, beispielsweise wegen ihrer breiten Nase. Mit ca. 16 Jahren habe sie „viel Mist gemacht“ (viel Alkohol getrunken und Cannabis geraucht) und die Clique habe sich von ihr distanziert.

Mit 17 Jahren habe sie ihren ersten Freund gehabt: ein großer, dünner 17-Jähriger, der sehr schüchtern und zurückhaltend gewesen sei. In dieser etwa eineinhalb Jahre bestehenden Beziehung habe sie ihre ersten sexuellen Erfahrungen gesammelt, wobei sie der dominantere Part gewesen sei: Sie habe es genossen, Macht über ihn zu besitzen – auch beim Sex. Gegen Ende der Beziehung habe sie ihn einmal so lange gewürgt, dass er im Gesicht blau angelaufen sei – als sie das gemerkt habe, sei sie über sich selbst erschrocken. Mit 19 Jahren habe sie gerade so ihr Abitur bestanden und sei dann für einen Freiwilligendienst in eine Großstadt gezogen. Dort habe sie das nächtliche Partyleben „mitgenommen“ – auch mit gelegentlichen One-Night-Stands (oft im alkoholisierten Zustand) und Affären, überwiegend mit Männern zwischen 18 und 27 Jahren, gelegentlich auch mit Frauen. Insgesamt habe ihr diese Zeit „nicht gutgetan“; sie habe sich zudem häufiger mit ihren Eltern, die sich zu dieser Zeit getrennt hätten, gestritten und sei depressiv geworden. Ambulante Psychotherapieversuche hätten ihr zumindest soweit geholfen, dass sie zum Studieren in eine andere, kleinere Stadt ziehen könne. Die zweijährige Studienzeit sei zunächst recht gut gewesen und sie habe einige Freundschaften geschlossen; mit der Zeit habe sie aber immer stärker gezweifelt, ob das Studium sie wirklich interessiert und sie in diesem Bereich später arbeiten will. Daher habe sie das Studium ohne Abschluss abgebrochen und sei in eine neue Stadt gezogen, wo sie eine Ausbildung im sozialen Bereich begonnen und einen neuen Partner kennengelernt habe, mit dem sie etwa eineinhalb Jahre zusammen gewesen sei. Dieser gleichaltrige junge Mann sei recht klein und dicklich gewesen, was ihr das „Gefühl von Macht“ gegeben habe, da sie die attraktivere von beiden gewesen sei. Es habe sich um eine offene Beziehung gehandelt, in der beide gelegentliche weitere sexuelle Kontakte gehabt hätten. Gegen Ende dieser Beziehung sei sie von ihrem Partner schwanger geworden, nachdem sie bei mehreren Gelegenheiten die Kondome weggelassen hatten – Frau B habe damals das Risiko, schwanger zu werden, sexuell erregend gefunden, auch wenn sie nicht wirklich habe schwanger werden wollen. Sie sei dann sehr ambivalent gewesen, ob sie das Kind behalten sollte, habe sich aber für einen Abbruch entschieden. Der Schwangerschaftsabbruch habe sie in eine depressive Krise gestürzt, was zu einer längeren stationären psychotherapeutischen Behandlung geführt habe. Ihre Ausbildung habe sie damals abgebrochen und im Anschluss

zwei Jahre in wechselnden (Aushilfs-)Tätigkeiten gejobbt, bis sie sich entschieden habe, die Ausbildung zur Krankenschwester aufzunehmen. Auch diesbezüglich habe sie immer wieder Zweifel, ob das wirklich der richtige Beruf für sie sei.

Sexualanamnese: Hinsichtlich ihrer sexuellen Präferenz fühlt sich Frau B am stärksten von erwachsenen Männern und Frauen angezogen. Allerdings sprächen sie auch präpubertäre Jungen und Mädchen (Tannerstadium II) an. So masturbiere sie seit einigen Jahren öfters zu dem Foto eines 8-jährigen Mädchens, das die Beine in die Luft wirft, so dass der Blick auf ihre Unterhose freigegeben ist – die Imagination, Sex mit diesem Kind zu haben, sei sehr erregend. Ihre bevorzugte Masturbationsfantasie, mit der sie den intensivsten Orgasmus erlebe, sei jedoch die Vorstellung, Sex mit ihrer eigenen Mutter zu haben, wobei sie selbst im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter sei und den dominanteren Part übernehme. Sie habe zwar Angst, dass sie sich während ihrer Besuche bei der Mutter durch irgendetwas verrate und die Mutter dann zumindest ahne, dass sie solche Fantasien habe (das wäre ihr äußerst unangenehm), aber da sie die Inzestfantasien so erregend und befriedigend finde, wolle sie darauf nicht verzichten. Generell falle es ihr sehr schwer, auf Dinge zu verzichten, die sie mag – eigentlich *wolle* sie im Leben auch auf gar nichts verzichten.

Im Internet nutze Frau B nur legale Materialien, sowohl Indikativbilder minderjähriger Mädchen als auch pornografische Filme mit Erwachsenen, wobei die Akteure in den Filmen teilweise hinsichtlich Kleidungsstil und Auftreten Minderjährigen ähneln. Wenn das Videomaterial Geschlechtsverkehr zwischen Mutter und Tochter (im Rollenspiel) darstellt, übernehme Frau B in ihrer Fantasie je nach Stimmung manchmal die Perspektive der Mutter und manchmal die der Tochter. Bei der Betrachtung der Indikativbilder stelle sie sich hingegen keinen Inzest vor, sondern wie sie mit dem dargestellten Kind Sex habe.

Auch wenn Frau B aktuell nicht befürchte, übergriffig zu werden, sei sie von der Angst getrieben, dass ihre sexuellen Bedürfnisse „immer exotischer und unangebrachter“ werden könnten und sie sich irgendwann doch nicht mehr kontrollieren könne. Sie habe zudem einen ambivalenten Kinderwunsch: Einerseits habe sie einen gewissen Kinderwunsch, andererseits befürchte sie gegenüber einem eigenen Kind sexuell übergriffig zu werden. Diese Gedanken belasten sie auch bei der Kontaktaufnahme mit potenziellen Partnern.

Diagnose: Frau B zeigt etliche Merkmale, die für den Borderline-Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung charakteristisch sind, allerdings sind diese nicht ausgeprägt und unflexibel genug, um mehr als eine entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung festzustellen. Zudem lassen sich viele der Symptome auch durch die vorliegende rezidivierende depressive Störung erklären. Einige der Vorstellungen von Frau B, wie der Gedanke, ein Baby im Intimbereich zu streicheln, haben möglicherweise eher den Charakter aufdringlicher Gedanken, da es sich hierbei nicht um Imaginationen handelt, die Frau B mit sexueller Lust verbindet (wenngleich solche Gedan-

ken aufgrund ihrer „Verbotenheit“ bei ihr Erregung erzeugen können) oder die sie volitional zur Befriedigung hervorruft. Andere Vorstellungen, wie die des 8-jährigen Mädchens, sind aber mit sexueller Lust und Verlangen verbunden, ohne dass dabei sadistische oder inzestuöse Aspekte eine Rolle spielen, so dass die Pädophilie-Diagnose gerechtfertigt erscheint.

Behandlungsverlauf: Frau B hat bisher 12 Sitzungen Einzeltherapie absolviert. Innerhalb dieser Zeit kam es aufgrund von zwischenmenschlichen Konflikten mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis und ihrer Sorge vor Ablehnung zu nicht-suizidalem, aber doch massivem selbstverletzendem Verhalten, so dass einige Therapieressourcen auf Stabilisierung und Emotionsregulation verwendet wurden. Frau B ließ sich dabei bereitwillig auf verschiedene therapeutische Methoden ein, versuchte aber auch immer wieder in Beziehungstests die Akzeptanz und bedingungslose Wertschätzung des Therapeuten zu überprüfen. Hierbei wurde im Sinne von Rainer Sachse komplementär zur Motivebene vorgegangen (z. B. Sachse, 2016).

Hinsichtlich der pädophilen Neigung erklärte sich Frau B trotz ihrer anfänglichen Skepsis doch zu dem Experiment bereit, auf Bild- und Videomaterial (sowohl auf die Indikativbilder von Kindern als auch auf pornografisches Material ausschließlich mit Erwachsenen) zu verzichten – das gelingt ihr aktuell bereits seit acht Wochen. Seit etwa vier Wochen bestehe eine neue Beziehung zu einem 25-jährigen etwa gleichaltrigen Mann, die von starker Emotionalität und Turbulenzen geprägt sei. Dabei antizipiert Frau B bereits die Herausforderung, einem längerfristigen Partner von ihrer pädophilen Neigung zu erzählen – auch dies erzeugt bei ihr Leidensdruck. Übrigens erlebe Frau B seit Bestehen dieser Beziehung, dass ihr sexuelles Interesse an Minderjährigen abgenommen habe.

Zusammenfassung und Prognose: Obwohl Frau Bs pädophile Neigung eher als nicht-ausschließlicher Typus erscheint und sie auch ein ausgeprägtes sexuelles Interesse an erwachsenen Personen zeigt, kann sie sich zu Beginn der Therapie nicht vorstellen, auf Inzestfantasien und den gelegentlichen Konsum von Indikativbildern mit Kindern dauerhaft zu verzichten. Als sie sich dann auf ein entsprechendes Experiment einlässt, fällt ihr der Verzicht zunächst erstaunlich leicht – es bleibt abzuwarten, wie sich das Verlangen hinsichtlich Minderjähriger längerfristig entwickelt.

Das Risiko, dass Frau B sexuell übergriffig wird oder (illegale) Missbrauchsabbildungen von Kindern konsumiert, wird als relativ gering eingeschätzt. Geteilt wird hingegen ihre Sorge, ob sie sich im engen Kontakt mit (künftigen eigenen) Kindern stets zurückhalten könnte. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich die Therapie mit Frau B noch über einen längeren Zeitraum erstrecken wird. Neben der Aufweichung dysfunktionaler Grundannahmen und einem allgemein funktionalerem Umgang mit intensiven unangenehmen Gefühlen wird es darum gehen, immer wieder gemeinsam mit ihr Risikoeinschätzungen für verschiedene Situationen (insbesondere auch im Arbeitskontext) mit Kindern vorzunehmen und zu

planen, welche Maßnahmen sie ergreifen kann, um sicherzustellen, dass sie weiterhin keine Übergriffe begeht. Die Aufklärung eines längerfristigen Partners, insbesondere wenn gemeinsame Kinder geplant werden sollten, wird ebenfalls eine Herausforderung für Frau B sein, die auch im Rahmen der Therapie begleitet werden sollte.

Fallbeispiel C: Frau C – eine Frau mit Täterintrojekten

Die ca. 40-jährige Patientin stellte sich Anfang des Jahres 2021 am Bamberger Standort des Projekts *Kein Täter werden* auf Anraten ihrer aufsuchenden Pflegekraft vor. Sie habe sich aufgrund von wiederholten Selbstverletzungen und Suizidalität mit Suizidversuch in den letzten 15 Jahren insgesamt 45-mal in stationärer akupsykiatrischer Behandlung befunden. Neben zahlreichen medikamentösen Einstellungsversuchen habe sie auch eine Elektrokonvulsionstherapie erhalten und mehrfach Psychotherapie in Anspruch genommen. Über ihre sexuellen Fantasien habe sie bisher noch nie reden können.

Lebensgeschichtliche Entwicklung und biographische Anamnese: Die Patientin kam als dritte und jüngste Tochter einer fünfköpfigen Familie mit deutlichem Abstand zu ihren Geschwistern zur Welt. Ihre Mutter habe sich kein drittes Kind gewünscht und ihr Vater habe auf einen Jungen gehofft. Hierdurch habe sie wenig Nähe und häufige Schuldzuweisungen durch ihre Eltern erfahren. Bereits im Kindesalter habe sie häufig auf eine ihrer Schwestern aufpassen müssen, die schwer psychisch krank gewesen sei. Hierbei sei sie auch für deren Gesundheitszustand verantwortlich gemacht worden.

Die Beziehung der Eltern untereinander berichtet die Patientin als teilweise gewalthaltig, da ihr Vater ihrer Mutter öfters grob an die Brust gelangt und diese unter Alkoholeinfluss häufig beschimpft habe. Die Patientin selbst sei von ihrem Vater mit einem Gürtel oder einem Stock körperlich gezüchtigt worden. Dies bezeichnet sie selbst aber nicht als körperlichen Missbrauch. Sie sei dennoch ein „Papakind“ gewesen, da dieser zumindest stolz auf sie gewesen sei.

In der Schule sei sie den anderen Kindern in ihrer Körpergröße voraus gewesen. Aufgrund dieser Körpergröße – gepaart mit einem überhöhten Körpergewicht und einer gewissen Ungeschicklichkeit – sei sie in der Schule gehänselt worden und eine Außenseiterin und Einzelgängerin gewesen. Sie habe keine Kinder nach Hause einladen dürfen, was zu ihrer Isolierung beigetragen habe.

In der Realschule sei es der Patientin schulisch gesehen besser gegangen. Da die Aufmerksamkeit der Eltern stets bei ihrer kranken Schwester gewesen sei, habe sie sich bemüht, Aufmerksamkeit durch gute Noten zu erreichen und alle ihre Energien in die Schule zu investieren. Sie sei Klassenbeste gewesen und habe sogar einen Buchpreis verliehen bekommen, wozu die Eltern allerdings nicht erschienen seien.

Die Patientin erinnert fragmentarisch einen sexuellen Missbrauch durch ihren Nachbarn als sie drei Jahre alt gewesen sei. Sie könne sich noch daran erinnern, dass ihre Vagina rot und geschwollen gewesen sei und ihre Mutter entsetzt reagiert habe. Eine Strafanzeige sei jedoch nicht erfolgt. Im Alter von acht Jahren sei sie von mehreren Cousins und Cousinen zu Doktorspielchen gezwungen worden. Sie habe sich nicht wehren können und Schmerzen im Vaginalbereich empfunden. Ihre Mutter habe danach wenig Verständnis für die Patientin gezeigt, sondern mit Schuldzuweisungen reagiert.

Einen weiteren mutmaßlichen sexuellen Missbrauch habe die Patientin im Alter von 13 Jahren erlebt, als sie auf Anraten der Mutter in einem Sportheim bedient habe. Dort hätte sie ein Gast unter dem Vorwand, sie nach Hause zu fahren, betrunken gemacht und mutmaßlich vergewaltigt. Sie könne sich selbst an die Vergewaltigung nicht erinnern, habe aber Blut im Schritt gehabt und mehrere blaue Flecken, als sie nach Hause kam.

Im weiteren Verlauf schloss die Patientin die Schule und eine Lehre zur Büroangestellten ab, arbeitete aber meist nur in Aushilfstätigkeiten. Hauptsächlich kümmerte sich die Patientin um ihre Mutter, die an Krebs erkrankt war, und pflegte diese zuhause. Aufgrund ihrer komplexen psychiatrischen Erkrankung erhält die Patientin seit ca. 20 Jahren eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Ihre Mutter sei ebenfalls vor ca. 20 Jahren verstorben als die Patientin ca. 22 Jahre alt war. Ihr Vater sei 10 Jahre später ebenfalls an Krebs erkrankt und von der Patientin über mehrere Jahre gepflegt worden, bevor er verstarb.

Sexualanamnese: Die Patientin gibt an, ihren ersten Orgasmus mit 12 Jahren zu „normal-heterosexuellen Fantasien“ gehabt zu haben. Mit 15 Jahren hätte sie ihren ersten Freund (16 J.) gehabt, mit dem sie auch ihren ersten „einvernehmlichen“ Geschlechtsverkehr erlebt habe. Sie hätte eigentlich keine Lust auf sexuellen Verkehr verspürt, sei aber darauf eingegangen, um ihm zu gefallen. Später habe sie sich als Sünderin gefühlt. Es folgte noch eine 2-monatige Beziehung im Alter von 19 Jahren mit einem 22-jährigen Mann, an dem sie ebenfalls wenig sexuelles Interesse gehabt habe. Rückblickend gibt die Patientin an, ein einziges Mal im Alter von 20 Jahren mit einem 30 Jahre älteren Mann Lust erlebt zu haben und zum Orgasmus gekommen zu sein. Hierbei sei sie betrunken gewesen. Seither sei es zu keinem sexuellen Kontakten mehr gekommen.

In der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter habe die Patientin sich ausschließlich zu „normal-heterosexuellen“ Fantasien selbst befriedigt. Im Alter von 22 Jahren, nach dem Tod ihrer Mutter, bemerkte die Patientin inzestuöse Fantasien bei der Selbstbefriedigung. Sie sei damals in einer psychosomatischen stationären Behandlung gewesen, in der ihre Neigung durch die Erzählungen anderer Mitpatienten „freigesetzt“ worden sei. Thematisch fantasiere sie heterosexuelle Eltern, die ihre Kinder verführen (die Mutter den Sohn; der Vater die Tochter). Hierbei finde eine gegenseitige Stimulierung und Penetration statt. Sie selbst würde sich meist mit den Kindern identifizieren, sei aber selten auch in der Erwachsenenrolle.

Damit verbunden seien häufig Vergewaltigungs- und Gewaltfantasien im Erwachsenenbereich, in denen Männer Frauen zur Prostitution zwingen und diese beschimpfen. Hierbei sei sie der vergewaltigte Part und empfinde Lust dabei, gequält zu werden. Diese Fantasien würden die stärkste Intensität im orgasmischen Erleben aufweisen.

Seit dem Auftreten der paraphilen sexuellen Inhalte würde die Patientin sich durch Zuhilfenahme von spitzen Gegenständen etwa alle sechs Monate, in Verbindung mit Schmerzen, selbst befriedigen. Hierdurch sei es auch einige Male zu einer Entzündung im Genitalbereich gekommen. Insgesamt beschreibt sie ihre sexuelle Erregbarkeit als äußerst gering. Die Patientin gibt an, in den letzten 12 Monaten keinen Orgasmus gehabt zu haben. Sexuelles Verlangen empfinde sie zirka ein Mal pro Monat für alle Altersstadien (Tanner I bis V). Erwachsenenpornographie nutze sie seltener als alle sechs Monate. Der Konsum von Kindesmissbrauchsabbildungen oder tatsächliche sexuelle Übergriffe auf Kinder werden verneint.

In der Gesamtschau des diagnostischen Prozesses, der sich aufgrund der Komplexität des Falles über mehrere Sitzungen erstreckte, fiel auf, dass die Patientin teilweise sehr widersprüchliche Angaben machte. So gab sie anfangs an, dass ihre sexuellen Fantasien zu 70 % erwachsene Männer beinhalten würden und nur zu jeweils 5 % präpubertäre und pubertäre Jungen sowie zu jeweils 10 % präpubertäre und pubertäre Mädchen. Bei der Prüfung der Erregbarkeit durch vorgelegtes Bildmaterial (Tannerskalen) hatte sie dagegen ihre Erregbarkeit auf erwachsene Körperschemata komplett verneint. Hier gab sie stattdessen an, zu einem sehr geringen Grad von präpubertären Jungen (Tanner I) erregt zu werden („Wenn überhaupt, dann das“). Darauf angesprochen berichtete sie, dass sie sich selbst unsicher sei, was sie sexuell erregt, da dies häufig wechsle.

Diagnose: In der Vorgeschichte seien bei der Patientin die Diagnosen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer dissoziativen Störung, einer rezidivierenden schweren Depression, einer Essstörung (Bulimie) und einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden. Früher habe sie sich häufig durch Schläge und Ritzen selbst verletzt, sowie bereits mehr als 20 Selbstmordversuche unternommen. Sie habe zahlreiche selbstabwertende Gedanken und empfinde häufig Schuld- und Schamgefühle sowie Selbsthass und Minderwertigkeit. Sie berichtet über Flashbacks mit starker physischer Erregung und Intrusionen sowie Panikattacken und dissoziativen Zuständen.

Die Kriterien einer pädophilen Störung scheinen bei der Patientin unter Einbezug der genannten psychiatrischen Symptomatik nicht erfüllt zu sein. So kämen zwar Kinder in ihren sexuellen Fantasien vor, sie erlebe deren Körperschemata aber nicht wirklich als sexuell erregend. In den Fantasien nehme sie meist den Platz der Kinder ein, die, ähnlich den erwachsenen Frauen aus ihren Vergewaltigungsfantasien, missbraucht werden. Es wirkt folglich so, als ob bei der Patientin ein ausgeprägter Masochismus vorliegt, der sich auf alle Stadien der kör-

perlichen Entwicklung erstreckt und somit die vordergründige Sexualpräferenz darstellen könnte. Zusätzlich weist das lustvolle Erleben der Demütigung, gepaart mit selbstverletzendem Verhalten bei der Selbstbefriedigung und abwertenden Gedanken, auf eine Art Reininszenierung der vergangenen traumatischen Erlebnisse hin. Die Patientin nimmt die Rolle der Minderjährigen ein und wird wiederholt gedemütigt, beschimpft und sexuell missbraucht. Hierfür muss sie aber auch von Zeit zu Zeit in die Rolle des Täters „schlüpfen“, wodurch sich der Verdacht auf Täterintrojekte ergibt, die sich auch außerhalb des sexuellen Verhaltens zeigen. Zusätzlich gibt die Patientin eine große Unsicherheit bezüglich ihrer sexuellen Präferenzen an, da diese häufig wechseln würden. Dies wäre mit den wechselnden Rollen zwischen Täter und Opfer gut vereinbar. Unter Berücksichtigung der Differentialdiagnostik wurde die Diagnose einer Pädophilie vorerst abgelehnt.

Behandlungsverlauf und Zusammenfassung: Da die Patientin aus unserer Sicht nicht die Kriterien einer Pädophilie erfüllt, wurde nach einer intensiven, fünf Sitzungen umfassenden Diagnostikphase kein weiterführendes Therapieangebot unterbreitet. Stattdessen konnte die Patientin in die Regelversorgung übergeleitet werden, da hier bereits Kontakt zu einer ambulanten Psychotherapeutin vorhanden war. Eine spezifische Traumatherapie wurde ihr angeraten. Der gesamte diagnostische Prozess wurde von der Patientin als sehr wertvoll erlebt. So konnte sie sich das erste Mal mit ihren sexuellen Fantasien und Verhaltensweisen auseinandersetzen. Die Patientin empfand es als sehr entlastend, dass die Pädophilie-Diagnose verworfen wurde; dies verbesserte auch ihr psychisches Befinden. Auch im Austausch mit der weiterbehandelnden Psychotherapeutin waren die Erkenntnisse über die mutmaßlichen Täterintrojekte sehr hilfreich. Dies zeigt, dass allein die sexualtherapeutische Exploration und Einordnung der berichteten Aspekte für einige Personen entlastend sein kann und ein wichtiges Angebot im Gesundheitssystem darstellt.

Diskussion und Ausblick

Beim Vergleich der drei Fallvignetten fallen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf, die in Tabelle 1 überblicksartig dargestellt sind. Alle drei Patient:innen geben an, sich während der Schulzeit in einer Außenseiterposition befunden zu haben und gehänselt bzw. „gemobbt“ worden zu sein, sei es wegen körperlicher Auffälligkeiten oder wegen ihres Verhaltens. Gemeinsam ist allen auch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsvorgeschichte, die sich zwar unterschiedlich umfangreich gestaltet, aber bei allen doch als intensiv zu beurteilen ist. Dies ist sicherlich auch den Diagnosen geschuldet: Alle Patient:innen leiden unter (rezidivierenden) Depressionen und zeigen eine Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung, wobei bei zwei Personen die Kriterien für eine

Tab. 1: Vergleich relevanter Merkmale der drei Patient:innen

Merkmal	Herr A	Frau B	Frau C	Gemeinsamkeiten / Unterschiede
Alter	18 Jahre	ca. 30 Jahre	ca. 40 Jahre	
Schulbildung	Hauptschulabschluss	Abitur	Mittlere Reife	
Berufliche Entwicklung	aktuell: berufsvorbereitende Maßnahme; Berufswunsch: Altenpfleger	Studium und Ausbildungen abgebrochen; aktuell: Ausbildung zur Krankenschwester	Ausbildung im Büro, danach Aus-hilfsjobs und seit ca. 20 Jahren Erwerbsunfähigkeitsrente	Gemeinsamkeit: unstete Ausbildungs- bzw. Berufs-laufbahnen
Herkunftsfamilie	Einzelkind; insgesamt harmonisches Familienleben, aber impulsiver Vater, gute Mutterbindung	Einzelkind; durchschnittliche familiäre Wärme, strenger und dominanter Vater, gute Mutterbindung	Jüngste von 3 Kindern; häufige Streitigkeiten der Eltern, Alkoholprobleme des Vaters, Schläge durch Vater, Missachtung durch Mutter, beide Eltern früh verstorben	Gemeinsamkeit: Verhalten des Vaters als problematisch geschildert. Unterschied: Mutterbindung
Soziale Integration in Kindheit und Jugend	Ablehnung/Mobbing durch Peers wegen ADHS und nicht-mädchenhaften Verhaltens	Ablehnung durch Peers wegen impulsiven Verhaltens	Außenseiterin in der Schule	Gemeinsamkeit: geringe Integration in Peergroup
Potenziell traumatisierende Erlebnisse	-	-	Wiederholt sexuelle Missbrauchserlebnisse	Nur Frau C hat eindeutigen sexuellen Missbrauch erlebt.
Bisherige sexuelle Beziehungen	Nur kurze Beziehungen; aktuell zu 17-Jähriger, zu der er sich sexuell nicht hingezogen fühle.	Zwei je 1½-jährige Beziehungen; gelegentliche Affären und One-Night-Stands.	Nur kurze Beziehungen/Affären; seit 20 Jahren keine sexuellen Kontakte mehr.	Unterschiede: Frau B erlebt als einzige partnerschaftliche Sexualität als angenehm.
Kinderwunsch	ja	ambivalent	nein	
Dominierende sexuelle Fantasien	Einvernehmliche sexuelle Interaktion mit vorpubertären Mädchen.	Inzest (Mütter–Töchter; bevorzugte Fantasie mit der eigenen Mutter); sadistische Vorstellungen, bei denen es um eigene Macht geht.	Inzest (Mütter–Söhne, Väter–Töchter); masochistische Vergewaltigungsfantasien (Erwachsene).	deutliche Unterschiede
Sexuelle Orientierung	exklusiv pädophil, orientiert auf Mädchen (Tanner I und II)	nicht-exklusiv pädophil, orientiert auf Jungen und Mädchen (Tanner II) sowie erwachsene Männer und Frauen (Tanner V), Schwerpunkt: Männer	nicht-pädophil; widersprüchliche Präferenzangaben	deutliche Unterschiede
Vorbehandlungen	Medikation wegen ADHS; Psychotherapien wegen ADHS, Borderline- und Transidentitätsstörung; Mastektomie; aktuell in Testosteronbehandlung.	Stationärer psychosomatischer Aufenthalt und ambulante Psychotherapie wegen rezidivierender Depression	45 stationäre Behandlungen in Akutpsychiatrien (inkl. Elektrokonvulsionstherapie).	Gemeinsamkeit: umfangreiche psychotherapeutische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen
Diagnosen	Borderline-Persönlichkeitsstörung; Depression; ADHS; Transidentitätsstörung; Alkoholmissbrauch; Cannabiskonsum	Borderline-Akzentuierung; rezidivierende Depressionen; Alkohol- und Cannabissmissbrauch in der Vergangenheit	Borderline-Persönlichkeitsstörung; schwere rezidivierende Depressionen; PTBS; dissoziative Störung; Bulimia nervosa; Masochismus.	Gemeinsamkeiten: Borderline und Depression
Suizidalität und Selbstverletzung	Selbstverletzung seit 11. LJ; Suizidversuch mit 14 J.	Nichtsuizidale Selbstverletzung und gelegentliche Suizidgedanken	Über 20 Suizidversuche; anamnestisch ausgeprägte Selbstverletzung	Gemeinsamkeit: Selbstverletzung und Suizidgedanken

entsprechende Störung nach ICD-10 vollständig erfüllt werden. Alle haben selbstverletzendes Verhalten gezeigt und haben wiederkehrende Suizidgedanken, wobei zwei Personen Suizidversuche verübt haben. Am wenigsten betroffen erscheint hier Frau B, die noch keinen Suizidversuch begangen hat und (abgesehen von Alkoholmissbrauch) keine weitere Diagnosegeschichte aufweist, wohingegen bei Herrn A neben der Störung der Geschlechtsidentität eine ausgeprägte ADHS hinzukommt und bei Frau C eine PTBS, eine dissoziative Störung, eine Bulimia nervosa und ein Masochismus diagnostiziert wurden.

Interessanterweise berichten sowohl Frau B als auch Frau C von Inzestfantasien. Ein Unterschied ist hier allerdings, dass Frau C sich in ihren Fantasien meist in die Rolle der Minderjährigen begibt und die Fantasien deutlich masochistische Züge tragen, wohingegen Frau B oft die dominierende Rolle auslebt und ihre Fantasien sadistische Anteile haben. Dass Frau C sich in ihrer Fantasie in die unterlegene (kindliche) Rolle begibt und das Erleben von Schmerz, Erniedrigung und Unterwerfung als wesentlich für die sexuelle Befriedigung angibt, ist letztlich der Grund, warum wir hier von einer Reinszenierung erlebter Traumata und einem Masochismus statt von einer genuinen Pädophilie ausgehen.

Herr A ist die einzige der drei Personen, bei der wir eine exklusive Pädophilie diagnostiziert haben. Da nach dem Beginn der Testosteronbehandlung die pädophilen Fantasien deutlich häufiger und intensiver wurden und damit auch sein Leidensdruck anstieg, ist zu diskutieren, ob ohne die Hormongabe die vom Patienten erlebte Belastung durch seine sexuellen Fantasien ausgeprägt genug gewesen wäre, um die ICD-10-Kriterien für eine Pädophilie zu erfüllen. Nach ICD-10 müssen wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse und Fantasien vorliegen, durch die sich die Person deutlich beeinträchtigt fühlt. Während die Fantasien bereits vor der Hormongabe vorhanden waren, lösten diese aufgrund ihrer Seltenheit kein wesentliches Leiden bei Herrn A aus. Allerdings ist noch offen, ob nicht doch – entgegen der Einschätzung des Endokrinologen – durch das Testosteron-Gel und die Anhebung des Testosteronspiegels die Intensivierung der Sexualfantasien erklärbar ist und entsprechend die Testosterondosisreduktion einen therapeutischen Ansatzpunkt hätte darstellen können, wenngleich auch andere – von der Hormonbehandlung unabhängige – Ursachen (z.B. neuer Arbeitsweg vorbei an einem Spielplatz oder Volljährigkeit führt zu kritischerer Selbstwahrnehmung) zu diskutieren sind. Dennoch zeigt das Fallbeispiel, dass bei Personen mit geschlechtsangleichenden Maßnahmen zahlreiche Einflussfaktoren mitbedacht werden müssen, bevor eine zuverlässige Diagnose gestellt werden kann. Die Messung des Testosteronspiegels und ein Vergleich zur früheren Intensität der Fantasien stellen hierbei nur den Anfang dar.

Bei Frau B ist die pädophile Neigung eher als ein nicht-ausschließlicher Typus zu bewerten, da sie auch mit Erwachsenen eine befriedigende Sexualität erleben kann. Ihr Leidensdruck entsteht teilweise durch Katastrophisierungsgedanken (i.S.v.

„Wenn ich eine pädophile Neigung habe, hat das vernichtende Auswirkungen auf meine berufliche und private Zukunft“) und eine geringe Frustrationstoleranz und Emotionsregulationsfähigkeit (i.S.v. „Wenn es mir Freude bereitet, will ich darauf nicht verzichten“). Diese Denkstile erscheinen wiederum sowohl mit der komorbiden rezidivierenden depressiven Störung als auch mit den emotional-impulsiven Persönlichkeitszügen assoziiert zu sein. Frau B unterscheidet sich hierbei kaum von der männlichen Klientel des Projektstandortes, bei der Depressionen und Persönlichkeitsakzentuierungen häufig komorbid vertreten sind. Bei Frau B könnte man zudem an die These der Reproversion denken: Sie ist wiederholt bewusst das Risiko einer Schwangerschaft eingegangen, obwohl in der damaligen Partnerschaft kein eindeutiger Kinderwunsch bestand und sie sich schließlich zur Abtreibung entschieden hat. Nun ließe sich spekulieren, dass bei ihr erst in einer Lebensphase, in der die Abwehr nicht mehr auf der Fortpflanzungsdimension ausagiert werden konnte – nämlich als Single während der Corona-Pandemie –, der alternative Abwehrmechanismus der pädophilen Neigung (als Perversion der Lustdimension) in den Vordergrund trat.

Deutliche Unterschiede zur männlichen Klientel des *Kein Täter werden*-Projekts weist Frau C auf, die durch ihre extreme Vorgeschichte, ihre Vielzahl an komorbiden Erkrankungen und die zahlreichen Klinikaufenthalten nach Suizidversuchen eine wesentlich intensivere komorbide Symptomatik besitzt als die meisten anderen Patienten. Besonders interessant ist in ihrem Fall, dass es sich nur um vermeintlich pädophile Fantasien handelt, die auf andere Phänomene (Täterintrojekte) zurückzuführen sind. Da Frau C die Körperschemata von Kindern und Jugendlichen nicht als sexuell erregend empfindet, wurde eine Pädophilie ausgeschlossen. Im Vordergrund steht hier eine komplexe PTBS, die der weiteren Behandlung bedarf.

Die drei Fälle verdeutlichen die Komplexität der Diagnostik, insbesondere mit Blick auf die auch bei Männern häufig auftretenden Komorbiditäten. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die drei Teilnehmer:innen vom männlichen Klientel nur darin, dass sie eher zu den stärker (vor-)belasteten Patienten des Projektstandortes gehörten. Dennoch liegen auch bei mehreren männlichen Teilnehmern vergleichbare psychische Vorerkrankungen vor, wodurch kein eindeutiger Unterschied in der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Vorgeschichte festgestellt werden konnte.

Auch im therapeutischen Vorgehen entstand nicht der Eindruck, eine geschlechtsbezogene Therapie anbieten zu müssen. Eine Besonderheit bestand lediglich darin, dass die gruppentherapeutische Behandlung, nach einer Diskussion über homogene und heterogene Gruppen sowohl Herrn A als auch Frau B angeboten, diese aber nur von Herrn A wahrgenommen wurde. Frau B entschied sich gegen eine Teilnahme an der Gruppe, da sie befürchtete, sich als einzige Frau in der Gruppe nicht wohlfühlen zu können. Dabei muss offen bleiben, ob sich diese Sorge bewahrheitet hätte. Unserer Meinung nach

besteht keine generelle Notwendigkeit geschlechtergetrennter Gruppen, insofern das mit den Wünschen und Zielen aller Teilnehmer:innen vereinbar ist, da auch heterogene Gruppen Vorteile bieten, beispielsweise die Reflexion verschiedener Sichtweisen, authentische emotionale Rückmeldungen und Aufdeckung kognitiver Verzerrungen etc. Vielmehr sollte wie bei jeder Gruppenzusammensetzung auf der individuellen Ebene über die Gruppentauglichkeit und -passung entschieden werden und nicht aufgrund des Geschlechts.

Zusätzlich wurden bei Herrn A die geschlechtsangleichenden Maßnahmen immer wieder Teil der Einzelgespräche, wodurch ein gewisser Unterschied zu den sonst üblichen Themen entstand. Insgesamt stellt dies aber nur ein individuell angepasstes Vorgehen dar, wie es in anderen Einzeltherapien auch der Fall ist. Ähnlich der Richtlinien-Psychotherapie anderer Störungsbilder sollte sich Psychotherapie nicht nach dem Geschlecht, sondern der Art der Erkrankung und den individuellen Ressourcen der Patient:innen richten. Somit plädieren wir generell für ein individualisiertes statt für ein geschlechtsbezogenes Vorgehen. Um Fehlbehandlungen im Bereich der paraphilen Störungen zu vermeiden und die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Störungsbildern zu erfassen, ist hierbei allerdings ein umfassendes sexualwissenschaftliches Wissen und ein profundes psychiatrisches und psychotherapeutisches Know-How notwendig. Sonst hätte es beispielsweise leicht passieren können, dass Frau C fälschlicherweise als pädophil eingestuft worden wäre und eine entsprechend nicht zielführende Behandlung angeboten bekommen hätte.

Unabhängig davon, ob eine Pädophilie oder eine Reinszenierung des eigenen Missbrauchs vorliegt, deutlich wird unseres Erachtens in allen drei Fällen der hohe Leidensdruck der Patient:innen. Wie der Fall von Frau C stellvertretend für zahlreiche andere Fälle zeigt, haben selbst sehr psychotherapie- bzw. psychiatrieerfahrene Patient:innen unter Umständen noch nie über ihre sexuellen Fantasien und Probleme gesprochen. Wir wissen von vielen anderen Patient:innen, wie schwer es fällt, sich hinsichtlich derartiger sexueller Fantasien zu öffnen. Hier scheint das Projekt *Kein Täter werden* Rahmenbedingungen zu bieten – wie die Anonymität, aber auch den speziell auf die Pädophilie-Thematik zugeschnittenen Kontext –, die es den Patient:innen ermöglichen, sich zu offenbaren und in der Folge auch an ihren Schwierigkeiten zu arbeiten. Allein die diagnostische Einschätzung kann für einen gewissen Teil der Patient:innen bereits hilfreich sein, wie der Fall von Frau C darlegen konnte.

Zusätzlich zur eigenen Scham über die auf Kinder gerichteten sexuellen Fantasien, die eine offene Auseinandersetzung in der Psychotherapie bzw. Behandlung verhindert, kommt die Tendenz unserer Gesellschaft hinzu, solche Fantasien und folgende Taten bei Frauen zu verharmlosen und zu tabuisieren (z.B. Tozdan et al., 2020). Hierdurch können betroffene Frauen auch im professionellen Kontext die Erfahrung machen, in ihren Sorgen nicht ernst genommen oder abgelehnt zu werden.

Da analog zu den männlichen Betroffenen von einem erhöhten Risiko für einen sexuellen Übergriff auf Kinder bzw. einem starken inneren Leidensdruck auszugehen ist, ist es von besonderer Relevanz, pädophile Interessen bei Frauen zu entstigmatisieren und professionelle Helfer auf dieses Phänomen aufmerksam zu machen. Um die aufkommende Scham der Betroffenen zu überwinden, wäre eine aktive Herangehensweise der Behandler:innen z.B. im Sinne einer Sexualanamnese sinnvoll. Diese wird in der Praxis im niedergelassenen Bereich jedoch selten gezielt durchgeführt. Durch das klar definierte Themengebiet und die niedrigen Eingangskriterien können Projekte wie *Kein Täter werden* die anfänglichen Hürden bei der innerlichen Auseinandersetzung mit der Problematik reduzieren.

Ob ein Projekt wie *Kein Täter werden* auch für Frauen die richtige Versorgungsvariante darstellt, muss jedoch noch analysiert werden. So kritisieren Tozdan et al. (2020), dass „Projects such as the German Dunkelfeld Project appear to be directed toward male individuals with a sexual interest in children“ (12). Eine Äußerung, die noch nachvollziehbarer wird, wenn man die aktuellen Statistiken des Projekts betrachtet. So wendeten sich im Zeitraum von 2005 bis 2020 insgesamt 3297 potentielle Patienten an den Standort in Berlin. Hiervon waren lediglich 39 Personen weiblichen Geschlechts. Von den 1467 Personen, die zu einem Erstgespräch erschienen, waren 25 weiblich (Beier, 2021). Am Bamberger Standort liegen die Verhältnisse ähnlich, wenngleich die Datengrundlage der Jahre 2016 bis 2021 weniger umfangreich ist. Von insgesamt 148 geführten Erstgesprächen fanden lediglich drei mit Frauen statt. Vergleicht man diese Zahlen mit den eingangs zitierten Prävalenzen, in denen das Verhältnis Frau zu Mann je nach Studie in etwa 1 : 3 bis 1 : 10 beträgt, stellt man fest, dass das Angebot in erster Linie von Männern in Anspruch genommen wird, obwohl es mehr betroffene Frauen geben sollte. Ob dies durch die bisher eher auf Männer gerichtete Außendarstellung des Projekts zustande kommt oder ob Frauen andere Bedürfnisse in der Kontaktabstimmung haben, bleibt offen. Es wäre theoretisch denkbar, dass Männer unter Umständen eher eine anonyme Behandlung in Anspruch nehmen wollen, während Frauen sich eher vertrauten Personen öffnen möchten. Zusätzlich wäre denkbar, dass Frauen sich weniger in der „Täter“-Rolle sehen und sich, trotz inneren Leidensdrucks, durch den Titel des Projekts nicht angesprochen fühlen. Eine veränderte Ausrichtung der Außendarstellung auf weibliche Betroffene und Personen, die sich selbst nicht als Täter sehen, scheint daher sinnvoll. Nur so kann den betroffenen Personen eine adäquate Anlaufstation für ihre psychischen und sexuellen Probleme geboten werden und der sexuelle Missbrauch an Kindern auf allen Ebenen verhindert werden.

Literatur

- Alexander, M.G., Fisher, T.D., 2003. Truth and consequences: Using the bogus pipeline to examine sex differences in self-reported sexuality. *J Sex Res* 40, 27–35. Zit.n.: Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K. (Hg.), 2021. *Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit*. 3. Aufl. Elsevier, München.
- Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., Klapilová, K., 2021. The prevalence of paraphilic interests in the Czech population: Preference, arousal, the use of pornography, fantasy, and behavior. *J Sex Res* 58 (1), 86–91. DOI: 10.1080/00224499.2019.1707468
- Beier, K.M., 2021. Prävention sexueller Traumatisierungen, in: M. Franz und A. Karger, Tagungsband des Männerkongresses. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, im Druck.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K. (Hg.), 2021. *Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit*. 3. Aufl. Elsevier, München.
- Berner, W., Briken, P., Hill, A., 2009. Female Sexual Offenders. In: Saleh, F.M., Grudzinkas, A.J., Bradofr, J.M., Brodsky, D.J. (Eds.), *Sex Offender – Identification, Risk Assessment, Treatment, and Legal Issues*. Oxford University Press, Oxford, UK.
- Bundeskriminalamt (Hg.), 2016. *PKS Jahrbuch, Band 4, Version 2.0, S. 15*, Verfügbar unter: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2016/pks2016_node.html
- Bundeskriminalamt (Hg.), 2017. *PKS Jahrbuch, Band 4, Version 5.0, S. 18*, Verfügbar unter: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2017/pks2017_node.html
- Bundeskriminalamt (Hg.), 2018. *PKS Jahrbuch, Band 4, Version 3.0, S. 18*, Verfügbar unter: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2018/pks2018_node.html
- Bundeskriminalamt (Hg.), 2019. *PKS Jahrbuch, Band 4, Version 2.0, 20*, Verfügbar unter: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSJahrbuch/pksjahrbuch_node.html
- Bundeskriminalamt (Hg.), 2020. *PKS Tabellen. Version 1.0*, Verfügbar unter: <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2020/PKSTabellen/BundTV/bundTV.html?nn=145506>
- Cortoni, F., Gannon, T.A., 2017. Understanding female sexual offenders. In: Ward, T., Beech A.R. (Eds.), *Theories of sexual offending*. Wiley-Blackwell, Chichester, UK, 453–471.
- Englert, H., Schaefer, G., Roll, S., Ahlers, C., Beier, K.M., Willich, S., 2007. Prevalence of erectile dysfunction among middle-aged men in a metropolitan area in Germany. *International Journal of Impotence Research* 19, 183–188.
- Fiedler, P., 2018. *Sexuelle Störungen*. Beltz, Weinheim.
- Fine, C., 2018. Feminist science: who needs it? *Lancet*, 393 (10171), 9–15. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32400-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32400-0)
- Finkelhor, D., 1984. *Child sexual abuse: New theory and research*. Free Press, New York.
- Gottfredson, M.R., Hirschi, T., 1990. *A general theory of crime*. Stanford University Press, Palo Alto.
- Heinz, W., 2015. Frauenkriminalität. *Kriminalistik* 5, 275–285.
- Hunter, J.A., Mathews, R., 1997. Sexual deviance in females. In: Laws, D.R., O'Donohue, W.T. (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. Guilford Press, New York, NY, 465–480.
- Joyal, C.C., Carpentier, J., 2017. The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey. *J Sex Res* 54 (2), 161–171. DOI:10.1080/00224499.2016.1139034
- Kavemann, B., 2009. Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Jungen. In: Elz, J. (Hg.), *Täterinnen. Befunde, Analysen, Perspektiven, Kriminologie und Praxis (KUP) – Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle Bd. 58: 135–143*. Wiesbaden.
- Klein, V., Savaş, Ö., Conley, T.D., 2021. How WEIRD and androcentric is sex research? Global inequities in study populations. *J Sex Res*, 3.5.2021. DOI: 10.1080/00224499.2021.1918050
- Kubik, E.K., Hecker, J., Righthand, S., 2002. Adolescent females who have sexually offended: comparison with delinquent adolescent female offenders and adolescent males who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11, 63–83.
- Laux, L., 2003. *Persönlichkeitspsychologie*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Leuschner, F., 2020. Täterinnen. Hintergründe und Deliktstrukturen von Straftaten durch Frauen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 14, 130–140.
- Miller, L., 2013. Sexual offenses against children: Patterns and motives. *Aggress Violent Behavi* 18 (5), 506–519.
- Neutze, J., Osterheider, M., 2015. Mikado-Studie. Verfügbar unter http://www.mikado-studie.de/tl_files/mikado/upload/MiKADO_Zusammenfassung.pdf
- Sachse, R., 2016. *Therapeutische Beziehungsgestaltung*, 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen.
- Schaefer, G.A., Englert, H.S., Ahlers, Ch.J., Roll, S., Willich, S.N., Beier, K.M., 2003. Erektionsstörung und Lebensqualität: Erste Ergebnisse aus der Berliner Männer-Studie BMS-I. *Sexuologie* 10 (2–3), 50–60.
- Seto, M.C., 2019. The motivation-facilitation model of sexual offending. *Sexual Abuse* 31 (1), 3–24. DOI: 10.1177/1079063217720919
- Seto, M.C., Curry, S., Dawson, S.J., Bradford, J.M.W., Chivers, M.L., 2020. Concordance of paraphilic interests and behaviors. *J Sex Res* 58 (4), 424–437. DOI: 10.1080/00224499.2020.1830018
- Simons, D.A., Wurtele, S.K., Durham, R.L., 2008. Developmental experiences of child sexual abusers and rapists. *Child Abuse & Neglect* 32, 549–560. DOI:10.1016/j.chiabu.2007.03.027
- Tozdan, S., 2020. Weibliche Devianz: Sexueller Kindesmissbrauch durch Frauen. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 27 (2), 161–172.
- Tozdan, S., Briken, P., Dekker, A., 2019. Uncovering Female Child Sexual Offender – Needs and Challenges for Practice and Research. *Journal of Clinical Medicine* 8, 401. DOI: 10.3390/jcm8030401
- Tozdan, S., Dekker, A., Neutze, J., Santtila, P., Briken, P., 2020. Sexual Interest in Children Among Women in Two Nonclinical and Non-representative Online Samples. *Sex Med* 8 (2), 251–264. DOI: 10.1016/j.esxm.2020.01.007.
- van Anders, S.M., 2015. Beyond sexual orientation: Integrating gender/sex and diverse sexualities via sexual configurations theory. *Arch Sex Behav* 44 (5), 1177–1213.
- Wurtele, S., Simons, D., Moreno, T., 2014. Sexual Interest in Children Among an Online Sample of Men and Women: Prevalence and Correlates. *Sexual Abuse* 26 (6). DOI: 10.1177/1079063213503688

Autor:innen

Dr. med. Ralf Bergner-Köther, Dr. med. Jan H. Peters, Christiane Bauer, Dr. med. Lea Blankenmeyer, Prof. Dr. med. Göran Hajak, Sozialstiftung Bamberg, Klinikum am Michelsberg, Psychiatrische Institutsambulanz – Abteilung Sexualmedizin, St.-Gretre-Str. 18, 96049 Bamberg, e-mail: ralf.bergner-koether@sozialstiftung-bamberg.de

Komorbid Störungen und Einzelversorgung im Präventionsprojekt Dunkelfeld

Klaus M. Beier, Zeev Hille, Torsten Freitag, Hannes Ulrich

Comorbid Disorders and Individual Care in the *Prevention Project Dunkelfeld*

Abstract

The article discusses comorbid disorders in pedophile and hebephile participants in the Berlin location of the *Prevention Project Dunkelfeld*. Overall, almost half of those receiving therapeutic care have psychological comorbidities, most frequently affective and somatoform disorders, but also intellectual deficits and personality or schizophrenia spectrum disorders. All these various comorbidities require special attention in addition to the pedophilic and/or hebephilic sexual preference and have an influence on the treatment planning and implementation of therapy, not least with regard to the limited group capacity of those affected and the resulting need for individual care as well as additional pharmaceutical treatment options. Care structures for people who are attracted to the prepubescent and/or the early adolescent body schema must take this aspect into account.

Keywords: Pedophilia, Hebephilia, Comorbid disorders, Individual care

Zusammenfassung

Dargestellt werden die komorbiden Beeinträchtigungen bei pädophilen und hebephilen Teilnehmenden im Berliner Standort des *Präventionsprojekts Dunkelfeld*. Insgesamt weisen annähernd die Hälfte der therapeutisch Versorgten psychische Komorbiditäten auf, am häufigsten affektive und somatoforme Störungen, relativ häufig finden sich aber auch Intelligenzminderungen, Persönlichkeitsstörungen oder Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. All diese verschiedenen komorbiden Störungen verlangen neben der pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz eine gesonderte Beachtung und haben Einfluss auf die Behandlungsplanung und Durchführung der Therapie, nicht zuletzt auch mit Blick auf die begrenzte Gruppenfähigkeit der Betroffenen und die daraus erwachsene Notwendigkeit einer Einzelversorgung sowie zusätzlich erforderliche medikamentöse Behandlungsoptionen. Zukünftige Versorgungsstrukturen für Menschen mit einer Ansprechbarkeit für das vorpubertäre und/oder das frühpubertäre Körperschema werden diesen Aspekt ausreichend Rechnung tragen müssen.

Schlüsselwörter: Pädophilie, Hebephilie, komorbide Störungen, Einzelversorgung

Einleitung

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass Komorbiditäten bei pädophilen Männern und Männern, die für sexuellen Kindesmissbrauch verurteilt wurden, eher die Regel als die Ausnahme darstellen (Dunsieth et al., 2004; Kafka & Hennen, 2002; Raymond et al., 1999). In der Untersuchung von Raymond und Mitarbeiter:innen (1999) wies die Mehrheit der untersuchten klinischen Stichproben ambulanter pädophiler Sexualstraftäter:innen komorbide psychiatrische Störungen der Achsen I und II des DSM-IV auf (American Psychiatric Association, 2000). Dabei stellten aktuelle affektive Störungen (31,1 %) und Angststörungen (5,3 %) die häufigsten Zusatzdiagnosen auf Achse I dar. Darüber hinaus erfüllten 60 % die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung auf Achse II (Raymond et al., 1999). Diese und andere Ergebnisse in Bezug auf Komorbiditäten sind im Einklang mit den Erfahrungen der klinischen Arbeit im Rahmen des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* (PPD). Zusätzlich scheinen die subklinischen Dysfunktionen oder Auffälligkeiten, die nicht die Kriterien einer psychiatrischen Störung erfüllen, noch häufiger vorzukommen.

In einer Untersuchung von Konrad et al. (2017) wurde die allgemeine psychische Belastung von 455 männlichen Teilnehmern des PPD mithilfe des *Brief Symptom Inventory* (BSI; Franke, 2000) erfasst. Die Ergebnisse zeigten, dass 59 % der Stichprobe eine klinisch relevante psychische Belastung aufwiesen, die mit der Belastung stationär behandelter Psychatriepatienten vergleichbar war.

Behandlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten

Aufgrund der in der Zielgruppe häufig auftretenden Komorbiditäten können diese kein generelles Ausschlusskriterium für die Behandlung pädophiler und hebephiler Menschen im Gruppensetting darstellen. Gleichzeitig können Komorbiditäten aber mit der therapeutischen Arbeit in den Gruppen in Konflikt geraten, indem sie z.B. die Fokussierung der Risikofaktoren oder des problematischen Verhaltens der Patient:innen erschweren.

Daher ist es unabdingbar, komorbide psychische Erkrankungen systematisch zu erfassen, um diese bei der Therapie-

planung berücksichtigen zu können. Im Rahmen des zu Beginn der Behandlung aufgestellten Störungsmodells und des individuellen Delinquenz- und Risikomodells wird daher auch berücksichtigt, inwieweit zusätzliche psychische Erkrankungen vorliegen oder sogar maßgeblich zu vergangenem dissexuellen Verhalten beigetragen haben. Basierend auf dem Störungs- und Risikomodell wird entschieden, ob eine Teilnahme an der Dissexualitätstherapie trotz komorbider Erkrankungen möglich ist.

Auch wenn die Frage nach dem genauen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang oft nicht abschließend beantwortet werden kann, schätzen einige Patient:innen ihre depressiven Symptome als Folge der pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz ein. Häufig lässt sich im Rahmen der mikroanalytischen Betrachtung des Problemverhaltens ein entsprechender Teufelskreis erkennen. Beispielsweise berichten Patient:innen, dass sie auf negative Gefühlszustände (z.B. Niedergeschlagenheit, Unzulänglichkeitsempfinden) mit sexualisiertem Verhalten (z.B. Nutzung von Missbrauchsabbildungen) reagieren, sodass sie kurzfristig eine Erleichterung verspüren (im Sinne negativer Verstärkung), langfristig aber eine Zunahme von Unzulänglichkeitsgefühlen und Niedergeschlagenheit. Dies führt dann wiederum zum Wunsch, diesem aversiven Gefühl zu entkommen, und zum Impuls, Missbrauchsabbildungen zu nutzen. In diesem Fall lässt sich ein enger Zusammenhang der depressiven Symptomatik mit dem Problemverhalten erkennen.

Es ist möglich, dass eine Fokussierung auf das problematische Verhalten (Nutzung von Missbrauchsabbildungen) und der Aufbau alternativer Verhaltensweisen zum Umgang mit aversiven Gefühlen auch zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik führen, sodass diese komorbide psychische Erkrankung keine Kontraindikation für die Dissexualitätstherapie im Einzel- oder Gruppensetting darstellt. Gemäß den Grundprinzipien der Gruppentherapie sollten präferenz- und risikobezogene Anliegen von Teilnehmenden, die für die Gruppe relevant sind, als erstes angesprochen werden. Häufig ermöglicht aber auch die Thematisierung allgemeiner psychischer Belastungen eine bewusste und offene Annäherung an den Umgang mit Sexualpräferenz, Risikofaktoren oder problematischem Verhalten.

Fallbeispiel – Affektive Störung

Der 43-jährige Patient stellte sich im PPD vor, nachdem er acht Wochen wegen akuter Suizidalität, depressiver und ängstlicher Symptomatik in stationärer Behandlung gewesen war. Dort hatte er bereits antidepressive Medikamente (Lithium und Paroxetin) erhalten, die von dem niedergelassenen Psychiater weiter verordnet wurden.

Er berichtet, er lebe seit über 25 Jahren allein mit der pädophilen Neigung bezogen auf vor- und frühpubertäre Jungen und habe sich im Rahmen der Behandlung jetzt erstmals

Therapeut:innen anvertraut. Er habe keinerlei soziosexuelle oder Beziehungserfahrungen und leide stark unter Einsamkeitsgefühlen und massiver Selbstabwertung aufgrund der pädophilen Neigung. Es sei noch nie zu sexuellen Grenzüberschreitungen gegenüber Kindern oder zur Nutzung von Missbrauchsabbildungen gekommen.

Der Patient ist als jüngster Sohn (Bruder fünf Jahre älter) bei den Eltern in behüteten Verhältnissen in ländlicher Umgebung aufgewachsen. Zu beiden Eltern habe er ein gutes Verhältnis, wobei es mit dem Vater auch schwierige Phasen gegeben habe, da dieser ebenfalls depressiv war. Niemand in der Familie wisse von seiner pädophilen Neigung.

In seiner Kindheit habe er zunächst eine Sprachstörung während der Kindergartenzeit gehabt, die jedoch therapeutisch habe behoben werden können. Aufgrund einer Lese-Rechtsschwäche habe er Schwierigkeiten und Versagensängste in der Schule gehabt, wodurch sich seine soziale Phobie noch verstärkt habe. Nach dem Realschulabschluss habe er zunächst eine Ausbildung als Tischler abgeschlossen, schon bald aber eine medizinische Reha-Behandlung wegen Depression und Ängsten in Anspruch genommen und hiernach eine Umschulung zum Bürokaufmann gemacht. In diesem Beruf arbeitete er auch zum Zeitpunkt der Vorstellung am Institut, war jedoch aktuell krankgeschrieben.

Er habe wenige Außenkontakte, aber insbesondere einen Freund aus Schulzeiten, mit dem er sich treffe, wobei dieser einen Sohn habe, der für ihn sexuell ansprechend sei. Dies führe manchmal zu schwierigen Situationen für ihn, weil es ihm schwerfalle, mit dem Jungen Zeit zu verbringen. Es sei aber noch nie zu kritischen oder grenzüberschreitenden Situationen mit diesem gekommen und dies befürchte er auch nicht.

Der Patient nahm zunächst an der Psychoedukationsgruppe und hiernach an einer Therapiegruppe des PPD teil. Aufgrund seiner starken depressiven und angstbezogenen Belastung fanden zusätzlich zur Gruppentherapie einzeltherapeutische Sitzungen mit dem Schwerpunkt der Angstbewältigung statt.

Sowohl in der Gruppentherapie als auch in den Einzelgesprächen standen zunächst die Akzeptanz der pädophilen Neigung sowie ihre Integration ins Selbstkonzept im Vordergrund der Behandlung. Durch klare Differenzierung von sexuellen Fantasien und Impulsen einerseits und sexuellen Handlungen andererseits wurde der Patient dabei unterstützt anzuerkennen, dass er nicht für seine Neigung verantwortlich ist, wohl aber für seine sexuellen Handlungen. Es wurden positive Sätze formuliert, die ihn dabei unterstützen sollten, seiner stets präsenten inneren Selbstabwertung etwas Selbstwertstabilisierendes entgegenzusetzen.

Aufgrund der starken Selbstabwertung, die insbesondere bei Konfrontation mit sexuellen Fantasien oder Impulsen auftrat, entschied sich der Patient zu einer antiandrogen wirkenden Medikation (Triptorelin; ein GnRH-Analogon, das alle 12 Wochen intramuskulär verabreicht wird). Hierdurch kam es zu einer zuverlässigen Reduktion sexueller Fantasien und Im-

pulse. Dies half dem Patienten, sich weniger selbstabwertend mit der Neigung und ihrer Bedeutung auseinanderzusetzen. Thematisch beschäftigte ihn vor allem die unerfüllte Sehnsucht nach einer Beziehung, da für ihn klar war, dass er keine Beziehung zu einem Jungen haben könne, er gleichzeitig aber sehr über diesen Verlust grübelte und Schwierigkeiten hatte, sich von der Fantasie zu verabschieden. In der Therapie wurden daher alternative Beziehungsmöglichkeiten sowie soziale Kontakte thematisiert und der Patient bemühte sich um einige Verabredungen mit erwachsenen Männern, um die Möglichkeit zu überprüfen, einige seiner Bedürfnisse im Rahmen von Beziehungen zu erwachsenen Männern zu erfüllen.

Im Rahmen der einzeltherapeutischen Gespräche wurden klassische verhaltenstherapeutische Interventionen bezüglich der sozialen Phobie durchgeführt. Im Rahmen von Verhaltensexperimenten (Vortrag halten, Vorlesen, Essen und Trinken in der Öffentlichkeit, Bahn fahren, etc.) wurden sozialphobische Befürchtungen überprüft und der Patient führte zunehmend die Experimente auch als Hausaufgaben fort, sodass die sozialphobische Symptomatik rückläufig war und der Patient kaum noch Vermeidungsverhalten zeigte.

Darüber hinaus wurde das Outing der pädophilen Neigung gegenüber den Eltern und dem Schulfreund des Patienten begleitet. Diese wurden im Rahmen von Rollenspielen vorbereitet und das Outing-Gespräch mit den Eltern gemeinsam geführt. Beide Parteien reagierten wohlwollend und nicht verurteilend, was dem Patienten zusätzlichen Auftrieb gab.

Nach Absprache wurde nach den großen Fortschritten des Patienten daher nach einem Jahr das antiandrogen wirkende Medikament abgesetzt. Das führte drei Monate später trotz der insgesamt deutlichen Verbesserung zu einer Zunahme der selbstabwertenden Gedanken und zu erneuten Suizidgedanken, von denen sich der Patient zwar noch distanzieren konnte, die ihn aber sehr anstrengten und sorgten. Er wünschte sich daher wieder eine Medikation. Aufgrund der antiandrogenen Wirkung von Triptorelin, der potenziell starken Nebenwirkungen und des geringen Risikos des Patienten, dissexuelles Verhalten zu zeigen, wurde eine Off-Label-Medikation mit einem Opiat-Antagonisten (Naltrexon, 50 mg peroral) begonnen, die zu einer Verringerung sexueller Fantasien und Impulse und zusammen mit dem Einsatz metakognitiver Interventionen zur Distanzierung von Selbstabwertung und Suizidgedanken führte.

Durch die Stabilisierung des Patienten lag der therapeutische Fokus im weiteren Verlauf darauf, den Patienten dabei zu unterstützen, Aktivitäten aufzubauen und Beziehungsmöglichkeiten zu erwachsenen Männern zu prüfen. Er meldete sich unter anderem in einem Sportverein an und bemühte sich online und offline um Kontakte zu anderen Männern. Es ergaben sich hieraus auch einige Kontakte, aus denen jedoch keine sexuellen oder romantischen Verbindungen entstanden. Parallel wurden weitere Übungen gegen sozialphobische Befürchtungen, vor allem in Bezug auf das Einkaufen, besprochen und von dem Patienten auch umgesetzt.

Nach neunmonatiger Behandlung mit Naltrexon berichtete der Patient von zunehmender und ihn belastender sexueller Befasstheit bei gleichzeitig ausbleibendem Orgasmus, was ihn sehr frustrierte. Es wurde daher gemeinsam mit dem Patienten besprochen, die Medikation wieder abzusetzen.

Trotz der deutlichen Stabilisierung des Patienten blieb die Traurigkeit über die Beziehungslosigkeit und Unmöglichkeit, eine erfüllende Sexualität führen zu können, ein starker Belastungsfaktor für ihn. Durch die metakognitiven Verhaltensstrategien gelang es ihm zwar besser, diese einzugrenzen, jedoch konnten auch kleinere Auslöser (z.B. zufällige Begegnungen mit Jungen) dazu führen, dass er sich stark mit dieser Sehnsucht beschäftigte und Schwierigkeiten hatte, sich von diesen Gedanken zu lösen. Da bezüglich dieses Punktes keine Verbesserungen durch einen weiteren Verbleib in der Gruppentherapie mehr zu erwarten waren, wurde mit dem Patienten ein Ausstieg aus der Therapiegruppe und Übergang in die Nachsorgegruppe besprochen.

Mit dem Beginn der Nachsorgegruppe entschied er sich aber schließlich erneut für eine zusätzliche Medikation mit Triptorelin, weil insbesondere jede Selbstbefriedigung zu den belastenden Fantasieinhalten (gegenseitige manuelle und orale Stimulation mit einem vorpubertären Jungen) massive Selbstvorwürfe und -abwertung zur Folge hatte und er daher vorzog, lieber gänzlich auf Sexualität verzichten zu wollen als sich diesem negativen Selbsterleben auszusetzen.

Gleichzeitig wurde dem Patienten eine ambulante Psychotherapie vermittelt um weiter an der depressiven Symptomatik zu arbeiten sowie weiterhin Verhaltensexperimente durchzuführen, um einer erneuten Zunahme sozialphobischen Vermeidungsverhaltens vorzubeugen. Begünstigend hierfür war seine ehrenamtliche Tätigkeit in einem gemeinnützigen Verein, in dem er sich akzeptiert fühlte.

Perspektivisch war hier von einer langfristigen Begleitung des Patienten auszugehen, wobei die sexuelle Präferenzbesonderheit sich offensichtlich verstärkend auf die affektiven Störungen auswirkte. Diagnostisch lag eine Pädophilie vom exklusiven Typus, gerichtet auf Jungen (ICD-10: F65.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1) und eine soziale Phobie (ICD-10: F40.1, gegenwärtig teilremittiert) vor (World Health Organization, 2019a). Als vorteilhaft war anzusehen, dass die homopädophile Sexualpräferenz (die sich nie auf der Verhaltensebene geäußert hatte, aber durch enormen Leidensdruck gekennzeichnet war) und die komorbiden Störungen in der Familie bekannt waren und er dort zusätzlichen Rückhalt fand.

Eine besondere Herausforderung im Gruppensetting stellen Projektteilnehmende mit komorbiden Persönlichkeits- oder schweren Interaktionsstörungen dar. Auch hier erscheint ein kategorischer Ausschluss dieser Patienten nicht indiziert, da die Durchführung einer fokussierten Dissexualitätstherapie bei einer ausgewogenen Gruppenzusammensetzung und guter Gruppenkohäsion durchaus auch mit einzelnen interaktions-

auffälligen Teilnehmenden möglich ist. Bei zu stark ausgeprägten Persönlichkeitsauffälligkeiten, die mit der Durchführung einer strukturierten Dissexualitätstherapie in der Gruppe im Konflikt stehen (z.B. antisoziale Persönlichkeitszüge, schwere narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen), muss eine einzeltherapeutische Versorgung durchgeführt werden. Dies ist insbesondere auch dann notwendig, wenn die stabilen Persönlichkeitseigenschaften zentraler Bestandteil der Störungs- und Delinquenzhypothese der Patient:innen sind.

Im Gegensatz zu den integrierbaren Behandelten kann es aber auch solche geben, die so im Vordergrund stehen und akut behandlungsbedürftig sind, dass eine Fokussierung auf Sexualität, Risikofaktoren und problematisches Verhalten kaum möglich ist. Auch in diesen Fällen kann es sein, dass es einen Zusammenhang zwischen der pädo- und/oder hebephilen Störung und den komorbiden psychischen Erkrankungen gibt.

Aus diesem Grund stellen akut behandlungsbedürftige psychische Komorbiditäten und Beeinträchtigungen (z.B. floride Substanzabhängigkeit, akute psychotische Symptomatik, schwere depressive Symptomatik, Suizidalität) Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die standardisierte Dissexualitätstherapie dar. In diesen Fällen wird eine allgemeinpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung der komorbiden Erkrankung vorgezogen (z.B. bei akuter Substanzabhängigkeit zunächst Langzeitentwöhnungstherapie, nach Stabilisierung und mindestens dreimonatiger Abstinenz dann Aufnahme der Dissexualitätstherapie) oder der/die Patient:in im Einzelsetting versorgt, wodurch eine größere Individualisierung und Flexibilität ermöglicht werden. Hierbei wird auf Basis von Erkenntnissen des diagnostischen Prozesses oft auch die Entscheidung getroffen, die Behandlung innerhalb dieses Einzelsettings abweichend von der standardisierten Dissexualitätstherapie zu planen. Diejenigen, die eine im PPD sogenannte „Einzelversorgung“ erhalten, werden aufgrund individueller Therapieziele und Bedarfe ggf. rein medikamentös versorgt und/oder die Behandlung wird niederfrequent ohne wöchentliche Sitzungen gestaltet. Durch diese Aspekte unterscheidet sich die Einzelversorgung von der Einzeltherapie, welche die hochfrequente standardisierte Dissexualitätstherapie im Einzelsetting darstellt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die psychischen Komorbiditäten und die Häufigkeit verabreichter Medikation für Einzelversorgte im PPD.

Fallbeispiel – Schizoaffektive Erkrankung

Der 46-jährige Tom hat eine psychiatrische Vorgeschichte, die im 24. Lebensjahr mit kurz aufeinanderfolgenden psychotischen Episoden beginnt und sich dann mit zahlreichen stationären Behandlungen in wechselnden Kliniken, mehrfachen

Zwangseinweisungen, suizidalen Krisen, ebenso wechselhaften und unsteten ambulanten Behandlungen fortsetzt. Es schien, als würde Tom, der vor der Erkrankung ein Einser-Abitur abgeschlossen und erfolgreich studiert hatte, „keinen Boden unter die Füße bekommen“, wie er selbst einmal formulierte. Erst in den letzten zwei Jahren sei ein vergleichsweise stabiler Zustand erreicht worden, was man vor allem einer „passenden“ Medikamenteneinstellung (mit einem neuen Depot-Antipsychotikum plus einem Antidepressivum) und strukturgebenden Hilfen (Betreuer, psychiatrische Pflege, Arbeit) anrechnen dürfe. Das psychopathologische Bild ist jetzt durch eine überdauernde Depression, verminderte Belastbarkeit, Selbstzweifel und immer wieder Suizidstimmungen gekennzeichnet. Tom hat eine eigene kleine Wohnung und arbeitet derzeit drei Stunden täglich in einer Druckerei in einer Werkstatt für seelisch behinderte Menschen. Er neige zu sozialem Rückzug, beschäftige sich mit Computerprogrammen und Online-Spielen. Aber er gehe auch (nicht ganz regelmäßig) zum Chorsingen, besuche in größeren Abständen seine beiden Brüder mit Familien sowie ein paar alte Freunde. Und seit zwei Jahren habe er eine etwas ältere Freundin, mit der er die meisten Wochenenden verbringe und manchmal auch intim werde, eine „Freundschaft plus“.

Bereits in der Prodromalphase der Psychose, mit etwa 18 Jahren, habe Tom Ängste berichtet, die sich auf sein sexuelles Erleben und auf die Begleitfantasien bei der Masturbation bezogen. Es besteht bei ihm eine Ansprechbarkeit auf das frühpubertäre und erwachsene Körperschema des weiblichen Geschlechts und seine Fantasien beinhalteten auch gewaltsame und erniedrigende Handlungen (eine nicht-ausschließliche hebephile Sexualpräferenz und Sadismus). Der Jugendliche sei verstört gewesen, habe Träume und Gedanken gehabt, sich den Penis abzuschneiden, um das Problem loszuwerden. In den späteren Psychosen habe Tom Bestrafung und Verdammung seiner Sexualität halluziniert, etwa „Gestalten, die den Penis abknabbern“ und weitere „Höllenszenen wie bei Brueghel oder Bosch“. Von Anfang an zeigte sich die Verzahnung von psychischer Krankheit und Leidensdruck aufgrund der Präferenzstörung. Selbstentwertung und Selbststigmatisierung zögen sich wie ein roter Faden durch die folgenden Jahre.

Es sei auch zu dissexuellem Verhalten gekommen: Zu-dringlichkeiten gegenüber Gelegenheitspartnerinnen und Prostituierten sowie Konsum von Missbrauchsabbildungen. Körperliche Übergriffe auf Kinder gab es aber nie. Tom habe versucht, die Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu unterlassen, was ihm auch über längere Dauer gelungen sei und dann doch mit Rückfällen geendet habe, der letzte im Sommer 2019. Er verbiete sich das Masturbieren, damit er „nicht diese Fantasien in den Kopf kriege.“ Er schäme und verurteile sich im Nachhinein für reales Fehlverhalten, aber auch, wenn er ein Mädchen auf der Straße attraktiv finde oder wenn er in der Fantasie ein Missbrauchsfoto von früher in Erinnerung rufe.

Erstmals stellte sich Tom im Jahre 2002 in der Hochschulambulanz für Sexualmedizin der Charité vor, dann im Jahre

Tab. 1: Verteilung der Komorbiditäten von Projektteilnehmenden in Einzelversorgung im PPD anhand der F-Codes des ICD-10 sowie Übersicht über verabreichten Medikamente

	<i>N</i>	%
Projektteilnehmende in Versorgung (Einzelversorgung, Einzeltherapie und Gruppentherapie)^a	146	100
davon in Einzelversorgung	65	44,52
davon männlichen Geschlechts	63	97
davon weiblichen Geschlechts	2	3
davon mit psychischen Komorbiditäten	39	60,00
davon mit medikamentöser Behandlung	26	40,00
Häufigkeit diagnostizierter psychischer Komorbiditäten bei Projektteilnehmenden in Einzelversorgung^b	67	100
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1	1,49
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3	4,48
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	11,94
Affektive Störungen	15	22,39
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	16	23,88
Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Störungen und Faktoren	2	2,99
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9	13,43
Intelligenzstörungen	10	14,93
Entwicklungsstörungen	2	2,99
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	1,49
Häufigkeit verabreichter Medikation bei Projektteilnehmenden in Einzelversorgung	39	100
Cyproteronacetat	12	30,77
GnRH-Analoga	17	43,59
SSRI	4	10,26
Opioid-Antagonisten	6	15,38

^a Die Gesamtzahl ergibt sich aus allen Projektteilnehmenden, die seit Beginn des Modellvorhabens 2018 neu ins Projekt aufgenommen wurden, in diesem Zeitraum die Therapie beendet haben oder bereits zuvor angebunden waren und aktuell immer noch in Versorgung sind.

^b Die Zahl diagnostizierter Komorbiditäten ergibt sich aus dem Sachverhalt, dass manche der in Einzelversorgung angebundenen Projektteilnehmenden keinerlei Komorbiditäten aufweisen, wohingegen andere die Kriterien von bis zu vier verschiedenen komorbiden psychischen Störungen erfüllen.

2009 im PPD, sowie im Jahre 2012 nochmals in der Hochschulambulanz, jeweils auf Initiative der damaligen psychiatrischen Behandler:innen. Er war ambivalent, brach die Angebote nach der ersten oder nach wenigen Sitzungen ab, so wie damals auch der psychiatrische Krankheits- und Behandlungsverlauf unsteigend war. Im Juli 2019, nach einer erneuten stationären Behandlung, meldete er sich wieder, und seitdem gelingt eine kontinuierliche Arbeit in Form einer „Einzelversorgung“ im PPD. Die Sitzungen fanden zunächst monatlich und jetzt alle zwei Wochen statt; Unterbrechungen gab es wegen der Corona-Lockdowns und während einer stationären Krisenintervention.

Inhaltlich bestand die Arbeit zunächst in Wissensvermittlung über das Präferenzkonzept, Unterscheidung von Fantasie und Verhalten, Erarbeiten der Haltung: „Du bist nicht verantwortlich für deine Präferenz, aber du bist verantwortlich für dein Verhalten; und du kannst verantwortungsvoll handeln.“

Ganz offenkundig besteht ein sich wechselseitig verstärkender Zusammenhang zwischen Selbstverurteilung und der depressiven Symptomatik. Anhand konkreter Alltagsbegebenheiten wurden die Einschätzung von Situationen, Erkennen von Risiken und angemessenen Verhaltensreaktionen erarbeitet. Beispielsweise vor den Besuchsreisen zu Angehörigen oder Freunden, bei denen Tom auch übernachtete und in nahen Kontakt zu deren Kindern kam, wurden die zu erwartenden Schwierigkeiten analysiert und dafür ein konkreter Schutzplan vorbereitet. Das Ergebnis war nicht nur Schutz vor potenziellen Übergriffen, sondern für Tom selbst ein Gewinn an Sicherheit und erlebter Selbstwirksamkeit. Weitere wichtige Themen waren Toms Unsicherheiten in der (auch sexuellen) Beziehung zur Freundin sowie die Rückfallprävention bezüglich eines indirekten sexuellen Missbrauchs an Kindern durch Bildernutzung.

Bei der insgesamt positiven Entwicklung in den letzten zwei Jahren ist seit einiger Zeit eine zunehmende Einschränkung von Aktivitäten zu beobachten. Sexuelle Aktivitäten, die früher viel Raum einnahmen, gehen derzeit gegen null, sowohl in der Partnerschaft als auch bei der Masturbation. Man könnte dies naheliegend als Symptom der Depression und Nebenwirkung der Psychopharmaka erklären. Auf die Frage, ob es auch als Verdammung und Abspaltung der Sexualität, so wie früher in den psychotischen Erlebnissen, nun in anderer Form zu verstehen sein könne, meint Tom: „Ja, das stimmt.“ Er stellte fest, dass er sich überhaupt kaum noch sinnliche Erlebnisse gönnt und dies wieder in sein Leben zurückholen möchte. Er befördert dies durch tägliche Achtsamkeits- und Genussübungen, mit dem Morgenkaffee beginnend. Er werde wieder regelmäßig am Chor teilnehmen und er mache angeleitete Meditationen mit einer Smartphone-App. Die Akzeptanz der sexuellen Präferenz wird sicherlich noch einige therapeutische Arbeit brauchen.

Zwei Angebote des PPD hat Tom noch gar nicht genutzt. Er hat es sich bisher nicht zugetraut. Das ist zum ersten eine Paarberatung gemeinsam mit der Freundin, wenn beide das möchten. Hier liegen große Ressourcen für die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse und Chancen für eine positiv erlebte Sexualität. Das ist zum zweiten ein niederschwelliges Gruppenangebot, das im Gegensatz zu den regulären Therapiegruppen des PPD in monatlichen Abständen stattfindet und eine hauptsächlich stützende und psychoedukative Zielstellung verfolgt, dennoch die Erfahrungsmöglichkeiten einer Gruppe bietet (unter anderem, mit der pädophilen oder hebephilen Präferenz nicht allein zu sein). Diese beiden Optionen werden Tom weiterhin angeboten werden.

Eine weitere wichtige Inanspruchnahmepopulation sind Menschen mit Intelligenzminderung und einer pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung geraten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IQ < 70) häufiger in Kontakt mit Justizbehörden aufgrund von sexuell übergriffigem Verhalten. Bei der Erreichbarkeit durch therapeutische Behandlungsmaßnahmen bei dieser besonderen Patientenklientel herrscht nach wie vor Uneinigkeit, obwohl Hinweise auf den Nutzen und die Wirksamkeit vorliegen (Hollomotz & Schmidt, 2018; Marotta, 2017). Dabei scheint eine ausreichende Dauer der therapeutischen Intervention von großer Bedeutung zu sein. Die Langsamkeit der Lernprozesse verlangt Geduld und Zeit (Day, 1993; Lindsay & Smith, 1998). Des Weiteren können der Erwerb von Wissen über Sexualität, das Erlernen der Übernahme sozialer Normen und Werte sowie die Vermittlung von Problemlösefertigkeiten und Fähigkeiten zur Selbstregulation protektiv und unterstützend sein. Da es den Betroffenen schwerer fällt, therapeutische Inhalte in den Alltag zu transferieren, ist der Einbezug des Umfeldes und das Etablieren eines Hilfesystems unabdingbar (Schlinzig et al., 2019; Seidel, 2010; Willner, 2005).

Fallbeispiel – Intelligenzminderung

Zur ambulanten Erstvorstellung erschien der damals 19-jährige Ben im Beisein einer Betreuerin aus seiner Wohneinrichtung. Aktuell bekannt geworden war die regelmäßige anale Penetration seines vier Jahre jüngeren Bruders über einen Zeitraum von mehreren Jahren, was zur Einschaltung des Jugendamtes führte. Betreuendes Personal habe den Patienten darüber hinaus kürzlich Hand in Hand mit einem Achtjährigen in einem Jugendclub angetroffen und es sei unklar, ob Ben auch bei diesem Jungen sexuelle Handlungen vorgenommen hatte. Die Aussagen des Patienten selbst blieben vage und widersprüchlich. Problembewusstsein war nicht erkennbar. Um die Therapie entsprechend der kognitiven Möglichkeiten anpassen zu können, erfolgten Intelligenzdiagnostik (WAIS-IV; Petermann & Wechsler, 2012) und die Feststellung des emotionalen Entwicklungsstandes durch ein validiertes Fremdrating-Verfahren (SEED; Sappok et al., 2018; vgl. Erretkamps et al., 2017; Eusterschulte et al., 2019). Sexuelles Erleben und Verhalten konnten aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten und weiteren Widersprüchen nicht exploriert werden. Die Auswertung des computergestützten Viewing-Time-Paradigmas zur Unterstützung der Exploration der sexuellen Orientierung konnte aufgrund von vielen Missings nicht ausgewertet werden. Beobachtungen diverser Betreuenden in Kombination mit dem Tatverhalten ließen jedoch auf eine sexuelle Ansprechbarkeit für das frühpubertäre männliche Körperschema (Hebephilie) schließen. Ben verfügt über einen emotionalen Entwicklungsstand eines 8- bis 12-jährigen und einen IQ-Gesamtwert von 57, was nach ICD-11 einer Störung der intellektuellen Entwicklung zuzuordnen ist (Lange, 2020; World Health Organization, 2019b). Im weiteren Verlauf erfolgte eine stationäre Diagnostik durch eine spezialisierte Psychiatrie, hierbei wurden die Diagnosen fetales Alkoholsyndrom und Impulskontrollstörung gegeben. Die Arbeit mit Ben kennzeichnet sich durch vielfaches Wiederholen und durch Vereinfachung der Sprache. Es bedurfte einer klaren feststehenden Struktur und kürzerer Sitzungen, da die Aufmerksamkeitspanne sehr begrenzt ist. Mit visuell anschaulichen Arbeitsmaterialien (z.B. Gefühlsmonster-Karten) und Symbolen konnte die Erreichbarkeit erhöht werden. Unter Beachtung eventueller Sinnes- und Motorikeinschränkungen unterstützten aktive Elemente wie Übungen und Rollenspiele das therapeutische Vorgehen. Auf offene Fragen antwortet Ben nicht adäquat und ist sprunghaft in den Themenfeldern. Es stellte sich heraus, dass die Mitarbeit erhöht werden kann, indem eine Auswahl aus zwei Antwortalternativen angeboten wird. Dieselben Worte wurden seitens des Therapeuten und des Patienten ständig wiederholt („Ich darf keinen Sex mit Kindern haben“). Das Vertrauen und die Beziehung konnten durch Smalltalk und Verständnis seiner alltäglichen Lebenswelt gestärkt werden. Zentrale Therapieziele sind der Aufbau von Verhaltenskon-

Alice Schwarzer, Chantal Louis (Hg.)

Transsexualität

Was ist eine Frau? Was ist ein Mann? - Eine Streitschrift

KiWi-Taschenbuch 2022

256 Seiten, kart., 12 €

Transsexualität und Feminismus – ein Beitrag zu einer brisanten und notwendigen Debatts

Das Ziel dieses Sammelbandes ist Aufklärung. Die Aufklärung über den Unterschied zwischen einem schwerwiegenden, psychisches Leiden erzeugenden Konflikt aufgrund der tiefen Überzeugung, im falschen Körper zu leben, und dem aktuellen Trend, bereits Geschlechterrollenirritation für »Transsexualismus« zu halten.

Die Herausgeberinnen begrüßen den seit 40 Jahren möglichen rechtlichen und medizinischen Beistand bei diagnostizierter »Geschlechterdysphorie« – aber sie melden humanitäre und politische Bedenken an zu dem aktuellen Trend, bereits bei einer Rollenirritation zu schnell mit schwerwiegenden Hormonbehandlungen und Operationen zu reagieren. Nicht zufällig hat sich die Richtung der »Transition« (früher mehrheitlich vom Mann zur Frau) in den letzten Jahrzehnten statistisch umgekehrt, was unübersehbar damit zu tun hat, die Erwartungen an die einengende Frauenrolle nicht erfüllen zu können. Statt die Mädchen zu ermuntern, aus dem starren Rollenkorsett auszubrechen, wird der biologische »sex« der Genderrolle angepasst.

In Alice Schwarzers und Chantal Louis' Sammelband melden sich Psychiaterinnen, Therapeuten, Pädagoginnen und Eltern jugendlicher Betroffener zu Wort, vor allem aber Betroffene selbst: Frauen, die Männer geworden sind, Männer, die Frauen geworden sind. Manche sind dageblieben, andere haben »detransitioniert«.

Sarah Charlotte Dionisius

Queere Praktiken der Reproduktion

Wie lesbische und queere Paare Familie, Verwandtschaft und Geschlecht gestalten

transcript 2021

338 Seiten, kart., 38 €

Ein, zwei, drei oder vier Elternteile, »Sponkel«, »Mapas« und lesbische Zeugungsakte – wer oder was Familie ist und wie sie gegründet wird, hat sich vervielfältigt. Sarah Charlotte Dionisius rekonstruiert aus einer von den Feminist Science and Technology Studies inspirierten, queertheoretischen Perspektive, wie lesbische und queere Frauen*paare, die mittels Samenspende Eltern geworden sind, Familie, Verwandtschaft und Geschlecht imaginieren und praktizieren. Damit wirft sie einen heteronormativitätskritischen Blick auf die sozialwissenschaftliche Familienforschung sowie auf gesellschaftliche und rechtliche Entwicklungen, die neue Ein- und Ausschlüsse queerer familialer Lebensweisen mit sich bringen.

Aus dem Inhalt:

Immer wieder wurde und wird eine gesellschaftliche Diskussion darüber entfacht, was unter dem Begriff »Familie« zu verstehen sei und was »gute Elternschaft«, die dem »Kindeswohl« diene, ausmache. Mit der Zunahme einer offenen Äußerung antifeministischer, homo- und transfeindlicher Haltungen ist auch eine Verschiebung der Diskurse einhergegangen, Nicht-Sagbares ist sagbar geworden.

In diesem Spannungsfeld diskursiver Aushandlungen und der Gleichzeitigkeit von Öffnungs- und Schließungstendenzen ist auch die vorliegende Forschungsarbeit situiert. Sie geht der Frage nach, wie Formen der Elternschaft jenseits der heterosexuellen Paarbeziehung in Deutschland eingegangen werden können und gelebt werden.



IHR PARTNER
IN DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE

Salvacyl®
TRIPTORELIN

3-Monats-Depot



Der erste LHRH-Agonist mit der Zulassung Schwerwiegende Paraphilie

Salvacyl* 11,25 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Depot-Injektionssuspension. Wirkstoff: Triptorelin. Zus.: 1 Durchstechfl. mit Pulv. enth. 11,25 mg Triptorelin (als Triptorelinembonat). Nach Rekonstitution in 2 ml Lösg.mittel enth. die zub. Susp. 11,25 mg Triptorelin (als Triptorelinembonat). Sonst. Bestandt.: Pulver: Poly(glycolsäure-co-milchsäure), Mannitol (Ph. Eur.), Carmellose-Natrium, Polysorbat 80. Lösg.mittel: Wasser für Inj.-zwecke. Anw.: Reversible Reduzierung des Testosterons bis auf das Kastrationsniveau, um den Sexualtrieb bei erw. Männern mit schw. sexueller Abnormität zu verringern. Die Behandl. mit Salvacyl muss von einem Psychiater initiiert u. kontrolliert werden. In Komb. mit der Behandl. soll eine Psychotherapie erfolgen, um das abnorme Sexualverhalten zu vermindern. Gegenanz.: Schwerwiegende Osteoporose; Überempf. geg. GnRH, GnRH-Analoga od. einen der sonst. Bestandt. Nebenw.: *Sehr häufig:* Astenie; Rückenschmerz; Parästhesien in d. unt. Extremitäten; vermind. Libido; Erektile Dysfunkt. einschl. fehlende Ejakulation, Ejakulationsstör.; Hyperhidrose; Hitzewallung. *Häufig:* Mundtrockenh., Übelk.; Reakt. a. d. Inj.-stelle (z.B. Erythem, Entzünd. u. Schmerzen), Ödeme; Überempfindlichk.; Gewichtszun.; Schmerzen d. Skelettmuskulatur u. in d. Extremitäten; Schwindelanfälle, Kopfschmerz.; Libidoverlust. Depression*, Stimmungsschwank.*; Unterleibsschmerzen; Hypertonie. *Gelegentl.:* Thrombozytose; Herzklopfen; Tinnitus, Vertigo; Sehbeeinträchtigung; Abdominalschmerz., Obstipation, Diarrhö, Erbr.; Lethargie, peripheres Ödem, Schmerzen, Schüttelfrost, Somnolenz; Erhöht. Alaninaminotransferase, erhöht. Aspartat-Aminotransferase, erhöht. Kreatinin im Blut, erhöht. Blutdruck, erhöht. Harnstoff im Blut, Gamma-Glutamyl-Transferase erhöht., Gewichtsabn., Anorexie, Diabetes mellitus, Gicht, Hyperlipodämie, Appetitzun.; Arthralgie, Knochenschmerzen, Muskelkrämpfe, Muskelschwäche, Myalgie; Parästhesien; Schlaflosigk., Reizbar.; Nykturie, Harnverhalt; Brustschmerz., Hodenatrophie, Gynäkomastie, Hodenschmerz., Dyspnoe, Nasenbluten; Akne, Alopezie, Erythem, Pruritus, Rash, Urtikaria. Selten: abnormes Empfinden in den Augen, Sehstör.; aufgetrieb. Bauch, Geschmacksveränd., Blähung.; Schmerz im Brustkorb, Dysstasie, influenzzähnl. Sympt., Fieber, anaphylakt. Reakt.; Nasopharyngitis; Erhöht. alkal. Phosphatase im Blut; Gelenkversteif., Gelenkschwell., Versteif. der Skelettmuskulatur, Osteoarthritis; Gedächtnisstör.; Verwirrh., vermind. Aktivität, Euphorie; Orthopnoe; Blasausschlag, Purpura; Hypotonie. *Zusätzl. nach Markteinführung (Häufigk. nicht bekannt):* QT-Verläng.*; Unwohlsein; Anaphylakt. Schock; Angst; Harninkontinenz; Angioödem. *Diese Häufigk. basieren auf Klasseneffekt-Häufigk., die für alle GnRH-Agonisten zutreffen. „Verschreibungspflichtig“ Zulassungsinhaber: Ipsen Pharma GmbH, D-81677 München. Mitvertrieb: Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH, D-96045 Bamberg (SVL_FK_270919)

TRI-DE-000692

 **Dr. Pfleger**
ARZNEIMITTEL

Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH · 96045 Bamberg · www.dr-pfleger.de

trolle und Erkennen von Problem- und Risikoverhalten. Um dies zu erleichtern, erfolgte von Beginn an eine medikamentöse Unterstützung mit Triptorelin, einem stark antiandrogen wirksamen GnRH-Analogen. Für die Einsicht, dass das Verhalten die Benachteiligten schädigen kann, bedarf es höherer kognitiver Fertigkeiten wie Empathie und „Theory of Mind“, die bei Ben nur bedingt und selektiv vorhanden sind. Um das Rückfallrisiko zu verringern, wurde gleichwohl mit Prinzipien gearbeitet, die aus der Täter:innenarbeit mit Normintelligenten bekannt sind: *Risk-Need-Responsivity-Prinzip*, *Good Lives Model* und das *Rückfallvermeidungsmodell*.

Um weitere Übergriffe zu verhindern, wurde darüber hinaus Bens Alltag mit den Eltern, Betreuenden der Wohnrichtung, seinem Bruder und dem Jugendamt besprochen. Sozialarbeitende in Jugendclubs sowie die Eltern der dort verkehrenden Kinder wurden informiert. Der Umgang mit Jungen wurde untersagt und er durfte nicht mehr bei Freundinnen mit Kindern übernachten. Des Weiteren erfolgte eine Zusammenarbeit mit einer Hilfsinstitution, die sich präventiv und beratend an Jungen wendet, die bereits sexualisierte Gewalt erfahren haben oder in deren Umfeld ebendiese Gefahr besteht. Ben wurde mehrfach von deren Mitarbeitenden zum Fußballspielen, in Jugendeinrichtungen und auf öffentliche Plätze begleitet, wo diese aufklärerisch über Gefahrensituationen und Auswege informierten. Eine alleinige Verantwortungsübernahme durch Ben ohne medikamentöse und therapeutische Unterstützung sowie den Einbezug des Umfeldes zur sozialen Kontrolle scheint derzeit undenkbar. In welcher Form, Frequenz und Intensität der Patient in Zukunft begleitet werden muss, ist abhängig von sozialer Integration, weiterer geistiger und emotionaler Reifung sowie lokalen und sozialen Umständen.

Medikamentöse Behandlungsoptionen

Entsprechend einem biopsychosozialen Grundverständnis menschlicher Sexualität wird in der *Berliner Dissexualitätstherapie* die Pharmakotherapie als eine wichtige zusätzliche Säule des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans angesehen. Die sexuelle Präferenz und das sexuelle Verhalten eines jeden Menschen haben eine biologische Grundlage, wobei verschiedenste neurobiologische Systeme in diesen Zusammenhängen von Relevanz zu sein scheinen. Mit bestimmten Medikamenten können diese biologischen Systeme beeinflusst werden. Ziel dieser Beeinflussung durch Medikamente ist es, unmittelbar das sexuelle Erleben der betroffenen Personen zu beeinflussen, z.B. drängende, als belastend erlebte sexuelle Impulse zu verringern und mittelbar auch Änderungen im Hinblick auf das sexuelle Verhalten zu befördern.

Natürlich würde eine medikamentöse Therapie allein langfristig zu keinerlei Verhaltensänderung führen, solange

die mit der Sexualität in Verbindung stehenden psychosozialen Grundbedürfnisse unreflektiert bleiben und nicht adäquat erfüllt werden können. Dennoch kann eine medikamentöse Impulsbeeinflussung unter therapeutischer Betreuung und basierend auf einer detaillierten Aufklärung und informierten Einwilligung der Behandelten als starke Erleichterung empfunden werden. In der Praxis spielen dabei verschiedene Gruppen von Medikamenten eine Rolle, die sich in ihrem biologischen Wirkmechanismus unterscheiden (Hill et al., 2003). Es gibt medizinische Leitlinien sowohl in englischer Sprache als auch für den deutschsprachigen Raum, die bei der Entscheidung von Patient:innen und Behandelnden für das jeweils angemessene Medikament wichtige Informationen und Orientierung bieten (Berner et al., 2007; Thibaut et al., 2010). Erste Erfahrungen mit der medikamentösen Unterstützung im Rahmen des Projekts *Kein Täter werden* wurden auch bereits wissenschaftlich analysiert. Insgesamt konnte z.B. nachgewiesen werden, dass das Vertrauen in die Regulationsfähigkeit sexueller Impulse bei den so behandelten Projektteilnehmer:innen zunahm (Amelung et al., 2012). Im Wesentlichen sind antiandrogen wirkende Medikamente, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer und Opiatantagonisten die wichtigsten pharmakologischen Optionen.

Die in der Einzelversorgung insbesondere intelligenzgeminderter (bislang ausschließlich männlicher) Patienten vorrangig eingesetzten Medikamente sind antiandrogen wirksam. Diese blockieren entweder direkt Bindungsstellen für das Geschlechtshormon Testosteron (Cyproteronacetat, Handelsname Androcur) oder beeinflussen die Hormonsteuerungszentren des Gehirns, wodurch letztlich die körpereigene Produktion des Geschlechtshormons Testosteron im Hoden reduziert wird (GnRH-Analoga wie Triptorelin, Handelsname Salvacyl®). Das Geschlechtshormon Testosteron sorgt beim Menschen nicht nur für die Entwicklung des typisch männlichen Körpers (Wuchs von Körperhaaren, tiefe Stimmlage, typische Fettverteilung und Aufbau von Muskelmasse), sondern beeinflusst auf psychischer Ebene neben generellem Antrieb, Ausdauer, „Lebenslust“ und dominanten sowie aggressiven Verhaltensweisen unter anderem auch das sexuelle Verlangen und Interesse sowie das Auftreten sexueller Fantasien, Gedanken und Wünsche. Die oben genannten Medikamente führen zu einer Senkung des Testosteronspiegels und Minderung der Wirkung von Testosteron und damit zu einer Beeinflussung der genannten psychischen Faktoren.

Die Entscheidung, ein Medikament einzunehmen, entsteht in einem partizipativen Entscheidungsprozess und muss nicht von heute auf morgen geschehen. Die Entscheidung von Projektteilnehmenden für oder gegen ein Medikament kann zu jeder Zeit der Therapie erfolgen. Die Therapeut:innen unterstützen den Entscheidungsprozess durch Bereitstellung von Informationen und motivierenden Interventionen.

Ein erstmal nur zeitweises „Ausprobieren“ einer medikamentösen Begleittherapie kann bei der individuellen Entscheidungsfindung helfen, weil sowohl die positive Wirkung

und der Nutzen als auch unerwünschte Nebenwirkungen im Einzelfall kaum vorhergesagt werden können. Als typische positive Wirkung einer medikamentösen Behandlung kann angeführt werden, dass es leichter fällt, sich für andere Dinge zu interessieren, eine größere Gelassenheit im Alltag gelingt, dadurch mehr persönliche Freiheiten entstehen und Kontakte zu anderen Menschen als weniger stressbelastet wahrgenommen werden. Auch berichten Patient:innen, dass sie unter impulsdämpfender Medikation Sexualität als weniger drängend erleben, weniger oder keine als belastend erlebten sexuellen Fantasien mehr haben, sodass sich insgesamt ihr Risiko verringert, sexuelle Straftaten zu begehen.

Als mögliche Nachteile werden die Beeinträchtigung der Selbstbefriedigung (verminderte Erektions- und Orgasmusfähigkeit) genannt sowie die der Sexualität mit einem erwachsenen Partner, da nicht nur das sexuelle Interesse für Kinder vermindert wird. Auch ist zu erwarten, dass Sexualität als weniger intensiv und aufregend erlebt wird. Dies gilt allerdings nur für den auf sexuelle Erregung zielenden Anteil von Intimität, während die nicht-genital ausgerichtete Sexualität einschließlich der körperlichen Nähe zu einem erwachsenen Partner sich als neues, bisher nicht wahrgenommenes und positives Erlebnisfeld herausstellen kann, was in der Regel auch eine beziehungsfördernde Funktion hat. Allerdings kann es auch zu unerwünschten körperlichen Nebenwirkungen der Medikamente kommen, z.B. Gynäkomastie, Müdigkeit, Gewichtszunahme oder Verlust der Knochendichte (vgl. ausführlich in Beier, 2018). Alle eingesetzten Medikamente werden aber seit vielen Jahren angewendet und in der Regel gut vertragen (Turner et al., 2013).

Literatur

- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM-VI). Washington, DC.
- Beier K.M., 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch. Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Day, K.A., 1993. Mental health services for people with mental retardation: A framework for the future. *J Intellect Disabil Res* 37, 7–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1993.tb00888.x>
- Dunsieth, N.W., Nelson, E.B., Brusman-Lovins, L.A., Holcomb, J.L., Beckman, D., Welge, J.A., McElroy, S.L., 2004. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiat* 65 (3), 293–300. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n0302>
- Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S., Bengel, J., 2017. Therapie-Tools: Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung. Beltz, Weinheim.
- Eusterschulte, B., Pilz, S., Neumann, M., 2019. Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. *NeuroTransmitter* 30 (10), 37–43. <http://dx.doi.org/10.1007/s15016-019-6860-z>
- Franke, G.H., Derogatis, L.R., 2000. BSI: brief symptom inventory von LR Derogatis; Kurzform der SCL-90-R; deutsche Version. Beltz Test.
- Hollomotz, A., Schmitz, S.C., 2018. Forio: A Swiss treatment program for young sex offenders with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Offending Behav* 9 (3), 117–127. <https://doi.org/10.1108/JIDOB-05-2018-0007>
- Kafka, M.P., Hennen, J., 2002. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse* 14 (4), 349–366. <http://dx.doi.org/10.1177/107906320201400405>
- Konrad, A., Haag, S., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2017. Previous judicial detection and paedophilic sexual interest partially predict psychological distress in a non-forensic sample of help-seeking men feeling inclined to sexually offend against children. *Journal of Sexual Aggression* 23 (3), 266–277.
- Lange, J., 2020. Intelligenzminderung und Schuldfähigkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 14 (4), 419–426. <http://dx.doi.org/10.1007/s11757-020-00628-7>
- Lindsay, W.R., Smith, A.H.W., 1998. Responses to treatment for sex offenders with intellectual disability: A comparison of men with 1- and 2-year probation sentences. *J Intellect Disabil Res* 42 (5), 346–353. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00147.x>
- Marotta, P.L., 2017. A systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sexual Abuse* 29 (2), 148–185. <https://doi.org/10.1177/1079063215569546>
- Petermann, F. (Hrsg.), Wechsler, D., 2012. Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV). Pearson, München.
- Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., Miner, M., 1999. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 156 (5), 786–788. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.5.786>
- Sappok, T., Zepperitz, S., Barrett, B.F., Došen, A., 2018. Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik (SEED). Hogrefe, Bern.
- Schlinzig, E., Krügel, S., Schuler, M., Oezdemir, U.C., Ludwig, L., Helenschmidt, T., Beier, K.M., 2019. Das Berliner Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) mit sexueller Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema – Erweiterungen und aktueller Stand. *Sexuologie* 26 (1–2), 31–38.
- Seidel, M., 2010. Psychische Störungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung – eine Einführung. *Psychiatrie und Psychotherapie* up2date 4 (1), 9–24. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223361>
- Turner, D., Basdekis-Jozsa, R., Briken, P., 2013. Prescription of testosterone-lowering medications for sex offender treatment in German forensic-psychiatric institutions. *J Sex Med* 10 (2), 570–578.
- Willner, P., 2005. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: A critical overview. *J Intellect Disabil Res* 49 (1), 73–85. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00633.x>
- World Health Organization, 2019a. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10).
- World Health Organization, 2019b. International statistical classification of diseases and related health problems, eleventh revision (ICD-11).

Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, M.Sc. Zeev Hille, Dr. med. Torsten Freitag, M.Sc. Hannes Ulrich, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, e-mail: klaus.beier@charite.de

Pädophilie und Leidensdruck

Anna Konrad

Pedophilia and Distress

Abstract

Pedophilia becomes a pedophilic disorder if the person acts upon his/her pedophilic sexual fantasies or feels distressed by these fantasies or urges. The majority of research is focused on the risk of pedophilic persons acting upon their fantasies by having sexual contacts with children or using child sexual exploitation materials. There is, however, a group of pedophilic individuals who present a low risk for sexual transgressions but but contact the *prevention project Dunkelfeld* (PPD) because of feelings of distress due to their pedophilia. The present article aims to shed light on this specific non-offending group by addressing the associated factors that lead to psychological distress in pedophilic individuals. In addition, a man in this subgroup describes the distress associated with his pedophilia. Lastly, the article describes the therapeutic approach used with this group and provides data on their quality of life.

Keywords: Pedophilia, Distress, *Berlin dissexuality therapy*, Stigmatization, Quality of life

Zusammenfassung

Eine Pädophilie wird dann zu einer pädophilen Störung, wenn die pädophile sexuelle Neigung bereits im Verhalten ausgelebt wurde oder mit Leidensdruck einhergeht. Ein Großteil der Forschung beschäftigt sich mit dem Risiko pädophiler Menschen, sexuelle Übergriffe auf Kinder zu begehen oder Missbrauchsabbildungen zu nutzen. Es gibt aber auch eine Gruppe, die ein geringes Risiko für sexuelle Grenzüberschreitungen aufweist und sich aufgrund des mit der Neigung einhergehenden Leidensdrucks an das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* wendet. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit dieser Subgruppe nicht-dissexueller pädophiler Patient:innen, geht der Frage nach, welche Faktoren zu Leidensdruck führen und lässt einen Teilnehmer aus dieser Gruppe zu Wort kommen, der seinen Leidensdruck beschreibt. Es wird skizziert, wie die leidensdruckinduzierenden Faktoren therapeutisch adressiert werden können und Daten zur Lebensqualität dieser Gruppe aus dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* werden vorgestellt und diskutiert.

Schlüsselwörter: Pädophilie, Leidensdruck, *Berliner Dissexualitätstherapie*, Stigmatisierung, Lebensqualität

Pädophilie vs. Pädophile Störung

Immer noch werden in medialer Berichterstattung Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch gleichgesetzt und pädophile Menschen stigmatisierend als triebhafte und unkontrollierbare Menschen dargestellt (Ischebeck, 2021; Stelzmann, 2020). Während sexueller Kindesmissbrauch (SKM) oder die Nutzung von Missbrauchsabbildungen (MBA) Straftatbestände darstellen, handelt es sich bei Pädophilie um eine sexuelle Ansprechbarkeit auf ein vor- oder frühpubertäres Körperschema¹. Diese kann hinsichtlich der Stabilität, des frühen Beginns und der Korrelationen mit sexuellem und romantischem Verhalten mit einer sexuellen Orientierung verglichen werden (Grundmann et al., 2016).

Laut Kapitel V der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) wird die Diagnose einer Pädophilie vergeben, wenn eine Person seit mindestens sechs Monaten eine „anhaltende oder dominierende Präferenz für sexuelle Handlungen mit einem oder mehreren Kindern vor deren Pubertät“ berichtet und die betroffene Person entsprechend dieser Impulse handelt oder sich durch sie deutlich beeinträchtigt fühlt (World Health Organization, 1992, 226). Die fünfte Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) differenziert zwischen einer Pädophilie und einer pädophilen Störung. Letztere liegt vor, wenn eine Person „über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten,“ berichtet (A-Kriterium) und die „sexuell dranghaften Bedürfnisse ausgelebt [hat] oder die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Fantasien deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten“ verursachen (B-Kriterium, American Psychiatric Association, 2013, 959). Das DSM-5 spezifiziert weiter, dass die klinische Diagnose einer pädophilen Störung nur dann vergeben werden kann, wenn sowohl das A- als auch das B-Kriterium erfüllt sind. Wenn nur das A-Kriterium erfüllt ist, liegt eine Pädophilie, aber keine pä-

¹ Das ICD-10 und das DSM-5 unterscheiden sich hinsichtlich der Kriterien für Pädophilie: Das DSM-5 bezieht sich auf die sexuelle Ansprechbarkeit auf vorpubertäre Kinder (für gewöhnlich 13 Jahre oder jünger), während das ICD-10 von einer sexuellen Ansprechbarkeit auf vor- oder frühpubertäre Kinder spricht. Es wurde daher in anderen Publikationen, wie von Blanchard et al. (2009) vorgeschlagen, zwischen Pädophilie und Hebephilie zu unterscheiden (Beier et al., 2013). Da diese diagnostische Differenzierung für den vorliegenden Artikel nicht relevant ist, wird hier ausschließlich von Pädophilie gesprochen.

dophile Störung vor. Diese Neuerung im Vergleich zu früheren Ausgaben des DSM dient der Entpathologisierung einer pädophilen Ansprechbarkeit, da es pädophile Menschen gibt, die nicht unter ihrer Neigung leiden und sich auch nicht dissexuell verhalten, also keine sexuellen Grenzüberschreitungen in Form von SKM oder der Nutzung von MBA begehen (Cantor & McPhail, 2016; Duff & Willis, 2006).

Obwohl sich nicht alle Menschen mit Pädophilie dissexuell verhalten, stellt eine pädophile Neigung einen bedeutsamen Risikofaktor für dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern dar (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Daher beschäftigt sich ein Großteil der Forschung und Publikationen zum Thema Pädophilie mit dem Aspekt der Fremdgefährdung, also dem Risiko für dissexuelles Verhalten. Der vorliegende Artikel hingegen fokussiert den Aspekt der psychischen Belastung und des Leidensdrucks von pädophilen Menschen, die kein oder ein geringes Risiko für dissexuelles Verhalten aufweisen, aber unter ihrer sexuellen Neigung leiden.

Pädophilie und Leidensdruck

Nur wenige Studien beschäftigen sich mit der Frage nach dem Leidensdruck pädophiler Menschen in der Allgemeinbevölkerung. Aus dem forensischen Bereich berichten verschiedene Studien von einem hohen Ausmaß psychischer Belastung (Fisher et al., 1999) und komorbider Störungen bei Sexualstraftäter:innen mit und ohne Pädophilie (Dunsieath et al., 2004; Galli et al., 1999; Kafka & Hennen, 2002; Leue, et al., 2004; Raymond et al., 1999). Allerdings können diese psychischen Auffälligkeiten auch darauf zurückzuführen sein, dass es sich um forensische Stichproben handelt, die häufig eine Vielzahl psychiatrischer Symptome aufweisen (Seto, 2008). Ein Rückschluss darauf, ob die Belastungen mit einer (nur bei einem Teil der in die Studien eingeschlossenen Teilnehmer:innen vorliegenden) Pädophilie zusammenhängen oder mit dem dissexuellen Verhalten und/oder der daraus resultierenden Strafverfolgung, ist nicht möglich.

Studien, die sich mit Leidensdruck in nicht-forensischen Stichproben pädophiler Menschen beschäftigen, fanden ebenfalls ein hohes Ausmaß an psychischer Belastung (Beier et al., 2015; Jahnke et al., 2015). Hierbei kommt insbesondere dem Thema der Stigmatisierung eine große Bedeutung zu (Jahnke et al., 2015; Lievesley, 2020; Meyer, 2013). Meyer (2013) liefert in seinem Minoritäts-Stress-Modell, das er für schwule, lesbische und bisexuelle Menschen aufstellte, einen Erklärungsansatz, der sich auch auf pädophile Menschen anwenden lässt. Das Modell geht davon aus, dass Stigma, Vorurteile und Diskriminierung, die sexuelle Minderheiten erfahren, zu mehr Stress und psychischen Erkrankungen führen können. Jahnke und Kolleg:innen (2015) beschreiben in ihren Studien, dass Menschen mit Pädophilie als stark stigmatisierte Gruppe heftiger Diskriminierung

ausgesetzt sind. Lievesley und Kolleg:innen (2020) fanden in ihrer Untersuchung, dass pädophile Menschen mit internalisierter Stigmatisierung, also der persönlichen Adaptation und Übernahme sozialer Sichtweisen, ein höheres Ausmaß an Leidensdruck aufweisen.

Auch Untersuchungen von Teilnehmer:innen aus dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) verweisen auf eine erhöhte psychische Belastung dieser Patient:innengruppe hin. Während des Erstkontakts im PPD gaben zwei Drittel der Patient:innen an, mindestens einmal in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein (Kuhle et al., 2016). Eine Stichprobe des PPD wurde hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung sowie möglicher Einflussfaktoren darauf untersucht (Konrad et al., 2017). Zu diesem Zweck wurden Teilnehmer:innen des PPD mithilfe des *Brief Symptom Inventory* (BSI; Franke, 2000) untersucht, einem Selbstbeurteilungsinstrument zur Einschätzung der aktuellen psychischen Belastung, die über einen gemittelten Belastungswert, den *Global Severity Index* (GSI) angegeben wird (Range 0–4). In die Studie wurden 455 männliche Teilnehmer eingeschlossen, die sich im Rahmen des PPD vorgestellt hatten. Etwa ein Drittel der Stichprobe (33 %) wurde als exklusiv pädophil diagnostiziert, während die Hälfte der Stichprobe (55 %) als nicht-exklusiv eingestuft wurde, also sowohl eine pädophile als auch eine teleiophile (d.h. sexuelle Neigung in Bezug auf postpubertäre Personen) Ansprechbarkeit aufwiesen. Zwölf Prozent erfüllten nicht die Kriterien einer Pädophilie und dienten als teleiophile Kontrollstichprobe. In Bezug auf zurückliegendes Deliktverhalten berichteten 36 Personen (8 %) nie sexuell übergriffig geworden zu sein, während 130 Personen (29 %) die Nutzung von MBA in der Vergangenheit berichteten. Zweihundertneundachtzig Teilnehmer gaben sexuellen Kindesmissbrauch in der Vergangenheit mit und ohne zusätzliche Nutzung von MBA an. Der durchschnittliche GSI-Score lag bei 0.93 ($SD = 0.63$), 59 % der Stichprobe berichtete ein klinisch signifikantes Ausmaß psychischer Belastung. Im Vergleich zu Normstichproben für den BSI lag der GSI damit über dem von gesunden Kontrollstichproben und ambulanten Psychiatrie-Patienten und war vergleichbar mit dem GSI von stationär behandelten Psychiatrie-Patienten (Konrad et al., 2017).

Beim Vergleich der verschiedenen Subgruppen zeigte sich, dass die pädophilen Patienten ein höheres Ausmaß an psychischer Belastung aufwiesen als die teleiophilen Patienten. Während bei den pädophilen Patienten 61.7 % eine klinisch signifikante psychische Belastung aufwiesen, waren es bei den teleiophilen Patienten 37.7 %. Im Gegensatz dazu unterschieden sich die Delikt-Gruppen nicht hinsichtlich des Ausmaßes ihrer psychischen Belastung, wenn sie auch insgesamt erhöhte Level psychischer Belastung gegenüber gesunden Kontroll-Teilnehmer:innen aufwiesen (Konrad et al., 2017). Darüber hinaus zeigte sich ein Einfluss des Justizstatus auf die Belastung: Personen, die in der Vergangenheit bereits einschlägig verurteilt waren, berichteten ein höheres Ausmaß an Belastung im

Vergleich zu denen, deren Taten im juristischen *Dunkelfeld* verübt wurden. Die Daten zeigen insgesamt, dass das Ausmaß psychischer Belastung durch eine pädophile Sexualpräferenz und eine frühere strafrechtliche Verfolgung prädiziert wurde, wohingegen zurückliegendes Tatverhalten keinen Einfluss hatte. Eine pädophile Sexualpräferenz geht also nicht automatisch mit klinisch signifikantem Leidensdruck einher, vielmehr ist der Leidensdruck zusätzlich durch andere Faktoren beeinflusst (Konrad et al., 2017). In diesem Zusammenhang kommt der oben beschriebenen Stigmatisierung einer pädophilen Sexualpräferenz eine besondere Bedeutung zu (Jahnke et al., 2015; Jahnke et al., 2015, Lievesley, 2020). Auch die durch eine pädophile Sexualpräferenz erschwerte Möglichkeit, (sexuell) erfüllte Beziehungen zu führen, wird als mögliche Quelle von Belastung aufgeführt (Beier & Neutze, 2012; Faistbauer, 2011).

Ziele des PPD: Reduktion von Dissexualitätsrisiko und Leidensdruck

Die beschriebenen Daten und Untersuchungen zeigen deutlich das erhöhte Ausmaß psychischer Belastung bei pädophilen Menschen, während sich gleichzeitig ein Großteil der Forschung, aber auch der Therapieinhalte auf das Thema Dissexualität und Risikoreduktion konzentriert. Das Ziel des Kinderschutzes und der Risikoreduktion für dissexuelles Verhalten war maßgeblich für die Etablierung des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* und stellt eine der Säulen der *Berliner Dissexualitätstherapie* (BEDIT; Beier, 2018) dar. Eine weitere Säule bezieht sich auf die Reduktion des Leidensdrucks durch die pädophile Neigung und eine Erhöhung der Lebensqualität der Patient:innen, die dabei unterstützt werden sollen, mit ihrer Präferenz ein zufriedenes und erfülltes Leben zu führen. In der Behandlung des PPD spielen immer beide Säulen eine Rolle, indem sowohl das Risiko für sexuelle Grenzüberschreitungen als auch der Leidensdruck der Patient:innen adressiert werden. Es geht also darum, eine pädophile Störung zu einer Pädophilie zu verändern, indem der störungswerte Faktor (sexuelle Grenzüberschreitungen gegenüber Kindern und/oder Leidensdruck durch die Präferenz) therapeutisch bearbeitet wird.

Im Folgenden soll ein Einblick in die therapeutische Arbeit mit pädophilen Menschen gegeben werden, die ein geringes Risiko für dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern aufweisen, sich aber durch ihre Neigung belastet fühlen und deswegen das PPD kontaktieren. Von 745 Patient:innen, die sich bis Ende 2020 im PPD vorgestellt haben und bei denen eine pädophile Störung diagnostiziert wurde, hatte die größte Gruppe ($n = 350$; 46.8 %) in der Vergangenheit bereits MBA genutzt, eine weitere Gruppe ($n = 100$; 13.4 %) gab SKM in der Vergangenheit an, $n = 168$ (22.5 %) berichtete sowohl von vergangenen SKM als auch

der Nutzung von MBA. Insgesamt 127 Patient:innen (17.0 %) gaben an, sich noch nie dissexuell verhalten zu haben.

Entsprechend der *Risk-Need-Responsivity-Prinzipien* (Bonta & Andrews, 2007) orientiert sich die Behandlung im PPD am Risiko und den individuell relevanten Risikofaktoren der Patient:innen einerseits, sowie an ihren Fähigkeiten und Bedarfen andererseits. Eine erste Pilotstudie zur Wirksamkeit der Behandlung im PPD zeigte, dass verschiedene Subgruppen unterschiedlich gut von der Behandlung profitieren (Beier et al., 2015). Daher wurde die therapeutische Arbeit im PPD modifiziert und Gruppen mit verschiedenen Schwerpunkten etabliert, um die Gruppenzusammensetzung hinsichtlich der Zielsetzung der Teilnehmenden zu homogenisieren. Neben verschiedenen Gruppen, deren Schwerpunkt auf der Risikoreduktion dissexuellen Verhaltens in Form von SKM oder der Nutzung von MBA liegt, gibt es seit 2015 eine Gruppe für nicht-dissexuelle pädophile Menschen. In dieser liegt der Fokus auf dem mit der Pädophilie einhergehenden Leidensdruck und der Erhöhung der Lebensqualität mit der Neigung.

Therapiegruppe für nicht-dissexuelle pädophile Menschen

Das übergeordnete Ziel in der Gruppe für nicht-dissexuelle pädophile Menschen besteht darin, die Neigung als einen Teil der eigenen Person zu akzeptieren, sich in der Selbstwahrnehmung gleichzeitig aber nicht auf diesen Aspekt zu beschränken. In der Arbeit mit dieser Subgruppe im PPD konnten verschiedene Faktoren identifiziert werden, die Leidensdruck hervorrufen, z.B.:

- **Stigmatisierung:** Wie oben beschrieben, erleben sich pädophile Menschen oft als gesellschaftlich stigmatisiert und mit Vorurteilen konfrontiert (Jahnke et al., 2015; Lievesley et al., 2020). Einige Patient:innen haben dieses Stigma internalisiert, indem sie die Stereotype und Vorurteile als Eigenschaft übernehmen, was zu einem negativen und abwertenden Selbstbild führt, obwohl sie verantwortungsbewusst mit ihrer Neigung umgehen.
- **Traurigkeit über unerfüllte sexuelle oder Beziehungsbedürfnisse:** Die exklusive oder nicht-exklusive pädophile Neigung führt dazu, dass sämtliche oder ein Teil der sexuellen Fantasien oder auf Kinder bezogenen Beziehungsbedürfnisse nicht realisiert werden können, ohne Kindern zu schaden. Dies bedeutet einen (oft seit der Jugend bestehenden) intrapsychischen Konflikt zwischen dem Wunsch, niemandem zu schaden, und dem Bedürfnis, sexuelle und Beziehungsbedürfnisse (in Bezug auf Kinder) zu erleben.
- **Einsamkeit, Ausgeschlossenheit:** Viele Teilnehmende fühlen sich einsam und von der Gesellschaft ausgeschlossen. Sie haben den Eindruck, die einzigen Menschen mit abwei-

chender Sexualpräferenz zu sein. Bilder von pädophilen Menschen finden sie nicht selten ausschließlich in Negativ-Darstellungen von (ggf. gar nicht pädophilen) Sexualstraftäter:innen. Positive Vorbilder zufrieden und verantwortungsbewusst lebender pädophiler Menschen fehlen gänzlich.

- Zu **partnerschaftlichen Schwierigkeiten** kann es kommen, wenn die Partner:innen nichts von der pädophilen Präferenz wissen, weil dann die Neigung versteckt werden muss. Patient:innen stellen sich dann oft die Frage, ob die Partner:innen auch bei ihnen blieben, wenn sie von der sexuellen Neigung wüssten. Hat sich die pädophile Person gegenüber der/dem Partner:in bezüglich der sexuellen Neigung geoutet, kann dies ebenfalls zu Konflikten in der Beziehung führen, da die Auseinandersetzung hiermit für das Paar in seiner Entität eine große Herausforderung darstellen kann. Insbesondere für exklusiv pädophile Menschen, die keine zusätzliche Ansprechbarkeit auf das erwachsene Körperschema aufweisen, kann es sich als schwierig erweisen, überhaupt eine Partnerschaft zu erwachsenen Personen aufzubauen, selbst wenn der entsprechende Wunsch besteht. Durch die exklusiv pädophile Sexualpräferenz sind Sexualität und Beziehungen mit erwachsenen Personen oft nur bedingt erfüllend und das syndyastische Erleben (im Sinne einer körperlich-sexuell erfahrbaren Erfüllung von Grundbedürfnissen; für eine ausführliche Beschreibung siehe z.B. Beier & Loewit, 2004) unter Umständen maßgeblich beeinträchtigt.
- **Komorbide psychische Erkrankungen und fehlende Ressourcen** können es erschweren, mit der Herausforderung Pädophilie umzugehen. Dazu können z.B. Angst- oder depressive Erkrankungen gehören, die eine ressourcenorientierte Auseinandersetzung mit der Neigung erschweren. Auch Persönlichkeitsfaktoren und unflexible Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster, wie z.B. internalisierte Stigmatisierung oder Hilflosigkeitserleben, können den Therapieerfolg beeinträchtigen.
- **Vermeidungsorientierte Bewältigungsstrategien** können eine problemorientierte Auseinandersetzung mit der Neigung an sich und einhergehenden unangenehmen Gefühlen (Angst, Scham) erschweren.
- Oft **vergebliche Suche nach Psychotherapie** auf dem „freien Markt“: Die Mehrheit der Hilfesuchenden hat sich vor der Vorstellung im PPD bereits um eine Psychotherapie bemüht (Kuhle et al., 2016), wobei sie häufig ablehnende Erfahrungen gemacht haben, weil Therapeut:innen ihnen aufgrund der Neigung keinen Therapieplatz anbieten wollten. Studien zeigen, dass Psychotherapeut:innen ebenfalls stigmatisierende Einstellungen gegenüber pädophilen Menschen aufweisen und sich nur eine Minderheit vorstellen kann, Menschen mit Pädophilie einen Therapieplatz anzubieten (Jahnke et al., 2015; Stiels-Glenn, 2010).

Ein nicht-dissexueller, pädophiler Patient, der aktuell eine Einzeltherapie im PPD macht, hat sich bereit erklärt, sein Erleben zu beschreiben. Alex² ist 36 Jahre alt und kommt aus Berlin, wo er ein Start-Up-Unternehmen mitgegründet hat. Er lebt seit 12 Jahren in einer festen Partnerschaft, Kinder hat er keine. Er beschreibt sein Empfinden aus seiner individuellen Perspektive, ohne den Anspruch, für alle pädophilen Menschen zu sprechen:

„Für mich fühlt sich ein Leben mit Pädophilie fürchterlich an. Am schlimmsten daran ist, dass ich durch ihre extreme gesellschaftliche Tabuisierung die Pädophilie selbst und alle Teile meiner Persönlichkeit, die mit ihr zusammenhängen, immer und überall verstecken muss. Und das sind viel mehr Teile als man denkt. Beispielsweise die Art, wie ich zwischenmenschliche Beziehungen erlebe. Die sind für mich immer oberflächlich, weil ich mich ja nie ganz öffnen kann. Oder wie ich Gesellschaft und Politik sehe. In ihren Diskursen tauche ich ja immer nur als ein Risiko und nicht dazugehöriger Fremdkörper und nicht als ein Mensch und Teil ihrer auf. Natürlich führt das dazu, dass ich beidem sehr kritisch gegenüberstehe. Außerdem kann ich niemandem erklären, warum ich an einer schweren und chronischen depressiven Krankheit leide. Die habe ich ja auch, weil ich durch die Pädophilie so isoliert bin. All das muss ich immer für mich behalten. Die Tabuisierung macht mein Leben so in Vielem unerträglich.

Was mir sehr fehlt, ist auch der Kontakt zu anderen Betroffenen. Offiziell anerkannte Selbsthilfegruppen gibt es nicht und Internetkontakte wage ich nicht zu suchen, weil ich Angst habe, mir dadurch die Polizei nach Hause zu holen. Auch wenn ich strafrechtlich nichts zu befürchten habe, würde mich allein die Hausdurchsuchung in komplizierte Erklärungsnöte in meinem Nahumfeld bringen.

Im Alltag besonders belastend ist für mich außerdem immer wieder die Konfrontation mit öffentlicher Berichterstattung über Pädophilie, die derzeit ausschließlich im Kontext von Kindesmissbrauch erfolgt. Das wird konsequent miteinander vermischt. Journalisten sind da wie die Allgemeinbevölkerung: sie können eine angeborene Neigung und sadistische Taten, die gar nicht durch diese Neigung verursacht sind, nicht voneinander unterscheiden. Auch Forschungsarbeiten über Pädophilie zu lesen, ist oft frustrierend, denn auch sie sind in der Regel nur an der Analyse von Gefahren interessiert, die von Pädophilen auszugehen scheinen. An der oft sehr schlechten Lebenssituation des Pädophilen gibt es weder ein großes wissenschaftliches noch ein öffentliches Interesse. Ich versuche daher inzwischen, der Berichterstattung über Pädophilie konsequent aus dem Weg zu gehen und nach Forschungsarbeiten zum Thema erst gar nicht zu suchen.

² Alex heißt in Wirklichkeit anders. Wie viele Teilnehmer:innen des PPD hat er sich ein Pseudonym gegeben, um seine Anonymität zu wahren.

Nicht angenehm ist auch die sexuelle Frustration, mit der ich leben muss. Dass ich keinen realen Sex, wie ich ihn mir wünsche, haben kann, das ist klar. Dass aber auch der Konsum künstlich geschaffener Pornographie, kindlicher Sexpuppen und eigentlich allem anderen, was niemandem bei der Herstellung geschadet hat und das ich als sexuellen Stimulus nutzen könnte, bestraft wird, damit habe ich ein Problem. Weil das in meinen allerintimsten und privatesten Lebensbereich massiv eingreift und mich unglücklich und krank macht. Das interessiert aber niemanden. Den Verboten wird vorgeschoben, dass diese Dinge hypothetisch mein Risiko, fremdschädigende Straftaten zu begehen, erhöhen könnten. Aber das ist weder wissenschaftlich untersucht noch belegt, dafür aber – wenig überraschend – völlig in Einklang mit der gesellschaftlichen Ächtung pädophiler Menschen und ihrer Sexualität. Politisch selbst dagegen aktiv werden, das kann ich natürlich nicht. Denn dann könnte ich mein bürgerliches Leben vergessen.

Besonders wütend und traurig macht mich aber, dass die psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit Pädophilie derzeit in Deutschland miserabel ist. Ein Beispiel aus meinem Leben: Ich bin letztes Jahr mit einer akuten, schweren depressiven Episode in eine psychiatrische Klinik gekommen. Dort habe ich dem behandelnden Personal offenbart, dass es mich erdrückt, meine Pädophilie dauerhaft vor der Außenwelt verstecken zu müssen. Ich äußerte meine Verzweiflung und den Wunsch, mich gegenüber mir nahestehenden Menschen zu öffnen. Ein Psychologe antwortete mir darauf in einer Visite, dass ich doch sicher den (angeblich) weit verbreiteten und (angeblich) allgemein bekannten Slogan „Todesstrafe für Kinderschänder“ kennen würde. Wegen dieses Slogans würde er mir davon abraten, mich meinen Mitmenschen anzuvertrauen. (Ich habe später herausgefunden, dass der Slogan nicht weitverbreitet, sondern einer ist, mit dem die NPD gelegentlich aufmarschiert.) Der Psychologe riet mir des Weiteren, ich solle mein Schicksal doch mit dem eines Kriegsverbrechers vergleichen. Dem würde es auch nichts bringen, wenn er mit seinen Mitmenschen über die im Krieg erlebten Gräueltaten sprechen würde. Seine Erfahrungen seien so schlimm und verstörend, das könne kein normaler Mensch nachvollziehen.

In der Visite war ich mit diesem Therapeuten nicht allein. Niemand aber hat ihm widersprochen. Obwohl alle wussten, dass ich in meinem Leben weder ein Kind missbraucht noch Missbrauchsabbildungen konsumiert noch sonst irgendeine Straftat begangen habe.

Ich habe später darüber nachgedacht, ob es nicht ein Mittel gibt, sich gegen diese unpassenden, beleidigenden Vergleiche zwischen mir und Kinderschändern bzw. Kriegsverbrechern durch eine Beschwerde bei einer übergeordneten Instanz zu wehren. Da ich dafür aber meine Sexualität vor noch mehr Menschen öffentlich machen müsste, habe ich den Gedanken schnell verworfen.

Ich habe das damals als einen Akt verbaler Gewalt gegen mich empfunden. Selbst wenn es fahrlässig war, ich war schwer krank in einem verletzlichen Zustand und es hat mich tief getroffen. Als Pädophiler ist man eigentlich vollkommen wehrlos gegen solche Übergriffe. Denn weder man selbst kann sich dagegen zur Wehr setzen, noch gibt es politische Gruppen oder Organisationen, die die Rechte Pädophiler öffentlich vertreten, sich für die Achtung der Menschenwürde oder Wahrung der Grundrechte auch für sie einsetzen.

Wie man es dreht und wendet, ein Leben mit Pädophilie ist kompliziert und anstrengend und schmerz erfüllt. Ich wünsche mir sehr, dass dafür ein öffentliches Bewusstsein entsteht, glaube aber, dass ich das vermutlich nicht mehr erleben werde.“

Aus Alex' Text und den oben aufgeführten Faktoren, die zu Leidensdruck führen können, lässt sich die Rationale für die therapeutische Behandlung ableiten. Prinzipiell orientiert sich die Behandlung am BEDIT-Manual (Beier, 2018), wobei die Behandlung in allen Einzel- und Gruppentherapien entsprechend der Bedarfe der Teilnehmer:innen individualisiert wird. Für die Gruppe nicht-dissexueller pädophiler Patient:innen kommt folgenden Themenschwerpunkten und Interventionen besondere Bedeutung zu:

- **Umgang mit Stigmatisierung:** Hier besteht das Ziel darin, sich von stigmatisierenden Darstellungen pädophiler Menschen zu emanzipieren und zu lernen, sich dadurch nicht angesprochen zu fühlen. Einige Patient:innen fühlen sich massiv beeinträchtigt, wenn sie Berichterstattungen über Strafrechtsverschärfungen, aufgedeckte Missbrauchsskandale oder Ermittlungsverfahren gegen Nutzer:innen von MBA lesen, obwohl keine der beschriebenen Taten jemals von ihnen begangen wurde. Häufig ist in Medienberichten von „Pädophilen“ die Rede, wenn eigentlich Täter sexuellen Kindesmissbrauchs gemeint sind und die sexuelle Neigung der Täter nicht bekannt ist (Stelzmann, 2020). Patient:innen, denen es nicht gelingt, sich hiervon zu distanzieren, fühlen sich durch diese Darstellungen mit gemeint, internalisieren diese und verfestigen so ihren Eindruck, sie persönlich würden „von der Gesellschaft“ abgelehnt und verurteilt werden.
- **Traurigkeit über unerfüllte sexuelle oder Beziehungsbedürfnisse:** Hier geht es in erster Linie um den Aufbau von Bedürfnis-Frustrationstoleranz, indem Patient:innen dabei unterstützt werden, einen besseren Umgang damit zu finden, bestimmte Bedürfnisse und Wünsche nicht erfüllen zu können. Mithilfe der Methoden der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Hayes et al., 2009) oder dem Konzept der radikalen Akzeptanz der dialektisch-behavioralen Therapie nach Marsha Linehan (2014) werden die Patient:innen dabei unterstützt, sich nicht gegen ihre Neigung und damit

einhergehende Nicht-Erfüllung von Bedürfnissen aufzulehnen, sondern zu einer akzeptierenden Haltung zu finden. Hierzu gehört auch, die diesbezügliche Ungerechtigkeit (niemand sucht sich seine sexuelle Neigung aus) zu akzeptieren und mit der Traurigkeit über nicht-erfüllte Wünsche problemorientiert umzugehen, anstatt sich von ihr vereinnahmen zu lassen. Eine verbesserte und ressourcenorientierte Adaptation an die Gegebenheiten kann die Lebensqualität erhöhen und Handlungsspielräume erweitern.

- **Einsamkeit, Ausgeschlossenheit:** Hier hat sich die gruppentherapeutische Behandlung als besonders hilfreich erwiesen, weil die Patient:innen die Erfahrung machen, mit ihrem Erleben nicht alleine zu sein und sich frei über ihr Empfinden austauschen zu können. Insbesondere auch für diejenigen mit internalisierter Stigmatisierung kann es eine gute Erfahrung sein, andere pädophile Menschen kennenzulernen und positive Vorbilder für ein zufriedenes Leben mit pädophiler Neigung zu finden oder auch selbst als positives Vorbild wahrgenommen zu werden.
- **Partnerschaftliche Schwierigkeiten:** Haben Patient:innen sich in ihrer Beziehung noch nicht als pädophil geoutet, geht es darum, diesen Prozess zu unterstützen. Prinzipiell wird ein Einbezug des Partners/der Partnerin befürwortet, da diese durch die sexuelle Neigung ihrer Partner:innen mit betroffen sein (z.B. in der partnerschaftlichen Sexualität oder durch das Bemühen einiger Patient:innen, nahe Kontakte mit Kindern im sozialen Umfeld zu vermeiden) und eine Stütze in der Auseinandersetzung mit der Neigung darstellen können. Dabei geht es unter keinen Umständen darum, die Partner:innen hinsichtlich eines potenziellen Risikos für Dissexualität in die Verantwortung zu nehmen. Vielmehr können sie ihre/ihren Partner:in dabei unterstützen, die Pädophilie als einen integralen, aber nicht alles bestimmenden Aspekt der eigenen Person zu sehen. Haben Patient:innen sich in ihrer Beziehung bereits als pädophil geoutet, geht es in begleitenden Paargesprächen häufig darum, entstandene Unsicherheiten (Bin ich überhaupt attraktiv für dich? Wie gehen wir bei Begegnungen mit Kindern miteinander und mit der Situation um? Was brauchen wir voneinander, um mit der Neigung umgehen zu können? Wie kommunizieren wir über die Neigung?) aufzugreifen und einen Umgang hiermit zu unterstützen.
- **Komorbide Begleiterkrankungen und fehlende Ressourcen:** Hier geht es darum, komorbide psychische Erkrankungen im therapeutischen Verlauf mit zu berücksichtigen und zu adressieren. Am häufigsten treten komorbide Angst- und depressive Erkrankungen auf (Kuhle et al., 2016), die eine akzeptierende und problemorientierte Auseinandersetzung mit der Neigung erschweren. Manche komorbide psychische Erkrankung besteht unabhängig von der sexuellen Neigung, in vielen Fällen kann aber von einem Zusammenhang mit der Neigung ausgegangen werden (z.B. depressive Verarbeitungsmuster, die es erschwe-

ren, die eigene Neigung zu akzeptieren und einen positiven Umgang mit dieser zu finden). Hier ist es im Rahmen der diagnostischen und prognostischen Einschätzung wichtig, Zusammenhänge zwischen der Neigung, komorbiden psychischen Erkrankungen und ggf. dissexuellem Verhalten zu explorieren (Konrad et al., 2018). In diesem Zusammenhang kommt insbesondere dem Ressourcenaufbau große Bedeutung zu, um die Hilfesuchenden dabei zu unterstützen, sich in ihrem Selbstverständnis nicht auf die pädophile Neigung zu beschränken, sondern andere Aspekte der eigenen Person wahrzunehmen. Ganz nach dem Prinzip: Weg von einer defizitären problematischen Selbstsicht hin zu einem wertschätzenden Selbstbild, das die pädophile Neigung mitdenkt, sich aber nicht auf diese beschränkt.

- **Vermeidungsorientierte Bewältigungsstrategien:** Mit der pädophilen Neigung gehen häufig starke negative Gefühle einher (Angst, Scham, Schuldgefühle, Traurigkeit), die in Ermangelung problem- und ressourcenorientierter Bewältigungsstrategien vermieden werden (vermeidungsorientiertes Coping). Dies führt in der Regel nur zu einer kurzfristigen Erleichterung der unangenehmen Gefühle im Sinne negativer Verstärkung, während die negativen Gefühle langfristig bestehen bleiben oder sich sogar verstärken. Ein besonderer Fokus in der Behandlung besteht daher darin, problemorientierte Bewältigungsstrategien aufzubauen.

Lebensqualität

Der Fokus der Therapiegruppe für nicht-dissexuelle pädophile Männer besteht wie beschrieben darin, ihr positives Selbstbild zu stärken und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Im Rahmen der Evaluation des Modellprojektes der Gesetzlichen Krankenkassen zur Behandlung von pädophilen Menschen (TU Chemnitz, 2021) wird die Lebensqualität unter anderem über den *EUROHIS-QOL* (Brähler et al., 2007) erhoben. Der Fragebogen geht auf den *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL, Group, 1998) zurück, ein 100-Item-Selbstbeurteilungs-Instrument, das verschiedene Aspekte von Lebensqualität erfasst. Der *EUROHIS-QOL* erfasst die Lebensqualität als ökonomische Kurzversion mit acht Items (Zufriedenheit mit genereller Lebensqualität, Gesundheitszustand, Energie für das tägliche Leben, Aktivitäten des täglichen Lebens, Selbstwert, persönliche Beziehungen, finanzielle Ressourcen, Wohnsituation). Im Rahmen des PPD wurden zwei weitere Items zur Zufriedenheit in den Bereichen Sexualität und Partnerschaft ergänzt. Die Zufriedenheit in den einzelnen Bereichen soll für die resultierenden zehn Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 (sehr schlecht/unzufrieden/gar nicht) bis 5 (sehr gut/sehr zufrieden/völlig) eingestuft werden. Die Lebensqualität wird in Form eines Mittelwertes über alle 10 Skalen abgebildet, wobei höhere Werte eine bessere Lebensqualität anzeigen.

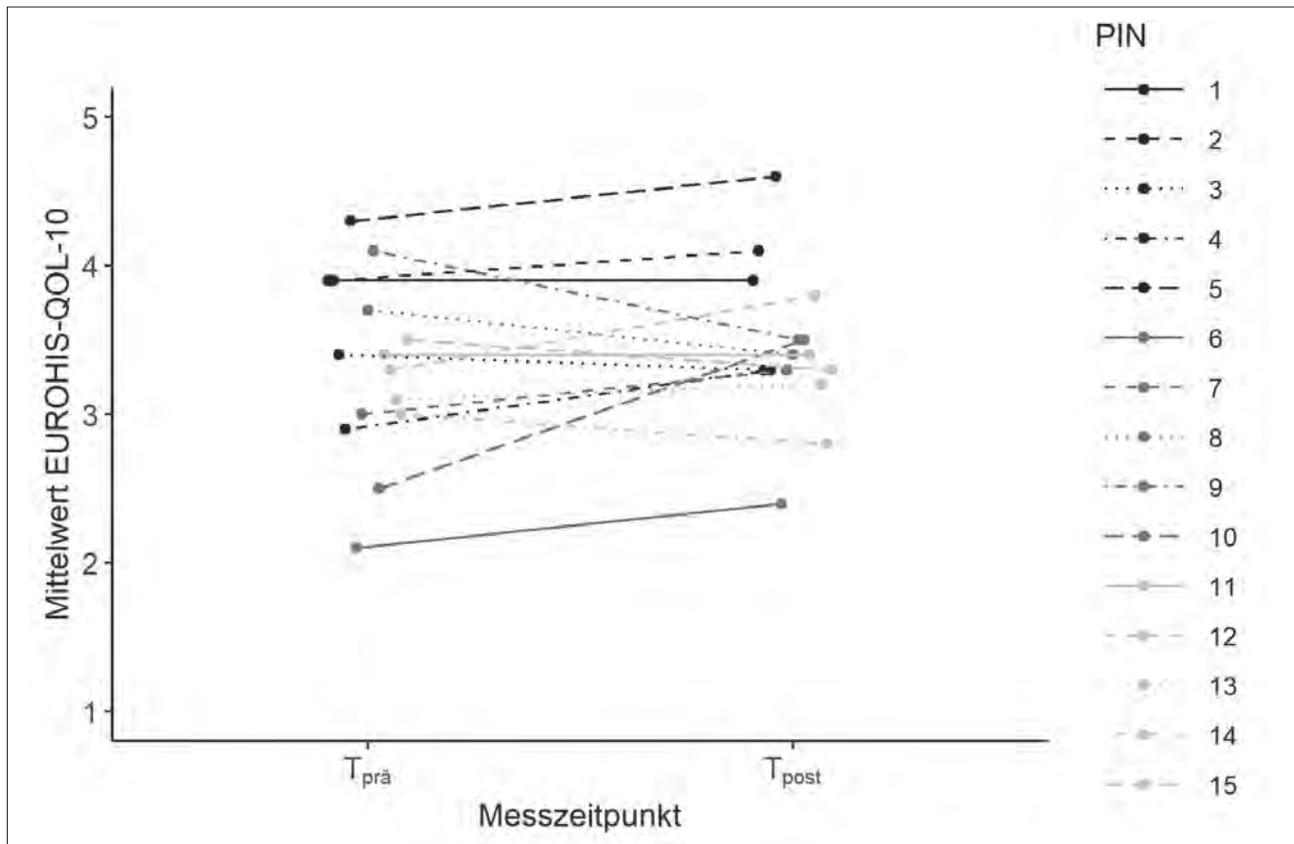


Abb. 1: Lebenszufriedenheit vor und nach der Therapie gemessen mit dem *EUROHIS-QOL-10*

Die in eine Studie zur Lebensqualität einbezogenen 153 männlichen PPD-Patienten wiesen eine im Vergleich zur Normpopulation geringere Lebensqualität auf (Kuhle, 2020). Für 33 Teilnehmer konnte die Veränderung der Lebensqualität über den Therapieverlauf untersucht werden und es zeigte sich, dass die Lebensqualität nach der Therapie höher war als zu Beginn (Kuhle, 2020). Allerdings zeigten sich in vorherigen Untersuchungen Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit der Therapie für die verschiedenen Täter-Subgruppen: Nicht-dissexuelle Patienten profitierten weniger als diejenigen, die vor der Therapieteilnahme bereits dissexuell geworden waren und in Bezug auf einige therapierelevante Faktoren wie Selbstwert und Einsamkeit fanden sich wider Erwarten keine positiven Therapieeffekte (Beier et al., 2015).

Im Folgenden soll daher die Lebensqualität von nicht-dissexuellen pädophilen Patienten vor und nach der Therapie betrachtet werden. Die selbst eingeschätzte Lebensqualität, gemessen mit dem für das PPD adaptierten *EUROHIS-QOL*, wurde für den vorliegenden Artikel für 15 nicht-dissexuelle, pädophile Teilnehmer abgebildet, die zwischen 2016 und 2021 eine Gruppen- oder Einzeltherapie wahrgenommen haben.

Die 15 männlichen Teilnehmer sind im Schnitt 37.7 (Range 24–58) Jahre alt, $n = 8$ (53.3 %) leben in einer Beziehung, $n = 13$ (86.7 %) sind erwerbstätig und $n = 14$ (93.3 %) kinderlos. Im Schnitt waren die Patienten 19.5 Monate in Therapie (Range

9–36)³, wobei es aufgrund der Corona-Pandemie zu Unterbrechungen der Gruppentherapie kam. Anhand des großen Ranges der absolvierten Therapiezeit lässt sich bereits erkennen, dass die Bedarfe der Teilnehmenden sehr unterschiedlich sind. Abbildung 1 zeigt die Veränderungen des *EUROHIS-QOL*-Mittelwertes für die 10-Item-Version des PPD vor und nach der Therapie für die 15 Teilnehmer.⁴

Es findet sich mit einem minimalen Anstieg der mittleren Lebensqualität von 3.34 ($SD = 0.60$) vor der Therapie auf 3.45 ($SD = 0.42$) zum Abschluss der Therapie keine signifikante Veränderung der Lebensqualität ($t(28) = -0.84, p = .41$). Acht Personen (53.33 %) weisen zum Therapieabschluss eine verbesserte Lebensqualität auf, fünf Personen (33.33 %) eine verschlechterte und zwei Personen (13.33 %) eine gleichbleibende.

Wie die Grafik zeigt, unterscheiden sich die Veränderungen in der Lebensqualität deutlich zwischen den Patienten, was auch der klinischen Beobachtung entspricht. Einige Patienten profitieren gut von der beschriebenen Auseinandersetzung in der Gruppe, von der Begegnung mit anderen Patienten und der Möglichkeit, sich mit ihrer Neigung angenommen und wertge-

³ Zwei der Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Artikels die Therapie noch nicht abgeschlossen.

⁴ Für die beiden Teilnehmer, die sich aktuell noch in Therapie befinden, wurde der aktuelle Mittelwert des *EUROHIS-QOL-10* genutzt.

schätzt zu fühlen. Insbesondere bei denen, die über gute Ressourcen verfügen, genügen oft wenige Monate, um sie dabei zu unterstützen, zu einem positiven Selbstbild mit ihrer Neigung zu gelangen. Andere Patienten weisen keine Verbesserung oder sogar eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität auf. Dies sind nach Erfahrungen aus der Therapie oft Patienten mit geringen Ressourcen oder manifesten psychischen Komorbiditäten (v.a. Depression). Einige dieser Patienten erleben es als belastend, wöchentlich über das Thema Pädophilie zu sprechen, andere weisen stabile depressive Verarbeitungsmuster auf, die es ihnen erschweren, einen positiven Blick auf ihr Leben mit der Neigung zu finden. Manche Patienten sind sehr auf die nicht erfüllten sexuellen oder beziehungsbezogenen Bedürfnisse fokussiert und können sich schwer von dieser (lebenslangen) Frustration lösen. Hier können inflexible Persönlichkeitsfaktoren zusätzlich zu einem verringerten Anschlag der Therapie führen. Generell wird in der ambulanten Psychotherapieversorgung immer auch von einem Non-Responder-Anteil ausgegangen, bei dem positive Therapie-Effekte ausbleiben (Fischer-Klepsch et al., 2009).

Die vorliegenden Daten sollten als vorläufig verstanden werden und eine Interpretation mit Vorsicht erfolgen. Zum einen handelt es sich nur um eine kleine Sub-Stichprobe und die Auswertung eines einzelnen Summenwertes zum Zwecke der Veranschaulichung des Themas Leidensdruck. Daher können die Daten nicht generalisiert werden und keinesfalls eine Aussage über die Wirksamkeit der Therapie von nicht-dissexuellen pädophilen Patient:innen abgeleitet werden. Auch zeichnet der eingesetzte Fragebogen ein sehr globales Bild von Lebensqualität und einige der abgefragten Aspekte (z.B. finanzielle Situation, Wohnverhältnis, Aktivitäten des alltäglichen Lebens) werden in der Therapie nicht adressiert.

Fazit und Ausblick

Der vorliegende Artikel konzentriert sich auf den Aspekt des Leidensdrucks von pädophilen Menschen, der sowohl in Forschung als auch Therapie noch oft vernachlässigt wird. Dabei haben einige Forschungsarbeiten der letzten Jahre gezeigt, dass (auch nicht-dissexuelle) pädophile Menschen in hohem Ausmaß Stigmatisierung ausgesetzt sind, was nicht selten zu starkem Leidensdruck und komorbiden psychischen Erkrankungen, wie Ängsten oder Depression, führt (Jahnke et al., 2015; Liesley et al., 2020; Kuhle et al., 2016, 2020; Konrad et al., 2017). Neben der erlebten und teilweise internalisierten Stigmatisierung führen nach Erfahrungen aus der Therapie verschiedene andere Faktoren, wie z.B. Einsamkeit, partnerschaftliche Probleme oder Traurigkeit über unerfüllte Bedürfnisse zu Leidensdruck. Diese werden im Rahmen der gruppen- oder einzeltherapeutischen Behandlung im PPD adressiert. Erste Ergebnisse zur Lebensqualität pädophiler Menschen zeigen, dass diese im Vergleich zur Normstichprobe verringert ist, aber

durch die Therapie verbessert werden kann (Kuhle et al., 2020). Eine exemplarische Auswertung der Veränderung der Lebensqualität von nicht-dissexuellen pädophilen Menschen im Rahmen dieser Arbeit zeigt aber, dass es hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität eine große Spannweite gibt und die Teilnehmer sehr unterschiedlich von der Therapie profitieren.

Zusammenfassend zeigt der vorliegende Artikel, dass eine pädophile Neigung mit erhöhtem Leidensdruck einhergehen kann und dass auch nicht-dissexuelle pädophile Menschen deswegen ein Behandlungsanliegen haben. Das therapeutische Angebot für nicht-dissexuelle pädophile Menschen sollte daher ausgebaut und hinsichtlich des üblichen Dissexualitäts-Fokus angepasst werden, um diese Personengruppe mit geringem Risiko für dissexuelles Verhalten dabei zu unterstützen, ein zufriedenes Leben mit ihrer Neigung zu führen.

Literatur

- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. Lust in Beziehung. Springer. Berlin/Heidelberg.
- Beier, K.M., Neutze, J., 2012. Proactive strategies to prevent the use of child abusive images. In: Quayle, E., Ribisl, K.M. (Eds.), Understanding and preventing online sexual exploitation of children. Routledge, New York, NY, 204–227.
- Beier, K.M., Amelung, T., Kuhle, L., Grundmann, D., Scherner, G., Neutze, J., 2013. Hebephilie als sexuelle Störung. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 81 (3), 128–137.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2015. The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. The Journal of Sexual Medicine 12 (2), 529–542.
- Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.
- Blanchard, R., Lykins, A.D., Wherrett, D., Kuban, M.E., Cantor, J.M., Blak, T., Klassen, P.E., 2009. Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. Archives of Sexual Behavior 38 (3), 335–350.
- Bonta, J., Andrews, D.A., 2007. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. Rehabilitation 6 (1), 1–22.
- Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C., Schmidt, S., 2007. Teststatistische prüfung und normierung der deutschen versionen des EUROHIS-QOL lebensqualität-Index und des WHO-5 wohlbefindens-index. Diagnostica 53 (2), 83–96.
- Cantor, J.M., McPhail, I.V., 2016. Non-offending pedophiles. Current Sexual Health Reports 8 (3), 121–128.
- Duff, S., Willis, A., 2006. At the precipice: Assessing a non-offending client's potential to sexually offend. Journal of Sexual Aggression 12 (1), 43–51.
- Dunsieth, N.W., Nelson, E.B., Brusman-Lovins, L.A., Holcomb, J.L., Beckman, D., Welge, J.A., et al., 2004. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. The Journal of Clinical Psychiatry 65 (3), 293–300.
- Faistbauer, S., 2011. Dissexualitätsbehandlung im einzeltherapeutischen Setting zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder [Dis-

- sexuality therapy in a single setting to prevent child sexual abuse] (Unpublished doctoral dissertation). Charité – Universitätsmedizin, Berlin.
- Fisher, D., Beech, A., Browne, K., 1999. Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 43 (4), 473–491.
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., Hand, I., 2009. Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: Margraf, J. (Hg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer, Berlin/Heidelberg, 261–275.
- Franke, G.H., Derogatis, L.R., 2000. BSI: brief symptom inventory von LR Derogatis; Kurzform der SCL-90-R; deutsche Version. Beltz Test.
- Galli, V., McElroy, S.L., Soutullo, C.A., Kizer, D., Raute, N., Keck Jr, P.E., McConville, B.J., 1999. The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. *Comprehensive Psychiatry* 40 (2), 85–88.
- Group, T.W., 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine* 46 (12), 1569–1585.
- Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2016. Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles. *Archives of Sexual Behavior* 45 (5), 1153–1162.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K.E., 2005. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (6), 1154.
- Ischebeck, J., Kuhle, L.F., Rosenbach, C., Stelzmann, D., 2021. Journalism and pedophilia: Background on the media coverage of a stigmatized minority. *Stigma and Health*.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., 2009. *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Jahnke, S., Imhoff, R., Hoyer, J., 2015. Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of Sexual Behavior* 44 (1), 21–34.
- Jahnke, S., Philipp, K., Hoyer, J., 2015. Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect* 40, 93–102.
- Konrad, A., Haag, S., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2017. Previous judicial detection and paedophilic sexual interest partially predict psychological distress in a non-forensic sample of help-seeking men feeling inclined to sexually offend against children. *Journal of Sexual Aggression* 23 (3), 266–277.
- Konrad, A., Schlinzig, E., Siegel, S., Kossow, S., Beier, K.M., 2018. Therapiemöglichkeiten. In: *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch*. Springer, Berlin/Heidelberg, 27–43.
- Kafka, M.P., Hennen, J., 2002. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n= 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14 (4), 349–366.
- Kuhle, L.F., Schmidt, R.C., Beier, K.M., 2016. Static risk factors for child sexual offending in undetected pedohebephiles. Paper presented at the 35th Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Orlando, Florida, USA.
- Kuhle, L.F., Ziegler, M., Beier, K.M., Stockmann, C.S., 2020. How does treatment of men with a sexual preference for children change experienced quality of life? Presented at 46th IASR Virtual Conference, July 2020.
- Leue, A., Borchard, B., Hoyer, J., 2004. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry* 19 (3), 123–130.
- Linehan, M., 2014. *DBT Skills training manual*. Guilford Publications, New York, NY.
- Meyer, I.H., Frost, D.M., 2013. Minority stress and the health of sexual minorities. In: Patterson, C.J., D'Augelli, A.R. (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation*. Oxford University Press, 252–266.
- Raymond, N.C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G.A., Miner, M., 1999. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry* 156 (5), 786–788.
- Savoie, V., Quayle, E., Flynn, E., 2021. Prevalence and correlates of individuals with sexual interest in children: a systematic review. *Child Abuse & Neglect* 115, 105005.
- Seto, M.C., 2008. *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. American Psychological Association.
- Stelzmann, D., Jahnke, S., Kuhle, L.F., 2020. Media Coverage of Pedophilia: Benefits and Risks from Healthcare Practitioners' Point of View. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (16), 5739.
- Stiels-Glenn, M., 2010. Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung pädosexueller Patienten. *Recht & Psychiatrie* 28, 74–80.
- TU Chemnitz, 2021. Evaluationsprojekt „Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Modellvorhaben nach § 65d SGB V“. <https://www.tu-chemnitz.de/hsw/psychologie/professuren/klinpsy/forschung/%C2%A765d/>
- World Health Organization, 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.

Autorin

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Anna Konrad, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: anna.konrad@charite.de



Mein Körper, meine Rechte

Eine Filmreihe über Sexting, Catcalling, sexualisierte Gewalt und Selbstbehauptung

Die Filmreihe besteht aus Kurzspielfilmen, Interviewfilmen und Animationen zu den Themen Sexting, Catcalling, Pornografie, sexualisierte Gewalt und digitale Selbstbehauptung bei Jugendlichen. Sie beschreibt die Problemlagen durch Grenzüberschreitungen und Übergriffigkeiten im Alltag der Jugendlichen, die Gedanken und Gefühle von Mädchen und Jungen hierzu und Möglichkeiten der Selbstermächtigung und Hilfe. Gesamtlänge: 101 Min.

Schick mir mal ein Foto Der Kurzspielfilm zeigt eine junge Frau in der verzwickten Situation, auf eine Sexting-Nachricht zu antworten. Dazu wägt sie mit ihren Freund*innen ab, welche Gefahren lauern und wie sie sich dagegen schützen kann.

Kein Spaß Der Lehrfilm zeigt die Problematik und die Lösungsansätze auf, wenn kinder- bzw. jugendpornografische Inhalte auf Schüler-Handys landen. Animation

Sexting kann Spaß machen Izzy und Max berichten über ihre Sexualität, ihre polygame Beziehung und den Spaß und die Gefahren den Sexting mit sich bringt.

Glotz nicht! In der Doku mit Spielszenen erzählen Jugendliche über ihre Catcalling-Erfahrungen. Dabei berichten die jungen Frauen über das erniedrigende und hilflose Gefühl, wenn Männer auf der Straße hinterher glotzen, ihnen anzügliche Sprüche hinterherrufen, sie unvermittelt betatschen, ungefragt Dick-Pics auf Social-Media-Plattformen zusenden und welche Strategien sie entwickelt haben, aus solchen Situationen herauszukommen und dass sie von Männern erwarten ihr Verhalten zu ändern. Ebenso erzählen junge Männer über ihre eigenen Erlebnisse zu dem Thema.

Leave us alone Der Film geht mit der Frage um, warum sich einige Männer das Recht herausnehmen Frauen und queere Personen sexuell zu belästigen oder zu beschimpfen. Dabei werden die Missstände aufgezeigt und die Verantwortung der männlichen Täter benannt. Dabei soll der Film junge Frauen und queere Personen dazu ermutigen auf ihr Recht zu bestehen in Ruhe gelassen zu werden.

Nächster Halt: Selbsterkennung Zwei betrunkene junge Männer lästern lautstark über eine queere Person die neben ihnen stehend ebenfalls auf den Zug wartet. Dass die beiden so viel Gegenwind von ihr bekommen, haben sie allerdings nicht erwartet. Diese Begegnung stellt die sexuelle Orientierung eines Mannes auf die Probe. Ein Kurzspielfilm.

Gefangen Lea hätte nie gedacht, dass ihr sowas passieren könnte. Zuerst erlebte sie die große Liebe und dann begann der Albtraum. Lange hörte niemand die Schreie, die Schläge, ihre Tränen. Ein Kurzspielfilm über häusliche Gewalt.

Interview mit Christine Kanz Die Sexualpädagogin Christine Kanz beschreibt den Umgang von Jugendlichen mit Sexting und Pornografie und klärt die Gefahren von Cybergrooming. Sie zeigt auf, wie sich Kinder und Jugendliche schützen können und wo und wie Betroffene, Eltern und Pädagog*innen Hilfe finden.

Experten*innen Interview Polizei Eine Polizeibeamtin der Polizeiprävention erklärt die rechtliche Lage bei sexualisierter Gewalt in digitalen Welten, wann Grenzüberschreitungen Straftaten mit entsprechenden Folgen sind und wie sich Jugendliche (und Eltern ihre Kinder) schützen können.



Digitale Gewalt

Eine Filmreihe mit Kurzspielfilmen und Dokumentationen

70% der befragten Mädchen und jungen Frauen in Deutschland (Welt-Mädchenbericht von Plan International) haben digitale Gewalt und Belästigung in den sozialen Medien z.B. auf Instagram, Facebook, Youtube, Snapchat, TikTok oder Twitter erlebt.

Die Filmreihe beinhaltet kurze Spielfilme und Dokumentationen über das Erleben von digitaler Gewalt bei Mädchen und jungen Frauen und ihre Auseinandersetzung damit, ohne die Betroffenen in eine Opferrolle festzuschreiben. In den Filmen geht es um die vielfältigen Angriffsformen von Digitaler Gewalt wie Cybermobbing, Cyber-Stalking, Sexuelle Belästigung (Cyber-Grooming), Hate Speech, Beleidigung, Belästigung (Cyberharrassment), Bloß-

stellen (Revenge Porn), Nötigung (Sexting), Gerüchte verbreiten, Diffamierung (Fake Profil), Identitätsmissbrauch, offene Androhung von Gewalt. Hierbei geht es um die Fragen: Wie und mit welchen Folgen in der digitalen und der realen Welt erleben Jugendliche digitale Gewalt? Was sind die gesellschaftlichen Umstände digitaler und sexualisierter Gewalt? Wo liegen die besonderen, oft widersprüchlichen Rollenanforderungen an Mädchen/Frauen und Jungen/ Männer? Welche Selbstbilder wollen die Betroffenen dem stigmatisierenden Opferbild entgegensetzen? Wie gehen die Betroffenen mit Erfahrungen digitaler Gewalt um und wie verliefen Thematisierungs- und oder Selbstbefreiungsversuche? Wie können sich Betroffene helfen bzw. Hilfe suchen?

Ziel der Filme ist es, männliche wie weibliche Zuschauer*innen für das Thema zu sensibilisieren, die positive Auseinandersetzung mit erlebten Grenzüberschreitungen solidarisch zu unterstützen und präventiv gegen digitale Gewalt zu wirken. Gesamtlänge: 120 Min.

Mehr Infos und Filmbestellung als Stream, Download oder DVD: www.medienprojekt-wupertal.de

Therapiebeginn, Dropout und Follow-up – Untersuchungen im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*

Julia Nentzl, Gerold Scherner

Starting Therapy, Dropout and Follow-up – Studies in the *Prevention Project Dunkelfeld*

Abstract

To evaluate the effectiveness of therapy programs, it is important to identify variables that could be relevant for accepting therapy offers and dropouts and analyze possible therapy effects regarding their stability over time (follow-up). In the *Prevention Project Dunkelfeld* (Berlin), two studies were conducted. The first study examined whether it was possible to identify factors that distinguish persons rejecting or accepting therapy offers and persons that terminate or drop out from therapy. Significant results with small effect sizes were revealed for variables regarding sexual deviance and dynamic risk factors for distinguishing rejecters versus beginners. A medium effect size was shown for the distance from residence to therapy facility. For distinguishing termination of therapy versus dropping out from therapy, small effects were shown for the factors education, emotion-oriented coping, and former sexual offenses against children known to legal authorities.

The follow-up study showed that almost none of the participants committed Child Sexual Abuse (CSA) offenses after therapy. A third of the participants who used Child Sexual Abuse Images (CSAI) before therapy could reach total abstinence, a third reduced the degree of severity of the used material and a third reduced the frequency. Offense-supportive cognitions predicted recidivism and were significantly reduced during therapy. Results are presented and discussed in relation to existing literature and previous research.

Keywords: Dropout, Follow-up, Therapy effects

Zusammenfassung

Für die Bewertung der Effektivität von Therapieprogrammen sind die Identifizierung von Variablen, die für die Annahme von Therapieangeboten bzw. für Therapieabbrüche relevant sein können, sowie die Untersuchung von möglichen Therapieeffekten bezüglich ihrer Stabilität im Zeitverlauf nach der Therapie (Follow-up) bedeutsam. Im Rahmen des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* (Berlin) wurden hierzu zwei Studien durchgeführt.

Zunächst wurde untersucht, ob Faktoren für die Unterscheidung von Personen, die das Therapieprogramm ablehnen bzw. beginnen und beenden bzw. abbrechen (Dropout), identifizier-

bar sind. Für die Unterscheidung Ablehnung versus Beginn ergaben sich signifikante Ergebnisse mit kleiner Effektstärke für Variablen im Bereich sexueller Devianz und dynamischer Risikofaktoren. Ein mittlerer Effekt konnte für die Distanz von Wohnort zur Therapieeinrichtung gezeigt werden. Für die Unterscheidung Beendigung versus Dropout zeigten sich kleine Effekte für Bildungsniveau, emotionsorientierte Bewältigungsstrategien und frühere justizbekannte Delikte.

Die Follow-up-Untersuchung zeigte, dass fast alle Teilnehmenden nach Abschluss der Therapie keine weiteren Missbrauchstaten begangen haben. Ein Drittel derjenigen, die zu Therapiebeginn Missbrauchsabbildungen nutzten, konnte eine vollständige Abstinenz erreichen, ein Drittel verringerte den Schweregrad der verwendeten Inhalte und ein Drittel verringerte die Häufigkeit des Gebrauchs. Kognitionen, welche den Konsum unterstützen und in unserer Stichprobe Rückfälligkeit vorhersagten, konnten signifikant verringert werden. Die Ergebnisse werden in den Kontext der bestehenden wissenschaftlichen Literatur und bisheriger Ergebnisse eingeordnet und diskutiert.

Schlüsselwörter: Dropout, Follow-up, Therapieeffekte

Einführung

Für die Bewertung der Effektivität von Therapieprogrammen sind für Anbieter in Versorgungsstrukturen, die wissenschaftliche Diskussion und die Gesellschaft im Allgemeinen mehrere Fragen relevant. Diese betreffen die Passung der Angebote, die Inanspruchnahme durch die adressierte Klientel, die Quote der frühzeitigen Therapieabbrüche und die möglichen Erfolge von Therapien über den Zeitrahmen der eigentlichen Therapie hinaus (Follow-up). Einige Autor:innen argumentieren, dass ein wichtiger Baustein zur Erhöhung der Effektivität von Therapien in der Reduzierung der vorzeitigen Therapieabbrüche (i.e. Dropout) liegt; Personen, die eine Therapie vorzeitig abbrechen, erzielen schlechtere Ergebnisse und profitieren folglich weniger von Therapien als diejenigen, die Therapien beenden. Vergleichende Analysen berichten Dropout-Raten von ca. 20–50 %; in der allgemeinen Psychotherapie wird ungefähr ein Drittel der Therapien vorzeitig beendet, was auch unter dem Aspekt, die Ressourcen des Gesundheitssystems möglichst vollumfänglich und ökonomisch zu nutzen, eine Rolle spielt (Bados et al., 2007; Swift & Greenberg, 2012; Wierzbicki & Pekarik, 1993; Sharf et al., 2010). Bei Therapien im Bereich der Sexualdelinquenz hat

dies noch weiterreichende Folgen, da entsprechende Therapieprogramme immer auch die Minimierung des Rückfallrisikos und somit den Schutz potenzieller Opfer zum Ziel haben. Die wissenschaftliche Debatte um die generelle Effektivität von Therapien für Sexualstraftäter:innen konnte bislang keine einheitlichen Ergebnisse erzielen. Dennoch ist die Frage bezüglich möglicher Zusammenhänge psychologischer und anderer Faktoren mit Therapieabbrüchen sowie potenzieller Implikationen für Inhalte von Therapieprogrammen, geeigneten Rahmenbedingungen und Therapiesettings von Relevanz. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse gegeben werden.

Hanson und Kolleg:innen (2002) kamen in einer Metaanalyse über 43 Studien zu dem Ergebnis, dass diejenigen, die Therapien vorzeitig beendeten, ein signifikant höheres Rückfallrisiko gegenüber denjenigen hatten, die Therapien vollständig beendeten. Personen, die ein bestehendes Therapieangebot generell ablehnten, zeigten dagegen kein höheres Rückfallrisiko gegenüber denjenigen, die irgendeine Form von Therapie beendeten. Diese Ergebnisse konnten in späteren Studien bestätigt werden (Hanson et al., 2009; Lösel & Schmucker, 2005). In einer Studie von Marques und Kolleg:innen (1994) wiesen die frühen Therapieabbrechenden ein fünfmal höheres Rückfallrisiko für Sexual- und Gewaltdelikte auf als diejenigen, welche die Therapie beendeten. Miner und Dwyer (1995) folgerten in ihrer Untersuchung einer ambulanten Therapie, dass Therapieabbrüche mit einem erhöhten Rückfallrisiko direkt nach Abbruch der Therapie und auch im weiteren Zeitverlauf (Follow-up) mit höherem Rückfallrisiko assoziiert sind. Larochelle und Kolleg:innen (2011) zeigten in ihrer vergleichenden Analyse über 17 Studien eine durchschnittliche Dropout-Rate von 50 % mit einer Bandbreite zwischen 15 % und 86 % und einer Tendenz zu höheren Abbruchraten bei freiwilligen Therapieangeboten im Vergleich zu von der Justiz angeordneten Therapien. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei der Analyse von Dropout-Raten von Therapieprogrammen auch die Rahmenbedingungen, das Setting und die Besonderheiten von Programmen beachtet werden sollten.

Leider werden Dropout-Raten in Studien nach wie vor nicht regelhaft berichtet und die Definitionen und Operationalisierungen von Dropout sind nicht konsistent. Generell lässt sich Dropout/Therapieabbruch als unilaterale Entscheidung, hauptsächlich getroffen durch die Teilnehmenden selbst, beschreiben, wobei Therapieangebote entweder vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn abgelehnt oder zu einem Zeitpunkt im Verlauf der Therapie abgebrochen werden. Larochelle und Kolleg:innen (2010) plädieren dafür, dass zur Erhöhung der Wirksamkeit von Therapien und der Prävention von Rückfällen die Charakteristiken und Variablen, die Dropout-Raten beeinflussen, identifiziert werden sollten. Ein besseres Verständnis dieser könnte dazu beitragen, Anpassungen von Therapieprogrammen und die Implementierung spezifischer Interventionen zu verbessern.

Rahmenbedingungen, Setting, Besonderheiten

Bezüglich der Betrachtung der Rahmenbedingungen, des Settings und der Besonderheiten von Therapieprogrammen sind die bisherigen Studienergebnisse uneindeutig. So zeigen sich widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der Überlegenheit von stationären oder ambulanten, sowie Einzel- oder Gruppensettings (Fernandez et al., 2015; Piper et al., 1984; Rush & Watkins, 1981). Ein plausibler Faktor für das Ablehnen eines Therapieangebots oder das Abbrechen nach einer geringen Anzahl an Sitzungen, vor allem bei einem ambulanten Therapieangebot, könnte in der Distanz zwischen Wohnort und Therapieeinrichtung liegen und somit primär organisatorisch begründet sein. Dies konnte von bisherigen Studien, die diesen Faktor einbezogen, gestützt werden (Jackson et al., 2009; Fraps et al., 1982).

Soziodemografische und stabile/historische Faktoren

In der Literatur zu Dropout-Raten werden hauptsächlich soziodemografische Variablen betrachtet. Zusätzlich werden in Studien zur Therapie von Sexualstraftäter:innen Faktoren wie allgemeine kriminelle Vorgeschichte, bisherige Sexualdelikte und sexuelle Devianz einbezogen, da diese in Rezidivstudien sich z.T. als assoziiert mit Rückfallrisiko zeigten und vor allem sexuelle Devianz als evidenzbasierter Faktor für Rückfallrisiko diskutiert wird. Der wissenschaftliche Diskurs zur möglichen Veränderbarkeit versus Stabilität von sexueller Präferenz, vor allem bezüglich der sexuellen Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema im Sinne einer Pädophilie/Hebephilie, ist nach wie vor im Prozess (Seto, 2012; Grundmann et al., 2016; Tozdan & Briken, 2015). Dennoch wird diese hier im Bereich der eher stabilen Faktoren einbezogen; nach dem Kenntnisstand der Autor:innen beinhaltet die Mehrzahl entsprechender Therapieprogramme auch keine direkten Interventionen zur therapeutischen Beeinflussung der sexuellen Präferenzstruktur. Bisherige Studien konnten zeigen, dass junges Alter nicht nur mit sexualdelinquenter Rückfälligkeit zusammenhängt (Hanson & Bussiere, 1998), sondern ebenso mit der Nichtanspruchnahme einer angebotenen Therapie (Werbart & Wang, 2012; Langevin, 2006), wobei die Evidenzlage für Ablehnung und Abbruch einer Therapie als nicht ausreichend zu betrachten ist. Dies betrifft ebenso die Risikofaktoren unsteter Erwerbstätigkeit und Beziehungsstatus (Browne et al., 1998; Larochelle et al., 2010; Beyko & Wong, 2005). Metaanalysen zur allgemeinen Psychotherapieforschung (Wierzbicki & Pekarik, 1993) und Sexualstraftäter:innen-Therapie (Olver et al., 2011) zeigen Zusammenhänge zwischen geringerem formalen Bildungsniveau

und Therapieabbrüchen. Laut Stalans (2004) sei dieser Zusammenhang intuitiv plausibel, da die meisten Therapieprogramme in diesem Kontext kognitiv-behavioral ausgerichtet sind. Diese erfordern von Teilnehmenden die Fähigkeiten, eigenes Verhalten zu reflektieren, situative Zusammenhänge zu analysieren und in der Therapie entsprechend zu kommunizieren, was je nach kognitiven Fähigkeiten eine Heraus- und möglicherweise Überforderung darstellen könne. Somit ist hier auch die Frage der Passung entsprechender Therapieprogramme für Interessent:innen mit Blick auf deren kognitive Fähigkeiten oder weitergehende Intelligenzbeeinträchtigungen adressiert. Für die Faktoren allgemeiner krimineller Vorgeschichte, bisheriger Sexualdelikte und sexueller Devianz konnten bisher keine ausreichend signifikanten Hinweise für einen möglichen Zusammenhang mit Dropout-Raten gefunden werden (Browne et al., 1998; Craissati & Beech, 2001; Olver et al., 2011).

Psychologische Faktoren

Die meisten Therapieprogramme im Kontext von Sexualstraftaten basieren auf einem kognitiv-behavioralen Ansatz und adressieren Faktoren, die relevant für die Reduktion problematischen Verhaltens sind und sich durch therapeutische Interventionen als beeinflussbar erwiesen haben. Mann und Kolleg:innen (2010) führen in ihrer Überblicksarbeit zu Metaanalysen die psychologisch bedeutsamen Faktoren für die Reduzierung des Rückfallrisikos auf. Entsprechend der wissenschaftlichen Evidenz ergeben sich deutliche Hinweise, dass Faktoren wie kognitive Verzerrungen, missbrauchsbegünstigende Einstellungen, Impulsivität, antisoziale Orientierung, Selbstregulationsdefizite, Selbstwert-/Selbstwirksamkeitsdefizite, defizitäre kognitive Problemlösungsfertigkeiten und dysfunktionales Coping bedeutsam sind. Diese werden in Therapieprogrammen für Sexualstraftäter:innen therapeutisch adressiert und es ist theoretisch plausibel, dass auch Studien zu Dropout-Raten diese Faktoren berücksichtigen. In der Dropout-Literatur konnten bisher Hinweise auf kleine Effekte bezüglich des positiven Zusammenhangs von höherer Impulsivität und niedrigerer Selbstkontrolle mit Dropout gezeigt werden, ebenso moderate Zusammenhänge von antisozialer Orientierung sowie Selbstwirksamkeitsdefiziten und Dropout (Sharf, 2009; Olver et al., 2011). Andere Studien konnten einen entsprechenden Zusammenhang jedoch nicht ausreichend stützen (z.B. Miner & Dwyer, 1995). Missbrauchsbegünstigende Einstellungen und kognitive Verzerrungen zeigen in Studien zu ihrem jeweiligen Zusammenhang mit Dropout inkonsistente Ergebnisse (Ware & Bright, 2008; Craissati & Beech, 2001).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Studienlage in der Dropout-Literatur zu Therapieprogrammen für Sexualstraftäter:innen inkonsistente Ergebnisse zeigt, sich somit Faktoren im Zusammenhang mit Dropout bisher nicht als ausreichend robust identifizieren lassen und weitere Limitati-

onen bedacht werden müssen. So sind berichtete Ergebnisse fast ausschließlich in forensischen Kontexten mit verurteilten Sexualstraftäter:innen, also im justizbekannten Hellfeld, untersucht worden, und selten wurde in den Untersuchungen bezüglich unterschiedlicher Täter:innen-Gruppen differenziert. Ebenso blieben bisher Personen unberücksichtigt, die möglicherweise Hilfesysteme präventiv in Anspruch nehmen wollen, ohne dass sie jemals eine entsprechende Straftat begangen haben. Dies ist im Folgenden bei der Beschreibung der Untersuchung im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*, am Berliner Standort des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden*, zu beachten.

Studie 1: Therapiebeginn, -abbruch und -beendigung

Methodik

Für die im Folgenden beschriebene Untersuchung wurden Daten im Zeitraum von 2005–2016 erhoben. Inkludiert wurden vollständige Datensätze von Personen, die zu einem diagnostischen Erstgespräch mit dem Wunsch nach therapeutischer Unterstützung vorstellig wurden und die folgende Einschlusskriterien für das Projekt erfüllten: Diagnose einer Pädophilie/Hebephilie im Sinne des DSM IV-TR bzw. DSM-5, kein aktueller entsprechender justizbekannter Hellfeldstatus, keine prioritär zu behandelnde Komorbidität sowie ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache (zur genaueren Beschreibung siehe z.B. Beier et al., 2015). Personen, die sich zum Erhebungszeitpunkt in laufender Therapie im Rahmen des Projekts befanden, konnten nicht inkludiert werden. Dementsprechend konnten 425 Personen, wobei es sich ausschließlich um Personen männlichen Geschlechts handelte, eingeschlossen werden. Diese waren im Durchschnitt 37,28 Jahre alt (jüngste Person 17 Jahre, älteste Person 68 Jahre; $SD = 11,14$). 55,6 % ($n = 256$) hatten einen höheren formalen Bildungsgrad (≥ 10 Jahre), die Mehrheit (73,4 %, $n = 309$) war erwerbstätig oder studierend und ca. die Hälfte (53,7 %) lebte in Berlin oder Brandenburg. 41,5 % gaben an, in partnerschaftlicher Beziehung zu sein und 52 % berichteten, alleine zu leben. Bezüglich der sexuellen Präferenzstruktur waren 28,7 % auf das männliche Geschlecht, 58,1 % auf das weibliche und 13,2 % sowohl auf das männliche als auch auf das weibliche Geschlecht orientiert. Bezüglich der Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema wurde das je jüngste relevante Körperschema (bei Pädophilie entsprechend Tanner-Stadium 1, bei Hebephilie Tanner-Stadium 2/3) kodiert. 59,5 % ($n = 253$) berichteten von einer Ansprechbarkeit im Sinne einer Pädophilie, 40,5 % ($n = 172$) im Sinne einer Hebephilie. 36 % ($n = 136$) wurden als exklusiver Typus diagnostiziert, das heißt, dass diese Personen keine sexuellen Fantasien oder Ansprechbarkeit auf das erwachsene Körperschema berichteten. 40,2 % ($n = 171$)

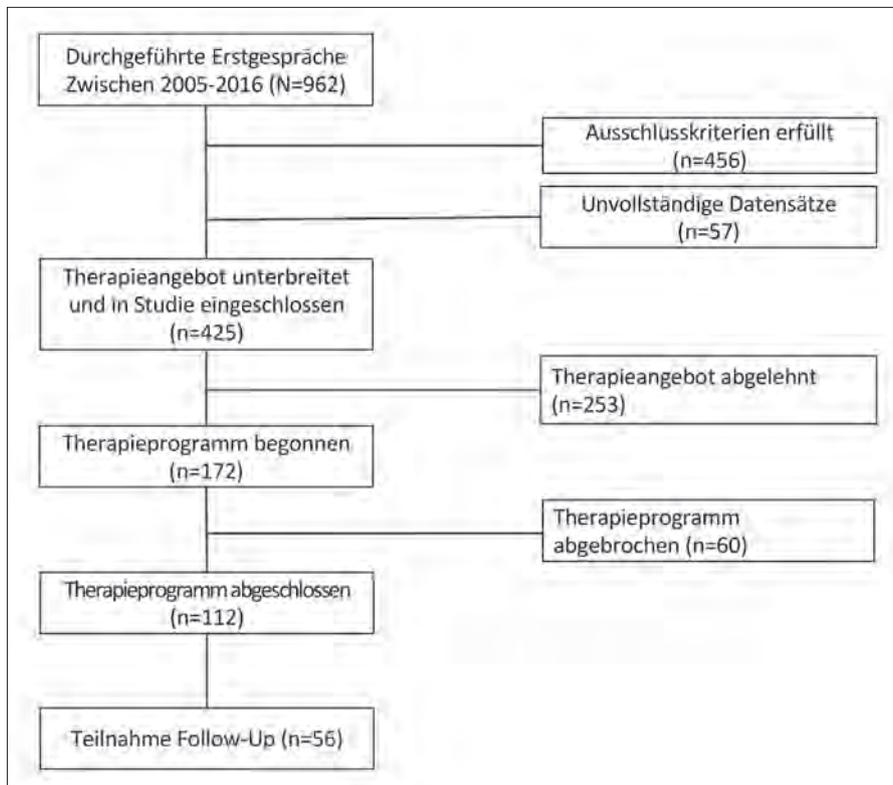


Abb. 1: Einschlussprozedere
Stichprobenauswahl

hatten zusätzliche Paraphilien entsprechend den DSM-Kriterien. 92.2 % ($n = 391$) berichteten von sexuell übergriffigem/missbräuchlichem Verhalten gegenüber Kindern in ihrer Lebensgeschichte, 33.5 % ($n = 142$) bezüglich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, 16.5 % ($n = 65$) bezüglich direkter Übergriffe gegenüber Kindern und 43.4 % ($n = 184$) berichteten von beiden Missbrauchsverhalten in ihrer Lebensspanne. Nur 7.8 % ($n = 33$) berichteten, in ihrer Lebensspanne kein entsprechendes Verhalten gezeigt zu haben. 9.7 % ($n = 41$) hatten in der Vergangenheit Verfahren/Verurteilungen wegen der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, 8.3 % ($n = 35$) wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern. Die Teilnehmenden wurden für die Studie folgender Gruppierung zugeordnet (vgl. Abb.1).

1. Therapie-Ablehnende ($n = 253$): Teilnehmende, die das Therapieangebot nach dem Erstgespräch aktiv ablehnten, zu Beginn der Therapie nicht erschienen oder nach Beendigung der dritten Sitzung die Therapie abbrachen bzw. nicht mehr teilnehmen konnten.

2. Therapie-Beginnende ($n = 172$): Teilnehmende, die die Therapie begonnen haben und diese entweder beendeten oder im Verlauf nach der dritten Sitzung abbrachen.

3. Dropouts ($n = 60$): Teilnehmende, die nach der dritten Sitzung und vor dem Therapieende bzw. vor Erreichen relevanter Therapieziele die Therapie abbrachen.

4. Therapie-Abschließende ($n = 112$): Teilnehmende, die die Therapie beendeten und Therapieziele erreichten.

Die Daten zur Soziodemografie, der sexuellen Präferenzstruktur und der kriminellen Vorgeschichte wurden im klinischen Interview erhoben. Die eingesetzten Verfahren in Form von Fragebögen und erfassten Konstrukten sind in Tabelle 1 aufgelistet. Bei Vergleichen der soziodemografischen Variablen wurden χ^2 -Tests und bei Einzelvergleichen Z-Tests durchgeführt. Gruppenvergleiche der psychologischen Variablen wurden mittels Varianzanalysen berechnet. Berichtet werden signifikante Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau $p < .05$, sowie Effektstärken als klein ($\eta^2 \geq .01$, $\Phi \geq .10$), mittel ($\eta^2 \geq .06$, $\Phi \geq .30$) oder groß ($\eta^2 \geq .14$, $\Phi \geq .50$).

Ergebnisse

Therapie-Ablehnende versus Therapie-Beginnende

Von den 425 in die Untersuchung inkludierten Personen lehnten 253 (59.5 %) das Therapieangebot aktiv ab, entschieden sich also nach dem Erstgespräch oder im Verlauf der ersten drei Sitzungen gegen eine Teilnahme am Therapieprogramm. Diese Anzahl gibt Anlass zur Besorgnis. Die Frage, worin sich diejenigen, die in die Gruppe der Therapie-Ablehnenden fallen, von denjenigen, die die Therapie beginnen, unterscheiden, ist unter dem Aspekt, dass das Projekt auch als aktiver Beitrag zur Prävention des sexuellen Missbrauchs an Kindern zu betrachten ist, von besonderer Bedeutung.

Tab. 1: Eingesetzte Selbstbericht-Instrumente

Instrument	Name	Erhobenes Konstrukt
ASENIC ¹	Attitudes related to Sexually Explicit and Nonexplicit Images of Children	Einstellungen, die die Nutzung von Missbrauchsabbildungen begünstigen
BIS-11	Barratt Impulsiveness Scale, 11. Version	Aufmerksamkeit, motorische Impulsivität und Selbstkontrolle
BMS	Bumby Molest Scale	Missbrauchsbegünstigende Einstellungen und Kognitionen
CEDCS	Cognitive Empathy Deficits for Children Scale	Defizite kognitiver Empathie gegenüber unbekanntem und eigen-/fantasiertem Missbrauchsopfer
CIS-R ¹	Child Identification Scale – Revised	Emotionale Kongruenz mit Kindern
CISS-24	Coping in Stressful Situations	Problemorientiertes-, emotionsorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping
CUSI	Coping Using Sex Inventory	Sexuelles Coping
MSWS-ESS ¹	Multidimensionale Selbstwertskala	Allgemeine Selbstwertschätzung: Subskalen emotionaler und sozialer Selbstwert
RSE ²	Rosenberg Self-Esteem Scale	Gefühle der eigenen Wertigkeit/Selbstwert
SESM-C	Self-Efficacy Scale related to Minors – Coping Self-Efficacy	Wahrgenommene sexuelle Selbstwirksamkeit
SRP-III	Self-Report Psychopathy Scale, 3rd Version	Manipulation, Empathiedefizite, antisoziale Orientierung
UCLA LS-R	University of California, Los Angeles Loneliness Scale Revised	Emotionale Einsamkeit

Anmerkungen: 1 = nicht verwendet in Studie 1, 2 = nicht verwendet in Studie 2.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ein mittlerer Effekt bezüglich der Distanz vom Wohnort zur Therapieeinrichtung. Personen, die aus Berlin und Brandenburg kamen, haben die Therapie mit größerer Wahrscheinlichkeit begonnen als diejenigen, die eine weitere Anfahrt hatten bzw. aus anderen Bundesländern kamen. Dies stützt bisherige Studienergebnisse (s.o.). Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* wurde im Verlauf des Bestehens in Deutschland auf mittlerweile 13 Standorte inklusive einem Fernbehandlungsprojekt in Sachsen-Anhalt erweitert, um die Versorgungsstruktur zu verbessern. Die Standorte des Präventionsprojekts werden seit 2018 durch ein Modellvorhaben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen gefördert, welches aktuell bis 2025 verlängert wurde und umfangreich evaluiert werden soll. Ob diese Maßnahmen dazu beitragen, die Anzahl derer, die ein Therapieangebot ablehnen, zu verringern, die Distanz zum Wohnort somit als plausibler erklärender Faktor zu bewerten ist, wird in der anstehenden Evaluation des Modellvorhabens adressiert werden.

Für die Unterscheidung derjenigen, die die Therapie ablehnten und derjenigen, die die Therapie angingen, ergaben sich für weitere Faktoren kleine Effekte. So zeigte sich, dass diejenigen, deren sexuelle Orientierung sich auf das männliche Geschlecht bezieht, die Therapie eher begonnen haben, ebenso diejenigen, deren sexuelle Präferenzstruktur exklusiv auf das kindliche Körperschema (Tanner-Stadium 1 bei Pädophilie, Tanner-Stadien 2/3 bei Hebephilie) ausgerichtet ist. Bezüglich vergangener Taten in der Lebensgeschichte – vornehmlich

im nicht justizbekanntem *Dunkelfeld* – zeigte sich eine leichte Tendenz für diejenigen, die sowohl von Nutzung von Missbrauchsabbildungen als auch von früherem sexuellem Missbrauch an Kindern berichteten, die Therapie eher zu beginnen. Da diese Faktoren in bisherigen Studien kaum untersucht wurden und die Effekte klein sind, lässt sich daraus nicht schließen, ob sie für die Frage identifizierbarer Faktoren im Bereich der Therapieaufnahme/Dropout relevante Variablen darstellen, können andererseits aber als Hinweis auf eine positive Passung des Angebots für die adressierte Klientel interpretiert werden. In der Literatur diskutierte Faktoren wie Alter, Beziehungsstatus, Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit zeigten keine Effekte.

Im Bereich der psychologischen Variablen zeigten sich bei fünf Variablen signifikante Ergebnisse mit kleiner Effektstärke. Diejenigen, die die Therapie begannen, zeigten mit höherer Wahrscheinlichkeit geringere Ausprägungen im Bereich problemorientierter Bewältigungsstrategien, geringerem Selbstwert und niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich der Kontrolle sexueller Impulse. Ebenso ergaben sich für diese Gruppe höhere Ausprägungen im Bereich der sogenannten kognitiven Verzerrungen und der emotionalen Einsamkeit mit stärkerer Unzufriedenheit bezüglich der bestehenden sozialen Beziehungen. Dies sind Faktoren, die in der Literatur zu Rückfällen in forensischen Stichproben als evidenzbasiert für das Rückfallrisiko besprochen werden. Auch wenn die Ergebnisse in Dropout-Studien hier insgesamt noch ein inkonsistentes Bild ergeben, so kann dies als Hinweis dafür gesehen werden, dass die risikoassoziierten Faktoren, die in Therapieprogrammen in

diesem spezifischen Kontext fokussiert werden, auch relevante Faktoren sein könnten, weshalb Personen sich um freiwillige und ambulante Hilfe außerhalb der forensischen Kontexte bemühen. Dies ist auch aus der theoretischen Überlegung, dass selbsterlebtes subjektives Risiko Anlass für die Suche nach und Aufnahme einer Therapie ist, plausibel.

Therapie-Beginnende versus Dropout

Von den 172 Personen, die das Therapieangebot annahmen und mindestens drei Therapiesitzungen absolvierten, beendeten 112 (65.1 %) das Therapieprogramm vollständig und 60 (34.9 %) brachen die Therapie vorzeitig ab. Die Abbruchrate ist vergleichbar mit Zahlen aus der allgemeinen Psychotherapieforschung (vgl. z.B. Wierzbicki & Pekarik, 1993; Swift & Greenberg, 2012). Im Bereich der untersuchten Variablen ergaben sich insgesamt bei drei Faktoren signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke. Die Personen, die in ihrer Lebensgeschichte eine frühere Tat bezüglich sexuellem Kindesmissbrauch im justizbekannten Hellfeld berichteten, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, die Therapie abzubrechen. Dies ist einerseits ein besorgniserregendes Ergebnis, da das generelle Rückfallrisiko bei Täter:innen im Hellfeld für diejenigen mit einer sexuellen Präferenzthematik im Sinne einer Pädophilie/Hebephilie höher ist als bei den sogenannten Ersatzhandlungstäter:innen (Beier, 1998). Andererseits ist zu beachten, dass von der Gesamtstichprobe von 425 Personen 41 (9.7 %) von früheren justizbekannten Taten berichteten und in realen Zahlen von 19 Personen in dieser Gruppe, die die Therapie begonnen haben, 12 die Therapie abbrachen und sieben die Therapie beendeten. Ob dieser Effekt sich als robust erweisen kann, bleibt demnach weiteren Untersuchungen vorbehalten. Ein ebenso kleiner Effekt ergab sich bezüglich des formalen Bildungsniveaus mit der Tendenz, dass Personen mit einem geringeren Bildungsniveau eher die Therapie abbrachen, wobei sich dieser Effekt beim Vergleich zwischen Therapie-Ablehnenden und Therapie-Beginnenden nicht zeigen ließ. Da auch das Therapieprogramm im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* kognitiv-behavioral ausgerichtet ist, lässt sich hier die oben bereits angeführte Argumentation von Stalans (2004) aufgreifen, dass die kognitiven Anforderungen des Programms für Personen möglicherweise zu wenig passend sind, somit überfordernd und zu Therapieabbrüchen führen können. Dies ist im Rahmen des Projekts mit der Überlegung einer Adaptation des Programms für kognitiv beeinträchtigte Personen aufgegriffen. Der dritte kleine Effekt zeigte sich in einer Tendenz, dass diejenigen, die die Therapie beendeten, zu Beginn ein erhöhtes Maß an emotionsorientierten Bewältigungsstrategien zeigten. Dieses Ergebnis ist widersprüchlich zu den im forensischen Kontext gewonnenen Ergebnissen (Ware & Bright, 2008), wobei Arten der Bewältigungsstrategien in der Dropout-Literatur kaum untersucht wurden. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass in der gegebenen Stichprobe emo-

tionsorientierte Bewältigungsstrategien für die Betroffenen als weniger hilfreich im Umgang mit ihrer sexuellen Präferenzthematik erlebt werden, somit eher zum subjektiven Belastungsleben beitragen und der Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien ein Fokus im Therapieprogramm darstellt.

Für diejenigen, die die Therapie beendeten, stellt sich nachfolgend die Frage, wie sich Therapieeffekte, die in einer bereits erschienenen Untersuchung dargestellt wurden (Beier et al., 2015), im Zeitraum nach Beendigung und Abschluss der aktiven Therapiezeit auswirken. Im Folgenden sind die Ergebnisse einer ersten Follow-up-Untersuchung dargestellt.

Studie 2: Follow-up

Methodik

Von denjenigen, die die Therapie abgeschlossen hatten, erfüllten 110 Personen das Einschlusskriterium von mindestens einem Jahr Nachbeobachtungszeitraum, wobei für 69 Personen aktuelle Kontaktdaten vorlagen. Diese wurden von Juni 2015 bis August 2017 kontaktiert und 56 nahmen an der Nachuntersuchung teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 81.2 % und ist demnach höher als bei den meisten klinischen Follow-up-Studien (Frohburg, 2004; van Horn et al., 2008).

Die Stichprobe glich hinsichtlich der soziodemographischen Daten der oben beschriebenen Gesamtstichprobe und umfasste ebenfalls ausschließlich Personen männlichen Geschlechts. Unterschiede zeigten sich im Bereich sexueller Devianz: Deutlich mehr Personen gaben das vorpubertäre Körperschema als das am jüngsten attraktive im Sinne einer Pädophilie an ($n = 41$, 73.2 %) und weniger das frühpubertäre im Sinne einer Hebephilie ($n = 15$, 26.8 %). Der Anteil der exklusiv pädo-/hebephilen Personen ohne sexuelle Ansprechbarkeit für Erwachsene war höher mit 51.8 % ($n = 29$). Was straffälliges sexuelles Verhalten in Bezug auf Kinder betrifft, wurden 16.1 % ($n = 9$) als nicht straffällig klassifiziert. 37.5 % ($n = 21$) gaben an, Missbrauchsabbildungen genutzt zu haben, ohne selbst übergriffig gewesen zu sein, 3.6 % ($n = 2$) berichteten über frühere Missbrauchstaten ohne zusätzlichen Gebrauch von Missbrauchsabbildungen und 42.9 % ($n = 24$) berichteten von beiden Deliktformen.

Der Nachbeobachtungszeitraum war durchschnittlich 6.13 Jahre (Spanne: 12 Monate bis 6 Jahre, 10 Monate) und demnach vergleichbar mit Nachbeobachtungsstudien zur Behandlung von Sexualstrafäter:innen (Schmucker & Lösel, 2015). Zusätzlich erfolgte eine Erhebung von Selbstauskunftsbögen zum Follow-up-Zeitpunkt, welche in Tabelle 1 aufgelistet sind. Fragebogendaten vom Zeitpunkt des Erstgesprächs vor der Therapie und direkt nach Abschluss der Therapie wurden zum Vergleich herangezogen. Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten wurden mittels *t*-Test oder bei Verletzung der Normalvertei-

lungsbedingung mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test untersucht. Zur Untersuchung der Vorhersagegüte einzelner Variablen wurde eine ROC-Analyse durchgeführt. Berichtet werden signifikante Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau $p < .05$, sowie Effektstärken als klein ($AUC \geq .56$), mittel ($AUC \geq .64$) oder groß ($AUC \geq .71$).

Ergebnisse

Behandlungsdaten

Die durchschnittliche Therapiedauer betrug 14.38 Monate ($SD = 5.29$, Spanne 10 bis 36). Die meisten Teilnehmenden (94.6 %) nahmen an einer wöchentlichen Gruppentherapie teil, nur wenige erhielten ausschließlich Einzeltherapie. Viele nutzten zusätzliche therapeutische Angebote wie begleitende Einzelsitzungen (10.7 %) oder Paartherapie (42.9 %). Mehr als ein Viertel (28.6 %) erhielt eine zusätzliche Pharmakotherapie zur Reduzierung des Sexualtriebs, was deutlich höher ist als bei haftentlassenen Sexualstraftäter:innen (Turner et al., 2018). Dies könnte an der Ausrichtung des Behandlungsprogramms auf Personen mit sexuellem Interesse an Kindern sowie der Freiwilligkeit der Behandlung liegen. Fast die Hälfte (44.6 %) nahm an der angebotenen Nachsorgegruppe nach Abschluss der Therapie teil, welche einmal im Monat stattfindet und dem Erhalt der Therapieerfolge und weiterer Stabilisierung dient.

Verbesserung dynamischer Risikofaktoren

Für die meisten Selbstauskunftsbögen lagen Normen oder Mittelwerte aus Vergleichsstichproben vor. Vor der Therapie wiesen diejenigen, die die Therapie abgeschlossen hatten, durchschnittliche Werte für Impulsivität, sexuelles Coping, Selbstwertgefühl und psychopathische Züge auf, was im Widerspruch zu Untersuchungen bei justizbekannten Täter:innen steht (Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Marshall & Mazzucco, 1995; McKibben et al., 1994). Diejenigen, die die Therapie abschlossen, wiesen vor Therapiebeginn ein höheres Maß an missbrauchsbegünstigenden Einstellungen, emotionaler Kongruenz mit Kindern und emotionaler Einsamkeit auf als Stichproben aus der Gemeinschaft, was darauf hindeutet, dass dies wichtige Faktoren sind, die in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Bei der Untersuchung der Verbesserungen bei den dynamischen Risikofaktoren (Ergebnisse in Tabelle 2) zeigte sich, dass die Kognitionen, die den Konsum von Missbrauchsabbildungen unterstützen, nach der Behandlung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung im Vergleich zu den Werten vor der Behandlung deutlich abnahmen. Dies ist besonders ermutigend, da in unserer Studie ein prädiktiver Zusammenhang zwischen einem hohen Maß an diesen Einstellungen vor der Behandlung und Rückfälligkeit nach der Therapie festgestellt wurde (s.u.). Darüber hinaus war das Niveau

der problemorientierten Bewältigung signifikant erhöht – nicht direkt nach der Behandlung, sondern zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Die Therapie mag Anregungen zur Verbesserung gegeben haben, aber die Änderung der Gewohnheiten zur Problembewältigung hat möglicherweise länger gedauert. Verbesserungen, welche direkt nach Therapie bei den Variablen missbrauchsbegünstigende Einstellungen und kognitive Opferempathie gefunden wurden, zeigten sich zum Nacherhebungszeitpunkt nicht mehr in dem entsprechenden Ausmaß. Da es sich hierbei um Risikofaktoren für problematisches Sexualverhalten bei justizbekannten Täter:innen handelt, sollten weitere Möglichkeiten zur Verbesserung des Programms untersucht werden.

Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch

Fast alle Personen die vor der Therapie Missbrauchsdelikte begangen hatten (92.3 %), gaben an, seit Beginn der Therapie nicht mehr rückfällig geworden zu sein, und keiner der vorher nicht übergriffig Gewordenen berichtete von einem Erstdelikt. Damit liegt die hier festgestellte Rückfallquote unterhalb der Rückfallquoten von justizbekannten Täter:innen, ob behandelt oder unbehandelt (Schmucker & Lösel, 2015). Leider wurden zwei der Teilnehmenden, die vor der Therapie Übergriffe begangen hatten, nach Abschluss des Therapieprogramms rückfällig. Beide Personen hatten in ihrer Vorgeschichte mehrfach schwere sexuelle Missbräuche verübt.

Nutzung von Missbrauchsabbildungen

In Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen wurden einige Verbesserungen festgestellt. Nach Abschluss der Therapie war ein Drittel (33.3 %) in der Lage, auf den Konsum von Missbrauchsabbildungen zu verzichten, wobei nach der Verschärfung des deutschen Gesetzes 2014, nach dem die Verwendung von erotischen Posingbildern auch unter Strafe gestellt wurde, nur noch 25.0 % als konsumabstinent gewertet werden. Im Gegensatz dazu berichteten zwei Drittel derjenigen, die die Therapie abgeschlossen hatten, von anhaltenden Delikten. Leider gab eine Person sogar an, während des Nachbeobachtungszeitraums mit der Nutzung von Missbrauchsabbildungen begonnen zu haben. Wie in Abbildung 2 dargestellt, reduzierte ein Drittel ($n = 11$, 35.5 %) der fortwährend Nutzenden signifikant den Schweregrad der verwendeten Missbrauchs Inhalte. Ebenso konnte die Nutzungsfrequenz signifikant reduziert werden: 12 (38.7 %) berichteten über eine weniger häufige Verwendung von Missbrauchsabbildungen, 2 (6.5 %) setzten die Verwendung zunächst fort, hörten aber während des Nachbeobachtungszeitraums ganz auf, und drei (9.7 %) berichteten über keinerlei Veränderung. Bezüglich Einstellungen, die die Nutzung von Missbrauchsabbildungen unterstützen, zeigten diejenigen, die nach der Therapie rückfällig wurden, signifikant

Tab. 2: Veränderung dynamischer Risikofaktoren bei N = 56 Therapieteilnehmer, die die Therapie abgeschlossen haben

	Prä	Post	Follow-up	Prä vs. Post	Prä vs. Follow-up
Dynamische Risikofaktoren	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t(df) / Z	t(df) / Z
Emotionale Defizite					
Emotionale Kongruenz	18.67 (6.15)	6.34 (5.83)	18.96 (7.66)	t(25) = 1.72	t(17) = 1.29
Einsamkeit	47.20 (11.52)	44.71 (11.04)	43.97 (13.63)	t(50) = 1.27	Z = -0.77
Tatbegünstigende Kognitionen					
Einstellungen, die Nutzung von Missbrauchsabbildungen begünstigen	50.11 (13.66)	42.86 (12.23)	43.68 (12.01)	Z = -4.51***	t(20) = 4.49***
Missbrauchsbegünstigende Einstellungen	68.33 (15.80)	64.69 (16.35)	67.00 (16.45)	t(21) = 2.16*	t(18) = 0.45
Defizite der kognitiven Opferempathie	76.58 (32.38)	66.16 (27.89)	67.00 (22.78)	Z = -2.19*	t(24) = 1.40
Selbstregulationsdefizite					
Problemorientiertes Coping	23.47 (5.93)	24.14 (7.09)	28.67 (5.76)	t(50) = -0.45	t(34) = -4.07***
Emotionsorientiertes Coping	26.78 (5.68)	25.41 (6.54)	25.00 (6.46)	t(49) = 1.48	t(35) = 1.91
Vermeidungsorientiertes Coping	19.49 (5.41)	20.33 (4.70)	20.81 (4.64)	Z = -0.93	t(35) = -0.96
Selbstwirksamkeitserwartungsdefizit	41.20 (12.16)	36.42 (12.88)	36.95 (12.69)	t(49) = 1.85	Z = -0.77

Anmerkungen: Bis auf problemorientiertes Coping sind alle Variablen in Defizitrichtung kodiert. Fehlende Werte waren aufgrund Veränderungen der Testdiagnostik über den Projektzeitraum nicht vermeidbar, daher variieren die Gruppengrößen zwischen Skalen und Messzeitpunkt; diese sind anhand der Freiheitsgrade df = n-1 erkennbar. Intragruppenvergleiche sind signifikant bei *p < .05 und ***p < .001 (asymptotische Signifikanz, zweiseitig).

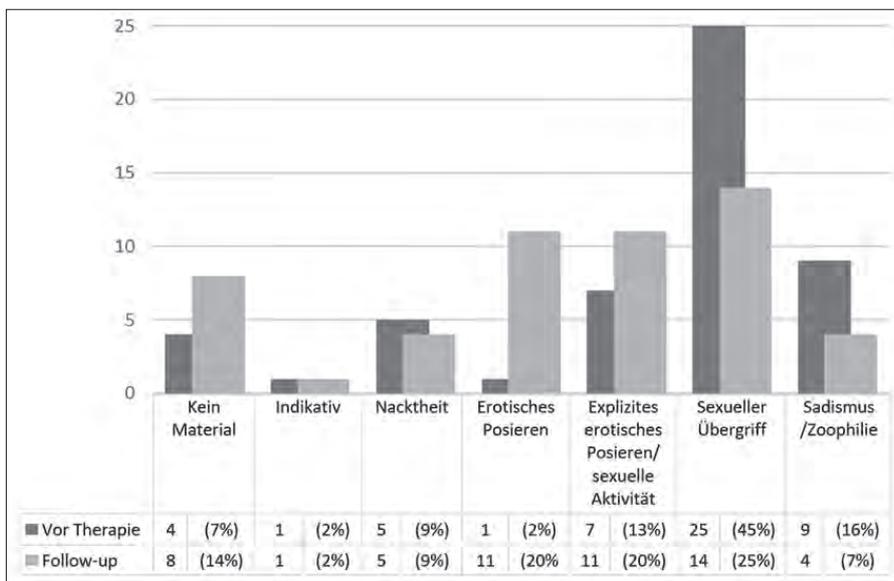


Abb. 2: Nutzung von sexuell erregendem Bildmaterial mit Kindern bei N = 56 Therapieteilnehmern, die die Therapie abgeschlossen haben. Vergleichend dargestellt ist die schwerste verwendete Bildkategorie vor und nach Therapie. Die Reduktion des Schweregrads des konsumierten Bildmaterials ist statistisch signifikant (Z = -3.93, p < .001).

höhere Werte vor der Therapie als diejenigen, die abstinent blieben. Für diesen Faktor zeigte sich auch eine mittlere Vorhersagegenauigkeit für Rückfälligkeit. Die Begründung dafür, warum der Gebrauch von Missbrauchsabbildungen eingestellt werden sollte, ist für die meisten Betroffenen weitaus schwieriger zu verstehen als bei den tatsächlichen Missbrauchstaten. Typische Argumente drehen sich um die gegebene Existenz der Bilder und ignorieren die Mechanismen der Nachfrage auf dem Markt, die umfangreiche Vervielfältigung und die anhaltende (Re-)Traumatisierung der Opfer des in diesem Material dargestellten Kindesmissbrauchs (König & Fegert, 2008).

Fazit und Ausblick

Die hier dargestellten Ergebnisse unterliegen einigen methodischen Limitationen. So haben in dem Zeitraum der Datenerhebung 2005–2016 einige Veränderungen betreffend der Versorgungsstruktur und des Therapieprogramms selbst stattgefunden. Parallel zum Erhebungszeitraum fand die Erweiterung der Versorgungsstruktur und des Netzwerks *Kein Täter werden* um weitere Standorte und Angebote statt. Ebenso wurde 2012 das Programm von geschlossenen Gruppen auf halb-offene Gruppen umgestellt, damit freiwerdende Therapieplätze zügiger nachbesetzt werden können. Das Therapieprogramm selbst wurde im Laufe der Erfahrungen ergänzt und adaptiert und 2012 erfolgte eine Umstellung von streng manualisierter Form auf eine modularisierte Form, um die Therapie stärker an die je individuellen Bedarfe der Teilnehmenden anzupassen. Diese Entwicklungen können die Ergebnisse möglicherweise beeinflusst und konfundiert haben, konnten aber aufgrund der notwendigen Stichprobengröße nicht weiter ausdifferenziert werden. Ebenso konnten Variablen wie z.B. Qualität der therapeutischen Beziehung, Gruppenkohäsion etc. nicht in die Untersuchung einbezogen werden, da entsprechende Fragebögen erst im Verlauf des Projekts implementiert wurden und noch keine ausreichende Datenmenge verfügbar war. Die Standorte des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden* werden seit 2018 im Rahmen eines Modellvorhabens gefördert und sollen hierbei auch gemeinsam evaluiert werden. Es wird dann möglich sein, mit einer umfangreicheren Stichprobe die Ergebnisse zu prüfen und weiter zu differenzieren.

Literatur

- Bados, A., Balguer, G., Saldana, C., 2007. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology* 63 (6), 585–592.
- Beier, K.M., 1998. Differential typology and prognosis for dissexual behavior – A follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *International Journal of Legal Medicine* 111 (3), 133–141.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2015. The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (2), 529–542.
- Beyko, M.J., Wong, S.C.P., 2005. Predictors of treatment attrition as indicators for program improvement not offender shortcomings: a study of sex offender treatment attrition. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 17 (4), 375–389.
- Browne, K.D., Foreman, L., Middleton, D., 1998. Predicting treatment drop-out in sex offenders. *Child Abuse Review* 7 (6), 402–419.
- Craissati, J., Beech, A.R., 2001. Attrition in a Community Treatment Program for Child Sexual Abusers. *Journal of Interpersonal Violence* 16 (3), 205–221.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J.K., Ramtahal, N., 2015. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83 (6), 1108–1122.
- Fraps, C.L., McReynolds, W.T., Beck, N.C., Heisler, G. H., 1982. Predicting client attrition from psychotherapy through behavioral assessment procedures and a critical response approach. *Journal of Clinical Psychology* 38 (4), 759–764.
- Frohburg, I., 2004. Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33 (3), 196–208.
- Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2016. Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles. *Archives of Sexual Behavior* 45 (5), 1153–1162.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., Hodgson, S., 2009. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: Risk, Need, and Responsivity. Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., Bussiere, M.T., 1998. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2), 348–362.
- Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L., Seto, M.C., 2002. First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14 (2), 169–194.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K., 2004. Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis 2004-02. Public Safety Canada.
- Jackson, K.R., Booth, P.G., McGuire, J., Salmon, P., 2009. Predictors of starting and remaining in treatment at a specialist alcohol clinic. *Journal of Substance Use* 11 (2), 89–100.
- König, C., Fegert, J.M., 2008. Sexueller Missbrauch. In: Remschmidt, H., Mattejat, F., Warnke, A. (Hg.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart, 452–463.
- Langevin, R., 2006. Acceptance and completion of treatment among sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 50 (4), 402–417.
- Laroche, S., Diguier, L., Laverdière, O., Gamache, D., Greenman, P.S., Descôteaux, J., 2010. Psychological dimensions of antisocial personality disorder as predictors of psychotherapy noncompletion among

- sexual offenders. *Bulletin of the Menninger Clinic* 74 (1), 1–28.
- Larochelle, S., Diguier, L., Laverdiere, O., Greenman, P.S., 2011. Predictors of psychological treatment noncompletion among sexual offenders. *Clinical Psychology Review* 31 (4), 554–562.
- Lösel, F., Schmucker, M., 2005. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 1 (1), 117–146.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., Thornton, D., 2010. Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 22 (2), 191–217.
- Marques, J., Nelson, C., West, M.A., Day, D.M., 1994. The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behaviour Research and Therapy* 32 (5), 577–588.
- Marshall, W.L., Mazzucco, A., 1995. Self-esteem and parental attachments in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 7 (4), 279–285.
- McKibben, A., Proulx, J., Lusignan, R., 1994. Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behaviour Research and Therapy* 32 (5), 571–575.
- Miner, M., Dwyer, S.M., 1995. Analysis of Dropouts from Outpatient Sex Offender Treatment. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 7 (3), 77–93.
- Olver, M.E., Stockdale, K.C., Wormith, J.S., 2011. A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79 (1), 6–21.
- Piper, W.E., Debbane, E.G., Bienvenu, J.P., Garant, J., 1984. A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52 (2), 268–279.
- Rush, A.J., Watkins, J.T., 1981. Group versus individual cognitive therapy. A pilot study. *Cognitive Therapy and Research* 5 (1), 95–103.
- Schmucker, M., Lösel, F., 2015. The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology* 11 (4), 597–630.
- Seto, M.C., 2008. *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*, first ed. American Psychological Association, Washington, DC.
- Seto, M.C., 2012. Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior* 41 (1), 231–236.
- Sharf, J., 2009. *Meta-analysis of Psychotherapy Dropout*. Unpublished manuscript, Adelphi University, New York.
- Sharf, J., Primavera, L.H., Diener, M.J., 2010. Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 47 (4), 637–645.
- Stalans, L.J., 2004. *Adult Sex Offenders on Community Supervision: A Review of Recent Assessment Strategies and Treatment*. *Criminal Justice and Behavior* 31 (5), 564–608.
- Swift, J.K., Greenberg, R.P., 2012. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80 (4), 547–559.
- Tozdan, S., Briken, P., 2015. The earlier, the worse? Age of onset of sexual interest in children. *Journal of Sexual Medicine* 12 (7), 1602–1608.
- Turner, D., Gregório Hertz, P., Sauter, J., Briken, P., Rettenberger, M., 2018. Pharmacological treatment of sexual offenders in German outpatient treatment centers. *International Clinical Psychopharmacology* 33 (6), 349–352.
- van Horn, P.S., Green, K.E., Martinussen, M., 2008. Survey Response Rates and Survey Administration in Counseling and Clinical Psychology. *Educational and Psychological Measurement* 69 (3), 389–403.
- Ward, T., 2002. Good lives and the rehabilitation of sexual offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior* 7, 513–528.
- Ware, J., Bright, D.A., 2008. Evolution of a Treatment Programme for Sex Offenders: Changes to the NSW Custody-Based Intensive Treatment (CUBIT). *Psychiatry, Psychology and Law* 15 (2), 340–349.
- Werbart, A., Wang, M., 2012. Predictors of not starting and dropping out from psychotherapy in Swedish public service settings. *Nordic Psychology* 64 (2), 128–146.
- Wierzbicki, M., Pekarik, G., 1993. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice* 24 (2), 190–195.

Autor:innen

Dipl. Psych. Julia Nentzl, Selbständige Ambulanz für sexualtherapeutische Prävention und forensisch-psychiatrische Forschung, Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R., e-mail: julia.nentzl@medizin.uni-leipzig.de

Dipl. Psych. Gerold Scherner, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: gerold.scherner@charite.de

Forschung zu sexuellem Interesse an Minderjährigen im *Dunkelfeld* – Chancen und Grenzen

Till Amelung, Dorit Grundmann

Research on Sexual Interest in Minors in the *Dunkelfeld* – Opportunities and Barriers

Abstract

Research in the *Dunkelfeld* on legally undetected individuals with a sexual interest in minors or dissexual behavior towards children will increase as increasing numbers of clinical institutions are available for affected individuals and preventive services receive social and political attention. The data collected in these contexts can help to better understand and describe the *Dunkelfeld* populations, their problematic sexual behaviors and clinical trajectories.

The present article summarizes research findings from the *Dunkelfeld* can increase and enhance the knowledge about pedophilia and child sexual abuse. In addition to a detailed diagnostic and nosological description of the clinical constructs of pedophilia and hebephilia, the concepts of *Dunkelfeld* and *Hellfeld* (i.e., detected cases) will be examined. Both the criminological differentiation and the description of a group of affected persons who may never present themselves in institutions are relevant. In comparison to current findings on convicted or detected offenders, the potential of research in the *Dunkelfeld* will be defined and future directions as well as research perspectives will be addressed.

Keywords: Pedophilia, *Dunkelfeld*, Detection, Research

Zusammenfassung

Die Forschung zu sexuellem Interesse an Minderjährigen und dissexuellem Verhalten gegenüber Kindern im *Dunkelfeld* wird zunehmen. Für Betroffene stehen vermehrt klinische Einrichtungen und präventive Angebote zur Verfügung. In diesen Populationen erhobene Daten können helfen, mögliches sexuell grenzverletzendes Verhalten im *Dunkelfeld* und klinische Verläufe von Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen besser zu verstehen.

Dieser Artikel legt dar, wie die Forschung im *Dunkelfeld* das Wissen zu sexuellem Interesse an Minderjährigen und sexuell grenzverletzendem Verhalten gegenüber Kindern erweitern kann. Neben einer diagnostischen und nosologischen Beschreibung des aktuellen Erkenntnisstandes zu Pädophilie und Hebephilie werden die Begriffe *Dunkelfeld* und *Hellfeld* genauer betrachtet. Hierbei ist sowohl die kriminologische

Differenzierung relevant als auch die Beschreibung einer Gruppe von Betroffenen, die sich möglicherweise nie in Einrichtungen vorstellen werden. Die *Dunkelfeld*-Forschung wird vom *Hellfeld* abgegrenzt, es wird herausgearbeitet, welche Chancen und spezifischen Hürden damit verknüpft sind und welche Forschungsfragen dadurch perspektivisch adressiert werden können.

Schlüsselwörter: Pädophilie, *Dunkelfeld*, *Hellfeld*, Forschung

Pädophilie und Hebephilie

In menschlichen Populationen finden sich über Kulturen und Zeiten hinweg Berichte von sexuellem Verhalten zwischen Erwachsenen und vor- oder frühpubertären Kindern. Spätestens seit der *Psychopathologia Sexualis* von Krafft-Ebing (Krafft-Ebing, 1912) wird diese Spielart menschlicher Sexualität unter dem Begriff Pädophilie beschrieben und als Krankheitsbild verstanden (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1993).

Die diagnostischen Kriterien für Pädophilie in den gängigen Klassifikationssystemen ICD und DSM beschreiben als notwendige Voraussetzungen für die Diagnose ein anhaltendes sexuelles Interesse an Minderjährigen, das sich durch Fantasien, Bedürfnisse oder Verhalten manifestiert. Als Zeitkriterium schlägt das DSM-5 dabei vor, dass das sexuelle Interesse über mindestens sechs Monate bestanden haben muss. Die neuesten Ausgaben beider Systeme, das bereits veröffentlichte DSM-5 und das noch in Arbeit befindliche ICD-11, verweisen dabei darauf, dass das alleinige, anhaltende Vorliegen dieses sexuellen Interesses nicht ausreichen soll, um eine krankheitswertige Störung zu diagnostizieren. Das DSM-5 sieht unter der Rubrik Paraphilien vor, dass eine „Pädophilie“ ohne Störungscharakter in Abgrenzung von einer „Pädophilen Störung“ diagnostiziert werden kann, wenn das sexuelle Interesse nicht ausgelebt wurde und zu keinem relevanten Leidensdruck führt (American Psychiatric Association, 2013). Im ICD-11 ist nur die Diagnose „Pädophile Störung“ unter den gleichen Voraussetzungen vorgesehen. Beiden Klassifikationssystemen ist also gemeinsam, dass störungsrelevante Charakteristika dieser sexuellen Präferenzbesonderheit entweder in einem Leidensdruck durch das sexuelle Interesse oder im Ausleben des sexuellen Interesses gesehen werden. Störungsrelevantes „Ausleben“ soll dabei vor allem fremdschädigendes Verhalten umfassen, wobei die De-

tails nicht expliziert werden (Wakefield, 2011). Klinisch berichteten Menschen mit entsprechendem Interesse als Ausleben so Unterschiedliches wie bspw. Selbstbefriedigung zu Fantasien oder Gedanken, Masturbation mit einem unbelebten Gegenstand (Sexspielzeug, kindliche Sexpuppen), Stalking oder Fotografieren von Kindern im Präferenzalter, Masturbation zu sexuell konnotierten oder explizit sexuellen Darstellungen von Kindern (Missbrauchsabbildungen oder „Kinderpornografie“) oder das Realisieren von sexuellen Kontakten mit Kindern. Dieses breite Spektrum an Verhalten verdeutlicht die Unschärfe dieses Kriteriums. Beier (1995) schlägt zur genaueren Einordnung von sexuellem Verhalten das Konzept der „Dissexualität“ als „sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen bezogen auf durchschnittlich erwartbare Partnerinteressen unabhängig von Strafverfolgung oder Strafverfolgbarkeit und Dauer dieses Versagens“ vor. Legt man dies als Maßstab an, sollte Selbstbefriedigung zu Fantasien oder Gedanken nicht unter störungsrelevantes Ausleben fallen, aber auch Verhalten wie die Nutzung von kindlichen Sexpuppen würde das Kriterium des „Sozialversagens bezogen auf durchschnittlich erwartbare Partnerinteressen“ mangels belebter Partner:innen nicht erfüllen. Für die anderen genannten Verhaltensweisen ist dagegen der Aspekt der Verletzung „durchschnittlich erwartbarer Partnerinteressen“ deutlich.

Ebenfalls neu ist in beiden Klassifikationssystemen das Kriterium des körperlichen Entwicklungsgrades konsistent angegeben als vorpubertär. Nach der Klassifikation körperlicher Entwicklungsstadien nach Tanner (Tanner, 1973) bezieht sich dies auf das Entwicklungsstadium 1 vor Beginn des Brustwachstums, des Wachstums der Genital- und Achselbehaarung und vor Beginn des Wachstums und der Pigmentierung der äußeren Genitale und erfasst in Deutschland im Mittel Kinder bis ca. zum 11. Lebensjahr (Kahl & Schaffrath Rosario, 2007). Der Neuauflage des DSM in der fünften Version voran ging eine ausgedehnte Diskussion in der Wissenschaftsgemeinschaft, inwieweit ein sexuelles Interesse an pubertierenden Jugendlichen, also in den Tanner-Stadien 2 und 3 etwa zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr, als eine eigene diagnostische Entität unter dem Namen Hebephilie Eingang in die Klassifikation finden sollte (Blanchard, 2009). Der Vorschlag wurde schlussendlich abgelehnt, teils aus testtheoretischen Überlegungen (befürchtete geringe Trennschärfe zur Pädophilie und Teleiophilie), teils aus mediko-legalen Überlegungen (Konsequenzen für insbesondere US-amerikanische Strafverfahren) (Blanchard, 2009). Neben der Erstpublikation von Blanchard und Kolleg:innen (2009), die eine psychophysiologische Unterscheidbarkeit mit Hilfe der Phallometrie darlegte, also der Messung peniler Reaktionen auf sexuelle Stimuli, sind seither auch bildgebende Daten zur Hirnmorphologie veröffentlicht worden, die auf eine Abgrenzung der Hebephilie von der Pädophilie deuten (Cantor & Blanchard, 2012). Auch eine Meta-Analyse bestätigte die Relevanz der penilen Reagibilität auf Stimuli von Pubertierenden für die Risikoprognose von sexuellen Übergriffen gegen Kinder

(McPhail et al., 2017). Aus dem *Dunkelfeld*-Projekt konnte gezeigt werden, dass ein selbstberichtetes sexuelles Interesse an pubertierenden Jugendlichen mit entsprechendem Verhalten und Leidensdruck assoziiert sein kann (Beier et al., 2013). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Ausschluss der diagnostischen Kategorie aus klinischer Sicht bedauerlich ist. Die folgenden Ausführungen werden allerdings immer beide Phänomene, Pädophilie und Hebephilie, berücksichtigen.

Die Prävalenz sexuellen Interesses an Minderjährigen in der Allgemeinbevölkerung ist empirisch schwierig zu bestimmen (s.u.). Die verfügbaren Schätzungen für Männer liegen für das sexuelle Interesse an vorpubertären Kindern (Pädophilie im engeren Sinne) zwischen 1.8 % und 9 % (Briere & Runtz, 1989; Joyal et al., 2015), in der einzigen bevölkerungsrepräsentativen Studie liegt sie bei 4 % (Dombert et al., 2016). In der möglicherweise einzigen entsprechenden Untersuchung für Frauen berichten 0.8 % der Befragten sexuelle Fantasien mit Kindern vor dem 12. Lebensjahr (Joyal et al., 2015).

Die nosologische Einordnung der Pädophilie bleibt umstritten. Die gegenwärtig einflussreichste Position sieht die Pädophilie als sexuelle Orientierung ähnlich der teleiophilen Hetero- und Homosexualität (American Psychiatric Association, 2013; Seto, 2017, 2018). Die APA beschreibt die sexuelle Orientierung als „stabiles Muster von Anziehung, Verhalten, Emotionen, Identität und sozialen Kontakten“ (American Psychological Association, 2012). So konnte bspw. gezeigt werden, dass auch das sexuelle Interesse an Kindern mit weiteren Merkmalen einer Orientierung assoziiert ist und Menschen mit einer pädophilen Präferenz z.B. romantische und Beziehungsbedürfnisse gegenüber Kindern formulieren (Martijn et al., 2020). Auch Belege, dass das sexuelle Interesse an Kindern nach der Pubertät weitgehend stabil bleibt, liegen vor (Grundmann et al., 2016). Demgegenüber stehen Berichte über neu aufgetretene sexuelle Handlungen mit Kindern im Rahmen von cerebralen Läsionen, die von einigen Autor:innen als Ausdruck einer weiteren nosologischen Kategorie, einer „erworbenen Pädophilie“ gewertet werden (Mohnke et al., 2014; Scarpazza et al., 2021). Hinweise auf cerebrale Veränderungen durch bildgebende Verfahren, die dem sexuellen Interesse an Minderjährigen ätiopathogenetisch zugeordnet wurden, wurden in Untersuchungen unter Einschluss von Menschen mit Pädophilie ohne begangene Missbrauchstaten nicht nachgewiesen (Gerwinn et al., 2015; Schiffer et al., 2017), sodass auch die „erworbene Pädophilie“ eher als Resultat von Disinhibition und nicht als genuines sexuelles Interesse an Minderjährigen zu werten sein könnte (Joyal et al., 2019; Mohnke et al., 2014). Andere Hinweise auf vorgeburtliche oder vorpubertäre biologische Prozesse, die das sexuelle Interesse wie bei der teleiophilen Homo- und Heterosexualität prädeternieren (Bailey et al., 2016), stehen weiterhin aus. Im Gegenteil konnten Blanchard und Kolleg:innen erst kürzlich nachweisen, dass die Geschlechtspräferenz auch bei sexuellem Interesse an Minderjährigen durch die Geschwisterreihenfolge beeinflusst wird (Blanchard et al., 2021).

Neben der Orientierungshypothese und der Annahme einer ätiologischen Gruppe „erworbener Pädophilien“ werden andere Erklärungsmodelle für sexuelles Interesse an Minderjährigen weiter vertreten. So betonen beispielsweise der kanadische Psychiater Paul Fedoroff, aber auch Kolleg:innen im deutschsprachigen Raum, dass die Belege für die Orientierungshypothese weiterhin schwach seien und dass das entsprechende Narrativ Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen möglicherweise mehr schade als nutze (Fedoroff, 2020; Tozdan & Briken, 2016). Ein relevanter theoretischer Einfluss dieser Schule liegt in den Arbeiten von McGuire et al. (1964), die „sexuelle Deviationen“ als konditioniertes Verhalten postulierten. Die Anwendung dieses Modells auch auf die teleophile Homosexualität hat großes Leid unter den mit sogenannten „reparativen Therapien“ Behandelten verursacht (Glassgold et al., 2009) und die Theorie dadurch in Verruf gebracht. In letzter Zeit argumentierten aber auch Vertreter:innen der Orientierungshypothese des sexuellen Interesses an Minderjährigen, dass sich die Alterspräferenz als „Chronophilie“ nosologisch von der Geschlechtspräferenz unterscheiden könnte und Lernprozesse hier von Bedeutung sein könnten (Seto, 2018).

Dunkelfeld

Der Begriff des *Dunkelfeldes* stammt aus der kriminologischen Forschung und bezeichnet dort jene Straftaten, die den Behörden unbekannt bleiben. Im Zusammenhang mit sexuellem Interesse an Minderjährigen bestehen solche Straftaten vor allem in sexuellen Übergriffen gegen Kinder („sexueller Missbrauch von Kindern“ laut StGB) und der Nutzung von Medien, die derartige Übergriffe darstellen („Kinderpornographie“ laut StGB). Bei beiden Straftatbeständen muss davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Taten unerkannt bleibt und nur ein Bruchteil zur Anzeige und damit in das *Hellfeld* kommt.

Untersuchungen der WHO folgend geht der Bundesbeauftragte für sexuellen Kindesmissbrauch von einer Prävalenz von etwa 600.000 Kindern im Schulalter aus, die in Deutschland von sexuellem Missbrauch betroffen sind (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2021). Im deutlichen Kontrast dazu beschreibt die Polizeiliche Kriminalstatistik über das Kalenderjahr 2020 knapp 14.600 erfasste Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch und ca. 18.760 Fälle von Verbreitung, Erwerb, Besitz und Herstellung kinderpornographischer Schriften (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, 2021). Weitere Hinweise auf das Ausmaß des *Dunkelfeldes* liefern Untersuchungen an männlichen Tätern, die unter teilweise sehr aufwändigen Vorkehrungen zur Sicherung der Anonymität und Vertraulichkeit der Angaben der Befragten um ein Vielfaches höhere Zahlen zu selbstberichtetem dissexuellem Verhalten erbrachten, als juristisch bekannt war (Abel et al., 1987; Bourke & Hernandez, 2009). Die Gründe für diese

Diskrepanz sind leicht nachvollziehbar mit dem Bestreben, juristische und andere soziale Konsequenzen zu vermeiden. Auf Seiten der Opfer spielen eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle wie Nicht-Benennen-Können, Abhängigkeitsverhältnisse oder Verharmlosung auch durch das Umfeld. Von einem *Dunkelfeld* im eigentlichen Sinn kann also lediglich in Bezug auf Straftaten gesprochen werden.

Im Kontext sexuellen Interesses an Minderjährigen kann aber ein weiterer Aspekt als *Dunkelfeld* im weiteren Sinne betrachtet werden: Aufgrund der intuitiven Nähe von sexuellem Interesse und sexuellem Verhalten, in diesem Fall von Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch, unterliegt die Pädophilie einem ausgeprägten sozialen Stigma und Tabuisierung (Jahnke & Imhoff et al., 2015). Dieses Stigma und die mögliche Ausgrenzung werden dabei von Menschen mit Pädophilie als gravierender eingeschätzt, als sie von der Normalbevölkerung angegeben werden (Jahnke & Schmidt et al., 2015). Die befürchteten Reaktionen des sozialen Umfelds erschweren es Menschen mit Pädophilie, sich ihrem Umfeld zu öffnen und sich Hilfe zu suchen. Entsprechend entsteht auch hier ein *Dunkelfeld* von im Verborgenen bleibenden Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen. Diese Tabuisierung hat gravierende Konsequenzen für Forschung und Therapie für diese Population. So ist es durch das erwartete Stigma schwer, zuverlässige Zahlen zur Prävalenz des sexuellen Interesses an Minderjährigen zu erhalten. Außerdem sind Menschen mit dem entsprechenden Interesse oft zögerlich, ihre Identität und die Diagnose im öffentlichen Gesundheitssystem verknüpft zu sehen, sodass Angebote mit der Option der anonymen Versorgung erforderlich werden.

Abgrenzung vom *Hellfeld*

Vom *Hellfeld*, also den justizbekannten Fällen dissexuellen Verhaltens gegenüber Kindern, unterscheidet sich das *Dunkelfeld* in mehrerlei Hinsicht: Zum einen können Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen, die noch nie dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern begangen haben und Menschen, die eine gewisse Wahrscheinlichkeit sehen, dass sie derartige Grenzverletzungen begehen werden, naturgegeben nicht in *Hellfeld*-Statistiken erfasst werden. Das *Dunkelfeld* bietet also die einzige Möglichkeit zur primären Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs und zur Beforschung des sexuellen Interesses an Minderjährigen ohne die Konfundierung mit dissexuellem Verhalten gegenüber Kindern. Über beides ist bislang nur wenig bekannt. So fehlen weiterhin Daten zur Prädiktion erster dissexueller Handlungen gegenüber Kindern. Aus der deutlichen Überrepräsentation von Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen in Populationen von Personen, die für sexuellen Kindesmissbrauch verurteilt wurden, mit einem Anteil von 40 %–70 % (Seto, 2018), gegenüber der geschätzten

Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung lässt sich ein erhöhtes Risiko für erstmaliges dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern aufgrund der sexuellen Präferenz ableiten.

Zum anderen bietet das *Dunkelfeld* den Zugang zu jener Population von Menschen, die dissexuelle Handlungen gegenüber Kindern begangen haben, die nie zur Anzeige gelangten. Über diese Population ist insgesamt wenig bekannt. Bisher haben sich zwei Untersuchungen damit beschäftigt, Unterschiede zu beschreiben zwischen Personen, deren dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern strafrechtlich erfasst sind und denjenigen, deren Taten vollständig im *Dunkelfeld* stattfanden (Gibbels et al., 2019; Neutze et al., 2012). Beide Studien fanden mehr Gemeinsamkeiten als Differenzen, untersuchten jedoch unterschiedliche Konstrukte. Bei Neutze und Kolleg:innen hatten unentdeckte männliche Täter höhere Bildungsabschlüsse, waren jünger und häufiger in einem Arbeitsverhältnis und gaben seltener an, sexuelle Grenzverletzungen im Kindes- oder Jugendalter erlebt zu haben, zeigten dabei aber keine Unterschiede hinsichtlich sexueller Präferenz oder psychologisch bedeutsamer Risikofaktoren für das Begehen dissexuellen Verhaltens gegen Kinder. Gibbels und Mitarbeiter:innen wiederum fanden keinen Altersunterschied, jedoch unter den verurteilten Täter:innen höhere Prävalenzen von sexuellem Interesse an vorpubertären Kindern (Pädophilie) und eine größere Anzahl selbstberichteter Übergriffe gegen Kinder. Die Repräsentativität und Generalisierbarkeit dieser Untersuchungen angesichts der genutzten selbst-selektierten Stichproben sind dabei fraglich.

Für empirisch gut begründete Aussagen über Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen ist es damit gegenwärtig noch zu früh. Entsprechend ist auch die Übertragbarkeit von empirischen Befunden und die Anwendbarkeit von etablierten Risikoprognose-Verfahren aus dem *Hellfeld* auf *Dunkelfeld*-Populationen weiterhin nicht klar beantwortet und die Umstände unklar, die mit einer juristischen Detektion der Straftaten im Zusammenhang stehen. Die von Neutze und Kolleg:innen (2012) sowie Gibbels und Kolleg:innen (2019) berichteten Merkmale weisen erste Hypothesen aus. So könnten Merkmale wie jüngeres Alter und höhere Bildungsabschlüsse Täter:innen ermöglichen, sich technisch besser vor einer Detektion zu schützen. Häufigere und möglicherweise schwerere Delikte könnten dazu führen, dass der schwerwiegendere Opferschaden zu einer erhöhten Anzeigebereitschaft des sozialen Umfelds führt. Aus der klinischen Erfahrung scheint außerdem das soziale Umfeld bei Täter:innen im *Dunkelfeld* bereiter zu sein, die Taten „mitzutragen“ und keine Ermittlung oder Strafverfolgung zu initiieren.

Chancen der *Dunkelfeld*-Forschung

Die Chancen für die Forschung im *Dunkelfeld* ergeben sich aus seiner Abgrenzung vom *Hellfeld*. Während im *Hellfeld* bereits seit vielen Jahrzehnten intensiv zu sexuellem Interesse an Minderjährigen und sexuellem Kindesmissbrauch geforscht wird, ist die Forschung im *Dunkelfeld* auch 16 Jahre nach dem Start des *Dunkelfeld*-Projektes an der Berliner Charité noch weitgehend in den Kinderschuhen. Die Forschung im *Dunkelfeld* kann dabei einerseits durch die empirische Abgrenzung vom juristischen *Hellfeld* bekannte Forschungsfragen vertiefen, andererseits durch die Untersuchung von Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen, die noch nie dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern begangen haben, Fragen beantworten, die in *Hellfeld*-Kontexten gar nicht beantwortet werden könnten.

In der Untersuchung von Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern, die noch nie dissexuelle Handlungen gegenüber Kindern begangen haben, bietet sich die Möglichkeit früher präventiver Interventionen gleich in mehrfacher Hinsicht.

In der klinischen Praxis begegnen wir immer wieder Klienten, die zwar sexuelle Fantasien mit Kindern beschreiben, jedoch das Zeitkriterium von sechs Monaten nicht erfüllen. Inwieweit es sich in derartigen Fällen um etwas wie ein „Prodromalstadium“ eines sexuellen Interesses an Minderjährigen handelt, also einem Stadium bevor das eigentliche Vollbild eines sexuellen Interesses an Minderjährigen mit anhaltenden sexuellen Fantasien, Impulsen, Verhaltensweisen vollständig ausgeprägt ist, ist gegenwärtig unklar. In den bisherigen retrospektiven Untersuchungen wurde selten systematisch erhoben, was die ersten wahrgenommenen Symptome gewesen sind und wie viel Zeit typischerweise zwischen Symptombeginn und Problembewusstsein liegen. Zudem bleibt die Einordnung späterer Manifestationen eines sexuellen Interesses an Minderjährigen offen (s.o.). Die Identifikation von Prodromalstadien, sollten sie existieren, könnte dabei Möglichkeiten einer Primärprävention von sexuellem Interesse an Minderjährigen bieten.

Nur im *Dunkelfeld* lassen sich außerdem die Therapiebedürfnisse von Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen aufgreifen, die nie dissexuelle Handlungen gegenüber Kindern begangen haben. Erste Daten einer explorativen qualitativen Analyse der klinischen Erstexplorationen von männlichen Nicht-Tätern weisen darauf hin, dass in dieser Gruppe nicht nur die Sorge vor möglichem künftigen dissexuellem Verhalten zum Aufsuchen professioneller Hilfe führt, sondern auch spezifisch mit der sexuellen Präferenz assoziierte psychosoziale Probleme wie Partnerschaft, Kinderwunsch, Angst vor Ablehnung oder Einschränkungen bei der Berufswahl oder Wahl der Wohnform (Heid et al., 2020). Damit scheinen auch Personen dieser Population Stressoren zu unterliegen, wie sie für andere sexuelle Minderheiten im *Minority Stress Model* dargelegt wurden (Meyer, 2003). Hinweise auf eine erhöhte

Belastung mit psychischen Erkrankungen bei Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen finden sich in der Literatur ebenso wie Belege für die Stigmatisierung (Gerwinn et al., 2018; Lievesley et al., 2020). Interventionen für diese Gruppe kommt somit eine wesentliche Rolle in der Prävention von Folgeerkrankungen zu.

Zudem lässt sich ein wachsender Auftrag an Forschung im *Dunkelfeld* im Zusammenhang mit der Kriminalisierung von Verhaltensweisen feststellen, bei denen nicht vordergründig von einem Schaden für Minderjährige auszugehen ist. Dies betrifft beispielsweise die anstehenden gesetzlichen Neuerungen und Strafrechtsreformen zu gezeichneten Darstellungen von Missbrauch an Minderjährigen (i.e., Hentai) oder die Nutzung von kindlichen Sexpuppen. Aus dem *Hellfeld* gibt es bislang keine empirischen Befunde zur Wirkung dieser Verhaltensweisen. Den Diskurs prägen dabei zwei Positionen: Die Legislative geht von einer Wirkung im Sinne einer Erhöhung des individuellen Risikos für die Nutzung von realen Missbrauchsdarstellungen oder den direkten sexuellen Kontakt mit Minderjährigen aus, während Betroffene argumentieren, dass kein nachvollziehbares Rechtsgut verletzt und im Sinne eines „Schutzfaktors“ das individuelle Risiko reduziert würde. Die geplante Inkriminierung dieser Handlungen wird die Möglichkeiten einer empirischen Überprüfung vorrangig in das *Dunkelfeld* verlagern.

In der Untersuchung von Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen, die bereits dissexuelle Handlungen gegenüber Kindern begangen haben, bietet das *Dunkelfeld* die Möglichkeit, Annahmen aus der *Hellfeld*-forschung in einem vertraulichen und durch die Schweigepflicht geschützten Kontext weiter zu prüfen. Dieser besondere Raum verspricht angesichts fehlender sozialer oder juristischer Konsequenzen aufgrund des sexuellen Interesses und assoziierten Problemverhaltens vor allem bei Selbstberichtsverfahren verlässlichere Daten als bei der Befragung von verurteilten Sexualstraftäter:innen. Vor allem angesichts der zu erwartenden höheren Raten selbstberichteten dissexuellen Verhaltens bei der Befragung unter Gewährung der Straffreiheit stellt sich die Frage nach der Validität von Prognoseverfahren des *Hellfeldes* auch für die Prädiktion von dissexuellem Verhalten im *Dunkelfeld*. Abgesehen von erwartbaren Unterschieden in der abhängigen Variablen weisen darüber hinaus die im *Hellfeld* entwickelten Verfahren Spezifika auf, die eine Übertragung in das *Dunkelfeld* nur begrenzt ermöglichen. Im *Dunkelfeld* weiter entwickelte Verfahren könnten im Gegenzug auch wichtige Denkanstöße für das *Hellfeld* liefern.

Grenzen der *Dunkelfeld*-Forschung

Die Grenzen für Forschung im *Dunkelfeld* ergeben sich aus seinen Spezifika – der Anonymität, der Eigenmotivation der Interessenten und dem dadurch fehlenden justiziellen Zwang und seiner eher kriminologisch-juristischen als klinischen Definition, aber auch durch die unter anderem zu untersuchenden Phänomene sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen.

Unabhängig von der Lokalisation im *Dunkel-* oder *Hellfeld* stellt sich für jegliche Forschung zu Rezidivhandlungen das gesamtgesellschaftlich begrüßenswerte, aber statistische Problem der niedrigen Basisraten dissexuellen Verhaltens (vgl. z.B. Gerwinn et al., 2018, Table S2). Um Effekte einer Behandlung auf sexuelle Übergriffe gegen Kinder nachzuweisen, bedarf es daher langer Nachbeobachtungszeiträume und großer Stichproben. Lediglich die Nutzung von Missbrauchsabbildungen stellt dabei im *Dunkelfeld* eine Ausnahme dar, bei der die Betroffenen im Selbstbericht zum Teil bis zu tägliche Rezidivhandlungen angeben.

Das hohe Schutzbedürfnis der Betroffenen und der bei ihnen erhobenen Daten erschwert die Beforschung weiter erheblich. Die Möglichkeit anonym zu bleiben, ist nach dem klinischen Eindruck aus der Arbeit im *Dunkelfeld* für diese Population von großer Wichtigkeit. Im Unterschied zum *Hellfeld*, wo zum Beispiel im Rahmen der Führungsaufsicht ein langjähriger, intensiver Kontakt durchgesetzt werden kann, steht diese Möglichkeit im *Dunkelfeld* zur Untersuchung sexuell grenzverletzenden Verhaltens nicht zur Verfügung. Aber auch abseits davon hat die Anonymität der Teilnehmenden zur Folge, dass die Möglichkeiten zur Nachverfolgung begrenzt sind. Auch die externe Validierung des selbstberichteten dissexuellen Verhaltens durch Auszüge aus dem Strafregister ist in dieser Konstellation nur schwer realisierbar. Eine anonyme Erhebung des Auszugs ist per Definition unsinnig. Die Überprüfung der Auszüge ohne ein Aufheben der Anonymität wird dagegen immer mit Unsicherheiten bezüglich der Validität der Angaben verbunden sein.

Da das *Dunkelfeld* von sexuellem Interesse an Minderjährigen ebenso wie bezüglich dissexuellen Verhaltens gegenüber Kindern weitgehendes Neuland darstellt, stellen sich weitere Probleme in der Auswahl von Messinstrumenten, operationalisierten Konstrukten und Zielgrößen. Im *Hellfeld* eingesetzte Verfahren sind für *Dunkelfeld*-Populationen zum Beispiel durch Verweise auf laufende Strafverfahren oder abgeholte Verurteilungen oftmals ungeeignet oder für die spezifische Population nicht validiert (Kuhle et al., 2016), sodass Verzerrungen durch Messfehler im Rahmen von Gruppenvergleichen oder bei Untersuchungen von Veränderungen nicht auszuschließen sind. Für die Population derer mit sexuellem Interesse an Minderjährigen, die nie dissexuelle Handlungen gegen-

über Kindern begangen haben, fehlen spezifische Instrumente vollständig.

Die unterschiedlichen Kontexte, aus denen heraus Menschen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen professionelle Hilfe im *Dunkelfeld* suchen, sorgen darüber hinaus für stark heterogene Stichproben. Neben unterschiedlichen Geschichten sexuell grenzüberschreitenden Verhaltens spielen hier auch unterschiedliche Entwicklungsalter (Erwachsene, Jugendliche, Ältere) und kognitive Leistung eine wichtige Rolle.

Entsprechend dem *Risk-Need-Responsivity*-Prinzip, muss die Therapie von sexuell übergriffig gewordenen Menschen auch das Risiko zukünftiger Übergriffe berücksichtigen, wobei sich sowohl zu wenig als auch zu viel Therapie negativ auf die Prognose auswirken können (Bonta & Andrews, 2007). Für die Stichproben im *Dunkelfeld* finden sich Hinweise auf diese Differenzierung in den Daten der Pilotstudie am Berliner Standort, in der die Gruppe Behandler die deutlichsten Änderungen auf den untersuchten Maßen zeigten, die in der Vergangenheit sowohl sexuelle Übergriffe gegen Kinder begangen als auch Missbrauchsabbildungen genutzt hatten und damit nach gängigem Verständnis zu einer Hochrisikopopulation gehörten (Beier et al., 2015). In den unterschiedlichen Gruppen sind darüber hinaus auch unterschiedliche Therapieziele und -erfordernisse denkbar. Künftige Untersuchungen sollten diese Differenzierung berücksichtigen.

Die vermutlich größte Herausforderung im *Dunkelfeld* stellt die Beforschung präventiver Therapie für sexuellen Kindesmissbrauch dar. Hier bilden methodische Ansprüche an klinische Forschung und Schutzinteressen gegenüber Minderjährigen ein schwer auflösbares ethisches Spannungsfeld. Auf der einen Seite bedarf es gut kontrollierter Studien, um die Wirksamkeit von Therapieangeboten bewerten zu können und die Möglichkeit iatrogenen Schädigung auszuschließen (Mokros & Banse, 2019). Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass in den Kontrollgruppen Gefährdungssituationen übersehen und gegebenenfalls ineffektiven Interventionen zugewiesen werden. Für ein methodisch anspruchsvolles Design, d.h. randomisiert, gegebenenfalls verblindet und mit ausreichend langem Nachbeobachtungszeitraum, muss sichergestellt werden, dass Behandelte wie Kontrollgruppen regelmäßigen Untersuchungen zugänglich sind, um Abbruchkriterien zu prüfen, die eine Fremdgefährdung abzuwenden erlauben. Dies wird umso relevanter bei der Untersuchung großer Stichproben.

In der Forschungspraxis hat diese Konstellation in zwei Therapiestudien aus dem *Dunkelfeld* dazu geführt, dass weniger streng kontrollierte Studiengruppen (Beier et al., 2015) oder gar keine Kontrollgruppen genutzt wurden (Engel et al., 2018). Ein mögliches Beispiel für ein methodisch anspruchsvolles Design findet sich in einer Untersuchung zur Wirksamkeit eines Gonadotropin releasing Hormon Agonisten zur sexuellen Impulsdämpfung (Landgren et al., 2020). Die Autor:innen haben in einer Stichprobe von $n = 52$ ein randomisiert kontrolliertes Design mit einer Nachverfolgung von maximal zehn

Wochen umgesetzt. Allerdings war hier ein zusammengesetzter Risikoscore bestehend aus selbst- und fremdeingeschätzten Parametern der primäre Endpunkt, dessen Zusammenhang mit sexuellen Grenzverletzungen gegenüber Kindern nicht untersucht ist (s.a. weiter oben).

Zusammenfassung und Ausblick

Der Forschung zu sexuellem Interesse an Minderjährigen und dissexuellem Verhalten gegenüber Kindern im *Dunkelfeld* wird in den kommenden Jahren zunehmend Bedeutung zukommen. Mit der Etablierung weiterer Anlaufstellen für Betroffene sind in den vergangenen Jahren weitere Daten zu präventiven Interventionen (Engel et al., 2018; Wild et al., 2020), Verläufen und Charakteristika dieser Population dem wissenschaftlichen Diskurs zugänglich gemacht worden. Vor allem bei der Betrachtung der Pädophilie und der pädophilen Störung als klinisches Phänomen können Erhebungen aus dem *Dunkelfeld* somit einen wesentlichen Beitrag zum besseren Verständnis leisten. Weitere Bemühungen sind erforderlich, die Ätiopathogenese von sexuellem Interesse an Minderjährigen und dissexuellem Verhalten sowie möglicher Folge- und Begleiterkrankungen durch die Untersuchung von Entwicklungstrajektorien unter Interventionen zu erhellen. Hierzu wird auch die Entwicklung und Validierung spezifischer Messinstrumente für das *Dunkelfeld* notwendig sein. Die Umsetzung methodisch anspruchsvoller Studiendesigns wird dabei neben den zu erwartenden Hürden bei der Beforschung sexuell grenzverletzenden Verhaltens spezifische Schwierigkeiten, bedingt durch die Besonderheiten des *Dunkelfeldes* berücksichtigen müssen. Angesichts niedriger Basisraten dissexuellen Verhaltens und heterogener Gruppen haben diese Anforderungen vor allem in langfristigen, multi-zentrisch angelegten Projekten Aussicht auf Erfolg.

Das zu erwartende vollständigere und realistischere Bild von sexuellem Interesse an Minderjährigen und sexuellem Kindesmissbrauch kann die gesellschaftliche Perspektive zu diesen Themen erweitern und differenzieren. Die daraus erwachsenden Möglichkeiten, präventive Behandlungsangebote zu spezifizieren, zur Gesundheit und Integration einer hochstigmatisierten Gruppe beizutragen und sexuelle Grenzverletzungen gegenüber Kindern zu reduzieren, sollten Motivation genug sein, diesem besonderen Feld die nötige Aufmerksamkeit und das erforderliche Engagement zu widmen.

Literatur

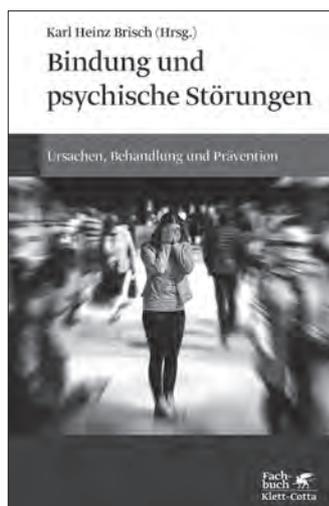
- Abel, G.G., Becker, J.V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J.-L., Murphy, W.D., 1987. Self-Reported Sex Crimes of Nonincarcerated Paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence* 2 (1), 3–25.
- American Psychological Association (Hg.), 2012. Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist* 67 (1), 10–42.
- American Psychiatric Association (Hg.), 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). American Psychiatric Association.
- Bailey, J.M., Vasey, P.L., Diamond, L.M., Breedlove, S.M., Vilain, E., Epprecht, M., 2016. Sexual orientation, controversy, and science. *Psychological Science in the Public Interest* 17 (2), 45–101.
- Beier, K.M., 1995. Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstrafäter. Springer, Berlin.
- Beier, K.M., Amelung, T., Kuhle, L.F., Grundmann, D., Scherner, G., Neutze, J., 2013. Hebephilie als sexuelle Störung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 81 (3), 128–137.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2015. The German *Dunkelfeld* Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The journal of sexual medicine* 12 (2), 529–542.
- Blanchard, R., 2009. Reply to Letters Regarding Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior* 38 (3), 331–334.
- Blanchard, R., Beier, K.M., Gómez Jiménez, F.R., Grundmann, D., Krupp, J., Semenyna, S.W., Vasey, P.L., 2021. Meta-Analyses of Fraternal and Sororal Birth Order Effects in Homosexual Pedophiles, Hebephiles, and Teleiophiles. *Archives of Sexual Behavior* 50 (3), 779–796.
- Bourke, M., Hernandez, A., 2009. The ‘Butner Study’ Redux: A Report of the Incidence of Hands-on Child Victimization by Child Pornography Offenders. *Journal of Family Violence* 24 (3), 183–191.
- Briere, J., Runtz, M., 1989. University males’ sexual interest in children: Predicting potential indices of „pedophilia“ in a nonforensic sample. *Child Abuse Neglect* 13 (1), 65–75.
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (Hg.), 2021. Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Ausgewählte Zahlen im Überblick. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat.
- Cantor, J.M., Blanchard, R., 2012. White Matter Volumes in Pedophiles, Hebephiles, and Teleiophiles. *Archives of Sexual Behavior* 41 (4), 749–752.
- Dombert, B., Schmidt, A.F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., Osterheider, M., 2016. How common is males’ self-reported sexual interest in prepubescent children? *Journal of Sex Research* 53 (2), 214–223.
- Engel, J., Körner, M., Schuhmann, P., Krüger, T.H.C., Hartmann, U., 2018. Reduction of Risk Factors for Pedophilic Sexual Offending. *The Journal of Sexual Medicine* 15 (11), 1629–1637.
- Fedoroff, J.P., 2020. The Pedophilia and Orientation Debate and Its Implications for Forensic Psychiatry. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 48 (2), 5.
- Gerwinn, H., Pohl, A., Granert, O., van Eimeren, T., Wolff, S., Jansen, O., Deuschl, G., Huchzermeier, C., Stirn, A., Siebner, H.R., Ponseti, J., 2015. The (in)consistency of changes in brain macrostructure in male paedophiles: A combined T1-weighted and diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research* 68, 246–253.
- Gerwinn, H., Weiß, S., Tenbergen, G., Amelung, T., Födisch, C., Pohl, A., Massau, C., Mohnke, S., Kärgel, C., Wittfoth, M., Jung, S., Drumkova, K., Walter, M., Beier, K.M., Walter, H., Ponseti, J., Schiffer, B., Kruger, T.H.C., 2018. Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending – Differentiating sexual preference from offence status. *European Psychiatry* 51, 74–85.
- Gibbels, C., Sinke, C., Kneer, J., Amelung, T., Mohnke, S., Beier, K.M., Walter, H., Schiltz, K., Gerwinn, H., Pohl, A., Ponseti, J., Foedisch, C., Ristow, I., Walter, M., Kaergel, C., Massau, C., Schiffer, B., Kruger, T.H.C., 2019. Two Sides of One Coin: A Comparison of Clinical and Neurobiological Characteristics of Convicted and Non-Convicted Pedophilic Child Sexual Offenders. *J Clin Med* 8 (7), 947.
- Glassgold, J.M., Beckstead, L., Drescher, J., Greene, B., Miller, R.L., Worthington, R.L., Anderson, C.W., 2009. Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. American Psychological Association.
- Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2016. Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles. *Archives of Sexual Behavior* 45 (5), 1153–1162.
- Heid, L.-M., Pollmann, S., Beier, K.M., Amelung, T., 2020. What can we help you with? A qualitative study of the experiences of non-offending men with a sexual interest in children leading to their seeking professional help. IASR, Virtual meeting.
- Jahnke, S., Imhoff, R., Hoyer, J., 2015. Stigmatization of People with Pedophilia: Two Comparative Surveys. *Archives of Sexual Behavior* 44 (1), 21–34.
- Jahnke, S., Schmidt, A.F., Geradt, M., Hoyer, J., 2015. Stigma-Related Stress and Its Correlates Among Men with Pedophilic Sexual Interests. *Archives of Sexual Behavior* 44 (8).
- Joyal, C.C., Cossette, A., Lapierre, V., 2015. What Exactly Is an Unusual Sexual Fantasy? Sexual Fantasies in the General Population. *Journal of Sexual Medicine* 12 (2), 328–340.
- Joyal, C.C., Kärgel, C., Kneer, J., Amelung, T., Mohnke, S., Tenbergen, G., Walter, H., Kruger, T.H.C., 2019. The Neurobiological Origins of Pedophilia: Not That Simple. *The Journal of Sexual Medicine* 16 (1), 153–154.
- Kahl, H., Schaffrath Rosario, A., 2007. Pubertät im Wandel – wohin geht der Trend? Sexuelle Reifeentwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *BZgA Forum* 3, 19–25.
- Krafft-Ebing, R., Fuchs, A., 1912. *Psychopathia sexualis* – Mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine Medizinisch-Gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen. 14. Aufl. Enke, Stuttgart.
- Lievesley, R., Harper, C.A., Elliott, H., 2020. The Internalization of Social Stigma Among Minor-Attracted Persons: Implications for Treatment. *Archives of Sexual Behavior* 49 (4), 1291–1304.
- Martijn, F.M., Babchishin, K.M., Pullman, L.E., Seto, M.C., 2020. Sexual Attraction and Falling in Love in Persons with Pedohebephilia. *Archives of Sexual Behavior* 49 (4), 1305–1318.
- McGuire, R.J., Carlisle, J.M., Young, B.G., 1964. Sexual deviations as conditioned behaviour: A hypothesis. *Behaviour Research and Therapy* 2 (2–4), 185–190.
- McPhail, I.V., Hermann, C.A., Fernane, S., Fernandez, Y.M., Nunes, K.L., Cantor, J.M., 2017. Validity in Phallometric Testing for Sexual Interests in Children: A Meta-Analytic Review. *Assessment*, 1073191117706139.
- Meyer, I. H., 2003. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research

- evidence. *Psychological Bulletin* 129 (5), 674–697.
- Mohnke, S., Müller, S., Amelung, T., Krüger, T.H.C., Ponseti, J., Schiffer, B., Walter, M., Beier, K.M., Walter, H., 2014. Brain alterations in paedophilia: A critical review. *Progress in Neurobiology* 122, 1–23.
- Neutze, J., Grundmann, D., Scherner, G., Beier, K.M., 2012. Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. *International Journal of Law and Psychiatry* 35 (3), 168–175.
- Scarpazza, C., Finos, L., Genon, S., Masiero, L., Bortolato, E., Cavaliere, C., Pezzioli, J., Monaro, M., Navarin, N., Battaglia, U., Pietrini, P., Ferracuti, S., Sartori, G., Camperio Ciani, A.S., 2021. Idiopathic and acquired pedophilia as two distinct disorders: An insight from neuroimaging. *Brain Imaging and Behavior* 15 (5).
- Schiffer, B., Amelung, T., Pohl, A., Kaergel, C., Tenbergen, G., Gerwinn, H., Mohnke, S., Massau, C., Wittfoth, M., Weiß, S., Marr, V., Beier, K.M., Walter, M., Ponseti, J., Krüger, T.H.C., Schiltz, K., Walter, H., 2017. Gray matter anomalies in pedophiles with and without a history of child sexual offending. *Translational Psychiatry* 7 (5), e1129.
- Seto, M.C., 2017. The puzzle of male chronophiliacs. *Archives of Sexual Behavior* 46 (1), 3–22.
- Seto, M.C., 2018. Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention (2 Aufl.). American Psychological Association.
- Tanner, J.M., 1973. Growing up. *Scientific American* 229 (3), 34–43.
- Tozdan, S., Briken, P., 2016. Accepting sexual interest in children as unchangeable: One claim fits for all? Comments on Grundmann, Krupp, Scherner, Amelung, and Beier's (2016) „Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles“. *Archives of Sexual Behavior* 46 (2), 1–2
- Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (Hg.), 2021. Zahlen und Fakten – Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Wakefield, J.C., 2011. DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: Tensions between diagnostic validity and forensic utility. *International Journal of Law and Psychiatry* 34 (3), 195–209.
- Wild, T.S.N., Müller, I., Fromberger, P., Jordan, K., Klein, L., Müller, J.L., 2020. Prevention of Sexual Child Abuse: Preliminary Results From an Outpatient Therapy Program. *Frontiers in Psychiatry* 11, 88.
- World Health Organization, 1993. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.

Autor:innen

Dr. med. Till Amelung, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Klinik für Neurologie und experimentelle Neurologie, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, 10117 Berlin, e-mail: till.amelung@charite.de

Dr. rer. medic., Dipl.-Psych. Dorit Grundmann, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, 10117 Berlin, e-mail: dorit.grundmann@charite.de



Karl Heinz Brisch
Bindung und psychische Störungen
Ursachen, Behandlung und Prävention
Klett-Cotta 2021, 336 Seiten, geb., 40 €

Die Bindungstheorie ist inzwischen eine der am besten untersuchten entwicklungspsychologischen Theorien. Sie kann wesentliche Ursachen der Entstehung psychischer Störungen erklären, z.B. von Angst- und Panikstörungen, Depressionen, Borderline-Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychopathologischen Entwicklungen. Anhand zahlreicher Längsschnittstudien der Bindungsforschung konnte die Entwicklung psychischer Störungen von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter nachverfolgt werden, wobei transgenerationale Effekte sichtbar wurden. Dieser Band zeigt, welche neuen Möglichkeiten der Behandlung sich aus diesen Erkenntnissen ergeben und welche Erfolge eine bindungsbasierte Prävention von psychischen Störungen vorweisen kann. Bindungsbasierte Programme setzen idealerweise bereits in der Schwangerschaft ein und wirken erfolgreich der Weitergabe psychischer Belastungen von der Eltern- an die Kindergeneration entgegen.

Identifikation von Personen mit erhöhtem Rückfallrisiko für Missbrauchsabbildungs-Nutzung

Julia Nentzl, Nicole Mauche, Peter Schönknecht, Laura F. Kuhle

Identifying individuals at risk for recidivism with misuse of child sexual abusive images

Abstract

During and after therapy, persons with a sexual interest in children frequently have relapses in their use of child sexual abusive images (CSAI). This is often not taken into consideration in risk assessment instruments. With the *Child Pornography Offender Risk Tool*, for example, no prediction can be made about recidivism of legally unknown users of abuse images. In order to identify an increased risk of relapse and to adequately intervene, data from the Prevention Network *Don't offend* were evaluated, including additional clinical risk factors from the initial contact. The findings: People who consume abuse images particularly frequently and time-intensively, especially images of pre-adolescent children, have a significantly increased risk of relapse. Those who relapsed tended to be younger, were rarely sexually attracted to adults and consumed qualitatively more extreme CSAI. The article discusses the resulting implications for clinical practice.

Keywords: Use of child abusive images (CSAI), Recidivism, Pedophilia, Hebephilia

Zusammenfassung

Während und nach Abschluss der Therapie kommt es bei Personen mit sexuellem Interesse an Kindern zu Rückfällen bei der Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Dieses Faktum wird von Instrumenten zur Risikobeurteilung häufig nicht berücksichtigt. So lässt sich mit dem *Child Pornography Offender Risk Tool* keine Vorhersage zu Rückfällen von nicht justizbekannten Nutzern von Missbrauchsabbildungen treffen. Um ein erhöhtes Rückfallrisiko zu identifizieren und adäquat intervenieren zu können, wurden Daten des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden* ausgewertet, wobei weitere, während des Erstkontakts erhobene, klinische Risikofaktoren einbezogen wurden. Es zeigt sich: Personen, die besonders häufig und zeitintensiv Missbrauchsabbildungen konsumieren, insbesondere von vorpubertären Kindern, haben ein deutlich erhöhtes Rückfallrisiko. Tendenziell waren jene, die rückfällig wurden, jünger, berichteten seltener eine sexuelle Ansprechbarkeit auf Erwachsene und konsumierten qualitativ schwerwiegendere Missbrauchsabbildungen. Daraus resultierende Implikationen für die klinische Praxis werden dargelegt.

Schlüsselwörter: Nutzung von Missbrauchsabbildungen, Rückfälligkeit, Pädophilie, Hebephilie

Einführung

Sexueller Missbrauch von Kindern sowie die Herstellung und Verwendung von Missbrauchsabbildungen (gemeinhin als Kinderpornografie bekannt) verursachen bei ihren Opfern akute und dauerhafte Schäden (Finkelhor et al., 2005) und die dauerhafte Verfügbarkeit von Missbrauchsabbildungen im Internet kann das Leiden bei Missbrauchsopfern verstärken und aufrechterhalten (Weiler et al., 2010). Betroffene Opfer berichten häufig auch Sorgen darüber, dass ihnen eine freiwillige Teilnahme am Missbrauch unterstellt werden oder sie erkannt werden könnten (Gewirtz-Meydan, et al., 2018). Seit dem Aufkommen des Web 2.0 in den frühen 2000er Jahren, bei dem Internetnutzer:innen auch selbst Inhalte zur Verfügung stellen können, gewinnen Missbrauchsabbildungen immer mehr an Bedeutung. Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 6.512 Fälle von Verbreitung, Erwerb und Besitz von Missbrauchsabbildungen registriert – dies macht mehr als die Hälfte der 11.547 offiziell erfassten Missbrauchsdelikte in Deutschland aus (Bundeskriminalamt, 2018). Dabei ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der Fälle unentdeckt im juristischen Dunkelfeld verbleibt (Beier & Neutze, 2009). In einer repräsentativen Internetumfrage unter deutschen männlichen Personen gaben 2 % an, schon einmal Missbrauchsabbildungen konsumiert zu haben (Dombert et al., 2006).

Aufgrund der vermeintlichen Anonymität des Internets stellt sich die Frage, wie häufig Personen, die bereits mit Missbrauchsabbildungen auffällig geworden sind, rückfällig werden. Eine Metaanalyse von 9 Rückfallstudien ergab, dass während eines Nachbeobachtungszeitraums von 1.5 bis 6 Jahren von insgesamt 2.630 Online-Täter:innen (meist schuldig der Nutzung von Missbrauchsabbildungen) 3 % mit Missbrauchsabbildungen rückfällig wurden (Seto et al., 2011). Diese Studien beziehen sich jedoch nur auf justizbekannte Delikte. Untersuchungen im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) in Berlin zeigen, dass etwa 70 % der Hilfesuchenden nach eigenen Angaben Missbrauchsabbildungen genutzt hatten, und die Mehrheit (89 %) war der Justiz damit nicht bekannt (Kuhle et al., 2015). In einer ersten Evaluation des Projekts zeigte sich, dass 91 % während der Teilnahme am Therapieprogramm Missbrauchsabbildungen konsumierten; etwa ein Viertel berichtete sogar eine erstmalige Nutzung unter Therapie (Beier et al., 2015). Hinsichtlich der Untersuchung erster Therapieeffekte konnte gezeigt werden, dass von denjenigen, die vor Therapiebeginn die Nutzung von Missbrauchsabbildungen berichtet hatten, ein Jahr nach Therapieende etwa ein Drittel dieser Teilnehmer die Nutzung stabil

beendet hatten und zwei Drittel diese auch nach Therapieende weiter nutzten, jedoch mit reduzierter Häufigkeit und Schwere des verwendeten Materials (Kuhle et al., 2013).

Bei der Behandlung von Straftäter:innen hat sich gezeigt, dass die Beachtung des *Risk-Need-Responsivity*-Prinzips von Bonta und Andrews (2007) die größten Behandlungserfolge hinsichtlich der Reduktion des Rückfallrisikos erzielt.

Die Feststellung des individuellen Risikos der Straftäter ist besonders wichtig, da die Zusammenlegung von jenen mit niedrigem Risiko mit jenen mit hohem Risiko die Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Rückfalls für beide Gruppen zu erhöhen scheint (Lovins et al., 2009). Sexuelle Devianz (Paraphilien, Sexualstraftaten) und antisoziale Orientierung (Persönlichkeitsprobleme, Impulsivität, Regelverstöße, z.B. Psychopathie) gelten als die beiden Hauptrisikodimensionen für sexuellen Kindesmissbrauch (Seto, 2009) und sexuelle Rückfälligkeit (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Da der Konsum von Pornografie nicht zwangsläufig mit sexuell aggressivem Verhalten verbunden ist (Malamuth et al., 2000), müssen Risikofaktoren für Kindesmissbrauch und Missbrauchsabbildungen separat untersucht werden. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse gegeben werden.

Risikofaktoren für die Nutzung von Missbrauchsabbildungen

Einige Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch scheinen bei Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen anders ausgeprägt zu sein. Eine Metaanalyse von Babchishin und Kolleg:innen (2015) kam zu dem Schluss, dass Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen wahrscheinlich weniger missbrauchsbegünstigende Einstellungen, Defizite bei der Opferempathie und emotionale Identifikation mit Kindern aufweisen. Sie können jedoch über Einstellungen berichten, die die Nutzung des Internets oder von Missbrauchsabbildungen zur sexuellen Ausbeutung von Kindern rechtfertigen. Darüber hinaus scheinen Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen ein geringeres Niveau der Antisozialität zu erzielen, dafür aber höhere Werte bei sexueller Voreingenommenheit und sexuellen Selbstregulierungsproblemen (ebd.). Das Ausmaß der Intimitätsdefizite scheint im Vergleich zu Missbrauchstäter:innen ähnlich hoch zu sein (Webb et al., 2007).

In ihrer Metaanalyse zeigten Seto und Kolleg:innen (2011), dass 12 % der verurteilten Personen, die sich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen schuldig gemacht hatten, zuvor justizbekannte Missbrauchsdelikte mit Körperkontakt begangen hatten und dass 55 % entsprechende Delikte in Selbstauskünften zugaben. Ein Grund für die Annahme, dass Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen auch Missbrauchstaten begehen, ist, dass die Prävalenz der sexuellen Vorliebe für Kinder bei diesen höher ist als bei Missbrauchstäter:innen allgemein (Babchishin et al., 2011). In einer späteren Metaanalyse zeigten Babchishin

und Kolleg:innen (2015), dass Personen, die sich des sexuellen Missbrauchs und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen schuldig gemacht haben, wahrscheinlich eine stärkere sexuelle Präferenz für Kinder haben und eher eine homosexuelle oder bisexuelle Orientierung angeben als jene Personen, die nur in einer der beiden Deliktgruppen auffällig geworden waren. Diese sogenannten gemischten Täter:innen zeigten im Vergleich zu alleinigen Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen eine stärkere paraphile Präferenz, berichteten über mehr frühere Gewaltdelikte, waren häufiger arbeitslos, hatten größere Drogenprobleme, sowie Probleme mit der sexuellen Regulation. Im Vergleich zu Missbrauchstäter:innen wiesen gemischte Täter:innen tendenziell weniger Indikatoren für Antisozialität auf und berichteten von mehr Empathie für das Opfer und Intimitätsdefizite (ebd.).

Risikofaktoren für Rückfälle mit Missbrauchsabbildungen

Bisher gibt es nur wenige Instrumente zur Risikobewertung von Sexualstraftäter:innen, die Missbrauchsabbildungen berücksichtigen. Das *Child Pornography Offender Risk Tool*, kurz CPORT, ist eines der wenigen (Garrington et al., 2018; vgl. Eke et al., 2018 [Englisch]; Nentzl, 2018 [Deutsch]). Anhand von Alter, Vorstrafen, sexuellem Interesse an Kindern und dem Geschlecht der Opfer in den verwendeten Darstellungen sagt das CPORT neue Strafanzeigen oder Verurteilungen wegen Sexual- oder Missbrauchsabbildungsdelikten bei erwachsenen Männern mit Vorverurteilung wegen Missbrauchsabbildungsnutzung vorher. Die Auswahl dieser Variablen ist empirisch fundiert: Vorherige Studien konnten bei verurteilten Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen junges Alter, jegliche Vorstrafen sowie verurteilte Sexualdelikte mit Körperkontakt als Risikofaktoren für Rückfälle identifizieren (Eke et al., 2011; Wakeling et al., 2011). Des Weiteren sind Personen, die sowohl kinderpornografische Delikte als auch Hands-on-Sexualstraftaten begangen haben, eher als pädophil einzustufen als Personen, die nur eines dieser Delikte begangen haben (Babchishin et al., 2015). Metaanalytisch konnten außerdem Verstöße gegen Bewährungsaufgaben, Substanzgebrauch und pädophile/hebephile sexuelle Interessen als Risikofaktoren für Rückfälle bei Sexualstraftäter:innen allgemein identifiziert werden (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Personen, die Sexualstraftaten gegen Jungen verüben, können eher als pädophil diagnostiziert werden als solche, die nur Übergriffe gegenüber Mädchen begehen (Seto & Lalumière, 2001). Es besteht ein empirischer Zusammenhang zwischen einer sexuellen Vorliebe für Kinder und der Verwendung von Missbrauchsabbildungen (Seto et al., 2006). So stellte Riegel (2004) fest, dass 95 % derjenigen, die sich selbst als Männer mit sexuellem Interesse an vorpubertären Jungen bezeichneten, zugaben, schon einmal Missbrauchsabbildungen verwendet zu haben, wobei die Mehrheit (59 %) diese „häufig“ verwendete. Die Feststellung des sexuellen Interesses an Kindern als Risikofaktor für Rückfälligkeit bei

Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen steht im Einklang mit dem sogenannten *Motivation-Facilitation-Model of Sexual Offending* von Seto (2019). Personen mit sexuellem Interesse an Kindern erachten vermutlich nicht nur Missbrauchsabbildungen, sondern auch nicht-pornografische Inhalte mit Kindern als erregend (Krone, 2004).

Alle im vorherigen Absatz genannten Risikofaktoren zeigten sich in der Entwicklungs- (Seto & Eke, 2015) und Validierungsstudie (Eke et al., 2019) des CPORT als prädiktiv valide für sexuelle Rückfälligkeit. Eke und Kolleg:innen (2018) nennen für zukünftige Untersuchungen weitere Variablen, die in ihren Studien zum CPORT keine Validität zeigten, aber von potenziellem Interesse sein könnten: Zum einen sei das Alter von Kindern in den genutzten Missbrauchsabbildungen zu nennen, da die Nutzung von vor- oder frühpubertären Kindern eher auf ein Vorhandensein eines sexuellen Interesses an Kindern hindeute als die Nutzung von Missbrauchsabbildungen von ausschließlich spätpubertären Kindern oder Jugendlichen. Eine weitere Variable, die auch ein Hinweis für ein sexuelles Interesse an Kindern sei, ist der zeitliche Umfang der Nutzung von Missbrauchsabbildungen (ebd.). Dies könnte auch ein Indikator für sexuelle Voreingenommenheit sein, ein Risikofaktor für sexuelle Rückfälligkeit allgemein (Mann et al., 2010). Eke und Kolleg:innen (2018) führen weiter aus, dass der Zugang zu Kindern offline (z.B. als Trainer) und online (z.B. über Chats) von Relevanz sein könne, insbesondere, da dies ebenfalls mit einem sexuellen Interesse an Kindern zusammenhänge. Ein weiterer potenzieller Risikofaktor sei der Aufwand für das Verschleiern der Aktivitäten hinsichtlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen (ebd.).

Risikofaktoren von nicht justizbekannten Nutzenden im PPD

Ein erster Vergleich im PPD zwischen denjenigen, die nach der Therapie aufhörten Missbrauchsabbildungen zu nutzen, mit jenen, die diese weiter konsumierten, konnte einige aus dem Hellfeld bekannte Risikofaktoren bestätigen: Die Rückfälligen hatten mehr kognitive Verzerrungen hinsichtlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, weniger Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf die Kontrolle sexuellen Missbrauchsverhaltens, sie waren im Schnitt neun Jahre älter, lebten seltener allein und waren häufiger Bezugspersonen für Kinder (Kuhle et al., 2015). Insbesondere Einstellungen, die die Nutzung von Missbrauchsabbildungen unterstützen sowie Selbstwirksamkeitserleben, sind Faktoren, die demnach als kriminogene *Needs* in der Behandlung adressiert werden sollten. Unklar bleibt, inwiefern statische Risikofaktoren mit empirischer Fundierung im Hellfeld auch im Dunkelfeld anwendbar sind und eine Risikobeurteilung erlauben. Hier setzt die vorliegende Studie an und untersucht die Anwendbarkeit des CPORT sowie der von Eke und Kolleg:innen (2018) herausgearbeiteten potenziellen Risikofaktoren.

Methodik

Für die im Folgenden beschriebene Untersuchung wurden Daten aus zwei Standorten des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden* erhoben – vom Standort Berlin von 2005 bis 2016 und vom Standort Leipzig von 2011 bis 2021. Inkludiert wurden Personen, die zu einem diagnostischen Erstgespräch mit dem Wunsch nach therapeutischer Unterstützung vorstellig wurden und die folgenden Einschlusskriterien für das Projekt erfüllten: Diagnose einer Pädophilie/Hebephilie im Sinne des DSM IV-TR bzw. DSM-5, kein aktueller entsprechender justizbekannter Hellfeldstatus, keine prioritär zu behandelnde Komorbidität sowie ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache. Für diese Studie speziell wurden nur Personen untersucht, die zum Erstkontakt die Nutzung von Missbrauchsabbildungen berichteten, noch nie deshalb in Kontakt mit der Justiz standen, Daten zur Kodierung des CPORT lieferten und mindestens sechs Monate an dem jeweiligen Projektstandort angebunden waren.

Dementsprechend konnten 163 Personen eingeschlossen werden. Diese waren ausschließlich männlichen Geschlechts und im Durchschnitt 35.54 Jahre alt (jüngste Person 18 Jahre, älteste Person 65 Jahre; $SD = 10.84$). 56.4 % ($n = 92$) hatten einen höheren formalen Bildungsgrad (≥ 10 Jahre), und die Mehrheit (73.0 %, $n = 119$) war erwerbstätig oder studierend. 38.7 % gaben an, in partnerschaftlicher Beziehung zu sein, 52.1 % berichteten, allein zu leben, und 30.1 % gaben an, Bezugsperson für ein Kind zu sein. Bezüglich der sexuellen Präferenzstruktur waren 26.4 % auf das männliche Geschlecht, 58.3 % auf das weibliche und 14.7 % sowohl auf das männliche als auch auf das weibliche Geschlecht orientiert. Bezüglich der Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema wurde das jüngste relevante Körperschema (bei Pädophilie entsprechend Tanner-Stadium 1, bei Hebephilie Tanner-Stadium 2/3) kodiert. 58.3 % ($n = 95$) berichteten von einer Ansprechbarkeit im Sinne einer Pädophilie, 41.7 % ($n = 68$) im Sinne einer Hebephilie. 38.7 % ($n = 63$) wurden als exklusiver Typus diagnostiziert, das heißt, dass diese Personen keine sexuellen Fantasien oder Ansprechbarkeit auf das erwachsene Körperschema berichteten. 33.1 % ($n = 54$) hatten zusätzliche Paraphilien entsprechend den DSM-Kriterien. 50.9 % ($n = 83$) berichteten von sexuell übergreifendem Verhalten gegenüber Kindern in ihrer Lebensgeschichte.

Die Daten zur Soziodemografie, der sexuellen Präferenzstruktur und der kriminellen Vorgeschichte wurden im Erstinterview erhoben. Rückfälligkeit wurde bei Verlaufsmessungen während der Anbindung an die Therapiestandorte erhoben vor, während und nach Therapieabschluss. Aufgrund der retrospektiven Kodierung des CPORT und weiterer potenzieller Risikovariablen konnten fehlende Werte nicht vermieden werden und die Risikovariablen wurden daher einzeln untersucht. Bei Vergleichen der kategorialen Variablen wurden χ^2 -Test und bei Einzelvergleichen Z-Test durchgeführt. War bei mehr als 20 % die erwartete Zelhäufigkeit kleiner als 5, wurde stattdessen der

exakte Test nach Fisher durchgeführt. Gruppenvergleiche bei dimensional Variablen wurden mittels Varianzanalysen berechnet. Zur Untersuchung der Vorhersagegüte jener Variablen, die Gruppenunterschiede aufzeigten, wurde eine ROC-Analyse durchgeführt. Berichtet werden signifikante Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau $p < .05$, sowie Effektstärken als klein ($AUC \geq .56$, $\Phi \geq .10$), mittel ($AUC \geq .64$, $\Phi \geq .30$) oder groß ($AUC \geq .71$, $\Phi \geq .50$).

Ergebnisse

Der durchschnittliche Beobachtungszeitraum seit dem Erstgespräch betrug 1.9 Jahre (Minimum 6 Monate, Maximum 9 Jahre, $SD = 2.1$). Innerhalb des Erstgesprächs wurden die Teilnehmer über die Strafbarkeit ihres Verhaltens aufgeklärt und zur Verhaltensabstinenz aufgefordert. Danach berichteten 85.3 % von Rückfällen, wobei ein Fünftel von ihnen ($n = 27$, 19.4 %) nur wenige Male rückfällig wurde, ein Drittel ($n = 44$, 31.7 %) wurde wiederholt rückfällig, ein Zehntel ($n = 14$, 10.1 %) wurde mit Verzögerung ganz abstinent, 8.6 % ($n = 12$) konsumierte mit reduzierter Frequenz weiter, und mehr als ein Viertel ($n = 39$, 28.1 %) berichtete von andauernden regelmäßigem Konsum. Die Rückfallquote ist vergleichbar mit vorherigen Untersuchungen im Präventionsprojekt (Beier et al., 2015).

Die Ergebnisse der Untersuchung von Risikofaktoren für die Nutzung von Missbrauchsabbildungen werden in Tabelle 1 berichtet. Diejenigen, die nach Erstkontakt abstinent blieben, unterschieden sich in ihrem CPORT-Gesamtwert nicht von denjenigen, die rückfällig wurden. Auch auf Itemebene ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede finden. Demnach scheint der CPORT vorerst keinen Nutzen für die Vorhersage von einschlägiger Rückfälligkeit bei nicht justizbekannten Nutzenden von Missbrauchsabbildungen zu haben.

Darüber hinaus wurden weitere Faktoren untersucht, die aus der wissenschaftlichen Literatur als potenziell relevant herausgegangen sind. Zuvor gefundene statistisch signifikante Altersunterschiede (Kuhle et al., 2015) ließen sich in dieser Studie nicht voll replizieren. Dafür waren Rückfällige doppelt so häufig exklusiv pädo- oder hebephil verglichen mit den Abstinente, wobei dieser Unterschied knapp die statistische Signifikanz verfehlte. Der Kontakt zu Kindern, ob offline oder online, zeigte keine Unterschiede zwischen Abstinente und Rückfälligen. Die genauere Untersuchung der verwendeten Bildmaterialien war hingegen aufschlussreicher: Die Rückfälligen berichteten signifikant häufiger, dass in den sexuell erregenden Bildmaterialien das vorpubertäre Körperschema vertreten sei. Das Alter bzw. Körperschema in den verwendeten Bildmaterialien erwiesen sich zwar als nützlich zur Unterscheidung der beiden Gruppen, zeigten jedoch keinen signifikanten Wert für die Vorhersage von Rückfälligkeit. Bei der Unterscheidung des höchsten Schweregrades in den verwendeten Materialien schienen die Rückfälligen häufiger sexuelle Übergriffe

durch Erwachsene abgebildet zu haben, jedoch verfehlte dies die statistische Signifikanz. Nur für wenige Teilnehmer lagen Informationen zum Aufwand der Verschleierung der Aktivitäten bezüglich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen vor (Löschen der Surf-Chronik, Abspeichern auf externem Speichermedium, Verschlüsselung der Daten oder Nutzung einer verschlüsselten Verbindung) und es wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden. Bei der Betrachtung der letzten sechs Monate vor Erstkontakt zeigte sich ein kleiner Effekt für die Nutzungsfrequenz: Die Rückfälligen hatten in der Regel wöchentlich Missbrauchsabbildungen konsumiert (durchschnittlich 6 Stunden pro Woche), die Abstinente seltener (durchschnittlich 2 Stunden pro Woche).

Limitationen

Die retrospektive Datenauswertung führte aufgrund fehlender Werte zu teils unvorteilhaft kleinen Stichprobengrößen. Dies schwächte die statistische Aussagekraft der Analysen und machte die Entdeckung statistisch signifikanter Gruppenunterschiede weniger wahrscheinlich. Darüber hinaus waren viele Effekte nicht signifikant, wiesen aber substanzielle Effektgrößen auf. Dies deutet darauf hin, dass Unterschiede in Bezug auf Alter, Exklusivität des sexuellen Interesses an Kindern, Schweregrad der konsumierten Missbrauchsabbildungen sowie dem wöchentlichen Stundenumfang der Beschäftigung mit dem Material nicht genügend aufgedeckt werden konnten. Aus diesem Grund sollte die Untersuchung des Rückfallrisikos von Nutzern von Missbrauchsabbildungen und die Identifikation von Faktoren mit prognostischem Wert wiederholt werden, wenn eine größere Stichprobe zur Verfügung steht. Zudem sollte eine Differenzierung nach Therapiestatus erfolgen, da ein Großteil der Stichprobe während des Beobachtungszeitraumes therapeutische Angebote in Anspruch nahm und dies die Interpretierbarkeit der Daten in Bezug auf allgemeine Risikozusammenhänge einschränkt.

Fazit

Die Verhinderung der sexuellen Ausbeutung von Kindern durch die Nutzung von Missbrauchsabbildungen stellt nach wie vor eine Herausforderung für Behandler:innen von Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern dar. Die klinische Praxis zeigt, dass die Begründung dafür, warum die Nutzung von Missbrauchsabbildungen eingestellt werden sollte, für die meisten Nutzer:innen weitaus schwieriger zu verstehen ist als bei den tatsächlichen Missbrauchstaten. Bei einer vorherigen Untersuchung im PPD schlussfolgerten Kuhle und Kolleg:innen (2015), dass die Behandlung von Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen auf die Reduktion kognitiver Verzerrungen hinsichtlich Missbrauchsabbildungen, sowie der Erhöhung der Selbstregula-

Tab. 1: Ausprägung von Risikofaktoren für Nutzung von Missbrauchsabbildungen zum Erstgespräch

Risikofaktor	Abstinente (n = 24)		Rückfällige (n = 139)		Teststatistik
	n	%	n	%	
CPORT					
1. Alter: 35 oder jünger	13	54	77	55	$\chi^2(1) = 0.01, p = .911$
2. Jegliche Strafanzeigen in Vorgeschichte	4	18	122	11	Fisher exakt, $p = .304$
3. Bewährungsversagen	0	0	0	0	
4. Kontakt-Sexualstraftat (Hellfeld)	3	13	7	5	Fisher exakt, $p = .167$
5. Pädophilie/Hebephilie	24	100	139	100	
6. Inhaltliche Dominanz von Jungen in MA	6	25	48	35	$\chi^2(1) = 0.01, p = .360$
7. Inhaltliche Dominanz von Jungen indikativen/FKK-Bildern	6	25	46	33	$\chi^2(1) = 0.01, p = .420$
CPORT-Gesamtwert (M, SD)	2.29	1.00	2.39	1.15	$F(1) = 0.15, p = .699$
Weitere potenzielle Risikofaktoren					
Alter (M, SD)	38.92	13.15	34.96	10.33	$F(1) = 2.76, p = .099$
Exklusivität von Pädophilie/Hebephilie	5	21	58	42	$\chi^2(1) = 3.77, p = .052$
Regelmäßiger offline Kontakt mit Kindern	17	81	85	64	$\chi^2(1) = 2.24, p = .135$
Mediale Interaktion mit Kindern	2	20	16	33	Fisher exakt, $p = .708$
Jüngstes Alter in erregenden Bildmaterialien					Fisher exakt, $p = .023, \Phi = .27$
Tanner 4	3 _a	20	11 _a	10	AUC = .55, 95% KI [.37;.73], $p = .508$
Tanner 2–3	4 _a	27	24 _a	20	
Tanner 1 (4–10 Jahre)	6 _a	40	83 _b	69	
Tanner 1 (0–3 Jahre)	2 _a	13	2 _b	2	
Schweregrad der MA					Fisher exakt, $p = .081$
erotisches Posing	1	7	0	0	
explizites Posing/sexuelle Interaktion	2	14	11	11	
sexueller Übergriff	5	36	59	58	
Gewalt/Zoophilie	6	43	32	31	
Aufwand für Verschleierung (Verschlüsselung, Anonymisierung)	2	40	24	42	Fisher exakt, $p < 1.000$
Letzte 6 Monate					
keine Nutzung	5 _a	36	11 _b	9	Fisher exakt, $p = .013, \Phi = .27$;
wenige Male/monatlich	5 _a	36	42 _a	34	AUC = .68, 95% KI [.55;.82], $p = .040$
wöchentlich	4 _a	29	70 _b	57	
Wöchentliches Betrachten in Stunden (M, SD)	1.96	2.18	6.25	8.16	$F(1) = 3.54, p = .063$

Anmerkungen: MA = Missbrauchsabbildungen. Zum Vergleich der Zellen für jene Variablen, die mehr als zwei Ausprägungen hatten, wurden Z-Tests berechnet: Werte in derselben Zeile, bei denen der tiefgestellte Index nicht derselbe ist, unterscheiden sich bei $p < .05$, korrigiert mit Bonferroni.

tion und des Selbstwirksamkeitserlebens fokussieren sollte. Zur Beurteilung des Rückfallrisikos anhand statischer Variablen untersuchte die vorliegende Studie Rückfälligkeit nach dem Erstkontakt. Das Prognoseinstrument CPORT aus dem forensischen Hellfeld erwies sich als nicht hilfreich in der Anwendung bei selbständig Hilfe suchenden Personen mit sexuellem Interesse an Kindern, jedoch konnten andere Variablen als relevant identifiziert werden. Verglichen mit den 15.7 %, die seit Anbindung an einen der beiden Projektstandorte abstinent blieben, zeigten die Rückfälligen eine höhere Frequenz der Nutzung sexuell erregender Bildmaterialien mit Kindern in dem halben Jahr vor Erstkontakt, konsumierten häufiger Materialien mit vorpuber-

tären Kindern und tendenziell auch schwerwiegendere Abbildungen, in denen sexuelle Übergriffe durch Erwachsene dargestellt sind. Nicht so deutlich wie bei Kuhle und Kolleg:innen (2015) zeigte junges Alter das Potenzial zur Unterscheidung zwischen Abstinente und Rückfälligen. Eine effektive Behandlung von Nutzer:innen von Missbrauchsabbildungen sollte nicht nur die kriminogenen Einflüsse, i.e. die dynamischen Risikofaktoren wie kognitive Verzerrung hinsichtlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen oder Selbstwirksamkeitserleben adressieren, sondern zusätzlich das individuelle Rückfallrisiko beurteilen, um Nutzer:innen mit erhöhtem Risiko zeitnah und adäquat Hilfe bieten zu können.

Literatur

- Abel, G.G., Becker, J.V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J.L., Murphy, W.D., 1987. Self-Reported Sex Crimes of Nonincarcerated Paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence* 2 (1), 3–25.
- Babchishin, K.M., Hanson, R.K., Hermann, C.A., 2011. The characteristics of online sex offenders: A meta-analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 23 (1), 92–123.
- Babchishin, K.M., Hanson, R.K., VanZuylen, H., 2015. Online child pornography offenders are different: A meta-analysis of the characteristics of online and offline sex offenders against children. *Archives of Sexual Behavior* 44 (1), 45–66.
- Beier, K.M., Neutze, J., 2009. Das neue „Präventionsprojekt Kinderpornografie“ (PPK): Erweiterung des Berliner Ansatzes zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Sexuologie* 16 (1–2), 66–74.
- Bonta, J., Andrews, D.A., 2007. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Corrections Research 2007-06*. Public Safety Canada, Ottawa.
- Bundeskriminalamt (Hg.), 2018. Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2017. Band 4, Version 5.0.
- Dombert, B., Schmidt, A.F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., Osterheider, M., 2016. How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? *Journal of Sex Research* 53 (2), 214–223.
- Eke, A.W., Helmus, L.M., Seto, M.C., 2018. Scoring guide for the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT): Version 2. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/project/Child-Pornography-Offender-Risk-Tool-CPORT/update/5b2b920ab53d2f89289708fe>.
- Eke, A.W., Helmus, L.M., Seto, M.C., 2019. A validation study of the child pornography offender risk tool (CPORT). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 31 (4), 456–476.
- Eke, A.W., Seto, M.C., Williams, J., 2011. Examining the criminal history and future offending of child pornography offenders: An extended prospective follow-up study. *Law and Human Behavior* 35 (6), 466–478.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., Hamby, S.L., 2005. The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment* 10 (1), 5–25.
- Garrington, C., Chamberlain, P., Rickwood, D., Boer, D.P., 2018. Risk assessment of online child abuse material (CAM) offenders: a review of existing tools. *Journal of Criminal Psychology* 8 (2), 150–161.
- Gewirtz-Meydan, A., Walsh, W., Wolak, J., Finkelhor, D., 2018. The complex experience of child pornography survivors. *Child Abuse & Neglect* 80, 238–248.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K.E., 2004. Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis. *Corrections Research 2004-02*. Public Safety Canada, Ottawa.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K.E., 2005. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (6), 1154–1163.
- Kuhle, L.F., Konrad, A., Scherner, G., Beier, K.M., 2013. Treatment change in undetected child pornography offenders with pedophilia/hebephilia. Paper presented at the 32nd Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Chicago.
- Kuhle, L.F., Kossow, S.B., Beier, K.M., 2015. Das Präventionsprojekt Dunkelfeld. Informationsveranstaltung zum Präventionsprojekt Dunkelfeld. Berlin.
- Kuhle, L.F., Schlinzig, E., Beier, K.M., 2015. Prävention der Nutzung von Missbrauchsabbildungen. *Sexuologie* 22 (3–4), 185–90.
- Krone, T., 2004. A typology of online child pornography offending. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice* 279, 1–6.
- Lovins, B., Lowenkamp, C.T., Latessa, E.J., 2009. Applying the Risk Principle to Sex Offenders: Can Treatment Make Some Sex Offenders Worse? *The Prison Journal* 89 (3), 344–357.
- Malamuth, N.M., Addison, T., Koss, M., 2000. Pornography and sexual aggression: Are there reliable effects and can we understand them? *Annual Review of Sex Research* 11(1), 26–91.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., Thornton, D., 2010. Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 22 (2), 191–217.
- Nentzl, J., 2020. Deutsche Version des zweiten Bewertungsleitfadens für das Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/348513569_Deutsche_Version_des_zweiten_Bewertungsleitfadens_fur_das_Child_Pornography_Offender_Risk_Tool_CPORT_2018.
- Riegel, D.L., 2004. Letter to the Editor: Effects on Boy-Attracted Pedosexual Males of Viewing Boy Erotica. *Archives of Sexual Behavior* 33 (4), 321–323.
- Seto, M.C., 2009. Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology* 5, 391–407.
- Seto, M.C., 2019. The motivation-facilitation model of sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 31 (1), 3–24.
- Seto, M.C., Cantor, J.M., Blanchard, R., 2006. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology* 115 (3), 610–615.
- Seto, M.C., Eke, A.W., 2015. Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law and Human Behavior* 39 (4), 416–429.
- Seto, M.C., Hanson, R.K., Babchishin, K.M., 2011. Contact sexual offending by men with online sexual offenses. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 23 (1), 124–145.
- Seto, M.C., Lalumière, M.L., 2001. A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 13 (1), 15–25.
- Stadler, L., Bieneck, S., Pfeiffer, C., 2012. Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. KFN-Forschungsberichte 118. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover.
- Wakeling, H.C., Howard, P., Barnett, G., 2011. Comparing the validity of the RM2000 scales and OGRS3 for predicting recidivism by Internet sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 23 (1), 146–168.
- Webb, L., Craissati, J., Keen, S., 2007. Characteristics of Internet Child Pornography Offenders: A Comparison with Child Molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 19 (4), 449–465.

Autor:innen

Dipl. Psych. Julia Nentzl, Dipl. Psych. Nicole Mauche, Prof. Dr. med. Peter Schönknecht, Selbständige Ambulanz für sexualtherapeutische Prävention und forensisch-psychiatrische Forschung, Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.
 Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin,
 e-mail: julia.nentzl@medizin.uni-leipzig.de

10 Jahre Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

Maximilian von Heyden im Gespräch mit Klaus M. Beier und Isabel Schilg

Maximilian von Heyden (MvH): In den zehn Jahren seit Gründung des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden* ist vieles erreicht worden. Was ist denn der aktuelle Stand der verursacherbezogenen Präventionsarbeit im Dunkelfeld?

Klaus M. Beier (KMB): Mittlerweile können wir sicher sagen, dass ein Teil der Menschen, die eine pädophile oder hebephile Sexualpräferenz aufweisen, nicht nur Hilfe sucht, sondern sie auch in Anspruch nimmt, sofern dafür die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen wurden – nämlich ein anonymes, nicht stigmatisierendes Angebot, das die meist bestehende psychische Symptombelastung und den damit verbundenen Leidensdruck zu mildern hilft.

MvH: Was genau meint psychische Symptombelastung?

KMB: Ängste, Depressionen, soziale Isolation – das führt nachvollziehbar zu Leidensdruck aufgrund der pädophilen Sexualpräferenz, und zwar auch wenn die Betroffenen nie einen Übergriff begangen haben. Aus dem Grund ist es auch richtig, dass die internationalen Klassifikationssysteme dies als psychische Störung fassen – das gilt für das ICD-10 und auch für das neue ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation sowie auch für das DSM-5 der US-amerikanischen Psychiatriervereinigung. Das heißt, niemand zweifelt daran, dass wir hier einen krankheitswertigen psychischen Zustand vor uns haben, der durch definierte Maßnahmen therapeutisch angebar ist, und dass man diese Hilfe – wie ja auch bei anderen psychischen Störungen – grundsätzlich gewähren sollte. Wobei hier der Punkt hinzukommt, dass unter bestimmten Bedingungen auch ein Fremdgefährdungsrisiko eintritt und das ist eben der zusätzliche Nutzen, dass wir gleichzeitig diese mögliche Fremdgefährdung auf das geringstmögliche Maß reduzieren wollen. Das gelingt dann, wenn auch die Betroffenen das möchten – was eben im Dunkelfeld bei vielen justizunbekannten Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz der Fall ist.

MvH: Wie finden die denn zu Ihnen bzw. zum Netzwerk?

KMB: Durch eine genau auf diese Zielgruppe ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit, wobei die Außendarstellung des Netzwerks in der gesellschaftlichen Wahrnehmung sicher zur Entstigmatisierung der Pädophilie und Hebephilie beigetragen hat. Die Folge ist, dass sich immer mehr Betroffene melden und wir die Chancen erhöhen, dass die Betroffenen (a) eine geringere psychische Symptombelastung aufweisen und dadurch bei ihnen (b) ein geringes Risiko besteht, Übergriffe zu begehen oder Missbrauchsabbildungen zu nutzen, was wiederum (c) eine hö-

here Wahrscheinlichkeit auf eine gelungene soziale Integration in die Gesellschaft mit sich bringt. Das ist das Ziel, was auch bei anderen psychischen Störungen angestrebt wird – jedenfalls aus therapeutischer Sicht – und die uns vorliegenden Verläufe in den letzten zehn Jahren zeigen, dass dieses Ziel erreichbar ist.

MvH: Sie haben den doppelten Auftrag der Präventionsarbeit im Dunkelfeld angesprochen: Einerseits die Gesundheitsfürsorge, andererseits die Prävention fremdgefährdenden Verhaltens. Wie ist das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* gegenwärtig im Hinblick auf die Finanzierung verortet? Ist es Teil der Kriminalprävention oder des Gesundheitssystems?

KMB: Jetzt des Gesundheitssystems. Und das ist eine der grandiosen Errungenschaften im Laufe dieser zehn Jahre gewesen, dass es gelungen ist, aus der Finanzierung über Länderhaushalte und Bundshaushalte – überwiegend angesiedelt in den Justizbereichen – durch politische Unterstützung eine Überführung in das Gesundheitssystem zu erreichen. Immer mehr politische Meinungsbildner haben eingesehen, dass – weil es sich um eine psychische Störung handelt – das Gesundheitssystem für präventive therapeutische Maßnahmen vorrangig einzubeziehen ist. Dementsprechend müssen nun in einem Modellvorhaben die Krankenkassen die Finanzierung dieses anonymen Präventionsangebotes übernehmen. Das wird noch bis zum Jahr 2025 der Fall sein. Insgesamt sind das dann acht Jahre der Finanzierung des Netzwerks und der in diesem verbundenen Standorte.

MvH: Und danach?

KMB: Die jetzt zugrunde liegende rechtliche Vorschrift im §65d des Fünften Sozialgesetzbuches hat ja sichergestellt, dass die Leistung anonym in Anspruch genommen werden kann. Das zeigt, dass der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme steigt, wenn die Menschen keine Sorge haben müssen, für ihre Sexualpräferenz – die sie sich nicht ausgesucht haben – stigmatisiert zu werden. Genau das ist richtig und müsste in der späteren Regelversorgung so fortgesetzt werden. Hierzu wird man Wege einer Leistungserfassung auch bei Versicherten, die anonym bleiben wollen, installieren müssen, zum Beispiel indem man den Versichertenachweis gesondert führt und mit der erbrachten Leistung anonym verknüpft. Und seitens der Leistungserbringenden müssten Qualifikationsnachweise erbracht werden.

MvH: Welche?

KMB: Diejenigen, die jetzt schon im Netzwerk gelten: Eine Qualifizierung in der Diagnostik und Therapie sexueller Störungen neben Fertigkeiten in der Psychotherapie und im Risikomanagement bei drohender Fremdgefährdung.

MvH: Es ist also gelungen, die Arbeit des Präventionsnetzwerks als Teil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zu verorten. In diesem Bereich dominierte seit 2020 vor allem die Debatte um die Bewältigung von SARS-CoV-2. Wie wurde denn im Präventionsnetzwerk auf die Pandemie reagiert? Gab es Einschränkungen oder auch Innovationen in der Therapie?

KMB: Wir mussten auf die Erschwernisse in der praktischen Umsetzung des Therapieangebots, der Einschränkung von Präsenz- und Gruppenterminen, reagieren. Wir haben aber auch von unseren Vorarbeiten hinsichtlich der Fernbehandlung profitieren können, die ja seit 2018 möglich ist. Noch vor der Pandemie war ein Entwicklungsstrang am Berliner Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, dass wir uns überlegten, wie man die Schwelle zur Kontaktaufnahme noch niedriger setzen und über ein Fernbehandlungsangebot Menschen erreichen könnte, die sich nicht in einen unserer Standorte trauen würden. Insofern waren wir nicht völlig unvorbereitet und haben mittlerweile auch ein Fernbehandlungsprojekt zusammen mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt ins Leben rufen können. Die Umstellung auf Online-Therapien war dadurch vorgedacht und hat sich relativ zügig realisieren lassen. Nach unseren bisherigen Erfahrungen hat das ausgesprochen gut funktioniert, was allerdings nur eingeschränkt für die Gruppenangebote gilt, aber ich bin zuversichtlich, dass wir technische Lösungen finden werden, solche Gruppenformate vorzuhalten.

MvH: Gerade die Fernbehandlung müsste sich ja international einsetzen lassen?

KMB: Genau – das ist eine ideale Möglichkeit, um auch Betroffene in anderen Ländern zu erreichen, die das gleiche Problem, aber weniger ausgebaute Netzwerke zur Verfügung haben. Für mich spielt es keine Rolle, ob jemand eine pädophile Sexualpräferenz in Kolumbien oder in Sachsen-Anhalt hat, denn wenn es beispielsweise zu einer Nutzung von Missbrauchsabbildungen kommt, führt diese unabhängig vom Aufenthaltsort des Nutzers – also ob nun in Kolumbien oder in Sachsen-Anhalt – zu einer Verbreitung dieser Materialien. Insofern muss unser Ziel sein, die Bemühungen und das Wissen, das wir in den vielen Jahren erlangt haben, auch in anderen Ländern verfügbar zu machen. Mein Eindruck ist, dass sich dort einerseits die therapeutische Landschaft für diese Arbeit aufschließen lässt und es andererseits völlig unzweifelhaft ist, dass es die Hilfesuchenden in diesen Ländern genauso gibt. Das wissen wir von den vielen Anfragen, die uns überwiegend per E-Mail erreichen.

MvH: Sie haben die Chancen angesprochen, die neue Technologien für die Versorgung von Menschen haben, die aufgrund von einstellungsbezogenen oder strukturellen Barrieren bisher nicht von einer Therapie profitieren können. Gibt es denn auch technologische Entwicklungen, die sie in diesem Zusammenhang mit Sorge beobachten?

KMB: Ja, die Sorge betrifft vor allem die Verbreitung von Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs und deren leichte Zugänglichkeit. Überhaupt haben die letzten Jahre dazu geführt, dass wir die Perspektive weitem müssen, uns also fragen müssen, wo findet dieser Austausch statt, wer nutzt diese Angebote und wie begünstigt die genutzte Struktur selbst – also das Internet – den fortgesetzten sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen.

MvH: Sie haben in dem Zusammenhang von einer Trauma-Pandemie gesprochen und das Internet als Übertragungsweg gekennzeichnet.

KMB: Korrekt. Aufgegriffen habe ich das Pandemie-Konzept und dazu erläutert, dass man dies üblicherweise auf ein Infektionsgeschehen bezieht, z.B. bedingt durch Viren, es aber ebenso auf Krankheitszustände anwenden kann, die durch Menschen verursacht werden, also gerade nicht bedingt durch ein infektiöses Agens, was sich bei der Betrachtung des sexuellen Kindesmissbrauchs allerdings aufdrängt, weil sämtliche Definitionskriterien einer Pandemie hier erkennbar werden: Wir haben eine weltweite kulturübergreifende Ausdehnung und hunderte Millionen betroffener Kinder und Jugendlicher, es sind eindeutige Übertragungswege im Sinne einer strukturellen Begünstigung von sexuellem Kindesmissbrauch – nämlich Institutionen wie die Kirche oder Sportvereine und eben auch das Internet erkennbar und wir wissen sehr viel über die Verursacher. Durch die Pandemie-Perspektive erweitert man die Optik, weil diese Felder gleichwertig adressiert und dafür mehr Ressourcen der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden müssten.

MvH: Sie grenzen das in dem Zusammenhang verwendete Pandemiekonzept explizit vom infektiologischen Standardmodell ab?

KMB: Richtig. Schon um sicherzustellen, dass sich Menschen – welcher Sexualpräferenz auch immer – nicht mit Viren vergleichen fühlen könnten. Es gibt viele Verursacher von sexuellem Kindesmissbrauch, die keine sexuelle Präferenzbesonderheit im Sinne einer Pädophilie oder einer Hebephilie aufweisen. Der maßgebliche Punkt ist also das (fremdgefährdende) Verhalten, nicht die Präferenz. Verhaltensabstinente Menschen mit pädophiler Sexualpräferenz sind keine Verursacher. Das Ziel von verursacherbezogenen Präventionsbemühungen ist deshalb auch die Verhaltensabstinenz. Je mehr das gelingt, umso mehr steigen die Chancen, Opferschäden zu vermeiden, wozu man aber auch die Übertragungswege adressieren muss. Darüber hinaus

ist es erforderlich, durch frühzeitige Interventionen Langzeitfolgen bei Opfern zu verhindern. Wir haben zunehmend Daten bezüglich der Folgen bei Erwachsenen, die in der Kindheit Opfer der Herstellung von Missbrauchsabbildungen geworden sind. Sie haben zum einen das Missbrauchsgeschehen selbst und zum anderen dessen dauerhafte Verbreitung im Netz zu verarbeiten, denn es ist äußerst schwer, Missbrauchsabbildungen zu löschen. Wir sehen in den letzten Jahren eine exponentielle Zunahme und müssen demzufolge viel mehr Ressourcen und Gedankenkraft in genau diese Übertragungswege stecken – wofür wir aber die Unterstützung der IT-Unternehmen brauchen, die ja letztlich den Nährboden dafür zur Verfügung stellen, dass die Verbreitung in diesem Umfang stattfinden kann. Ich habe auch den Eindruck, dass die großen Akteure in diesem Feld das selbst so sehen und immer mehr bemüht sind, Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

MvH: Was sollen die IT-Firmen denn konkret machen?

KMB: Mit deren Unterstützung könnten wir wesentlich gezielter präventiv tätig werden. Das betrifft zum einen die Werbung im Internet, die Adressierung dieser Nutzergruppen, aber es betrifft auch diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die online verfügbar gemacht werden könnten. Wenn die Fernbehandlung in diesem Indikationsgebiet eine Perspektive haben soll, dann geht das ja nur über die technischen Möglichkeiten, die das Internet bietet. Das gilt übrigens auch für die Opfer, denen meines Erachtens ebenfalls mit Möglichkeiten der Fernbehandlung geholfen werden könnte. Es ist ja längst bekannt, dass man evidenzbasierte Therapien auch online durchführen kann und ich bin überzeugt davon, dass es viele sexuell traumatisierte Menschen gibt, die ein solches Angebot – insbesondere wenn es anonym und einfach zugänglich ist – nutzen würden. Auf diese Weise könnte man also durch niedrigschwellige Online-Angebote die Langzeitfolgen für Opfer verringern helfen.

MvH: Wie sieht es denn in anderen Ländern aus? Gibt es dort Initiativen, die ebenfalls verursacherbezogene Präventionskonzepte etablieren möchten und welche Rolle spielt für diese das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*?

KMB: Es gibt diese Initiativen und sie versuchen, sich an dem Konzept zu orientieren, das wir in Deutschland entwickelt haben. Für eine einfache Übertragung sind aber die Rechtssysteme und die kulturellen Bedingungen zu unterschiedlich. Nichtsdestotrotz stellen wir unser Fachwissen stets gerne zur Verfügung. Seit 2015 laufen Bemühungen in Indien, um dort ein *don't offend India*-Partnerprogramm etablieren zu helfen, das sowohl persönliche als auch internetbasierte Angebote in bisher zwei indischen Sprachen vorhält und um weitere Landessprachen ergänzt werden soll. Gerade kürzlich wurde die Zusammenarbeit mit der Schweiz auf ein festes Fundament gestellt – durch Trainingskurse und Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit.

Hier sehe ich eine sehr starke Verbindung zu dem deutschen Netzwerk, was auch dadurch zum Ausdruck kommt, dass es mit dem Titel *Kein Täter werden Schweiz* dem deutschen Namen nachempfunden ist.

MvH: Wer finanziert das?

KMB: Die Entwicklung in der Schweiz ist durch eine Bundesratsentscheidung angestoßen worden, die auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens den Ausbau von verursacherbezogenen Präventionsangeboten im Dunkelfeld anregen will, wofür diesbezüglich staatliche Mittel beantragt werden können.

MvH: Wohl nicht als Fernbehandlung.

KMB: Nein. Aber auch hier gilt, dass Präsenzangebote mit web-basierten Hilfen kombiniert werden können – eben bis hin zur Fernbehandlung. Das scheint mir international am aussichtsreichsten: Zunächst im Internet eine Art Selbsteinschätzung vorzunehmen, um dann eine Rückmeldung mit der im System angelegten Auswertung zu erhalten und hiernach die dort verfügbaren Selbstmanagement-Module zu nutzen, im Bedarfsfall aber die Chance zu haben, eine Therapeutin oder einen Therapeuten über eine Fernbehandlungsoption persönlich zu sprechen. Das wäre aus meiner Sicht das anzustrebende Ziel, weil ein solches Konzept grenzübergreifend global einsetzbar wäre – nämlich wenn professionell Helfende in den verschiedenen Sprachen ausgebildet sind und dann für ihre Leistung auch honoriert werden.

MvH: Ein langer Weg.

KMB: Zugegeben, aber wir bringen die fachlichen Voraussetzungen mit, um ihn erfolgreich zu beschreiten. Wir können Therapeut:innen ausbilden und die Internetangebote im Austausch mit den Kolleg:innen aus diesen Ländern an die kulturellen Gegebenheiten anpassen. Hierfür wiederum braucht man aber eine signifikante IT-Unterstützung, also technische Ressourcen für eine zielgenaue Umsetzung. Und man braucht eine internationale Vernetzung, die sich ja nicht von allein herstellt, sondern sorgfältig aufgebaut werden muss – nämlich durch humane Ressourcen.

MvH: Hier kommt Isabel Schilg ins Spiel. Sie sprechen regelmäßig mit Organisationen, die daran interessiert sind, in ihrem Zuständigkeitsbereich Präventionsmaßnahmen ähnlich dem PPD durchzuführen. Was hören Sie von diesen Organisationen?

Isabel Schilg (IS): Ja, ich stehe weltweit in regelmäßigem Kontakt mit vielen verschiedenen Organisationen, die Maßnahmen zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durchführen wollen. Die Zahl der Anfragen nimmt definitiv zu, was sehr er-

freulich ist. Die Menschen, mit denen wir sprechen, sind sehr motiviert, weil sie der festen Überzeugung sind, dass durch verursacherbezogene Prävention verhindert werden kann, dass es überhaupt zu sexuellem Missbrauch kommt. Sie sind oft enttäuscht darüber, dass es in ihren Ländern kein präventives Angebot gibt und zugleich große Hürden für die Implementierung eines Ansatzes wie in Deutschland bestehen.

MvH: Was sind ihre größten Herausforderungen?

IS: Ein vertieftes Verständnis dieser Frage ist entscheidend, um unsere internationalen Bemühungen zum Erfolg zu führen. Wir haben unsere strategischen Überlegungen im Gespräch mit Stakeholdern diskutiert und um eine Einschätzung gebeten. Dabei wurde deutlich, dass die größten Herausforderungen vor allem bei der Finanzierung sowie dem mangelnden politischen wie öffentlichen Rückhalt für verursacherbezogene Präventionsangebote bestehen. Diese Herausforderungen stehen in einer engen Beziehung zueinander. Ohne Anschubfinanzierung kann der Nutzen einer Maßnahme nicht belegt werden, was wiederum die Voraussetzung ist, um Politik und Öffentlichkeit als Unterstützer zu gewinnen. Genau das ist in Deutschland mit Unterstützung der Volkswagen-Stiftung gelungen. Wir möchten vergleichbare Prozesse in anderen Ländern anstoßen und unterstützen. Eine weitere bedeutsame Hürde sind die unterschiedlichen Rechtssysteme, die einer Übernahme des in Deutschland implementierten Ansatzes teilweise im Wege stehen. Hier müssen gemeinsam mit Expert:innen kreative Lösungen erarbeitet werden.

MvH: Können Sie sich vorstellen, dass Maßnahmen nach Vorbild des PPD mittelfristig in weiteren Ländern durchgeführt werden?

IS: Auf jeden Fall, aber man muss sich darüber im Klaren sein, dass es hier kein Patentrezept für alle gibt. Der Erfolg von *Kein Täter werden* liegt neben dem hohen Engagement der Mitarbeiter:innen und den qualifizierten Inhalten auch an den besonderen rechtlichen Rahmenbedingungen, der Struktur des Gesundheitssystems und den kulturellen Besonderheiten des Landes. Wahrscheinlich werden wir in den nächsten Jahren Pilotprojekte und Versuche mit leicht abgewandelten Modellen sehen, die diesen Unterschieden Rechnung tragen. So wurde beispielsweise in Kanada ein Programm gestartet, das individuelle Therapie, einen Online-Chat sowie eine Telefonhotline kombiniert. Dies ist ein guter Anfang und funktioniert im Rahmen des kanadischen Rechtssystems.

MvH: Wie können wir diesen Prozess beschleunigen, damit mehr Menschen erreicht und letztlich mehr Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch verhindert werden können?

IS: Erstens, in dem wir den Schwerpunkt auf den effektiven Einsatz von Technologien legen. Der technologische Fortschritt

hat zwar auch seine Schattenseiten, aber er bietet ungleich mehr Chancen. Durch die Popularität von mobilen Endgeräten können zahlreiche Menschen bei geringen Kosten erreicht werden. Technologien wie Chatbots und maschinelles Lernen können zur breitflächigen Versorgung von Risikogruppen beitragen. Um dieses Potenzial aufzuschließen werden jedoch Investitionen benötigt. Die Anonymität technologiegestützter Angebote kann die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme absenken, was vor dem Hintergrund der hohen Stigmatisierung von Menschen mit pädophiler Sexualpräferenz entscheidend ist. Die Entwicklung leicht skalierbarer Versorgungsangebote würde es uns ermöglichen, sowohl potenzielle Verursacher, als auch Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch besser zu erreichen. Zweitens müssen wir auf eine gute Zusammenarbeit von privaten und staatlichen Institutionen hinwirken. Die Wirtschaft verfügt über die notwendigen Technologien und Ressourcen für den Wandel, nach dem sich viele Akteure sehnen. Wir dürfen das Fortkommen nicht ausschließlich von politischen Entscheidungsträger:innen abhängig machen. Das PPD ist ein gutes Beispiel für das Zusammenwirken privater und staatlicher Geldgeber. Wir haben begonnen, internationale Bündnisse zu schmieden, um regionale Initiativen zu unterstützen, aber noch einen langen Weg vor uns.

MvH: Wie geht es weiter? Was sind die wichtigsten Prioritäten im Hinblick auf die internationale Ausbreitung verursacherbezogener Präventionsansätze?

IS: Das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin verfügt über ein beeindruckendes Team von Fachkräften mit klinischer und wissenschaftlicher Erfahrung, aber um einen wirksamen Beitrag zur weltweiten Bemühung für die Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs leisten zu können, werden zusätzliche Kompetenzen in Informatik, Public Health und Öffentlichkeitsarbeit benötigt. In den kommenden 12 Monaten sind die Förderung der Vernetzung und des Wissensaustauschs unsere Prioritäten.

Dabei geht es nicht nur um die Inhalte von Interventionen, sondern auch um das Implementationswissen. Wir hoffen, dass sich aus der Vernetzung Synergieeffekte ergeben und Ängste - insbesondere im Hinblick auf Konkurrenz durch verschiedene Akteure - oder Vorurteile gegenüber bestimmten Ansätzen abgebaut werden können. Schließlich eint alle das Ziel, Kinder zu schützen. Wir werden versuchen eine Struktur zu schaffen, die das weltweit wachsende Interesse bündeln und in produktive Bahnen lenken kann. Und schließlich werden wir versuchen, Partnerschaften mit der Technologiebranche und anderen Wissenschaftler:innen einzugehen und zu vertiefen, Zugangsbarrieren abzubauen und uns als Fürsprecher verursacherbezogener Prävention betätigen.

MvH: Herr Professor Beier, ich würde gern noch einmal zurück auf die Situation in Deutschland zu sprechen kommen. Kritiker

haben immer wieder betont, dass ein wissenschaftlich unangreifbarer Wirksamkeitsnachweis des präventiven Therapieansatzes noch nicht vorgelegt wurde. Welche Perspektiven gibt es denn, diese Art von Evidenz zu generieren?

KMB: Also der Wirksamkeitsnachweis hat zwei Aspekte. Zum einen ist es Ausdruck einer offensichtlich bestehenden breiten Problematik, wenn in einem großen Umfang Menschen mit einem definierten Störungsbild ein solches Angebot wahrnehmen, wie wir das bei *Kein Täter werden* erleben. Wir sind mittlerweile bei weit mehr als 10.000 Kontaktfällen im gesamten Netzwerk. Bei einer geschätzten Anzahl von 250.000 Betroffenen in Deutschland ist das zwar erst ein kleiner Teil, aber ich würde daraus klar die Schlussfolgerung ziehen, dass es einen Bedarf gibt und dass wir einen Weg erschlossen haben, der diesem Bedarf zumindest inhaltlich und auf der Angebotsseite gerecht werden kann. Durch den angestrebten weiteren Ausbau würde ich mir erhoffen, dass wir immer mehr Betroffene erreichen können, weil das Angebot für sie hilfreich ist. Der zweite Aspekt wäre zu belegen, inwieweit es tatsächlich wirksam ist. Dazu kann man einerseits die subjektiven Auskünfte heranziehen, dann mögliche Änderungen der psychischen Belastungen, die man nachweisen kann, schließlich die Absenkung von Ri-

siken einer Fremdgefährdung. Die Beweiskraft ist allerdings abhängig von einer – möglichst randomisiert zustande gekommenen – Vergleichsgruppe, welche die zu untersuchende Intervention nicht erhalten hat. Und hier wird es meines Erachtens aus ethischen und versorgungspolitischen Gründen sehr schwer ein solches ideales – also randomisiert-kontrolliertes Studiendesign umzusetzen. Eine gewisse Chance besteht auf diese Weise Einzelfragen zu klären, indem man – übrigens auch das wieder internetbasiert – einzelne Therapiemodule per Zufallsauswahl einer Gruppe zuordnet und dann mit der Gruppe vergleicht, die dieses Modul nicht durchlaufen hat. Das Konzept lässt sich aber eben auf keinen Fall auf eine konkrete Gefahrensituation anwenden.

Bei drohender Fremdgefährdung würde man nicht auf die Idee kommen doppelblind zu untersuchen, ob eine Intervention wirkt, sondern auf diejenige zurückkommen, die sich bisher in der klinischen Arbeit als hilfreich erwiesen hat. Dies gilt auch für die Nutzung von Medikamenten in Gefahrensituationen, was schon daran erkennbar wird, dass bei einer doppelblind randomisiert-kontrollierten Studie in einer Gefahrensituation aus ethischen Gründen entblindet werden müsste.

MvH: Herzlichen Dank für Ihre Zeit.

Autor:innen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, LL.B Isabel Schilg, Wissenschaftliche Mitarbeiterin für Internationale Kooperation, Projektmanagerin der internationalen Dissemination des Ansatzes von *Kein Täter werden*, B.A. Maximilian von Heyden, Wissenschaftlicher Mitarbeiter für Gesundheitskommunikation, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de, isabel.schilg@charite.de, maximilian.von-heyden@charite.de



Rüdiger Maas

Generation lebensunfähig

Wie unsere Kinder um ihre Zukunft gebracht werden

Yes Verlag 2021, 224 Seiten, geb., 19.99 €

Die Studienergebnisse von Rüdiger Maas sind schockierend: Die nächste Generation ist deutlich weniger selbstständig und leistungsfähig, immer mehr Kinder leiden an Angststörungen und Depressionen. Messerscharf analysiert der Generationenforscher, Psychologe und zweifache Vater in *Generation lebensunfähig* die Nöte der Kinder und entwirft ein Zukunftsszenario, das großen Anlass zur Sorge gibt. Statt ihr Kind zu erziehen, überschütten die Eltern es mit Geschenken und Optimierungen. Erzieher*innen berichten, dass viele Kinder heute nur in Zwei-Wort-Sätzen sprechen oder sich nicht selbst anziehen können. Jugendliche verbringen längst vier bis sechs Stunden, seit der Coronakrise sogar acht Stunden, täglich am Handy und entgleiten so in die Parallelwelt des Internets. In der realen Welt hingegen tun sie sich schwer, die Ablösung von den Eltern will nicht gelingen und so sitzen diese inzwischen sogar bei Bewerbungsgesprächen oder im Hörsaal der Uni mit dabei.

„Wir schulden diesen Kindern Anerkennung“*

Ulrike Baureithel im Gespräch mit Sabine Andresen

Kindesmissbrauch oder genauer sexualisierte Gewalt ist ein allgegenwärtiges Phänomen, das hinter geschlossenen Familiengardinen ebenso stattfindet wie in allen Bereichen, in denen Kinder verkehren. Täglich erreichen uns skandalöse Meldungen, etwa aus dem Universitätsklinikum Saarbrücken, wo Ärzte an entsprechenden Übergriffen beteiligt waren. Das Ausmaß von Kindesmissbrauch zu untersuchen und die Mauer des Schweigens zu brechen, ist ein Ziel der *Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs*. Nachdem der *Unabhängige Beauftragte*, Johannes Rörig, bereits vergangenes Jahr seinen Rückzug angekündigt hat, beendete nun auch Sabine Andresen ihre Tätigkeit als Vorsitzende der Kommission und zieht Bilanz.

Ulrike Baureithel: Frau Andresen, es vergeht kein Tag, an dem nicht ein neuer Missbrauchsfall wie gerade wieder im Bistum Bamberg oder am Universitätskrankenhaus des Saarlands öffentlich wird. Was empfinden Sie nach fast sechs Jahren Aufarbeitungskommission, wenn Sie solche Meldungen lesen?

Sabine Andresen: Es ist immer wieder erschütternd, weil wir natürlich das Leid der Kinder und Jugendlichen vor Augen haben. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit besteht ja darin, Betroffene als Erwachsene anzuhören. Dadurch wissen wir, was es für sie bedeutet hat, als Kind sexuelle Gewalt zu erleben. Wenn es eine echte Chance geben soll, dass sexuelle Gewalt an Kindern zurückgeht, muss es gelingen, Kinderschutz mit Kinderrechten zu verbinden und alle Erwachsenen in der Gesellschaft zu befähigen, Gewalt an Kindern und Jugendlichen zu verhindern und Betroffenen schnell zu helfen. Damit wäre auch eine Aufgabe unserer Kommission erfüllt.

Welche Erwartungen hatten Sie, als Sie 2016 den Vorsitz in der Kommission übernommen haben?

Von Anfang an beschäftigte uns die Frage, ob das Mandat genügt. Denn der Kommission stehen im Unterschied zu anderen Kommissionen wie in Irland oder Australien viel geringere finanzielle Ressourcen zur Verfügung, sie kann auch nicht auf eine gesetzliche Grundlage zurückgreifen und ihre Mitglieder arbeiten ehrenamtlich. Im Vergleich zu den begrenzten Mitteln hat die Kommission einen allumfassenden Auftrag erhalten. Für uns war klar, wir können nur einladen, auf Freiwilligkeit bauen, denn die Möglichkeit, Zeitzeuginnen und Zeitzeugen vorzuladen oder Akteneinsicht zu verlangen, haben wir nicht.

* Es handelt sich um die Langfassung eines in der Wochenzeitung *Der Freitag* vom 28.10.2021 erschienenen Interviews.

Das hatten sich die Aktivisten beispielsweise aus den Reihen der Betroffenen vor 2016 etwas anders vorgestellt. Aus internationalen Berichten wusste ich, dass es viel Zeit brauchen und mit Hürden verbunden sein würde, Menschen davon zu überzeugen, sich vergangenem Unrecht zu stellen, ohne die Sehnsucht zu erfüllen, einen Schlusstrich zu ziehen. Doch es haben sich dann sehr schnell betroffene Menschen bei uns gemeldet, haben uns einen Vertrauensvorschuss gegeben und wir konnten anfangen, unseren Auftrag zu bearbeiten. Dafür bin ich sehr dankbar.

Wer hat sich bei der Kommission gemeldet?

Zunächst haben sich Frauen bei uns gemeldet, die in ihren Familien sexuelle Gewalt erlebt haben. Dieser Tatkontext erschwert ihnen, Hilfe zu bekommen und sich später als Erwachsene mit anderen Betroffenen zu vernetzen, ihre Forderungen zu artikulieren und Druck auszuüben. Deshalb haben wir uns am Anfang genau auf diesen Bereich konzentriert, auf die Familie. Inzwischen haben sich fast 3.000 Betroffene bei der Kommission gemeldet. Sie berichten mündlich oder schriftlich von den Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit oder Jugend. Jeder Bericht hat ganz individuelle Züge und das kann man in unseren Veröffentlichungen auch sehen, weil wir den einzelnen Geschichten von Betroffenen viel Raum geben. Wir wollen aber auch Muster identifizieren und dazu haben wir eine Datenbank aufgebaut. Dabei haben wir auch festgestellt, dass die Mehrheit der Betroffenen, die sich an die Kommission wendet, nicht zum ersten Mal spricht, viele haben Therapieerfahrung, mit Angehörigen gesprochen oder Strafverfahren angestrebt. Eine große Gruppe war zur Zeit der Anhörung zwischen 40 und 60 Jahre alt und von denen, die sich gemeldet haben, sind 65 Prozent Frauen.

Sie sprechen von 3.000 Betroffenen. Wenn man davon ausgeht, dass in jeder Schulklasse ein bis zwei Kinder sitzen, die sexuelle Gewalterfahrungen haben, dann ist das aber höchstens die Spitze des Eisbergs, oder?

Das ist richtig. Die Zahlen, mit der die Kommission arbeitet, sind nicht repräsentativ und geben allenfalls eine Idee dafür, wie hoch das Ausmaß ist. Gesellschaftliche Aufarbeitung muss anders vorgehen als eine an Statistiken orientierte Forschung und verfolgt andere Ziele. Sie will Betroffenen einen Raum bieten, über ihre Gewalterfahrungen zu berichten und einen Beitrag zur Anerkennung von Unrecht und Leid leisten. Das ist gerade bei sexueller Gewalt in der Kindheit wichtig, weil wir

es mit einer lange und hartnäckig verschwiegenen Gewaltform zu tun haben. In der Gewaltforschung wird deshalb von der „Schweigsamkeit der Gewalt“ gesprochen. Wir müssen also von einem großen Dunkelfeld ausgehen, denn auch das, was die Kriminalstatistik ausweist, ist nur ein Teil des Geschehens. In der Aufarbeitung nun geht es darum, Betroffenen, die sprechen möchten, zuzuhören und das, was ihnen widerfahren ist, anzuerkennen. Stellvertretend für eine Gesellschaft, die diese Verantwortung bisher nicht übernommen hat.

Beobachten Sie im Zusammenhang mit organisierter Kriminalität einen Anstieg von sexuellen Gewalttaten?

Ich bin dafür keine Expertin. Aber ich bin sicher, dass die digitalen Medien wie das Internet neue Möglichkeiten für Täter und Täterinnen bieten und die Behörden hier in der Ermittlung nicht so schnell hinterherkommen, auch weil die technische Entwicklung so rasant ist. Da gibt es großen staatlichen Handlungsbedarf. Davon abgesehen, stellen wir fest, dass sexuelle Gewalt oft in der Familie anfängt, dann aber immer stärker organisierte Formen annimmt, zum Beispiel durch Absprachen eines nahestehenden Familienmitglieds mit anderen Tätern im Dorf, mit einem Kumpel oder in der erweiterten Familie, in der die betroffenen Kinder wie eine Ware weitergegeben werden. Dazu hat es gar kein Internet gebraucht. Unsere aktuelle Studie aus dem Tatumfeld Familie zeigt, dass ein Drittel der Betroffenen über mehrere Täter spricht. Ich als Erziehungswissenschaftlerin frage mich dann, was es für ein Kind bedeutet, das per se viel weniger Kontrolle über seinen Körper und seine Umgebung hat, wenn verschiedene Erwachsene aus dem Umfeld gewalttätig sind. Da geht das Vertrauen in Andere vollkommen verloren, und es wird diesem Kind viel schwerer fallen, auch wohlmeinenden Erwachsenen gegenüber Vertrauen zu fassen.

Die Betroffenenberichte berühren, kein Fall ist wie der andere. Es gibt, was Familie und Institutionen betrifft, strukturelle Gemeinsamkeiten, aber eben auch Unterschiede, wie Ihre Studie herausarbeitet.

Für ein Kind ist die Familie omnipräsent, wenn also ein enges Familienmitglied sexuelle Gewalt verübt, gibt es für das Kind keinerlei Schutzraum. Viele Erwachsene berichten, dass mit Beginn der Gewalterfahrung ihre Kindheit vorbei gewesen sei und sie neben der Leiderfahrung permanenter Panik ausgesetzt waren, weil die Zugriffsmöglichkeiten für Täter und Täterinnen fast unbegrenzt sind. Strukturell ist es eher möglich, Gewalt in einer Institution, also etwa im Sportverein, zu entgegen. In einer Familie ist dies nahezu aussichtslos. Ein weiteres kommt hinzu und zieht sich durch den Lebenslauf: Häufig ist die Herkunftsfamilie gespalten in diejenigen, die den Betroffenen glauben und die, die dem Täter glauben. Da es in den wenigsten Fällen zu einer Anzeige oder Verurteilung gekommen ist, konnte der Täter in der Familie bleiben und es gab keinen

äußeren Anlass zur Aufarbeitung. Das ist eine ungeheure Belastung. Viele Betroffene meiden deshalb Familienfeiern und Feiertage oder brechen den Kontakt ganz ab. Manche berichten davon, dass sie ab und zu mit der Mutter telefonieren möchten, aber bei jedem Anruf gehe der Tätervater ans Telefon.

Den Institutionen wie Kirchen, Vereinen oder Schulen gilt viel mehr Aufmerksamkeit. Ein exponiertes Beispiel ist die katholische Kirche, deren letztes Treffen des Synodalen Wegs wieder vom Missbrauchs-Thema geprägt war. Wie schätzen Sie die gegenwärtige Situation ein?

Vorausgeschickt, ich habe den Eindruck, dass sich durch das hohe mediale Interesse am Geschehen in der katholischen Kirche andere Institutionen wunderbar verstecken können. Das hat sich bei der evangelischen Kirche gezeigt, die erst durch das öffentliche Hearing der Kommission 2018 etwas aktiver geworden ist. Aber dieses Wegducken zeigt sich auch beim Sport oder bei den Schulbehörden. Was die katholische Kirche betrifft: Im Anschluss an das Hearing zur Verantwortung beider christlichen Kirchen hat der Unabhängige Beauftragte, Johannes-Wilhelm Rörig, das Thema politisch stärker an sich gezogen, was in der „Gemeinsamen Erklärung“ mit der katholischen Kirche mündete, in der alle Bistümer zur verstärkten Aufarbeitung verpflichtet wurden. Nicht zuletzt die Ereignisse in Köln um Kardinal Woelki zeigen, eine Institution, so auch die Kirchen, kann sich nicht alleine aufarbeiten. Für die Aufarbeitungskommission ist der Umgang mit und die Einbeziehung von Betroffenen ein zentrales Kriterium. Hier besteht aber in beiden Kirchen erheblicher Handlungsbedarf. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der Rolle des Staates und seinem Engagement Aufarbeitung einzufordern. Denn gerade bei der katholischen Kirche stellen sich ja auch weitere gesellschaftlich relevante Fragen wie die nach der Haltung gegenüber Frauen. Aufarbeitung braucht Zeit, und im Moment kann ich zumindest nicht sagen, wie weit die „Gemeinsame Erklärung“ trägt. Das Problem eines jeden Aufarbeitungsprozesses ist, dass Betroffene ungeduldig sind und das ist angesichts ihrer Erfahrungen sehr verständlich.

Aussagen wie kürzlich die des Regensburger Bischofs Rudolf Vorderholzer, der von der „Instrumentalisierung des Missbrauchs“ gesprochen hat und damit eine Formel aus den neunziger Jahren aufnimmt, scheinen dazu wenig geeignet, es ist geradezu perfide.

Das sehe ich auch so und eine solche Aussage ist respektlos und weckt Misstrauen in den Aufarbeitungswillen. Doch die Rede vom „Missbrauch des Missbrauchs“ von Katharina Rutschky und Reinhart Wolff war genauso perfide. Es wäre ein eigenes Aufarbeitungsthema, wer, wann und mit welchem Interesse dieses Narrativ bedient. Es ist gegen Betroffene gerichtet, wehrt Aufarbeitungs- und Veränderungsprozesse ab und letztlich werden dadurch Kinder- und Frauenrechte angegriffen.

In der ersten Dekade hat sich die Kommission auch mit sexuellem Missbrauch in der DDR beschäftigt. Es ist auffällig, dass sich trotz aller Systemunterschiede die Missbrauchereignisse ähneln. Scheint da auch das Erbe des Nationalsozialismus auf?

Die Frage ist sehr zentral, und sie beschäftigt mich schon lange. Ausgehend von den Betroffenenberichten aus Ost und West kann man sagen, dass Menschen, die in den 1950er und 1960er Jahren Kind waren, gleichermaßen mit Erziehungsvorstellungen aus dem Nationalsozialismus konfrontiert waren. Das zeigt sich insbesondere in der Heimerziehung, die von Brutalität gekennzeichnet war. Auch das ist in der Folgezeit nicht gründlich genug aufgearbeitet worden. Aus Betroffenenberichten geht auch hervor, dass beispielsweise der Großvater Täter Nazi war und mit seinen Nazi-Kumpeln das Kind missbrauchte. In der DDR als das „bessere Deutschland“ wurde diese Verantwortung dann verschoben, hier wirkte eine doppelte Tabuisierung, die politische und das generelle Schweigen, das über sexueller Gewalt liegt.

Sie sprechen die ganze Zeit von Betroffenen, aber handelt es sich nicht auch um Opfer, wobei viele Betroffene diese Zuschreibung ablehnen? Wie geht man damit um?

Die Kommission verwendet von Anfang an den Begriff Betroffene, der natürlich etwas abstrakt ist. Menschen, die sexuelle Gewalt in der Kindheit erlebt haben, nutzen selbst unterschiedliche Begriffe. Ich bin inzwischen dazu übergegangen, einleitend zu erklären, dass ich Betroffene, Opfer oder Überlebende gleichwertig benutze, weil ich damit die Selbstbeschreibungen abbilden möchte. Damit ist auch der Wunsch verbunden, den einseitigen gesellschaftlichen Opferbildern etwas entgegenzusetzen. Das Leben von Menschen lässt sich nicht darauf reduzieren, dass sie Gewalt erlebt haben. Sie selbst und ihr Leben, ihre Biographie hat viele Seiten. Ein Auftrag der Aufarbeitungskommission ist auch, der bildlichen Darstellung, der medial geprägten Ikonografie von einem passiven „Opfer“ etwas entgegenzusetzen.

In der abgelaufenen Legislaturperiode sollten Kinderrechte im Grundgesetz verankert werden, das ist nicht passiert. Hat das Folgen für die Betroffenen?

Um einen guten Kinderschutz zu gewährleisten, brauchen wir starke Kinderrechte in der Verfassung und auf allen Ebenen.

Dazu gehören der Vorrang des Kindeswohls und nicht nur eine „angemessene Berücksichtigung“ sowie eine umfassende Beteiligung von Kindern und Jugendlichen. Denn eine geteilte Erfahrung der Betroffenen ist die der Rechtlosigkeit als Kind. Daraus müssen wir im Interesse von Kindern und Jugendlichen heute Rückschlüsse ziehen.

Der Fall Staufen hat gezeigt, dass strukturelle Defizite – zum Beispiel bei den Jugendämtern und Familiengerichten – Missbrauch begünstigen. Wo liegt dringender politischer Handlungsbedarf?

Die erste Empfehlung in Richtung aller Akteure ist, werdet eurer Verantwortung für das Unrecht in der Vergangenheit gerecht, weil es in die Gegenwart hineinwirkt. Begegnet erwachsenen Betroffenen und ihrem Recht auf Aufarbeitung respektvoll und orientiert euch an dem Maßstab der Unabhängigkeit. Was die heute betroffenen Kinder angeht, haben wir uns an ihrem Wohl zu orientieren und das äußert sich auch in kindgerechter Justiz. Aber das Kindeswohl zu achten ist natürlich auch eine Aufgabe anderer Behörden. Betroffene haben berichtet, dass Fachkräfte des Jugendamtes sich scheuten, zu intervenieren, weil sie der Überzeugung waren, dass die Herkunftsfamilie der bessere Ort für ein Kind sei und den Beteuerungen von Müttern und Vätern glaubten. Das hat allzu oft dazu geführt, dass dem Kind nicht geholfen wurde.

Sie haben zu Ihrem Abschied gesagt, dass der Auftrag der Kommission bis zum ihrem Ende 2023 nicht zu schaffen sein wird. Dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs schwebt vor, einen Aufarbeitungsrat zu schaffen, ich nehme an, nach Vorbild des Deutschen Ethikrats. Was empfehlen Sie für die weitere Arbeit der Kommission?

Die Aufarbeitung auf Bundesebene muss über 2023 hinaus fortgeführt und gestärkt werden. Eine lediglich beratende Funktion der Kommission würde die Aufarbeitung in Deutschland schwächen. Es braucht eine erkennbare unabhängige Adresse, an die sich Betroffene und Zeitzeuginnen und Zeitzeugen wenden können. Unabhängige Aufarbeitung auf Bundesebene muss auf eine gesetzliche Grundlage gestellt werden und sollte gegenüber dem Deutschen Bundestag berichtspflichtig sein, um die Politik stärker einzubinden. Es gibt bereits den Nationalen Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und den Betroffenenrat. Ich habe nicht den Eindruck, dass es eine weitere beratende Struktur braucht.

Autorinnen

Dr. Sabine Andresen, Prof. für Sozialpädagogik und Familienforschung an der Goethe-Universität Frankfurt/M. Sie stand von Januar 2016 bis September 2021 der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs vor. Ulrike Baureithel, Mitarbeiterin bei der Wochenzeitung *Der Freitag*, e-mail: s.andresen@em.uni-frankfurt.de, ulrike.baureithel@freitag.de
