

„Du träumst von ihnen“ – Das Projekt *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ)

Klaus M. Beier, Umut C. Oezdemir, Eliza Schlinzig, Laura F. Kuhle, Franz Henkel, Elena Hupp, Andreas Peter, Anna Groll & Tobias Hellenschmidt

„Just dreaming of them“ – the Project *Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles* (PPJ)

Abstract

The Berlin *Primary Prevention Project of Child Sexual Abuse by Juveniles* (PPJ) offers diagnostical and therapeutic help to 12- to 18-year-old juveniles who are sexually attracted to children and who are seeking help without being mandated to do so. The primary goal of the project is to prevent the initial or continued sexual abuse of children, and the first or repeated use of sexually abusive images of children, by developing the juvenile's ability to control his behavior. A pilot study tested the interest of parents/legal guardians and juveniles themselves in preventive behavior therapy. After receiving positive feedback, the main phase of the study was begun in November 2014. The following article discusses the origin of the PPJ, the first results of the pilot study and the starting point of the main study. Juveniles who have approached the project up to now will be characterized. The article demonstrates the necessity of collaboration of sexual medicine and child/adolescent psychiatry.

Keywords: Juvenile, Adolescent, Prevention, Sexual preference, Child sexual abuse, Child abusive images, Child pornography, Paedophilia, Pedophilia

Zusammenfassung

Das Projekt *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ) hat zum Ziel, Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema ein diagnostisches und therapeutisches Hilfsangebot zu unterbreiten. Primär wird angestrebt, durch das Erlernen von Verhaltenskontrolle einen erstmaligen oder erneuten sexuellen Kindesmissbrauch sowie die erstmalige oder erneute Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu verhindern. Im Rahmen einer Pilotphase wurde überprüft, ob Erziehungsberechtigte und/oder Jugendliche freiwillig

präventive Hilfsangebote aufsuchen und bereit sind, eine Therapie zur Verhaltenskontrolle aufzunehmen. Nach positiven Rückmeldungen begann im November 2014 die Hauptphase des Projekts. Zur Darstellung gelangen die Entstehung des Präventionsansatzes für Jugendliche, die Ergebnisse der Pilotphase und die Ausgangssituation beim Start der Hauptphase. In dem Zusammenhang werden die bislang hilfeschuchenden Jugendlichen dargestellt und die Notwendigkeit einer Kooperation von Sexualmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie verdeutlicht.

Schlüsselwörter: Jugendliche, Prävention, sexuell, sexuelle Präferenz, Präferenzbesonderheit, sexueller Missbrauch, Missbrauchsabbildungen, Kinderpornografie, sexuelle Übergriffe, Pädophilie

Der sexuelle Missbrauch und die sexuelle Viktimisierung von Kindern durch das Herunterladen, den Besitz und/oder die Verbreitung von Missbrauchsabbildungen stellen ein international gravierendes Problem dar. Eine in 19 Ländern durchgeführte retrospektive Befragung an Erwachsenen zeigte, dass im Durchschnitt 20% der Frauen und 10% der Männer in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden (Finkelhor, 1994). In einer weiteren repräsentativen Befragung von US-amerikanischen Kindern im Alter zwischen 2 und 17 Jahren gab jedes zwölfte Kind an, im Erhebungszeitraum von einem Jahr mindestens einmal sexuell viktimisiert worden zu sein (Finkelhor et al., 2005).

Die erste repräsentative Untersuchung in der deutschen Allgemeinbevölkerung zur Prävalenz sexueller Übergriffe im Kindes- und Jugendalter (Wetzels, 1997) ergab, dass 8.6% der Mädchen und 2.8% der Jungen bis zum 16. Lebensjahr Opfer eines sexuellen Übergriffs mit direktem Körperkontakt durch einen erwachsenen Täter wurden. Außerdem wurde ersichtlich, dass zusätzliche negative Entwicklungsbedingungen (hohe innerfamiliäre Konflikthaftigkeit, wenig positive elterliche Zuwendung sowie viele negative elterliche Reaktionen) die Wahrscheinlichkeit erhöhen, in der Kindheit Opfer einer sexuellen Traumatisierung zu werden. Dieser Zusammenhang

zeigte sich auch für Kinder und Jugendliche, die Opfer eines extrafamiliären sexuellen Übergriffes durch einen justizbekannten Täter geworden sind. Aktuellere, ebenfalls repräsentative Untersuchungen in Deutschland zeigen z.T. niedrigere (vgl. Stadler et al., 2011) oder höhere (vgl. Häuser et al., 2011) Prävalenzraten, wobei es einen Zusammenhang mit der Altersverteilung der untersuchten Stichprobe zu geben scheint: Die Prävalenzraten steigen, wenn man die untersuchte Altersgruppe weiter fasst. Dies spricht dafür, dass sich die Opfer sexueller Übergriffe erst mit zunehmendem Alter anderen Menschen anvertrauen und ohnehin nur selten eine Strafanzeige vornehmen. Eine aktuelle umfangreiche Metaanalyse auf Basis 331 weltweiter Stichproben mit knapp 11 Millionen einbezogenen Probanden schätzt zusammenfassend die Prävalenz für das Erleben eines sexuellen Missbrauchs bis zum 18. Lebensjahr auf 18% bei Mädchen und auf 7.6% bei Jungen (Stoltenborgh et al., 2011).

Den repräsentativen Befragungen an der Allgemeinbevölkerung steht die offizielle Erfassung des sexuellen Missbrauchs von Kindern gegenüber. So wurden im Jahr 2013 in Deutschland laut polizeilicher Kriminalstatistik 12 437 angezeigte Fälle des sexuellen Kindesmissbrauchs nach §176, 176a und 176b Strafgesetzbuch (StGB) erfasst (Bundeskriminalamt, 2014). Diese im sog. *Hellfeld* registrierten Fälle stellen aber lediglich die „Spitze des Eisberges“ dar. Die überwiegende Mehrheit sexueller Missbrauchshandlungen geschieht im Verborgenen, wird nie angezeigt, daher von Justiz- und Strafverfolgungsbehörden nicht verzeichnet und ist folglich in keiner offiziellen Kriminalstatistik aufgeführt (vgl. Beier et al., 2005). Kriminologisch spricht man vom *Dunkelfeld*.

Auch hinsichtlich der Verbreitung „kinderpornografischer Materialien“, also der bildlichen Darstellung des sexuellen Missbrauchs an Kindern, lässt sich ein Anstieg feststellen. Der Begriff *Kinderpornografie* ist aus fachlicher Sicht ungeeignet, denn er impliziert, dass die abgebildeten Kinder als einwilligungsfähige ‚Pornodarsteller‘ agieren, so dass der Ausdruck das missbrauchsabbildende Material aufgrund der Verharmlosung der Situation trivialisiert (vgl. Beier, Konrad et al., 2009; Wolak et al., 2005). Die Bezeichnung *Missbrauchsabbildungen von Kindern* gibt die Wirklichkeit angemessener wieder (vgl. Gillespie, 2005; Taylor & Quayle, 2003).

Entscheidenden Anteil an einer zunehmenden Verbreitung dieser Missbrauchsabbildungen dürfte die wachsende Etablierung des Internets gehabt haben (vgl. Carr, 2004). Es gibt einzelne Nutzer von Missbrauchsabbildungen, die über eine Million Fotos auf ihren Rechnern gesammelt haben (vgl. Carr, 2004). Schätzungen zufolge werden täglich etwa 200 neue Missbrauchsabbildungen von Kindern online gestellt (Maalla, 2009). Aber auch hier sind nicht alle Nutzer oder Produzenten der Missbrauchsabbil-

dungen justizbekannt. Im Jahr 2013 wurden beispielsweise insgesamt 4 144 angezeigte Fälle des „Besitzes und der Verschaffung von Kinderpornografie“ nach §184b StGB in der polizeilichen Kriminalstatistik Deutschlands verzeichnet (Bundeskriminalamt, 2014), während im selben Jahr auf 13 182 Internetseiten Missbrauchsabbildungen gefunden wurden (IWF, 2013). Obwohl sich die polizeiliche Kriminalstatistik nur auf Deutschland bezieht, ist auch hier – analog zum sexuellen Kindesmissbrauch – von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.

Über die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen besteht in Anbetracht der Tatsache, dass sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und Jugend mit einer Vielzahl unmittelbarer sowie langfristiger Probleme psychischer, sozialer, physischer und/oder behavioraler Art assoziiert werden können, keinerlei Zweifel (vgl. u.a. Görgen et al., 2010; Maniglio, 2009). Die Entwicklung präventiver Angebote setzt allerdings die Kenntnis zugrundeliegender Faktoren voraus, welche mit dem Begehen eines sexuellen Kindesmissbrauchs und/oder der regelmäßigen Nutzung von Missbrauchsabbildungen assoziiert werden können. Als bedeutsamer Risikofaktor wurde empirisch wiederholt das Vorliegen einer Pädophilie im Sinne einer sexuellen Ansprechbarkeit durch den prä- und/oder peripubertären Körper identifiziert (vgl. Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Seto et al., 2006).

Pädophilie und sexueller Missbrauch von Kindern

Das international gültige Klassifikationssystem ICD-10 der *World Health Organization* beschreibt unter dem Diagnoseschlüssel F65.4 die Pädophilie als sexuelle Präferenz für das prä- oder frühpubertäre Kind (Dilling et al., 2011). Das von der *American Psychiatric Association* (APA) 2013 herausgegebene Diagnostische und Statistische Manual DSM-5[®] grenzt das sexuell präferierte Körperschema bei einer pädophilen Störung auf „[...] intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, [...] mit einem präpubertären Kind oder Kindern [...]“ ein (APA, 2015, 959). Davon abgrenzbar ist aus sexualmedizinischer Sicht die *Hebephilie* im Sinne einer sexuellen Ansprechbarkeit auf das frühpubertäre Körperschema von Kindern, also solchen, die gerade in die Pubertät kommen. Eine hebephile Präferenzbesonderheit ist weder im DSM-5 noch in der ICD-10 eigenständig erfassbar, was ihre diagnostische Zuordenbarkeit für Kliniker erschwert, weshalb verschiedene diesbezüglich Änderungsvorschläge eingebracht wurden (vgl. Beier et al., 2013; Blanchard et al., 2009).

Die genaue Prävalenz der pädophilen Störung ist in der Allgemeinbevölkerung unbekannt. Schätzungen zufolge erfüllen 1–5% der männlichen Allgemeinbevölkerung die diagnostischen Kriterien einer pädophilen Störung (vgl. Seto, 2008). Das Auftreten bei Frauen stellt nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand eine Seltenheit dar (vgl. Beier et al., 2005).

Entgegen medialer und gesellschaftlicher Tendenzen ist *nicht jeder sexuelle Kindesmissbrauch durch eine pädophile Präferenzstruktur motiviert*. Die Differenzierung zwischen der *sexuellen Neigung (Pädophilie)* und dem *sexuellen Verhalten (sexueller Kindesmissbrauch)* ist entscheidend, denn nicht alle Männer mit einer pädophilen Sexualpräferenz missbrauchen Kinder sexuell und/oder nutzen Missbrauchsabbildungen. Einige sind sehr wohl dazu in der Lage, ihre sexuellen Wünsche und Impulse auf die Fantasieebene zu beschränken (Fagan et al., 2002). Des Weiteren zeigt sich, dass in etwa nur 50% der Männer im Hellfeld, die ein Kind sexuell missbrauchten, eine pädophile Präferenz aufwiesen (vgl. Seto, 2008).

Es ist daher vielmehr zwischen *Ersatz-* und *Präferenztättern* zu differenzieren (vgl. Beier et al., 2005). Bei Präferenztättern resultiert das Ausleben der sexuellen Fantasien aus der „[...] sexuellen Ansprechbarkeit für den vor- oder peripubertären Körper [...]“ (Beier, Konrad et al., 2010, 366); es handelt sich um eine paraphil motivierte Tat (vgl. Beier et al., 2005). Bei Ersatztättern kann das Begehen eines sexuellen Kindesmissbrauchs daraus resultieren, dass eine ursprünglich erwünschte Beziehung zu einem altersentsprechenden Partner mit einem erwachsenen Körperschema nicht adäquat umgesetzt werden konnte, beispielsweise aufgrund einer Persönlichkeitsstörung (vgl. Beier et al., 2005). Beier (1998) konnte darüber hinaus zeigen, dass Präferenztäter Rückfallquoten von 50–80% aufwiesen, während Täter ohne diagnostizierbare Präferenzbesonderheiten in nur 10–30% der Fälle erneut sexuell übergriffen wurden.

Möglichkeiten der verursacherbezogenen Prävention sexueller Traumatisierung von Kindern

Die Differenzierung von Präferenz- und Nicht-Präferenztättern ist für prognostische und therapeutische Fragestellungen von maßgeblicher Relevanz. Aber diese Differenzierung spielt auch eine Rolle für Fragen der verursacherbezogenen primären Prävention sexuellen Missbrauchs von Kindern und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen.

Hervorzuheben ist in dem Zusammenhang, dass sich die sexuelle Bedürfnisstruktur eines Menschen in ihren

individuellen Kennzeichen (von normkonform bis paraphil) im Jugendalter erstmalig manifestiert und nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand dann für das weitere Leben nicht mehr kategorial verändert werden kann. Das heißt, dass beispielsweise eine Orientierung auf das männliche Geschlecht nicht in eine Orientierung auf das weibliche Geschlecht umgewandelt werden oder eine fetischistische Neigung nicht gelöscht werden kann usw. (vgl. hierzu z.B. Seto, 2012; Spitzer, 2012). Dies ist auch für die Pädophilie anzunehmen – und bislang gibt es keine überzeugenden Hinweise dafür, vom Gegenteil ausgehen zu können. In einer kürzlich vorgelegten Studie zur Stabilität der sexuellen Präferenz von pädophilen Männern (Müller et al., 2014) mittels phallometrischer Messungen im Verlauf bei $N = 43$ Studienteilnehmern kamen die Autoren zu dem Schluss, dass es zu Veränderungen über die Zeit gekommen sei (durchschnittlich 50 Monate zwischen 2 Messungen). Diese Studie wurde aber auf Grund methodischer Schwächen (z.B. Nichterfassung der Messfehlervarianz, Einteilung der Vergleichsgruppen anhand der Ausprägung auf der abhängigen Variable, signifikant unterschiedlicher Ausgangsniveaus in der pädophilen Erregung der beiden Gruppen, eines hohen Anteils an Hellfeldtättern) von verschiedenen Autoren erheblich kritisiert. Dabei wurde unter anderem betont, dass die gefundenen Effekte lediglich Messfehler des als sehr schwach bewerteten Studiendesigns darstellten (vgl. Bailey, 2014; Cantor, 2014; Lalumière, 2015). In einer Analyse der Selbstauskünfte von Teilnehmern des Berliner *Präventionsprojekts Dunkelfeld* zu verschiedenen Befragungszeitpunkten (3 Messzeitpunkte mit durchschnittlich 1 bis 2 Jahren Abstand) ließen sich keine signifikanten Änderungen der sexuellen Präferenzen feststellen (Grundmann et al., 2015). Unstrittig aber ist, dass sich niemand seine sexuelle Präferenz aussucht und diese folglich nicht das Ergebnis einer bewussten Entscheidung ist.

Als eine erste Vorbedingung für eine wirksame Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch gilt es zu akzeptieren, dass die menschliche Sexualität durch ein großes Spektrum von Erscheinungsformen gekennzeichnet ist, welche – in unveränderbarer Weise – vom Durchschnitt abweichende sexuelle Ausrichtungen aufweisen kann. Als zweite Vorbedingung ist die Einstellung zu fordern, sexuellen Minoritäten nicht die Aufnahme in die menschliche Gemeinschaft zu verweigern, weil sie eine besondere sexuelle Neigung haben, die eben als solche keiner moralischen Bewertung unterliegen darf.

Die Wirklichkeit sieht allerdings ganz anders aus: Ein Betroffener, bei dem eine pädophile Präferenzbesonderheit besteht, kennt die damit verknüpften Fantasien und Impulse seit dem Jugendalter. Dies ist mit starken inneren Konflikten verbunden, weil damit zugleich die Empfindung verbunden ist „anders zu sein, als die anderen“ und

damit sozial ausgegrenzt werden zu können. Diese Ängste bestehen bereits sehr stark bei Menschen mit einer gleichgeschlechtlichen Orientierung. Sie bestehen noch stärker bei pädophilen Betroffenen, da die Verwirklichung einer intimen Beziehung mit dem begehrten Partner (Kind) bei einem verantwortlichen Umgang mit der Neigung nicht nur nie möglich sein wird, sondern den Betroffenen klar ist, dass sie sozial ausgegrenzt werden würden, wenn andere Menschen allein über ihre Neigung Bescheid wüssten, auch wenn sie nie eine strafbare Handlung begehen würden. In einer Fußgängerbefragung von Jahnke, Imhoff und Hoyer (2015) wünschten sich 40% einen verhaltensabstinenten Pädophilen ins Gefängnis und 10% vertraten die Auffassung, dass dieser besser tot sein sollte. Befragte Pädophile schätzten den Anteil der Bevölkerung, der diese Antworten geben würde, doppelt so hoch ein (Jahnke, Imhoff & Hoyer, 2015).

Unabhängig von seiner sexuellen Präferenz trägt jeder Mensch die Verantwortung für sein – sexuelles – Verhalten. Dies bekommt dann eine besondere Bedeutung, wenn – möglicherweise ausschließlich – durch die Realisierung der Sexualpräferenz andere Personen zu Schaden kommen können, wie dies bei der Pädophilie der Fall wäre. Demzufolge tragen Betroffene mit einer sexuellen Präferenz für das prä- oder peripubertäre Kind die lebenslange Verantwortung, auf die Umsetzung ihrer sexuellen Impulse und Fantasien zu verzichten. Auch wenn jegliche moralische Bewertung einer sexuellen Präferenzausrichtung entfällt, müssen Individuen, die eine potenziell fremdgefährdende sexuelle Präferenz (wie die Pädophilie) auf der Verhaltensebene ausleben, zur Verantwortung gezogen werden.

Während also das hauptsächliche Therapieziel bei pädophilen Männern lautet, ein Leben lang auf einen sexuellen Kontakt zu einem Kind verzichten zu müssen, ist bei nicht-paraphil motivierten Tätern die grundlegende Intention, die eigentlich gewünschten Sexualkontakte mit erwachsenen Individuen realisieren zu können. Von prognostischer Bedeutung ist diese Unterscheidung aufgrund der in den bereits zitierten Studien ermittelten erhöhten Rückfallwahrscheinlichkeit bei Präferenztätern (vgl. Beier, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Seto et al., 2006).

Mit dem Hinblick auf präventive Behandlungsangebote, die sich an potentielle Missbrauchstäter wenden, scheint es damit offensichtlich, dass der Fokus auf pädophile Individuen als effektivste Präventivstrategie anzusehen ist (vgl. Beier et al., 2006).

Pädophilie – Therapeutische Versorgungssituation in Deutschland

Der dargestellte Behandlungsbedarf für Betroffene mit einer pädophilen Sexualpräferenz mit dem Ziel der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und/oder der Nutzung von Missbrauchsabbildungen steht in einem nicht unerheblichen Kontrast zur realen Versorgungssituation in Deutschland, u.a. auch aufgrund einer fehlenden Behandlungsbereitschaft professioneller Helfer.

Jahnke, Philipp und Hoyer (2015) befragten Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) zu Menschen mit pädophilen Neigungen als potentielle Patienten. Fast 20% der PiAs glaubten, dass ein dominierendes sexuelles Interesse an Kindern zwangsläufig zu einem sexuellen Kindesmissbrauchs führe und knapp 10% waren sich unsicher, ob sie jemanden mit einer pädophilen Präferenz, der noch nie sexuell übergriffig gewesen ist, einen Therapieplatz anbieten würden. Einem bereits übergriffig gewesenen pädophilen Individuum würden nur 38% der Befragten einen Therapieplatz offerieren (Jahnke, Philipp & Hoyer, 2015). Stiels-Glenn (2010) berichtet nach einer Umfrage an psychologischen bzw. ärztlichen Vertragspsychotherapeuten aus dem Jahr 2008, dass 94% der 86 Befragten nicht bereit seien, mit Patienten mit einer diagnostizierten Pädophilie zu arbeiten. In Hessen waren von 232 befragten Psychotherapiepraxen nur 6 bereit, Therapieplätze für Menschen mit einer diagnostizierten Pädophilie anzubieten (Uwis & Althaus, 2008); in Stuttgart fanden sich nur drei behandlungsbereite Psychotherapeuten (Brand, 2006). Die dargestellten Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass es an therapeutischen Plätzen für Menschen mit einer pädophilen Präferenz mangelt.

Das Präventionsprojekt Dunkelfeld

Im Jahre 2004 wurde am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) in Berlin ins Leben gerufen. Hintergrund war zum einen das Wissen über die Manifestationsformen und den Verlauf der pädophilen Sexualpräferenz (große Stabilität der Ausrichtung, hohe Rückfälligkeit; vgl. Beier, 1998). Zudem zeigten die klinischen Erfahrungen am Institut seit dessen Gründung im Jahr 1996, dass dort immer wieder eigenmotivierte Patienten vorstellig wurden, weil sie unter sexuellen Fantasien be-

zogen auf Kinder litten und befürchteten, erstmalig oder erneut sexuelle Übergriffe auf Kinder zu begehen (vgl. Beier et al., 2009). Auch der eben beschriebene Mangel an fachgerechten therapeutischen Angeboten, der mutmaßlich auch darauf beruht, dass die Diagnostik und Behandlung sexueller Präferenzbesonderheiten nicht Gegenstand der Facharzt- oder Psychotherapeutenausbildung ist, trug zu der Projektidee bei.

Das PPD richtet sich an potenzielle und reale Dunkelfeldtäter mit einer pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz. Ziel ist es, durch therapeutische Interventionen das Risiko eines erstmaligen oder fortgesetzten sexuellen Missbrauchs von Kindern und/oder der erstmaligen oder fortgesetzten Nutzung von Missbrauchsabildungen zu verringern (Beier et al., 2009). Der 2011 gegründete Netzwerkverbund *Kein-Täter-Werden* beinhaltet neben Berlin neun weitere PPD-Standorte (Stand: 31.03.2015), die sich mit der Zugehörigkeit zum Netzwerk einem gemeinsamen diagnostischen und therapeutischen Standard verpflichtet haben. Ab Mai 2015 kommt mit Mainz der elfte Standort hinzu. Grundlegend für die therapeutische Arbeit ist eine wertfreie Haltung, da eine mögliche soziale Ausgrenzung eine der größten Ängste der Betroffenen darstellt.

Eine Voraussetzung zur Teilnahme am PPD ist ein Mindestalter von 18 Jahren. Nunmehr zeigten sich allerdings in zehn Jahren klinischer Erfahrung am Berliner Standort, dass sich die Mehrheit der im Rahmen des PPDs vorstellig gewordenen pädophilen Erwachsenen bereits im Jugendalter ihrer sexuellen Präferenz bewusst waren und sich frühzeitig therapeutische Unterstützung gewünscht hätten. Ein hoher Anteil gab darüber hinaus an, bereits im Jugendalter sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen zu haben.

Der letzte Aspekt bestätigt sich u.a. in der polizeilichen Kriminalstatistik: Kinder (in Deutschland als Individuen unter 14 Jahren definiert) und Jugendliche (Personen zwischen 14 und 18 Jahren) stellten 2013 knapp ein Viertel der Tatverdächtigen beim sexuellem Kindesmissbrauch nach §176 StGB dar: von 9.232 ermittelten Tatverdächtigen waren 7.6% unter 14 Jahren und 18.2% zwischen 14 und 18 Jahre alt (Bundeskriminalamt, 2014; Jugendschutzgesetz, 2002). Beim Strafbestand des Besitzes und der Verbreitung kinderpornografischer Materialien (§184b, StGB) bildeten Kinder und Jugendliche im Jahr 2013 knapp 7% der Tatverdächtigen: von 3.958 ermittelten Tatverdächtigen waren 1.5% unter 14 Jahren und 5.3% zwischen 14 und 18 Jahre alt (Bundeskriminalamt, 2014). Auch hier ist davon auszugehen, dass ein Großteil der sexuellen Übergriffe durch Jugendliche im Dunkelfeld stattfindet. Nicht zuletzt, weil eine Realisierung von auf Kinder gerichteten sexuellen Bedürfnissen für Jugendliche aufgrund der geringeren Altersdifferenz

zum Opfer leichter umzusetzen ist und die Mitteilung der kindlichen Opfer an Dritte über die erlebte Traumatisierung häufig unterbleibt. Erst mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Opfer über ihre Erlebnisse berichten (vgl. McElvaney, 2013).

Weitere Übereinstimmung zu dem im PPD gewonnenen klinischen Eindruck findet sich auch in der einschlägigen empirischen Fachliteratur. In diversen Studien gaben zwischen 30% und 50% der Täter, die Kinder sexuell missbrauchten, an, dass ihnen ihr sexuelles Interesse an Kindern bereits seit der Pubertät bewusst gewesen sei (vgl. Abel et al., 1987; Elliott et al., 1995; Marshall et al., 1991). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass zwischen 40% und 60% der erwachsenen Sexualstraftäter bereits in ihrer Kindheit und Jugend Auffälligkeiten in ihrer sexuellen Entwicklung und/oder sexuell grenzverletzendes Verhalten gezeigt hatten (vgl. Abel et al., 1993; Longo & Groth, 1983). Beispielsweise gaben von $N = 129$ befragten erwachsenen Sexualstraftätern 29% an, dass sie schon vor dem 20. Lebensjahr sexuell deviante Fantasien hatten (Marshall et al., 1991). In einer anderen Studie gaben von $N = 91$ Männern mit pädophiler Präferenz 34% an, jünger als 16 Jahre alt gewesen zu sein, als sie sich zum ersten Mal sexuell zu Kindern hingezogen gefühlt hätten. Ebenso viele Männer derselben Stichprobe begangen ihren ersten sexuellen Übergriff im Jugendalter (Elliott et al., 1995). In der bereits zitierten Studie von Abel und Kollegen (1987) an 561 Befragten war der jüngste Täter 13 Jahre alt. Diese exemplarisch herangezogenen Studien zeigen deutlich die bereits im Jugendalter gegebene Behandlungsnotwendigkeit.

Das Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) – Die Pilotphase

Die dargestellten klinischen Erfahrungen und ihre empirische Evidenz führten dazu, dass von Juli bis Dezember 2013 am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin die Pilotstudie des PPJ realisiert wurde. Diese Pilotstudie wurde finanziert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

In die Pilotphase eingeschlossen wurden $N = 16$ männliche Jugendliche. Von diesen waren zum Zeitpunkt des Erstgesprächs $n = 11$ jünger als 18 Jahre. Tabelle 1 gibt Auskunft dazu, über wen die Jugendlichen am Institut vorstellig wurden und welches sexuell grenzverletzende Verhalten zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bereits gezeigt wurde.

Tabelle 1: Angabe der Kontaktaufnahme und deliktrelevanten Charakteristik der Jugendlichen aus der Pilotphase des PPJs (N = 16).

	<i>n</i>	%
Vorstellung beim PPJ erfolgte über:		
(Leibliche/Stief-) Eltern	5	31
Betreuer/Einrichtungen der Jugendhilfe	4	25
Gerichte	3	19
Jugendämter	2	13
Psychotherapeuten	1	6
Aus Eigenmotivation heraus	1	6
Sexuell grenzverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte:		
Sexuelle Übergriffe auf Kinder	10	63
Nutzung von Missbrauchsabbildungen	5	31
Verhaltensauffälligkeiten ohne Fremdgefährdung	1	6

Wie aus Tabelle 1 zu erkennen ist, waren fast alle Jugendlichen gegenüber Kindern bereits sexuell übergriffig geworden oder hatten Missbrauchsabbildungen genutzt. Dabei ist zu betonen, dass 75% dieser Vorfälle im Dunkelfeld stattfanden.

Bei $n = 14$ Jugendlichen konnte eine sexuelle Präferenzbesonderheit festgestellt werden, bei $n = 13$ davon für das kindliche Körperschema. Bei einigen Jugendlichen wurden Hinweise auf eine polyparaphile Präferenz ermittelt mit komorbiden Paraphilien aus dem sadistisch-masochistischen und fetischistischen Formenkreis. Darüber hinaus zeigten $n = 7$ Jugendliche komorbide psychiatrische Störungen. Von diesen sieben Jugendlichen wurden $n = 3$ Jugendliche mit einer vordiagnostizierten hyperkinetischen Störung vorstellig. Weitere Komorbiditäten umfassten verschiedene Spektren der psychischen Störungen: Zwangsstörung, geistige Behinderung, Lernbehinderung, Entwicklungsstörungen, Störungen sozialer Funktionen und Autismus. Entsprechend ergaben sich therapeutisch unterschiedliche Notwendigkeiten. Ein Jugendlicher wurde in Einzeltherapie aufgenommen und fünf Jugendliche erhielten eine sexualmedizinische Behandlung bei paralleler Psychotherapie. Bei sechs Jugendlichen wurde die extern stattfindende psychotherapeutische Behandlung durch eine sexualmedizinische Diagnostik und Beratung unterstützt. Bei zwei Jugendlichen war eine Medikation mit einem Opioid-Antagonisten (Naltrexon) bzw. einem GnRH-Agonisten (Triptorelin) indiziert¹; letzterer hatte bei Beginn der medikamentösen Begleittherapie das 18. Lebensjahr vollendet. Vier Jugendliche konnten trotz eines unterbreiteten Therapie- und Behandlungsangebotes nicht am Projekt angebunden werden.

Die hohe Anzahl komorbider psychiatrischer Störungen in der dargestellten Stichprobe der Pilotphase

spiegelte zugehörige empirische Ergebnisse wieder (vgl. u.a. van Wijk et al., 2007). Das Vorliegen jugendpsychiatrischer Komorbiditäten muss in der Behandlung besonders berücksichtigt werden und entsprechenden Leitlinien folgen. Dies hat bereits bei Initiierung der Pilotstudie zu der Entscheidung geführt, das Projekt in Kooperation mit der *Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik* des Vivantes Klinikums im Friedrichshain durchzuführen. Eine sorgfältige kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik ist insbesondere erforderlich, um den Entwicklungsaspekten der jugendlichen Projektinteressenten ausreichend Rechnung zu tragen. Dazu gehört auch eine adäquate Einbindung der Angehörigen bzw. der im Einzelfall involvierten Einrichtungen. Letztlich bietet die Kooperation auch die Möglichkeit bei entsprechender Indikation eine stationäre Unterbringung zu gewährleisten. Das Projekt vereint damit sowohl sexualmedizinische als auch kinder- und jugendpsychiatrische Expertise.

Zusammenfassend konnten aus der Pilotphase folgende Erkenntnisse gewonnen werden: die Zielgruppe der 12- bis 18-jährigen Jugendlichen mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema ist existent. Bereits im Jugendalter kann die sexuelle Präferenz über die Exploration der Begleitfantasien bei der Masturbation ermittelt werden. Die große Mehrheit der vorstellig gewordenen Jugendlichen zeigte bereits sexuell grenzverletzendes Verhalten und das zudem hauptsächlich im Dunkelfeld. Allerdings erfolgte die Vorstellung beim Projekt bisher vorrangig über erwachsene Erziehungs- und Sorgeberechtigte.

Weiterentwicklung des PPJ und Beginn der Hauptphase

Primäres Ziel des PPJ ist es, Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema in ihrer Verhaltenskontrolle zu schulen und zu stärken, um damit sexuell grenzverletzendes Verhalten zu verhindern. Etabliert werden soll ein zielgerichtetes präventives diagnostisches und therapeutisches Versorgungsangebot: Einerseits, um abzuklären, ob sich eine sexuelle Präferenz ausrichtung für das kindliche Körperschema abzeichnet und andererseits, um betroffenen Jugendlichen möglichst früh in ihrer Entwicklung Unterstützung bei der Bewältigung und Kontrolle ihrer auf Kinder bezogenen sexuellen Impulse anzubieten. Durch das Vorliegen einer sexuellen Präferenz für das vorpubertäre Körperschema als Risikofaktor für eine sexuelle Viktimisierung von Kindern (vgl. Beier, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Seto et al., 2006) und durch die klinische Erfahrung im PPD ist eine logische Konsequenz frühestmöglich präventive Hilfe anzubieten.

Entwicklung einer Medienkampagne

In der Pilotphase fiel auf, dass betroffene Jugendliche nur im Einzelfall eigenmotiviert vorstellig wurden. Es ist aber zu erwarten, dass eine höhere Eigenmotivation mit einem ausgeprägten Problembewusstsein und einer daher höheren Behandlungsbereitschaft einhergeht. Deshalb war es wichtig, eine auf die Zielgruppe zugeschnittene Medienkampagne zu entwerfen. Ziel dieser Medienkampagne ist, betroffene Jugendliche – möglichst bereits vor einem sexuellen Übergriff – anzusprechen und eine freiwillige Vorstellung beim PPJ zu initiieren, um den Nachweis der primärpräventiven Erreichbarkeit potenzieller jugendlicher Täter zu erbringen.

Bei der Entwicklung der Kampagne wurde das PPJ durch die Medienagentur *Scholz & Friends* unterstützt, die bereits die vielfach prämierte Werbekampagne für das PPD erarbeitete. Den wesentlichen Kernpunkt der Kampagne stellen die Fantasien der Jugendlichen dar, über die sie für eine Projektteilnahme erreicht werden sollen, da sexuell grenzverletzendes Verhalten auch unabhängig von einer Präferenzbesonderheit auftreten kann. Um die Kampagne möglichst zielgruppengerecht zu formulieren, wurde u.a. auch ein Interview mit einem erwachsenen Betroffenen geführt, in dem fokussiert wurde, in welchem Alter er seine Präferenz bewusst wahrgenommen hat, wie er auf das PPD aufmerksam wurde und unter welchen Voraussetzungen er sich als Jugendlicher professionelle Hilfe gesucht hätte.

Resultate einer anschließenden kreativen Vorbereitungszeit seitens der Agentur waren verschiedene Plakentwürfe, aus denen das Projektteam zwei Motive auswählte, die wiederum zwei Gruppen von Jugendlichen in einem sog. „Pre-Test“ zur Evaluation vorgelegt wurden. Die erste Gruppe bildeten fünf Jugendliche aus der Pilotphase des PPJ, bei denen eine Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema anzunehmen war. Die zweite Gruppe bestand aus fünf Jugendlichen des gleichen Altersspektrums (15–16 Jahre) aus einem Fußballverein. Ziel dieser „Pre-Tests“ war es, die Spontanreaktionen der beiden Gruppen auf die Motive zu evaluieren und das Verständnis der Kernbotschaft zu überprüfen.

Dazu führte eine Mitarbeiterin der Medienagentur in Anwesenheit eines/r Projektmitarbeiters/in eine standardisierte Befragung der Jugendlichen durch. Mehrheitlich wurde von den Jugendlichen ein ikonografisches Design bevorzugt, das in Anlehnung an sog. „Emojis“ gestaltet wurde und einer aktuell weit verbreiteten Darstellungsart in den neuen Medien entspricht. Trotz der Verschiedenheit der beiden Gruppen konnte diese Motivart als zielführend identifiziert werden. Insbesondere die betroffenen Jugendlichen äußerten sich einstimmig, dass sie sich angesprochen fühlten und die Motive ihre Situation widerspiegeln. Diese Form der Werbung würde ihnen im Gedächtnis bleiben. Entscheidend war die Rückmeldung, dass die betroffenen Jugendlichen sich motiviert gefühlt hätten, selbstständig beim Projekt vorstellig zu werden. Beide Gruppen berichteten, dass sie einem betroffenen Freund von den Motiven berichten würden. Entsprechend diesen Rückmeldungen fiel die Entscheidung für die Auswahl des Motivpaares „Dinosaurier/Teddybär“ (siehe Abb. 1), so dass ein Motiv für gegengeschlechtlich und ein Motiv für gleichgeschlechtlich orientierte Jugendliche konzipiert wurden.

Das PPJ setzt darauf, die betroffene jugendliche Zielgruppe in ihrer alltäglichen Erlebniswelt anzusprechen: dem Internet. Über eine multimedial sowie audiovisuell gestaltete Internetseite (www.du-traeumst-von-ihnen.de) soll der Zugang zur Zielgruppe aufgebaut und Vertrauen geschaffen werden. Auch erwachsene Bezugspersonen können über eine Art Elternbutton erste Informationen und Kontaktmöglichkeiten erhalten. Aufgrund bereits gestellter Anfragen aus dem Ausland (von Projektinteressenten wie auch Fachpersonal) können Informationen auch über eine englisch-sprachige Website eingeholt werden (www.just-dreaming-of-them.org).

Vor dem Hintergrund, dass Jugendliche ein von der Erwachsenenwelt zum Teil erheblich abweichendes Mediennutzungsverhalten und Medienrezeptionsverhalten auszeichnet, ist davon auszugehen, dass diese sich eher von bewegten Bildern als von klassischen Plakaten ansprechen lassen. Daher wurde zusätzlich ein Projektspot



Abb. 1: Das Motivpaar „Dinosaurier/Teddybär“ der Medienkampagne des PPJ

entwickelt. Um eine entsprechende Kohärenz zu gewährleisten, wurde auch der Spot ikonografisch gehalten und in Anlehnung an die Plakatt motive gestaltet (s. Abb. 2). Die Idee eines Werbespots beruht auch auf Erfahrungen im Projekt *Kein-Täter-werden* (PPD), welches mit zwei Spots in der Öffentlichkeit vertreten ist und dafür durchgängig positive Rückmeldung erfährt. Im Übrigen ließ sich im PPD feststellen, dass Klienten zunehmend über die Projekts pots aufmerksam und daraufhin am Institut vorstellig werden. Diese Wirkung soll auch für das PPJ erreicht werden, insbesondere durch eine Verbreitung des Spots im Internet.

Abb. 2: Screenshots des deutschen PPJ-Projekts pots. Zu den einzelnen Frames wird folgender Text gesprochen: „Gestern warst du noch ein Kind. Doch irgendwann hat Dein Körper angefangen, sich zu verändern. Und mit ihm Deine Gefühle. Erwachsenwerden ist für niemanden leicht. Für Dich ist es vielleicht besonders schwer. Deine Freunde verlieben sich in Stars oder das Mädchen aus der Parallelklasse. Doch Du stehst auf Kinder. Du bist der einzige, der weiß, wie es in Dir aussieht. Aber das heißt nicht, dass niemand Dir helfen kann. Bei uns findest Du Hilfe. Kostenlos und unter Schweigepflicht.“

Beginn der Hauptstudie und Vorgehensweise im Projekt

Im Anschluss an die dargestellten Vorarbeiten zur Entwicklung einer wirksamen Werbekampagne wurde am 5. November 2014 im Rahmen einer Pressekonferenz das Präventionsprojekt für Jugendliche offiziell vorgestellt. Am gleichen Tag wurden die Projekt-Homepage und -Hotline freigeschaltet. Finanziell wird die Hauptstudie für insgesamt drei Jahre vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bis März 2017 gefördert. Zur fachlichen, juristischen und allgemeinen Unterstützung des PPJ wurde ein wissenschaftlicher Beirat² einberufen. Dieser Beirat dient der Evaluation der Projektarbeit, der Beratung der Projektmitarbeiter und Entscheidungsträger sowie der einzelfallbezogenen juristischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Beratung/Supervision. Zusätzlich erfüllt der wissenschaftliche Beirat eine Multiplikatorfunktion zwischen dem Projekt und Institutionen des Kinder- und Jugendschutzes, Opferverbänden sowie dem Jugendamt und institutionellen Einrichtungen.



Abb. 2: Screenshots des deutschen PPJ-Projektspots. Zu den einzelnen Frames wird folgender Text gesprochen: „Gestern warst du noch ein Kind. Doch irgendwann hat Dein Körper angefangen, sich zu verändern. Und mit ihm Deine Gefühle. Erwachsenwerden ist für niemanden leicht. Für Dich ist es vielleicht besonders schwer. Deine Freunde verlieben sich in Stars oder das Mädchen aus der Parallelklasse. Doch Du stehst auf Kinder. Du bist der einzige, der weiß, wie es in Dir aussieht. Aber das heißt nicht, dass niemand Dir helfen kann. Bei uns findest Du Hilfe. Kostenlos und unter Schweigepflicht.“

Freiwillig hilfesuchende Jugendliche und/oder ihre erziehungs- bzw. sorgeberechtigten Bezugspersonen können telefonisch sowie via E-Mail Kontakt zum PPJ aufnehmen. Bei einem erfolgten Erstkontakt wird eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) vergeben, um die Vertraulichkeit zu gewährleisten. Alle zu dem Jugendlichen erhobenen Daten werden unter dieser PIN geführt. Beim Erstkontakt werden je nach Auskunftsbereitschaft der Grund der Kontaktaufnahme, das Alter und Geschlecht des Projektinteressenten, bereits erfolgtes sexuell grenzverletzendes Verhalten (sexueller Kindesmissbrauch und/oder Nutzung von Missbrauchsabbildungen) sowie der aktuelle Justizstatus einschließlich möglicher vorliegender Anzeigen oder Strafverfahren bzw. Auflagen aufgrund einschlägiger Delikte exploriert. Im Anschluss erfolgt die Einladung zu einem Erstgespräch mit dem Jugendlichen und – je nach Möglichkeit – den Eltern bzw. Erziehungs-/Sorgeberechtigten.

Eingangsdagnostik

Bei diesem circa zweistündigen Erstgespräch werden nach einer kurzen einführenden Erläuterung der Projektkriterien und der Vorgehensweise mit beiden Parteien getrennte Gespräche durchgeführt, um das Anrecht auf Schweigepflicht des Projektinteressenten zu gewährleisten.

Die Erstdiagnostik im Projekt umfasst neben den anamnестischen Gesprächen eine ausführliche psychologische und sexualmedizinische Testbatterie, um die sexuelle Präferenz und das sexuelle Verhalten, eventuell vorhandene sexuelle Übergriffe bzw. die Nutzung von Missbrauchsabbildungen sowie mögliche psychiatrische Komorbiditäten zu erfassen. Der Schwerpunkt liegt auf der diagnostischen Erhebung dieser Informationen durch Angaben des Projektinteressenten. Zusätzlich werden auch fremdanamnестische Informationen über die Eltern bzw. Bezugspersonen

eingeholt. Nach diesem Erstgespräch bearbeitet der Explo- rateur den *CASCAP-D* (Döpfner et al., 1999), ein psycho- pathologisches Befundsystem zur Erfassung der wichtigs- ten Merkmale psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus wird zur Erfassung etwaig bestehender psychiatrischer Ko- morbidityäten der *Kinder-DIPS* (Unnewehr et al., 2009) ein- gesetzt. Bei begründetem Verdacht auf eine nicht-sexuelle psychische Störung erfolgt eine störungsspezifische Diag- nostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes Klinikums im Friedrichshain.

Ein im Rahmen des Projekts entwickelter Fragebogen für die Eltern oder Bezugspersonen erfasst fremdanam- nestisch u.a. soziodemografische Angaben, die somatische und psychiatrische Vorgeschichte des projektinteressier- ten Jugendlichen bzw. etwaige Auffälligkeiten in der Her- kunftsfamilie, (früh-)kindliche Verhaltensauffälligkeiten des Jugendlichen, die aktuelle familiäre Situation, das Me- diennutzungsverhalten und die sexuelle Anamnese des Jugendlichen. Ebenfalls eingesetzt wird die *Child Beha- vior Checklist/4-18 (CBCL/4-18; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a)*, um eine Einschätzung der Eltern oder Bezugspersonen hinsichtlich der aktuellen Kompetenzen und Probleme ihrer Kinder zu erhalten.

Die Testdiagnostik ist – abgesehen von den bisher ge- nannten Verfahren – mehrheitlich auf den Jugendlichen ausgerichtet. Um die kognitive Leistungsfähigkeit des Ju- gendlichen zu erfassen, wird in der Regel die *Wechsler In- telligence Scale (WISC-IV; Petermann & Petermann, 2011)* eingesetzt. Im Falle mangelhafter Kenntnisse der deutschen Sprache oder wenn der Jugendliche älter als 17 Jahre ist, wird zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit der revidier- te *Culture-Fair-Test (CFT 20-R; Weiß, 2006)* eingesetzt. Zur Erfassung der relativen Ausprägung von Persönlichkeits- stilen des Jugendlichen wird das *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009)* genutzt. Zur Selbsteinschätzung der aktuellen Probleme und Verhaltens- auffälligkeiten wird darüber hinaus der *Youth Self Report (YSR, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b)* eingesetzt. Dieser Fragebogen stellt das Pendant zur oben beschriebenen *CBCL* dar. Der Einsatz beider Verfah- ren ermöglicht den Vergleich der Selbst- und Fremdein- schätzung aktueller Probleme des Jugendlichen.

Weitere, für das Projekt eigens entwickelte Fragebö- gen dienen der selbstanamnestischen Erfassung der sozio- demografischen Angaben und des Mediennutzungsver- haltens des Jugendlichen. Sie beinhalten eine (zusätzlich zur Exploration erfolgende) schriftliche Sexualanamnese und erheben Informationen über das bisherige sexu- ell grenzverletzende Verhalten, einschließlich sexueller Übergriffe sowie der Nutzung von Missbrauchsabbildun- gen. Abschließend wird vom Jugendlichen das *Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP; Schmelzle & Egli-Alge, 2008)* bearbeitet, eine Zusammenstellung von Fragebögen

für die systematische und standardisierte Beurteilung se- xuell grenzverletzender Jugendlicher, die wichtige Aspekte sozialer Funktionen sowie deliktbezogener Einstellungen erfasst und einen prä-/post-Vergleich relevanter Risiko- faktoren für sexuell delinquentes Verhalten ermöglicht.

Therapeutische Vorgehensweise und Rahmenbedingungen

In das PPJ können Jugendliche aufgenommen werden, welche die dafür relevanten Kriterien erfüllen, die in Ta- belle 2 zusammenfassend dargestellt werden.

Eine besondere Rahmenbedingung des PPJ, auf die in diesem Zusammenhang kurz eingegangen werden soll, ist die in Deutschland vorherrschende Schweigepflicht für Ärzte und Psychologen (§203 Verletzung von Privat- geheimnissen, StGB). Diese schützt die Angaben der Pro- jektteilnehmer über begangene Missbrauchshandlungen, aufgrund der Voraussetzung, dass sie nicht unter einer gerichtlichen Auflage stehen dürfen (siehe Tabelle 2). Da- mit bietet die in Deutschland vorherrschende Rechtslage einen äußerst günstigen Ausgangspunkt zur erfolgreichen Durchführung präventiver therapeutischer Maßnahmen zur Verhinderung von (erneutem) sexuellem Kindes- missbrauch sowie der (wiederholten) Nutzung von Miss- brauchsabbildungen. Die in vielen Ländern – besonders des angloamerikanischen Sprachraums – geltenden Mel- depflichten („mandatory reporting“) für Therapeuten, wenn ihnen von Patienten begangene Missbrauchsdelikte bekannt werden, ist für primärpräventive Bemühungen sehr hinderlich. Und auch bei drohender Kindeswohlge- fährdung bietet die Nutzung einer Befugnisnorm – wie sie im deutschen Kinderschutzgesetz vorgehalten wird – die sinnvollere Vorgehensweise.

Sollte ein Jugendlicher seine Bereitschaft zur Teilnah- me am diagnostischen Prozess und/oder seine Einwilli- gung zu therapeutischen Maßnahmen davon abhängig machen, dass die Eltern nicht informiert werden, wird im Einzelfall abzuwägen sein, ob man die Hilfestellung dem Jugendlichen tatsächlich versagen sollte, insbeson- dere vor dem Hintergrund, dass es sich um einen sehr persönlichen Bereich handelt. Die Rechtsprechung (z.B. BGH 29, 33, 36ff) und die vorherrschende Meinung in der einschlägigen Fachliteratur verlangen die „konkrete Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ des Zustimmenden als Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung, die im Allgemeinen ungefähr ab dem 16. Lebensjahr an- genommen werden kann (vgl. Schroth, 2010). Im Zwei- felsfall schiene daher aus therapeutischer und ärztlicher Sicht geboten, Jugendliche ab einem Alter von 16 Jahren

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien des PPJ

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Alter: zwischen 12 und 18 Jahren	Alter: über 18 Jahre
Freiwillige Zustimmung zur Teilnahme seitens des Patienten und der Erziehungsberechtigten	Fehlendes Einverständnis zur Teilnahme seitens des Patienten oder der Erziehungsberechtigten
Sexuell auffälliges Verhalten und/oder Fantasien, die auf eine Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema (i.S. einer Pädophilie) schließen lassen	Jugendliche, bei denen <i>keine</i> Hinweise auf eine Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema vorliegen oder bei denen andere behandlungsbedürftige psychiatrische Auffälligkeiten im Vordergrund stehen
	Aktueller Hellfeldstatus: laufendes Ermittlungs- oder Strafverfahren wegen sexueller Übergriffe

auch ohne Einwilligung der Eltern zu unterstützen und sie in das Präventionsprojekt zu integrieren. Gleichwohl wäre auch in diesen Fällen aus therapeutischen Gründen eine Einbeziehung der Eltern anzustreben.

Kommt es zu einem Therapieangebot, erfolgt eine körperliche Untersuchung des Jugendlichen zur Feststellung des Entwicklungsalters gemäß der Tanner-Stadien. Die Therapiestruktur im Projekt stellt eine Adaption der *Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT)* dar, um den speziellen Bedürfnissen von Jugendlichen mit sexuellen Präferenzbesonderheiten unter Berücksichtigung möglicher jugendpsychiatrischer Komorbiditäten gerecht zu werden. Adressiert werden der betroffene Jugendliche selbst, als auch die im therapeutischen Prozess involvierten Bezugspersonen. Da sich die Jugendlichen oft noch in ihrem familiären System befinden bzw. einen engen Kontakt zu ihren Familien pflegen, muss neben der getrennten Arbeit mit dem Jugendlichen und dessen Familienangehörigen auch das Familiensystem als Ganzes in den Fokus gerückt werden. Neben der Vermittlung von Wissen über die Präferenzbesonderheit und über Sexualität im Allgemeinen soll nämlich ein Verständnis und die Akzeptanz für die Präferenzbesonderheit für alle am therapeutischen Prozess Beteiligten erarbeitet werden, so dass eine Verantwortungsübernahme resultiert.

Primäre Therapieziele für die Jugendlichen sind die Akzeptanz und Annahme der aktuell auftretenden sexuellen Bedürfnisse und Fantasien in sein Selbstbild sowie die Etablierung der Verhaltenskontrolle zur Verhinderung einer erstmaligen oder fortgeführten sexuellen Viktimisierung von Kindern. Eine Heilung, im Sinne einer Löschung der auf Kinder bezogenen sexuellen Impulse, wird nicht in Aussicht gestellt, da dies nach bisherigem Wissensstand nicht möglich ist (vgl. Beier et al., 2005; Seto, 2009). Die projektbegleitende Forschung wird zeigen, inwiefern sich diese Annahme der Unveränderlichkeit der sexuellen Prä-

ferenzstruktur im Jugendalter empirisch bestätigen lässt. Vielmehr soll erlernt werden, individuelle Risikofaktoren zu erkennen und erfolgreich zu bewältigen, sodass es zu keinem fremdschädigenden Verhalten kommt. Für die Arbeit mit den Bezugspersonen steht im Vordergrund, die familiäre Funktionsfähigkeit zu erhöhen und familiäre kognitive Verzerrungen zu modifizieren, um dem Jugendlichen unterstützend zur Seite stehen zu können und eine soziale Isolation zu vermeiden.

Die therapeutische Struktur ist modular aufgebaut und besteht aus konstitutiven sowie fakultativen Therapieinhalten. Während mit allen jugendlichen Patienten die konstitutiven Therapiemodule durchlaufen werden, werden bei individuellem Bedarf ergänzend fakultative Therapiemodule bearbeitet (s. Abb. 3 und 4). Maßgeblich für den Erfolg der Therapie ist der Aufbau und Erhalt einer vertrauensvollen und tragfähigen Patienten-Therapeut-Beziehung.

Fallbeispiel: Patient A. A.

Der 14 Jahre und drei Monate alte Gymnasiast A. A. stellte sich im PPJ in Begleitung seiner Eltern vor. Die aus einem anderen Bundesland angereiste Familie sei zuvor bei einer wohnortnahen niedergelassenen Psychotherapeutin gewesen. Da sich die Therapeutin mit dem Thema überfordert gefühlt habe, sei die Familie an einen Standort des PPD verwiesen worden und dieser habe die Familie nach Berlin zum PPJ weitergeleitet.

Vorstellig wurde die Familie, weil eines Morgens die Polizei die Wohnung der Familie durchsucht und alle PCs und internetfähigen Mobiltelefone konfisziert habe. Da primär der Kindsvater und der vorstellige Jugendliche unter Tatverdacht gestanden hätten, habe Patient A. A. alles zugegeben. Da er zum Tatzeitpunkt das 14. Lebens-

Psychoedukation
• Sexualstruktur, sexuelle Präferenz, sexuelle Übergriffe
Ressourcenaktivierung
• Aufdecken & stärken von Selbstwirksamkeit/Selbstwerterleben
Deliktrelevante Fantasien
• Klassifikation, Wahrnehmungsschulung/Triggeranalyse, Kontrolle, etc.
Tatprävention/Rückfallprophylaxe
• Risikoentwicklungen frühzeitig erkennen, Verhaltenskonsequenzen antizipieren, wirksame Copingstrategien entwickeln, <i>safety plan</i>
Bezugspersonenstunden
• Verstehen & annehmen, Erziehungskompetenz erhöhen, Einbindung in den <i>safety plan</i>

Abb. 3: Konstitutive Therapiemodule des PPJ, die mit allen jugendlichen Patienten durchlaufen werden

Sexualerziehung
• Sexuelles Wissen, sexuelle Werte hinterfragen
Kognitive Umstrukturierung
• Kriminogene Verzerrungen, sexuelle Mythen
Deliktrekonstruktion
• Einsicht in die Deliktdynamik (Tatanalyse)
Soziale Fertigkeiten
• Beziehungsgestaltung (Grenzen/Bedürfnisse), Konfliktbewältigung, Opferempathie
Emotionale Fertigkeiten
• Impulskontrolle, Emotionswahrnehmung und -regulation
Komorbide psychiatrische Störungen
• Leitliniengerechte Behandlung
Pharmakologische Behandlung
• Adjuvant

Abb. 4: Fakultative Therapiemodule des PPJ, die im Bedarfsfall mit jugendlichen Patienten durchlaufen werden

jahr noch nicht vollendet hatte (§19 StGB), wurde von der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens nach §152 Abs. 2, StPO abgesehen, obwohl strafrechtlich relevante Abbildungen auf seinem Rechner gefunden wurden.

Während der Sexualanamnese erwähnte A. A., dass er Masturbationsfantasien mit hauptsächlich präpubertären Mädchen (Tanner-Stadium I) habe. Nach seiner Ejakularche und Masturbarche im Alter von 13 Jahren habe er begonnen zu FKK-Fotos von vorpubertären Mädchen und vorpubertären Jungen zu onanieren. Er wisse, dass es unzählige pornografische Video- und Bildmaterialien mit erwachsenen Frauen und Männern gäbe, aber diese würden ihn nicht interessieren. Er habe gezielt nach Bildmaterialien von nackten Mädchen und Jungen vor der

Pubertät gesucht, weil diese ihn erregen würden. Etwa ein halbes Jahr später sei die familiäre Wohnung von der Polizei gestürmt worden. Seine aktuelle Masturbationsfrequenz liege bei ein- bis zweimal am Tag und er denke dabei an die Aufnahmen der präpubertären Kinder, suche aber aktiv keine Fotos mehr im Internet, um nicht straffällig zu werden.

Die seit 2000 verheirateten Kindseltern seien von der Situation überrascht und betroffen. Nach eigenen Angaben seien aber sowohl Kindsmutter (44) als auch Kindsvater (47) bereit, dem Patienten alle mögliche Hilfe zukommen zu lassen und ihm beizustehen. A. A. ist das ältere von zwei Kindern (eine drei Jahre jüngere Schwester). In beiden Fällen handelte es sich um eine kompli-

Tabelle 3: Erstkontakt zum PPJ der Stichprobe zum Stichtag am 31.03.2015 (N = 28)

	n	%
Erstkontakt initiiert durch:		
Eigenmotivierte Jugendliche E-Mail	2	7.1
Eigenmotivierte Jugendliche Hotline	2	7.1
Leibliche/Stief-/Pflegeeltern	9	32.2
Betreuer/-innen	5	17.9
Psychologen/-innen	5	17.9
Lehrer/-innen	2	7.1
Jugendeinrichtungen/Jugendamt	3	10.7

kationslose Spontangeburt. Außer einer leichten Allergie lagen beim Patienten keine somatischen oder psychiatrischen Erkrankungen vor. Sein derzeitiges Entwicklungsstadium schätzt der Jugendliche als Tanner IV ein. Die Beziehung der Geschwister sei untereinander nicht so eng. Auch in seiner Schulklasse ziehe sich der Gymnasiast immer mehr zurück.

Als Therapiewunsch formulierte A. A. ein konkretes Ziel: Er wolle zu keinem Zeitpunkt in seinem Leben übergriffen werden und suche deshalb Hilfe.

Aktueller Projektstatus und erste Ergebnisse

Der im Folgenden dargestellte aktuelle Projektstatus bezieht sich auf den Stichtag am 31.03.2015. In den 18 Wochen der Hauptprojektphase seit November 2014 (ausschließlich der Weihnachtsferien) gab es 28 Projektanfragen mit einem wöchentlichen Durchschnitt von 2 neuen Projektinteressenten. Tabelle 3 gibt darüber Auskunft, von wem der Erstkontakt zum Projekt initiiert wurde.

Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, zeichnet sich bisher eine Anstiegstendenz in der freiwilligen Kontaktinitiative betroffener Jugendlicher ab: Während sich in der Pilotphase nur ein Jugendlicher eigenmotiviert beim Projekt gemeldet hat, sind zum aktuellen Zeitpunkt vier weitere Jugendliche dazugekommen. Diese berichten, über die Werbekampagne auf das Projekt aufmerksam geworden zu sein. Die Anfragen erreichten das Projekt aus dem gesamten Bundesgebiet (Abb. 5).

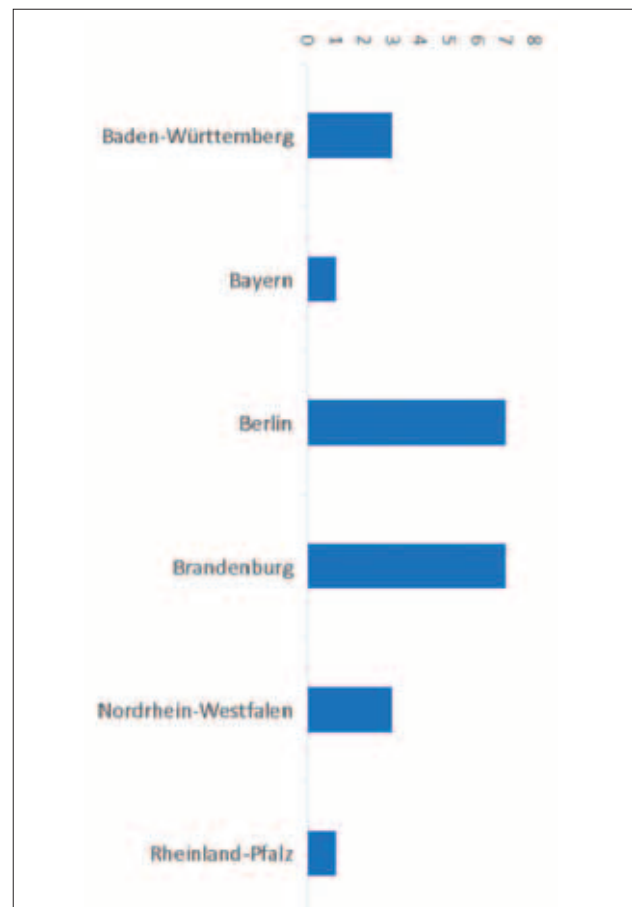


Abb. 5: Geographische Herkunft (freiwillige Angabe) der Projektinteressenten des PPJ in absoluten Zahlen (N = 22)

Tabelle 4: Sexuell grenzverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte der Jugendlichen (N = 23). Bei sieben Projektanfragen wurde diese Information nicht beim Erstkontakt übermittelt

	n	%
Sexuell grenzverletzendes Verhalten:		
Sexuelle Übergriffe auf Kinder	11	47.8
Nutzung von Missbrauchsabbildungen	2	8.7
Beide Deliktformen	5	21.7
Sonstiges sexualisiertes Verhalten	1	4.4
Kein sexuell grenzverletzendes Verhalten	4	17.4

Das Durchschnittsalter der ausschließlich männlichen Projektinteressenten lag bei $M = 15.2$ Jahren ($n = 27$). Es variierte zwischen 11 und 19 Jahren, mit einem Median von 16 Jahren. Von den 28 registrierten Projektanfragen erfolgte eine Einladung zu einem Erstgespräch an 20 Jugendliche und ihre jeweiligen Bezugspersonen. Von den verbleibenden acht Interessenten hatte einer kein Interesse beim Projekt vorstellig zu werden, während sich sieben erneut zurückmelden wollen. Diese Erfahrung ist bereits charakterisierend für den Erstkontakt zum Projekt: Viele Projektanfragen von Erziehungsberechtigten und/oder Betreuer/innen erfolgen zunächst vorbereitend, bevor mit dem Jugendlichen und den zugehörigen Bezugspersonen eine finale Entscheidung zur Vorstellung beim Projekt getroffen wird.

Es wird deutlich, dass die Mehrheit der Stichprobe bereits sexuell viktimisierendes Verhalten gegenüber Kindern gezeigt hat. Dabei gilt es zu beachten, dass 74% des dissexuellen Verhaltens im Dunkelfeld stattfand (vgl. Tabelle 4).

Wie berichtet erfolgte eine Einladung zu einem Erstgespräch an 20 Jugendliche, von den 18 auch tatsächlich wahrgenommen wurden. Zum Erstgespräch erschienen 9 Jugendliche mit ihren leiblichen bzw. Stief-/Pflegeeltern, 5 kamen in Begleitung von Bezugsbetreuern/innen, 2 mit ihren Psychologen/innen bzw. Psychotherapeuten/innen und 4 Jugendliche wurden allein vorstellig. Zu beachten ist, dass einige Jugendliche mit mehr als einer Bezugsperson vorstellig wurden.

Von $n = 18$ Jugendlichen befanden sich zum Stichtag $n = 12$ in der Erstdiagnostik und zusätzliche $n = 4$ hatten diese vollständig abgeschlossen. Bei zwei Jugendlichen stellte sich während des Erstgespräches heraus, dass sie nicht die Einschlusskriterien des Projektes erfüllten (ein Jugendlicher wies eine behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung auf, ein Jugendlicher befand sich auf-

grund einschlägiger Delikte im Hellfeld). Die Eingangsdiagnostik ist durch eine hohe Genauigkeit und Sorgfalt gekennzeichnet und erfordert oft mehrere Einzeltermine. Aufgrund der Einbindung der Jugendlichen in einen bestehenden schulischen oder Ausbildungskontext kann dies selten innerhalb weniger Tage abgeschlossen werden. Des Weiteren wurde bei einigen Jugendlichen aufgrund begründeter Hinweise in den Erstgesprächen zunächst die Abklärung komorbider psychiatrischer Erkrankungen beim Kooperationspartner initiiert.

Bei zwei von den vier Jugendlichen, welche die Eingangsdiagnostik vollständig abgeschlossen haben, ließen sich begründete Hinweise auf eine sexuelle Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema feststellen. Von beiden Jugendlichen wurde das Therapieangebot angenommen. Bei den anderen beiden ergaben sich zum aktuellen Zeitpunkt keine eindeutigen Hinweise auf eine sexuelle Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema. Bei einem der Jugendlichen lag die Verdachtsdiagnose einer Autismus-Spektrumsstörung vor, die aktuell beim Kooperationspartner, der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes, überprüft wird.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend wurde im Rahmen des Artikels die Entstehung des Projektes *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche (PPJ)* bis zum aktuellen Status Quo dargestellt. Beginnend mit einer Pilotphase von Juli bis Dezember 2013 startete im November 2014 das PPJ offiziell in die Hauptphase. Um betroffene Jugendliche für eine Vorstellung beim Projekt zu erreichen, wurden mit der Unterstützung der Medienagentur *Scholz & Friends* Plakatmotive sowie deren Visu-

alisierung in einem Projektpot entwickelt. Des Weiteren wurde in Zusammenarbeit mit einer Webagentur eine Internetseite gestaltet, die dem heutigen Nutzungsverhalten der jugendlichen Zielgruppe entspricht. Zum aktuellen Zeitpunkt erreichen zwei bis drei Anfragen pro Woche das Projektbüro. Insgesamt ist während der dreijährigen Projektlaufzeit die Möglichkeit zur Diagnostik für 250 bis 300 Jugendliche vorgesehen. Therapieplätze können für circa 80 bis 100 Jugendliche angeboten werden.

Ziel des Präventionsprojekts für Jugendliche ist die primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Jugendlichen mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema soll ein diagnostisches und therapeutisches Hilfsangebot unterbreitet werden. Das primäre Therapieziel ist das Erlangen der Verhaltenskontrolle. Es gilt das Ausleben sexuell devianter Fantasien zu verhindern. Aus der klinischen Arbeit sowie der wissenschaftlichen Forschung mit erwachsenen Männern mit einer pädophilen Neigung ist bekannt, dass diese bereits in ihrer Jugend sexuelle Fantasien wahrnahmen, die auf das kindliche Körperschema gerichtet waren. Damit geht ein wichtiges Erkenntnisinteresse des PPJ einher: Zu wenig ist bekannt über die Entwicklung der sexuellen Präferenzstruktur im Jugendalter, die im Rahmen des Projektes im Verlauf betrachtet werden kann. Aufschluss wird erwartet zu der Frage einer adäquaten Einordnung von auf das kindliche Körperschema gerichteten sexuellen Fantasien bei Jugendlichen – insbesondere hinsichtlich ihrer Bedeutung für die spätere sexuelle Ausrichtung der Betroffenen im Erwachsenenalter. Der therapeutische Prozess lässt sich als unvoreingenommen und wertneutral charakterisieren. Der Jugendliche wird nicht auf seine sexuellen Fantasien reduziert, aber der Fokus wird durchaus auf die Akzeptanz und Annahme der aktuell auftretenden sexuellen Bedürfnisse und Fantasien in das Selbstbild gelegt, um Verhaltenskontrolle zu erlernen, anzuwenden und um zukünftig Verantwortung für das eigene sexuelle Verhalten übernehmen zu können.

Endnoten

¹ Naltrexon, ein Opioid-Antagonist, ist ein adjuvant zur Dissexualitätstherapie in Betracht kommendes Medikament. Naltrexon hebt Opioid-Effekte auf und damit einhergehend kommt es zu einer Reduktion der Dopaminausschüttung (Gründer & Benkert, 2012). Dadurch kann eine Reduktion der sexuellen Fantasien, der sexuellen Erregbarkeit und eine Herabsetzung der Masturbationsfrequenz erreicht werden (vgl. Ryback, 2004). Zusätzlich gaben jugendliche Sexualstraftäter unter Einnahme von Naltrexon eine Steigerung des Selbstwertgefühls sowie ein erhöhtes Gefühl der Selbstkontrolle an (Ryback, 2004). Alternativ können GnRH-Analoga zum Einsatz kom-

men, wodurch die Konzentrationen des Luteinisierenden Hormons (LH), Follikelstimulierenden Hormons (FSH) und der Androgene nahezu vollständig unterdrückt werden (Gründer & Benkert, 2012). Patienten berichteten unter dieser Medikation eine Reduktion pädophiler Impulse und folglich eine geringere Masturbationshäufigkeit zu haben (Schober et al., 2009).

² Derzeit setzt sich der Wissenschaftliche Beirat des Projektes PPJ aus folgenden Mitgliedern zusammen: RA Christian Zainhofer, Sprecher des Beirates, Vizepräsident des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB); Prof. Dr. med. habil. Hartmut A.G. Bosinski, Sexualmediziner und Psychotherapeut, ehemaliger Leiter der Sektion für Sexualmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel (zugleich seit 2005 Beiratsmitglied im Präventionsprojekt Dunkelfeld), Monika Egli-Alge, lic. phil., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und Fachpsychologin für Rechtspsychologie FSP, Geschäftsführerin des Forensischen Instituts Ostschweiz (forio) – assoziiert mit der BAG KJSGV; Prof. Dr. med. Detlev Ganten, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Charité, Vorsitzender des Stiftungsrates der Stiftung Charité, Präsident des World Health Summit, (zugleich seit 2005 Beiratsmitglied im Präventionsprojekt Dunkelfeld); Lisi Maier, Vorsitzende des Deutschen Bundesjugendringes (DBJR) und des Bundes der Deutschen Katholischen Jugend (BDKJ); Prof. Dr. med. Renate Schepker, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP), Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ravensburg-Weißenau, Prof. Dr. jur. Heinz Schöch, emeritierter Lehrstuhlinhaber Strafrecht, Kriminologie, Jugendrecht, Strafvollzug an der LMU München; Birgit Zeller, Leiterin des Landesjugendamtes Rheinland-Pfalz in Mainz, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter; Almut Hornschild, Leiterin des Referates 514 „Aufwachsen ohne Gewalt, Aktiver Kinderschutz“ im BMFSFJ, ständiger Gast des Beirats als Vertreterin der Fach- und Rechtsaufsicht des Projektes.

Literatur

- Abel, G. G., Becker, J. V., Mittelman, M., Cunningham-Rather, 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. E., Marshall, W. L. & Hudson, S. M. (Hrsg.). *The juvenile sex offender*. Guilford Press, New York, 104–117.
- American Psychiatric Association, 1999. *Dangerous sex offenders. A Task-Force Report*. APA, Washington, DC.
- American Psychiatric Association, 2013. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed.* APA-Press, Washington, DC.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b. Fragebogen für Jugendliche, deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR) (2. Aufl.). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.
- Bailey, J. M., 2014. A Failure to Demonstrate Changes in Sexual Interest in Pedophilic Men: Comment on Müller et al. (2014).

- Archives of Sexual Behavior 44(1), 249–252.
- 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, 133–41.
- Beier, K. M., Amelung, T., Kuhle, L., Grundmann, D., Scherner, G., & Neutze, J., 2013. Hebephilie als sexuelle Störung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 81, 128–137.
- Beier, K. M., Bosinski, H.A.G. & Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis*, (2., völlig neu bearb. und erw. Aufl.). Urban & Fischer, München.
- Beier, K. M., Konrad, A., Amelung, T., Scherner, G., & Neutze, J., 2010. Präventive Behandlung nichtjustiz-bekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung – Das Präventionsprojekt Dunkelfeld. In: Hahn, G. & Stiels-Glenn, M. (Hrsg.). *Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention*. Psychiatrie-Verlag, Köln, 364–386.
- Beier, K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A. & Schaefer, G. A., 2009. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect* 33, 545–549.
- Beier, K.M., Schaefer, G. A., Goecker, D., Neutze, J., & Ahlers, Ch. J., 2006. Das Präventionsprojekt Dunkelfeld. *Humboldt-Spektrum* 3, 4–10.
- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M.E., Cantor, J. M., Blak, T., Dickey, R., & Klassen, P. E., 2009. Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior* 38(3), 335–350.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.), 2014. *Polizeiliche Kriminalstatistik, 2013* (61. Ausg.). Abgerufen am 06.01.2015 unter: http://www.bka.de/nn_229440/DE/Publikationen/Polizeiliche_Kriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true.
- Cantor, J. M., 2014. Purported Changes in Pedophilia as Statistical Artefacts: Comment on Müller et al. (2014). *Archives of Sexual Behavior* 44(1), 253–254.
- Carr, J., 2004. *Child abuse, child pornography, and the internet*. The children's charity, London.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hg.), 2011. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F): Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. (5. Überarb. Aufl.). Hans Huber, Bern.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhäuser, H.-C., 1999. *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)*. Hogrefe, Göttingen.
- Elliott, M., Browne, K. & Kilcoyne, J., 1995. Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect* 19(5), 579–594.
- Fagan, P. J., Wise, T. N., Schmidt, C. W. Jr. & Berlin, F. S., 2002. Pedophilia. *JAMA* 288(19), 2458–2465.
- Finkelhor, D., 1994. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children/Center for the Future of Children. The David and Lucile Packard Foundation* 4(2), 31–53.
- 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.
- Gillespie, A. A., 2005. Indecent images of children: the ever-changing law. *Child Abuse Review* 14(6), 430–443.
- Görge, T., Rauchert, K. & Fisch, S., 2012. Langfristige Folgen sexuellen Missbrauchs Minderjähriger. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 6(1), 3–16.
- Gründer, G. & Benkert, O. (Hrsg.), 2012. *Handbuch der Psychopharmakotherapie* (2. vollst. überarb. u. aktualisierte Aufl.). Springer, Berlin.
- Grundmann, D., Krupp, J. & Beier, K. M., 2015. Die Stabilität der selbstberichteten Sexualpräferenz von päd- und hebephilen Männern im Dunkelfeld. Vortrag auf der Jahrestagung 2015 der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft, Berlin.
- 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.
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K., 2004. Predictors of sexual recidivism: An updated Metaanalysis. *Public Safety and Emergency Preparedness Canada*. Abgerufen am 28.03.2015 unter: <http://www.static99.org/pdfdocs/hansonandmortonbourgon2004.pdf>.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H., 2011. Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 108(17), 287.
- Internet Watch Foundation (IWF), 2013. *Internet Watch Foundation Annual & Charity Report*. Abgerufen am 29.03.2015 unter: https://www.iwf.org.uk/assets/media/annual-reports/annual_report_2013.pdf.
- Jahnke, S., Imhoff, R., Hoyer, J., 2015. Stigmatization of People with Pedophilia: Two Comparative Surveys. *Archives of Sexual Behavior* 44, 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.
- Kuhl, J. & Kazén, M., 2009. *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar*. Hogrefe, Göttingen.
- Lalumière, M. L., 2015. The Liability of Pedophilic Interests as Measured by Phallometry. *Archives of Sexual Behavior* 44(1), 255–258.
- Longo, R. E. & Groth, A. N., 1983. Juvenile Sexual Offenses in the Histories of Adult Rapists and Child Molesters. *International Journal Offender Therapy and Comparative Criminology* 27(2), 150-155.
- Maalla, N. M., 2009. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. Report of the Special Rapporteur on the sale of children, child prostitution and child pornography. United Nations, General Assembly, Human Rights Council.
- Maniglio, R., 2009. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review* 29(7), 647–657.
- 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.
- McElvaney, R., 2013. Disclosure of child sexual abuse: Delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. *Child Abuse Review*. Abgerufen am 28.03.2015 unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/car.2280/epdf>.

- Müller, K., Curry, S., Ranger, R., Briken, P., Bradford, J. & Fedoroff, J. P., 2014. Changes in Sexual Arousal as Measured by Penile Plethysmography in Men with Pedophilic Sexual Interest. *J Sex Med* 11, 1221–1229.
- Petermann, F. & Petermann, U. (Hrsg.), 2011. Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition. Deutsche Übersetzung und Adaptation der WISC-IV von D. Wechsler (2. Aufl.). Pearson, Frankfurt am Main.
- Ryback, R. S., 2004. Naltrexone in the Treatment of Adolescent Sexual Offenders. *Journal of Clinical Psychiatry* 65(7), 982–986.
- Schmelzle, M. & Egli-Alge, M., 2008. Adolescent Sexual Abuser Project. Deutsche Übersetzung des Adolescent Sexual Abuser Project von R. Beckett, C.K.E. Gerhold & S. Brown. Abgerufen am 28.03.2015 unter: http://www.forio.ch/fileadmin/daten-center/service/handbuch_asap_allgemein.pdf.
- Schober, J.M., Kuhn, P.J., Kovacs, P.G., Earle, J.H., Byrne, P.M. & Fries, R.A., 2009. Leuprolide Acetate Suppresses Pedophilic Urges and Arousal. *Arch Sex Behav* 34 (6), 691–705.
- Schroth, U., 2010. Ärztliches Handeln und strafrechtlicher Maßstab. Medizinische Eingriffe ohne und mit Einwilligung, ohne und mit Indikation. In: Roxin, C. & Schroth, U. (Hrsg.). *Handbuch des Medizinstrafrechts* (4. Aufl.). Boorberg, Stuttgart, 21–50.
- 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., 2012. Is Pedophilia a Sexual Orientation? *Arch Sex Behav* 41, 231–236.
- 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.
- Spitzer, R.L., 2012. Spitzer Reassesses His 2003 Study of Reparative Therapy of Homosexuality. *Arch Sex Behav* 41, 757.
- Stadler, L., Bieneck, S. & Pfeiffer, C., 2011. Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011 (KFN-Forschungsbericht; Nr. 118). KFN, Hannover.
- Stiels-Glenn, M., 2010. The availability of outpatient psychotherapy for paedophiles in Germany. *Recht & Psychiatrie* 28(2), 74–80.
- 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(2), 79–101.
- Taylor, M. & Quayle, E., 2003. *Child pornography: An internet crime*. Brunner-Routledge, Hove, East Sussex, England.
- Unnewehr, S., Schneider, S., Margraf, J. (Hg.), 2009. *Kinder-DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2. aktual. u. erw. Aufl.). Springer, Heidelberg.
- Uwis, C., Althaus, D., 2008. Ambulante Nachsorge. *Bewährungshilfe* 55, 147–158.
- Wetzels, P., 1997. *Gewalterfahrungen in der Kindheit – Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen* (Band 1). Nomos, Baden-Baden.
- Van Wijk, A.P.H., Blokland, A.A.J., Duits, N., Vermeiren, R., Harkink, J., 2007. Relating psychiatric disorders, offender and offence characteristics in a sample of adolescent sex offenders and non-sex offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health* 17, 15–30.
- Weiß, R. H. (Hrsg.), 2006. *Grundintelligenztest Skala 2 – Revision mit Wortschatztest und Zahlenfolgetest – Revision*. Hogrefe, Göttingen.
- Wolak, J., Finkelhor, D. & Mitchell, K., 2005. Child-pornography possessors arrested in internet-related crimes: findings from the National Juvenile Online Victimization Study. National Center for Missing & Exploited Children, Alexandria, VA.

Autor_innen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Dr. med. univ. Anna Groll, Dipl.-Psych. Franz Henkel (bis 2013), Dipl.-Psych. Elena Hupp, MA Andreas Peter, Dipl.-Psych. Umut C. Oezdemir, Dipl.-Psych. Eliza Schlingzig, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, Kontakt e-mail: klaus.beier@charite.de

Tobias Hellenschmidt, Ltd. Oberarzt, Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Landsberger Allee 49, D-10249 Berlin-Friedrichshain; e-mail: tobias.hellenschmidt@vivantes.de

Informationen und Anmeldung zum Projekt *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ)

Hotline: 49 (0)30 450 529 529

ppj-internet@charite.de, www.du-traeumst-von-ihnen.de, www.just-dreaming-of-them.org
