

ZEITSCHRIFT FÜR SEXUALMEDIZIN, SEXUALTHERAPIE UND SEXUALWISSENSCHAFT

Deutsche
Gesellschaft
für Sexualmedizin
Sexualtherapie und
Sexualwissenschaft

Sexuologie

ISSN 0944-7105
Band 22 / 2015
S. 113-248

3-4

Schwerpunkt

Zehn Jahre Präventionsprojekt Dunkelfeld



lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?

Herausgeber: Ch. J. Ahlers, Berlin · K. M. Beier, Berlin · M. Dietrich, Ravensburg · A. Gauruder-Burmester, Berlin · F. Hausmann, Kappelrodeck · F. M. Köhn, München · A. Korte, München · D. Rösing, Stralsund

www.sexuologie-info.de

In Kooperation
mit der
Österreichischen
Akademie für
Sexualmedizin

Sexuologie

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

INHALT

Editorial

- 115 „Warten bis es brennt“
Rainer Alisch

Grußworte

- 117 Grußwort von *Brigitte Zypries*
119 Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch
Christine Bergmann

Themenschwerpunkt – Zehn Jahre *Präventionsprojekt Dunkelfeld*

- 121 *Kein Täter werden* – Geschichte und Zukunft eines Präventionsprojektes
Interview von *Hannes Gieseler* mit *Klaus M. Beier*
- 127 Pädophilie und Hebefilie im Kontext sexuellen Kindesmissbrauchs
Klaus M. Beier, Till Amelung, Dorit Grundmann, Laura F. Kuhle
- 137 Medienarbeit im *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden*
Jens Wagner
- 145 Das *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* – Entwicklung und Ziele
Gerold Scherner
- 155 Diagnostik im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*
Dorit Grundmann, Anna Konrad, Gerold Scherner
- 165 Therapie im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*
Gerold Scherner, Anna Konrad, Dorit Grundmann
- 175 Medikamentöse Therapie im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*
Stefan Siegel, Laura F. Kuhle, Till Amelung
- 181 Paarberatung und Unterstützung von Angehörigen im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*
Stephanie Kossow
- 185 Prävention der Nutzung von Missbrauchsabbildungen
Laura F. Kuhle, Eliza Schlinzig, Klaus M. Beier
- 191 „Ich wusste, irgendetwas läuft falsch. Ich konnte es nur noch nicht beim Namen nennen.“
– Eine Fallvignette aus dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld*
Stefan Faistbauer
- 195 Sechs Jahre *Kein Täter werden* in Kiel – Erfahrungen, Besonderheiten, eine Zwischenbilanz
Martin Budde, Jorge Ponseti, Christian Huchzermeier
- 201 Regensburger Erfahrungen mit dem Berliner Dissexualitäts-Therapieprogramm
Petya Schuhmann, Jessica Diener, Marion Dörfler, Janina Neutze, Michael Osterheider
- 207 Das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* – Erste Ergebnisse und Ausblick
Klaus M. Beier, Gerold Scherner, Laura F. Kuhle, Dorit Grundmann, Till Amelung

-
- 213 *Neurobiologische Grundlagen von Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch*
– der Forschungsverbund NeMUP
Till Amelung
- 219 *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche (PPJ)*
– eine klinische Erweiterung des PPD
*Klaus M. Beier, Eliza Schlinzig, Umut C. Oezdemir, Elena Hupp, Andreas Peter, Anna Groll,
Tobias Hellenschmidt*
- Fortbildung
- 225 *Chancen und Risiken später Vaterschaft*
Eberhard Nieschlag
- 233 *Sexualstörungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch – Ein Update*
Tewes Wischmann
- 237 *Einseitig überwertig erlebter Kinderwunsch*
– Ausdruck nicht kommunizierter Trauer in der Partnerschaft
Ingrid Prassel
- Aktuelles
- 243 *Rezensionen*

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: MediaService Marschall, AnzeigenMarketing, Tel. 030-818 779 80,
Fax: 030-818 779 77, www.mediamarschall.de, info@mediamarschall.de

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2015

Lieferkonditionen (2015): Volume 22 (1 Band mit 4 Heften, Auslieferung in zwei
Doppelheften)

Abopreise* (2015): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer
156,00 €; Einzelpersonen 90,00 €; Student_innenabo 30,00 €, für Mitglieder der
Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft
ist ein Abonnement im Mitgliedsbeitrag von 120,00 € 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
Umsatzsteuernummer anzugeben.

Abonnements: Redaktion der *Sexuologie*, Institut für Sexualwissenschaft und Sexu-
almedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin,
Tel.: 030 / 450 529 301 (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 urheber-
rechtlich 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 elektronisch-
en Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiter-
leitung 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

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

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei 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



„Warten bis es brennt“

Mit dieser Überschrift charakterisierte ein *Spiegel*-Artikel vom Januar 2001 die damalige Berliner sexualtherapeutische Versorgungslandschaft für justizbekannte Sexualstraftäter sowie für jene, die sich einer Strafverfolgung entziehen konnten, aber freiwillig um Hilfe ersuchten.

Kurz zuvor war die Entführung eines kleinen Mädchens glimpflich ausgegangen und einem Sexualstraftäter die Flucht aus einer Therapieeinrichtung gelungen. Zur längeren Vorgeschichte des Artikels gehörte auch eine „Chronologie der Untätigkeit“, wie der Autor mit Blick auf das Nichthandeln von Justiz und Senat befand. Mehrmals hatte Klaus M. Beier, der seit 1996 die Professur des *Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* des Berliner *Universitätsklinikums Charité* innehat, in dramatischen Appellen an den Senat auf die Gefährdung der Bevölkerung verwiesen. Auch die Justizbeamten selbst monierten die Nichtbehandlung von über 200 entlassenen Sexualstraftätern. Im Senat selbst setzte man auf Abwarten und auf die Resultate einer 1996 in Auftrag gegebenen Studie.

Dass es seit 2005 das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* und eine Reihe nachfolgender Präventionsprojekte gibt, verdankt sich keinen späteren Einsichten oder Aktivitäten der Berliner Regierungsstellen, sondern den beharrlichen Initiativen des Berliner Instituts.

Ziel dieser Projekte ist es vor allem, pädophilen/hebephilen Erwachsenen und inzwischen auch Jugendlichen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema auf freiwilliger Basis Hilfe anzubieten. Es geht somit auch um Opferschutz und Opferhilfe, die vorsorgen, dass es zu keinem Missbrauch kommt. Anlaufstellen gibt es inzwischen in mehreren Bundesländern.

Nach zehn Jahren Arbeit läuft die Finanzierung 2016 aus. Wenn das Schwerpunktthema des Heftes der (Erfolgs-)Geschichte dieser Projekte gewidmet ist, verbindet sich damit auch die Hoffnung auf eine dauerhafte Finanzierung.

Denn die Bedeutung dieser Projekte reicht über ihren unmittelbaren Adressatenkreis hinaus. Angesichts immer komplexer werdender diagnostischer Möglichkeiten, die sich nicht zuletzt auch der medizinischen Nutzung von Big Data verdanken, steht langfristig nicht nur ein Krankheitsbegriff in Frage, der sich am Ausbrechen der Krankheit orientiert, sondern der Wissenszuwachs wird auch mit selbsttechnologischen Zumutungen verbunden sein, wie sie für die Teilnehmer der Präventionsprojekte – wollen sie nicht straffällig werden – bereits heute der Fall sind.

Kritiker werden am Horizont eine Präventionsgesellschaft aufziehen sehen, doch die Alternative ist ein Warten auf die Feuerwehr.

Rainer Alisch (Redaktion)

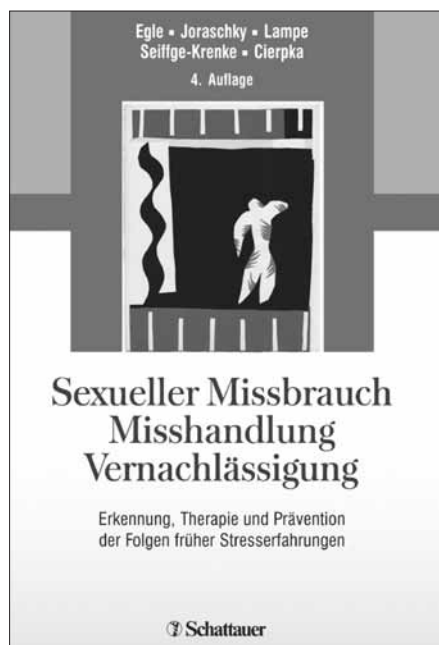


**Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
der Charité Berlin – Universitätsmedizin**
BEDIT – Die Berliner Dissexualitäts-Therapie 2015
ca 180 Seiten, br.,
**Bezug über das Institut für Sexualwissenschaft
und Sexualmedizin der Charité Berlin**

Das Manual – die deutsche Version des 2013 auf Englisch erschienenen Original-Textes – hat das Ziel, einen Leitfaden für die Behandlung pädophiler und hebephiler Männer außerhalb des forensischen Kontexts zu bieten, indem Inhalte und Interventionen vorgestellt werden, die sich im Rahmen des seit 2005 bestehenden *Präventionsprojektes Dunkelfeld* als hilfreich erwiesen haben.

Das für das gruppentherapeutische Setting konzipierte Manual besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Der erste behandelt die Begriffe Pädophilie und Hebephilie als sexuelle Präferenzstörungen und deren Zusammenhang mit dissexuellen Verhaltensweisen. Es werden Hintergrundinformationen zur Behandlungsrationalen und zu den Zielen des Therapieprogramms gegeben und spezifische therapeutische Prinzipien vorgestellt, die im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* zur Anwendung kommen.

Im praktischen Teil werden die einzelnen Therapiemodule vorgestellt, die sich an den empirisch bestätigten Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch orientieren. Die Module beinhalten Motivationsarbeit, Emotionsregulation, Bewältigungsmechanismen und Problemlösestrategien, Ressourcen und protektive Strategien. Auch die Rationale und Ziele der jeweiligen Module werden präsentiert und entsprechende Interventionen vorgeschlagen. Es folgen praktische Hinweise, die aus der klinischen Erfahrung mit der Zielgruppe resultieren, zudem werden Arbeitsblätter für die einzelnen Module und Interventionen bereitgestellt.



Egle / Joraschky / Lampe / Seiffge-Krenke / Cierpka
Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung
Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen
Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften 2015
4., erweiterte u. überarbeitete Aufl., 880 S., 55 Abb., 70 Tab., geb. 99,99 €

Frühkindliche Traumatisierungen und Stresserfahrungen und ihre Folgen

Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlungen führen bei Kindern fast immer zu Traumatisierungen und haben weitreichende Folgen für die Entwicklung psychischer wie auch körperlicher Erkrankungen im Erwachsenenalter. Doch auch gehäufte Stresserfahrungen wie Vernachlässigung und massive verbale Angriffe können zu anhaltenden psychischen Problemen führen und dürfen in ihrer schädlichen Wirkung nicht unterschätzt werden. In der von Instrumentalisierung, Bagatellisierung und Politisierung geprägten Diskussion folgt das Buch dem nüchternen Pfad der Erkenntnis. Es leistet eine sachliche Bestandsaufnahme, was heute über die Rolle dieser Faktoren für die Entstehung späterer Krankheiten bekannt und gesichert ist.

Differenziert stellen die Autoren Krankheitsbilder sowie die wissenschaftlich fundierten Möglichkeiten der Therapie, Prävention und Begutachtung schwer traumatisierter Patienten sowie der Täter selbst dar – aus psychosomatischer, psychiatrischer und schulenübergreifend psychotherapeutischer Sicht. Die zahlreichen anschaulichen Fallbeispiele lassen ein praxisorientiertes Handbuch entstehen.

Das etablierte, international anerkannte Standardwerk wurde in der vierten Auflage von einer neu zusammengesetzten Herausgebergruppe komplett überarbeitet und aktualisiert. Insbesondere die Kapitel zur Therapie und zur Prävention profitieren von zahlreichen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und konnten entsprechend erweitert werden.



Pit Wahl, Ulrike Lehmkuhl (Hg.)
Seelische Wirklichkeiten in virtuellen Welten
Beiträge zur Individualpsychologie – Band 040
Vandenhoeck & Ruprecht 2014
310 Seiten mit 10 Abb. und 2 Tab. kart., 44,99 €

SMS, E-Mail, Skype und Facebook: Wie beeinflussen die mittlerweile nahezu überall und jederzeit verfügbaren elektronischen Medien die psychische Entwicklung und das soziale Leben der Menschen, seien es Kinder, Jugendliche oder Erwachsene? In welchem Maße bestimmen und (ko-)strukturieren sie die Persönlichkeit, das Selbst- und Fremderleben und die zwischenmenschlichen Beziehungen? Wann und unter welchen Bedingungen spielt der Umgang mit neuen Medien eine positive, entwicklungsfördernde Rolle und unter welchen Umständen hat er problematische oder gar schädigende Folgen für die seelische Gesundheit?

Mediziner, Psychologen und Pädagogen berichten aus der (sozial-)pädagogischen, psychotherapeutisch-psychoanalytischen und beraterischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und setzen sich kontrovers mit Bereicherungen wie auch Gefährdungen auseinander, die das Leben mit und in virtuellen Welten mit sich bringt.

Grußwort von Brigitte Zypries

Als Bundesministerin der Justiz habe ich im Jahre 2008 das Buch *Die Renaissance der Rechtspolitik* herausgegeben. Das Buch behandelt die wichtigsten rechtspolitischen Vorhaben der letzten 10 Jahre. In dem Abschnitt „Sicherheit schaffen – Opfer schützen“ findet sich eine Beschreibung des Charité-Projekts zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. Es trägt den Titel „Damit aus Phantasien keine Taten werden“ und ist von Prof. Klaus M. Beier, dem Initiator dieses Präventionsansatzes, verfasst.

Das Projekt hat damals eindeutig gezeigt – und nicht wenige waren davon ziemlich überrascht –, dass sich Männer mit pädophiler Neigung erreichen lassen, wenn man sie nicht wegen ihrer Neigung verurteilt, sondern ihnen Hilfe anbietet, um eine sichere Verhaltenskontrolle aufzubauen.

Das deutsche Strafrecht ahndet keine Phantasien, die Straftaten betreffen, so auch nicht die Phantasiewelt eines Pädophilen, der sich sexuelle Handlungen mit Kindern nur vorstellt. Im Gegenteil: Es verdient unseren Respekt, wenn die Betroffenen Verantwortung übernehmen, sich zu ihrer Neigung bekennen und die angebotene Hilfe in Anspruch nehmen. Es wäre ganz falsch, diese Form der Prävention zu unterlassen.

Aus diesem Grunde fiel es mir sehr leicht, als Bundesministerin der Justiz im Deutschen Bundestag für eine Förderung dieses Projektes zu werben und die Abgeordneten zu überzeugen, dass hier eine neue Form des Kinderschutzes ins Leben gerufen werden kann, die darauf abzielt, dass es gar nicht erst zu Opfern kommt. Mir ist aus den damaligen Diskussionen nicht in Erinnerung geblieben, dass diese Überlegung bei irgendeinem Politiker auf Ablehnung gestoßen wäre. Die Unterstützung war groß – auch wenn klar war, dass der Nachweis eines nicht zustande gekommenen Deliktes außerordentlich schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist. Zudem stellte sich von Anfang an auch immer die Frage der politischen Zuständigkeiten. Denn die Pädophilie ist von der Weltgesundheitsorganisation als krankheitswertige psychische Störung anerkannt und deshalb ist das Gesundheitsministerium auch zuständig. Das Bundesjustizministerium hat das Projekt als sinnvolle Form primärer Prävention von sexuellen Übergriffen im Dunkelfeld immer unterstützt, gleichzeitig aber dafür geworben, dass auch das Gesundheitssystem seine diesbezügliche Verantwortung erkennt und übernimmt. Die Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über Ressort- und Parteigrenzen hinaus wahrgenommen werden muss.

Das deutsche Rechtssystem bietet eine gute Grundlage für diese Präventionsarbeit, das zeigen die Erfahrungen des Dunkelfeldprojekts der Charité: Im Vertrauen auf die grundsätzlich geltende Schweigepflicht ist es einer



Brigitte Zypries, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Wirtschaft und Energie. Bildquelle: studio kohlmeier

Vielzahl von Betroffenen mit pädophiler Neigung gelungen, sich den Therapeuten anzuvertrauen – inzwischen ist dies in insgesamt 11 Anlaufstellen verschiedener Bundesländer Deutschlands möglich. Diese Entwicklung hatten wir mit einer Einladung der Länder ins Bundesjustizministerium zur Vorstellung des Projektes im Jahr 2008 gefördert und es ist ein großer Erfolg, dass sich über Berlin hinaus 10 weitere Länder dazu entschlossen haben, den Präventionsansatz zu implementieren. Bis Ende September 2015 hatten sich im *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* 5.828 Betroffene aus dem gesamten Bundesgebiet Hilfe suchend an die Standorte gewendet. 2.057 Personen reisten zur Diagnostik an, 1.081 von ihnen konnte ein Therapieangebot gemacht werden.

Dabei wird nicht verkannt, in welchem Spannungsfeld die Therapeuten tätig sind. Sie fühlen sich zum einen für die psychische Gesundheit der ihnen anvertrauten Patienten zuständig, zum anderen für das Verhindern von sexuellen Übergriffen oder der Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Und zum Dritten, aber keineswegs zuletzt, fühlen sie sich dem Kinderschutz verpflichtet, d.h. potentiellen Opfern. In diesem Spannungsfeld ist es wichtig, den Therapeuten eine gute Grundlage für ihre schwierige Arbeit zu geben, die Einrichtungen angemessen auszustatten und ihnen mit Wertschätzung zu begegnen. Sie sind nicht die „Reserveengel der Justiz“ (Robert Musil), sondern Therapeuten, die sich einer schwierigen Aufgabe stellen, die einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung sexueller Traumatisierung von Kindern leisten. Dies ist ein Baustein für die Realisierung eines Zieles, das sich nur erreichen lässt, wenn von allen Seiten mit der gebotenen Konsequenz daran gearbeitet wird und die Politik die Voraussetzungen dafür schafft und erhält.

Brigitte Zypries

Interdisziplinäre Beiträge zur
kriminologischen Forschung



Sandra Fernau/Deborah F. Hellmann (Hrsg.)

**Sexueller Missbrauch Minderjähriger
durch katholische Geistliche
in Deutschland**



Nomos

Sandra Fernau, Dr. Deborah F. Hellmann (Hg.)

Sexueller Missbrauch Minderjähriger durch katholische Geistliche in Deutschland

Nomos Verlagsgesellschaft 2014

289 Seiten, br., 75 €

Im vorliegenden Sammelband werden erstmals empirische Befunde zum sexuellen Missbrauch durch katholische Geistliche in Deutschland präsentiert. Die Datenbasis bilden zwei Betroffenenbefragungen, die vertiefende Erkenntnisse über Hintergründe, Besonderheiten und Folgen von innerkirchlichen Missbrauchserfahrungen liefern: eine quantitative Fragebogenerhebung sowie eine qualitative Interviewstudie.

Schwerpunkte der quantitativen Untersuchung sind die Analyse von zentralen Charakteristika der Taten sowie von psychosozialen Folgen, welche diese bei den Betroffenen auslösten.

Ferner werden die Reaktionen der Behörden und der katholischen Kirche auf Offenbarungen von Betroffenen in den Blick genommen. Im Fokus der qualitativen Forschung steht die Rekonstruktion verschiedener biografischer Umgangsformen mit den Missbrauchserfahrungen. Dabei wird insbesondere der Rückgriff auf katholische Glaubensvorstellungen in der Auseinandersetzung mit der erlebten sexuellen Gewalt beleuchtet.

Aus dem Inhalt

Christian Pfeiffer, Thomas Möhle & Dirk Baier

Über das Scheitern eines Forschungsprojekts zur Untersuchung des sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche

Sandra Fernau, Laura Treskow & Anja Stiller

Nationale und internationale Befunde zu sexuellem Missbrauch durch katholische Geistliche

Sandra Fernau & Deborah F. Hellmann

KfN-Studie zu sexuellem Missbrauch durch katholische Geistliche: Eine quantitative und qualitative Befragung von Betroffenen

Deborah F. Hellmann, Lisa M. Dinkelborg, Gina R. Wollinger & Sandra Fernau

Charakteristika sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche: Zentrale Ergebnisse einer quantitativen Betroffenenbefragung

Sandra Fernau

Biografische Umgangsformen mit sexuellem Missbrauch durch katholische Geistliche: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit Betroffenen

Deborah F. Hellmann, Lisa M. Dinkelborg & Sandra Fernau

Psychosoziale Folgen sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche 185

Gina R. Wollinger, Lisa M. Dinkelborg & Dirk Baier

Reaktionen auf das Offenbarungsverhalten Betroffener sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche

Dirk Baier, Sandra Fernau, Deborah F. Hellmann & Christian Pfeiffer

Fazit zum sexuellen Missbrauch durch katholische Geistliche: Zusammenfassung der Erkenntnisse aus den KfN-Befragungen

Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch

Dr. Christine Bergmann

„Aus der Missbrauchsdebatte klug geworden?“ – Unter diesem Titel fand auf dem Kirchentag im Juni 2015 eine Podiumsdiskussion statt. Nun ist diese Frage wahrlich keine, die sich ausschließlich an Kirchentagsbesucherinnen und -besucher richtet. Eine Menge Fragen sind von der Politik und der gesamten Gesellschaft zu beantworten. Die bisher nur punktuell erfolgte Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs muss fortgesetzt werden. Betroffene müssen die notwendigen Hilfen erhalten, Kinder müssen vor sexualisierter Gewalt wirksam geschützt werden.

Fünf Jahre sind vergangen seit der sexuelle Missbrauch in prominenten kirchlichen und privaten Institutionen – ich erinnere an das Canisius-Colleg und die Odenwaldschule – durch das Sprechen Betroffener an die Öffentlichkeit gelangte. Nachdem das Thema sexueller Missbrauch in Deutschland lange tabuisiert worden war, setzte eine intensive öffentliche Debatte ein. Neu waren die Erkenntnisse nicht. Bereits zu Beginn der 80er Jahre wurde durch die Frauenbewegung aufgedeckt, dass es sich bei sexueller Gewalt in der Familie nicht um einzelne seltene Taten handelt, sondern dass sexuelle Gewalt in erschreckendem Ausmaß Kinder und insbesondere Mädchen im familiären Umfeld trifft. Beratungseinrichtungen sind in dieser Zeit entstanden, die seither Mädchen und Frauen Hilfe anbieten und wichtige Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit leisten. In den 90er Jahren entstanden auch Hilfsangebote für Jungen und Männer, die in der Kindheit missbraucht wurden.

In den Jahren vor 2010 wurde über das Ausmaß sexueller Gewalt innerhalb der katholischen Kirche in Ländern wie den USA, Großbritannien oder Irland bereits berichtet. Es war also nur eine Frage der Zeit, dass das Thema sexueller Kindesmissbrauch auch hierzulande in den Blickpunkt gelangt.

Die Politik reagierte auf den „Missbrauchsskandal“ mit der Einsetzung eines Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ und meiner Berufung als Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs. Eine breite öffentliche Debatte über Ausmaß und Folgen der sexualisierten Gewalt, über Maßnahmen für einen wirksamen Kinderschutz sowie Hilfen für Betroffene kam mit einer intensiven medialen Begleitung zustande.

Tausende Betroffene haben an der telefonischen Anlaufstelle berichtet oder geschrieben, was sie erlebt haben, welche weitreichenden Folgen der in der Kindheit und Jugend erlittene Missbrauch für ihr ganzes Leben hatte und hat. Es waren erwachsene Menschen, die über ihre Kindheitserfahrungen berichteten. Erschütternd war zu erleben,



Christine Bergmann, ehemalige Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Bildrechte: UBSKM

wie stark noch nach Jahrzehnten die Folgen spürbar waren. Die Vielzahl der Berichte, die die Basis für die wissenschaftliche Begleitforschung durch Prof. Fegert bildeten, haben wichtige Kenntnisse zum Verständnis des Missbrauchsgeschehens, z.B. zu Täterstrategien, aber auch zu hilfreichen oder hinderlichen Aspekten der Verarbeitung von Missbrauch beigetragen. Auch wenn die Ergebnisse nicht auf repräsentativen Stichproben beruhen, sondern auf einer Inanspruchnahmepopulation, lassen sich Schlüsse ziehen für Prävention und Intervention, für Therapie und Beratung, für die Notwendigkeit rechtlicher Veränderungen.

Die wissenschaftliche Aufarbeitung der gewonnenen Daten liefert die solide Basis, um Empfehlungen für Hilfen aber auch die weitere Arbeit aussprechen zu können. Die Betroffenen haben durch ihre Botschaften und durch ihre Teilnahme am Runden Tisch dessen Ergebnisse mitbestimmt.

Bei den Betroffenen stand der klare Auftrag „Andere sollen nicht erleben, was ich erlebt habe“ im Vordergrund. Sie wollten erreichen, dass die Gesellschaft sich dessen bewusst wird, dass sexualisierte Gewalt überall vorkommen kann, Betroffene Gehör und Hilfe finden müssen und dass bestmöglicher Schutz gewährleistet werden muss.

Das gesellschaftliche Klima hat sich seit dem Missbrauchsskandal 2010 verändert, erste Schritte zur Verbesserung des Kinderschutzes sind gegangen worden. Dennoch wissen wir viel zu wenig über das Missbrauchsgeschehen selbst. Es bleibt ein riesiges Dunkelfeld. Die *Weltgesundheitsorganisation* gibt an, dass etwa 90% der Fälle nicht innerhalb von Institutionen wahrgenommen werden. Nach WHO-Angaben (2014) sind derzeit in Europa 18 Millionen Kinder von sexuellem Missbrauch betroffen. Die Prävalenz von sexuellem Missbrauch wird für die europäische Region mit 9,6% angegeben, wobei Mädchen mit 13,4% betroffen sind und Jungen mit 5,7%. Sie liegt somit auf der Ebene von Volkskrankheiten wie Diabetes, wird jedoch nicht hinrei-

chend wahrgenommen, weder von der Öffentlichkeit noch von der Politik. Die Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik sind seit Jahren nahezu unverändert, mit einem leichten Trend zum Rückgang, was wir gern unseren Bemühungen um Prävention und Aufklärung zuschreiben würden. Leider zu früh, verlässliche Anhaltspunkte für einen Rückgang gibt es nicht.

Der Runde Tisch forderte Mindeststandards für alle Einrichtungen, in denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten. Leitlinien für Prävention und Intervention und für langfristige Aufarbeitung wurden 2011 erstellt. Von einer wirklichen Umsetzung der Empfehlungen kann jedoch nicht gesprochen werden, auch wenn sich schon Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Sportverbände und andere Dachorganisationen der Zivilgesellschaften vertraglich zur Umsetzung der Empfehlungen verpflichtet haben und vielerorts in Einrichtungen Schutzkonzepte existieren und Fortbildungen stattfinden.

Die meisten Präventionsmaßnahmen wenden sich an Kinder, Eltern, Fachkräfte, ehrenamtliche Hilfskräfte in Jugendeinrichtungen mit dem Ziel, Kinder und Jugendliche vor Tätern und Täterinnen zu schützen.

Das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* verfolgt seit nunmehr 10 Jahren einen anderen Ansatz. Begonnen wurde bereits fünf Jahre vor der Missbrauchsdebatte, und das Ziel war, potentielle Verursacher von sexuellem Kindesmissbrauch zu erreichen, bevor es zu Opfern kommt. Gezielte therapeutische Arbeit mit Männern mit pädophiler und hebephiler Neigung und Jugendlichen, die eine sexuelle Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema aufweisen, wird eingesetzt, damit diese nicht zu Tätern werden, Kinder nicht missbrauchen und keine Missbrauchsabbildungen im Netz nutzen.

Wie hoch der Anteil Pädophiler am Missbrauchsgeschehen ist, auch hierfür fehlen ausreichende verlässliche Daten, ausgegangen wird jedoch von einer Minderheit.

Bei der telefonischen Anlaufstelle haben sich nur wenig Täter gemeldet, sie standen auch nicht im Fokus der Arbeit. Zu den wenigen, die sich an die Anlaufstelle gewendet haben, liegen keine Aussagen zur sexuellen Präferenz vor. Auffallend ist, dass die meisten Angaben, keine Schuldgefühle zu haben. Diese Aussage war auch von nahezu allen Betroffenen zu hören, wobei ein Eingeständnis der Schuld oder wenigstens der Verantwortung durch die Täter eine enorme Bedeutung für die Verarbeitung des Missbrauchs hat.

Für die Betroffenen spielt die sexuelle Präferenz der Täter keine Rolle. Sie haben hundertfach das ihnen widerfahrene Unrecht in dem Sinne beschrieben: „Ich habe lebenslänglich und der Täter wird geschützt“, von der Institution, der Familie und am Ende sogar vom Rechtssystem, wenn nach endlich erfolgter Anzeige die Verjährung eingetreten ist. In Anbetracht dessen, dass die Mehrzahl der an der telefonischen Anlaufstelle erfassten Missbrauchsfälle einen

familiären Hintergrund hatte und sich der Missbrauch in der Regel über Jahre erstreckte, muss davon ausgegangen werden, dass es sich mehrheitlich um den Missbrauch in Abhängigkeitsverhältnissen handelte. So wurde es auch von den Betroffenen beschrieben.

Ich weise auf diese Situation hin, um deutlich zu machen, dass ein Projekt wie *Kein Täter werden* nicht so leicht Akzeptanz findet bei Betroffenen und denen, die mit Betroffenen arbeiten.

Das darf uns jedoch nicht davon abhalten, verursacherbezogene Präventionsmaßnahmen zu ergreifen. Wenn es die Möglichkeit gibt, Männern mit pädophiler Präferenz zu helfen, nicht oder nicht wieder Täter zu werden und nicht Missbrauchsabbildungen zu nutzen, weil ihnen klar ist, dass sie damit den sexuellen Missbrauch von Kindern fördern, ist es im Interesse des Kinderschutzes wichtig, diesen Weg mit wissenschaftlicher Begleitung zu verfolgen. Der Runde Tisch hat entsprechend vorgeschlagen, auch diese Präventionsmaßnahmen systematisch auszubauen, um sexuelle Übergriffe überhaupt oder Rückfälle zu verhindern.

Seit zehn Jahren arbeitet dieses vom *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité initiierte Projekt, das mittlerweile in einem *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* mit Anlaufstellen in zehn weiteren Bundesländern verbunden ist, unter der Leitung von Prof. Beier. Keine ganz leichte Arbeit, wie ich mich vor Ort überzeugen konnte.

Mittlerweile haben sich über 5.800 Männer an das Präventionsnetzwerk gewendet, das Angebot wird offensichtlich angenommen, jedenfalls von Männern mit einem Leidensdruck oder einer Einsicht in die Gefährdung, Täter zu werden. Bei der ersten vorliegenden Evaluation, die auf Eigenangaben der behandelten Männer beruht, zeigten sich positive Entwicklungen. Jedoch wurden auch unter der Therapie Rückfälle in Bezug auf übergriffiges Verhalten und Nutzung von Missbrauchsabbildungen angegeben.

Das Präventionsnetzwerk wird weitere wichtige Erkenntnisse zu den Möglichkeiten einer präventiv-therapeutischen Arbeit mit Menschen mit pädophiler und hebephiler Neigung im Rahmen eines gesamten Kinderschutzkonzeptes beitragen.

Wir brauchen eine Vielfalt von Maßnahmen, um Kinder wirksam vor sexuellem Missbrauch zu schützen. Dazu gehört die konsequente Verfolgung der Täter ebenso wie flächendeckende Schutzkonzepte in allen Einrichtungen, in denen sich Kinder aufhalten. Dazu gehören eine umfassende Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch und ausreichende Therapie- und Beratungsangebote für Betroffene sexuellen Missbrauchs und auch für Täter.

Vor allem gehört dazu eine Gesellschaft, die Kinderschutz zu ihrem vorrangigen Anliegen macht.

Christine Bergmann

Kein Täter werden – Geschichte und Zukunft eines Präventionsprojektes

Interview von Hannes Gieseler mit Klaus M. Beier*

Fangen wir am Anfang an. Wie ist die Idee des Präventionsprojektes entstanden?

Ausgangspunkt waren Erkenntnisse aus der Forschung und den klinischen Erfahrungen. Vor 25 Jahren hatte ich in der Kieler Sexualmedizin mit Nachuntersuchungen von ehemals begutachteten Sexualstraftätern begonnen. Darunter waren auch solche, die sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen hatten. Da die Begutachtungen überwiegend sehr lange zurücklagen, konnte ich lange Zeiträume der weiteren Lebensgeschichte überschauen. Und da stellte sich heraus, dass diejenigen, die eine Präferenzstörung aufwiesen, also pädophil waren, wesentlich häufiger rückfällig gewesen waren, als die, die nicht präferenzgestört waren, sondern aus anderen Gründen Kinder sexuell missbraucht hatten. Zudem ließen sich zwei weitere Aussagen treffen: Bei denjenigen, die eine pädophile Neigung aufwiesen, war keine Änderung der Ansprechbarkeit für den kindlichen Körper eingetreten und die meisten Übergriffe hatten sich nicht im Hellfeld, sondern im Dunkelfeld ereignet. Letzteres konnte ich sagen, weil ich mit Genehmigung des Generalbundesanwaltes die Strafregisterauszüge einsehen konnte und darin weit weniger verzeichnet war als ich durch meine Befragungen in Erfahrung gebracht hatte. Mehr als die Hälfte der mir bekannt gewordenen Übergriffe waren der Justiz nicht zur Kenntnis gelangt.

Die klinischen Erfahrungen wiederum – insbesondere nachdem ich dann ab 1996 in Berlin tätig wurde – besagten, dass sich immer wieder freiwillig Männer vorstellten, die um ihre pädophile Neigung wussten und um Hilfe baten, weil sie keine Übergriffe begehen wollten. Diese sprachen auch über ihre Schwierigkeiten, im Versorgungssystem für ihre Problematik adäquate Ansprechpartner zu finden. Damit war klar: Hier ist zumindest eine Gruppe eigenmotivierter und kooperationsbereiter Pädophiler, die therapeutisch erreichbar wäre und wegen des Übergriffsrisikos auch in größtmöglichen Umfang erreicht werden sollte. Man müsste also ein Angebot schaffen und das weitestmöglich bekannt machen.

Hatten denn die Begutachteten je eine Therapie bekommen?

Eben nicht. Meine Nachuntersuchungen erfolgten größtenteils Anfang der 90er Jahre. Zu der Zeit war nur



Klaus M. Beier, Bildquelle: Privataufnahme

ein ganz kleiner Teil der Betroffenen behandelt worden. Therapieprogramme gab es zwar vereinzelt, aber hauptsächlich für verurteilte Sexualstraftäter in Haftanstalten. Gleichwohl konnten wir Behandlungserfahrungen aus dem Hellfeld, insbesondere Studien über derartige Therapieprogramme – meist aus den Vereinigten Staaten – auswerten, als wir das Behandlungsmanual für das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* erstellt haben.

Doch dort wurden wahrscheinlich beide Gruppen zusammen betrachtet?

Richtig. Darin lag eines der methodischen Probleme. Es gab kaum Studien, in denen zwischen einer pädophilen Präferenz als Risikofaktor für sexuellen Kindesmissbrauch und Nicht-Präferenztätern unterschieden wurde, sodass die berichteten Effekte nur sehr begrenzt interpretierbar waren.

Wie gestaltete sich denn damals die Situation für die Betroffenen, die nach einem Therapieangebot suchten?

Das war ein großes Problem. Die Eigenmotivation war ja anerkanntens- und unterstützenswert. Das Bestreben musste also sein, möglichst allen eine adäquate Betreuung zuteil werden zu lassen. Dies ging jedoch am neugegründeten Institut für Sexualmedizin in Berlin nicht, weil dafür keine personale Ausstattung vorgesehen war. Das Klinikum selbst zeigte sich nicht sonderlich aufgeschlossen, weil bereits damals – wir reden über die Jahre 1998/1999 – Kostenkalkulationen maßgeblich waren und sich in diesem Indikationsgebiet kein Geld verdienen ließ. Die Justiz wiederum sah sich nicht zuständig,

* Das Interview ist am 15. April 2015 geführt worden.

da es sich ja gerade nicht um verurteilte Sexualstraftäter handelte. Wir konnten weniger in Behandlung nehmen, als sich gemeldet hatten. Dazu kam auch eine politische Dimension. Die Politik hatte sich die Sache sehr leicht gemacht und auf die Überversorgung mit Psychotherapeuten in Berlin verwiesen, in der Annahme, dass jeder ausgebildete Psychotherapeut in der Lage sein müsste, Patienten mit pädophiler Neigung adäquat zu behandeln.

Und wie entwickelte sich das dann weiter?

Zunächst änderte sich wenig: Wir sahen die Patienten und hatten keine wirkliche Möglichkeit der Weitervermittlung – trotz der gegebenen psychotherapeutischen Überversorgung. Dies lag ja auch daran, dass in der Psychotherapie-Weiterbildung zu Diagnostik und Therapie der sexuellen Präferenzstörungen einschließlich des Risikomanagements und der Behandlung mit Medikamenten so gut wie keine Inhalte vermittelt werden. Das wiederum war nichts, was die Fachverbände gerne offen einräumten. Und auch die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Lösung des Problems nichts Substantielles beigetragen.

Doch wie kam es dann zum Präventionsprojekt?

Es war nur eine Frage der Zeit, bis die Medien das Thema aufgriffen – nämlich mit Unverständnis gegenüber der Politik, die sich dem präventiven Ansatz nicht so recht aufzuschließen vermochte. Das betraf die Jahre 2001 und 2002. Die Landespolitiker misstrauten den klinischen Erfahrungen, die wir gesammelt hatten, und fühlten sich durch Befragung von Nachbarfächern, etwa der Psychiatrie, insbesondere der forensischen Psychiatrie, bestätigt, die diese Patienten ja nicht kannten. Eine erfreuliche Folge der damaligen Bemühungen waren zumindest verbesserte ambulante Angebote für entlassene Sexualstraftäter. Damals wurde die *Forensisch-Therapeutische Ambulanz* gegründet, die für Patienten zuständig ist, die aus dem Maßregelvollzug entlassen werden oder aus der Sozialtherapeutischen Anstalt des Justizvollzugs kommen.

Das heisst, dass es schon eine gewisse Bewegung in der Sache gab?

Ja. Das ging damals zurück auf die Diskussion, die wir ausgelöst hatten. Die *Forensisch-Therapeutische Ambulanz* in Berlin feiert in diesem Jahr übrigens auch ihr 10jähriges Bestehen. Da nunmehr aber klar war, dass für unser Projekt eine Unterstützung durch die öffentliche Hand nicht zu erwarten wäre, war die sinnvollste Alternative über ein Forschungsprojekt gleich mehrere Fragen zu klären: Gibt es die Zielgruppe überhaupt oder hatten die forensischen Psychiater Recht, die das in Zweifel zogen? Lässt sich ein entsprechendes Therapieangebot bewerben und wer genau möchte es in Anspruch nehmen

bzw. wie effektiv erweist es sich? Wenn man aber für ein Therapieangebot wirbt, muss man auch mit den Interessierten, welche die Einschlusskriterien erfüllen, die Therapie durchführen. Auf diese Weise wäre also zumindest zeitweise auch ein Versorgungsangebot gegeben – immer unter der Voraussetzung, dass ein Forschungsantrag bewilligt wurde. Das hat die zunächst involvierte *Deutsche Forschungsgemeinschaft* nicht getan – mit der Begründung, laut Gutachter gäbe es die Zielgruppe gar nicht. Die *VolkswagenStiftung* hat das anders gesehen.

Wie kam die VW-Stiftung dazu? Lief das parallel?

Nein, nicht parallel, sondern nacheinander. Bei der *VolkswagenStiftung* gab es die Möglichkeit, eine Förderung in der Rubrik „Offen – für Außergewöhnliches“ zu beantragen, mit der die Stiftung neue Ideen fördert, die quer zu Disziplinen und zum sogenannten „mainstream“ stehen und deswegen deutlich weniger Chancen haben. Dies betrifft insbesondere die Entwicklung neuer Ansätze. So ist es in diesem Förderprogramm der *VolkswagenStiftung* Voraussetzung, dass man nachweisen kann, dass sich im Rahmen sonst bestehender Möglichkeiten keine Unterstützung für das Projekt finden lässt. Selbstverständlich war auch die *VolkswagenStiftung* von Gutachtern beraten, aber der Antrag war englischsprachig einzureichen, wurde also nicht nur deutschsprachigen Gutachtern zugänglich gemacht. Jedenfalls ist es einzig und allein der *VolkswagenStiftung* zu verdanken, dass dieses Projekt in Gang kam. Sie hat den Mut gehabt, etwas vollkommen Neues auszuprobieren und das in einem hochsensiblen, gesellschaftspolitisch brisanten Themengebiet. Dabei hat die *VolkswagenStiftung* nie einen Zweifel daran gelassen, dass sie ausschließlich der wissenschaftliche Aspekt interessiere und sie diesen fördern möchte.

Und wie entwickelte sich das Projekt danach?

Nach der Bewilligung der Fördersumme durch die *VolkswagenStiftung* haben wir sämtliche Kinderschutzorganisationen über das Projekt informiert und um Unterstützung gebeten. Wir waren ja der Auffassung, dass eine präventiv orientierte Therapie eine besonders sinnvolle Form des Kinderschutzes darstellt, da es gar nicht erst zu Opfern kommt. Die einzige Opferschutzorganisation, die sich damals für diesen Ansatz aufschließen konnte, war die in Karlsruhe beheimatete Stiftung *Hänsel + Gretel*. Vorsitzende war die frühere Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg, Barbara Schäfer-Wiegand. Diese hat sich – genauso wie der Geschäftsführer der Stiftung, Jerome Braun – bereits in der Anfangsphase sehr für das Projekt eingesetzt. Frau Schäfer-Wiegand war dann auch im Beirat des Projektes, gemeinsam mit dem damaligen Vorstandsvorsitzenden der Charité, Prof. Detlev Ganten, dem

Mitglieder des ersten PPD-Teams von 2005 (von links nach rechts): Christoph J. Ahlers, Ingrid Mundt, Janina Neutze, Madelaine Dimitrowa, Elena Hupp, Gerard A. Schaefer, David Goecker, Klaus M. Beier, Stefan Faistbauer, Bildquelle: Privataufnahme



Strafrechtler und Kriminologen aus München Prof. Heinz Schöch, dem Präsidenten der Berliner Ärztekammer, Dr. Günter Jonitz, und dem Kieler Sexualmediziner Prof. Hartmut Bosinski. Über *Hänsel + Gretel* entstand auch der Kontakt zur Medienagentur *Scholz & Friends*, die sich pro bono des Themas annahm und Plakatmotive sowie einen ersten TV-Spot produzierte. Zu diesem Zeitpunkt hatten wir bereits unsere Patienten aus der Ambulanz befragt, welche Empfehlungen sie für eine wirksame Werbekampagne geben würden, und hiernach war klar, dass man die Neigung selbst nicht pathologisieren dürfte, dass man Verständnis für die Situation vermitteln müsste, in der sich die Betroffenen befanden, aber andererseits auch ein hohes Maß an Professionalität hinsichtlich der angebotenen Leistungen zum Ausdruck kommen musste. Die resultierende Medienkampagne von *Scholz & Friends* war großartig, Plakatmotiv und TV-Spot äußerst überzeugend und vor allem: Die Betroffenen fühlten sich dadurch angesprochen. Der Erfolg des Projektes ist sicher auch hierauf zurückzuführen, was auch deshalb hervorgehoben werden muss, weil *Scholz & Friends* damals die Unterstützung unentgeltlich gewährte. Wir hätten nicht die Möglichkeit gehabt, dies auch nur ansatzweise zu finanzieren.

Wann genau ging es dann los?

Der Startschuss fiel am 1. Juni 2005 – zum Weltkinderdtag – mit einer Pressekonferenz, auf der das Plakatmotiv und der TV-Spot vorgestellt wurden, in Anwesenheit des Beirats des Projekts. Diese Pressekonferenz war außerordentlich gut besucht und führte zu einer extensiven Berichterstattung und einem sehr schnellen Anstieg der Nachfragen von Betroffenen.

Und wie lief das generell ab, wie konnten Interessierte mit dem Projekt Kontakt aufnehmen?

In der Öffentlichkeitsarbeit wurden die Kontaktdaten mitgeteilt, also Telefonnummer und e-mail-Adresse.

Das galt für die Plakate ja sowieso, aber darauf wurde auch geachtet, wenn ein Beitrag über das Projekt in einer Tageszeitung erschien. Diese Informationen wiederum waren verbunden mit der Versicherung, dass die ärztliche Schweigepflicht gilt und dass auch die Möglichkeit besteht, anonym den Kontakt zu suchen, um Hilfe zu erhalten. Das war vor allem deshalb wichtig, weil es nicht nur die potentiellen Täter gab, also diejenigen, die Übergriffe verhindern wollten und noch nie einen begangen hatten, sondern auch die realen Täter im Dunkelfeld, also diejenigen, die bereits einen Missbrauch begangen hatten und die dieses Verhalten selber ändern wollten. Tatsächlich zeigte sich, dass wir Anfragen aus beiden Gruppen hatten – und zwar jeweils zur Hälfte. Meist lief das über e-mail, seltener gleich zu Anfang auch über Telefon. Die Sorge, dass man doch nicht auf die Schweigepflicht vertrauen könnte, war groß, aber zunehmend rückläufig. In der Öffentlichkeit wiederum bestanden anfangs erkennbare Zweifel, ob man auf diese Weise wirklich dem Kinderschutz dienen würde, da wir uns ja an die potentiellen Verursacher sexueller Traumatisierung wandten. In der öffentlichen Wahrnehmung wurde Pädophilie mit der Straftat gleichgesetzt, was wiederum in erster Linie Bestrafungsimpulse produzierte. Aber auch das war nach meinem Eindruck bald rückläufig.

Wie lief das dann, die haben angerufen und was wurde dann besprochen?

In der Anfangsphase haben wir noch ein Telefonscreening gemacht, so eine Art erste kurze Befragung um Aufschluss darüber zu erlangen, ob diejenigen die anrufen tatsächlich diejenigen wären, für die wir die Studie gedacht hatten. Das konnte schnell über die dafür geplanten zehn Minuten hinausgehen und führte immer wieder zu Überforderungssituationen für die Screener, zumal da auch konkrete Gefahrensituationen angenommen werden konnten, etwa wenn jemand berichtete, dass

seine kleine Nichte für zwei Wochen – im Einverständnis mit den Eltern, die zu einer Fernreise aufgebrochen seien – bei ihm wohne und er immer stärkere Gefühle für das Kind entwickle.

Es gab also Situationen mit sofortigem Interventionsbedarf?

Es gab niemanden, der gesagt hätte, er sei alleine in der Wohnung, neben ihm säße das Kind, das er jetzt gleich missbrauchen würde. Der Vorteil des Präventionsansatzes ist ja, dass wir diejenigen ansprechen, die eine Eigenmotivation zur Verhaltensänderung haben. Es ist also sehr günstig, wenn diese sich melden und ihre Befürchtungen äußern, einen Übergriff begehen zu können. Das ermöglicht uns ja dann, tätig zu werden und diesen zu verhindern. Das können wir aber nicht per Telefon und insofern sind wir schnell dazu übergegangen, persönliche Gesprächstermine zu vereinbaren und die jeweilige Situation im Einzelfall dann genau zu klären sowie bei drohender Kindeswohlgefährdung in Zusammenarbeit mit dem potentiellen Täter Maßnahmen zu ergreifen, die zielführend sind. Jemand, der vorhat, einen Übergriff zu begehen und sich dabei möglichst nicht erwischen lassen möchte, der im Übrigen davon überzeugt ist, dass er Kindern gar nichts antut, wenn es zu sexuellen Handlungen kommt, wird sich ja gerade nicht im Projekt melden. Insofern konnten wir immer von der Kooperationsbereitschaft der Teilnehmer ausgehen.

Aber es wurden ja trotzdem nicht alle genommen, die mitmachen wollten?

Das ist zutreffend. Wie in jeder klinischen Studie gibt es Ein- und Ausschlusskriterien, die im Rahmen der Eingangsdiagnostik geprüft wurden. Ein Ausschlusskriterium war häufig, dass bei den Betroffenen doch schon ein Ermittlungsverfahren in Gang gekommen war und somit nicht mehr zweifelsfrei von einer Eigenmotivation ausgegangen werden konnte.

Jetzt ist durch das Interview eine Ansprechbarkeit gegeben und damit auch das höhere Risiko eines Übergriffs. Wie geht es mit dem Betroffenen dann weiter?

Die Kernüberlegung ist ja präventiv zu wirken und insofern ist der nächste Schritt, die Behandlung selbst. Sie kann entweder im Einzelsetting erfolgen, also der Betroffene bekommt einen Therapeuten, oder in der Gruppe, wo sechs bis zehn Betroffene mit zwei Therapeuten konfrontiert sind. Grundlage ist ein Behandlungsprogramm mit verschiedenen Modulen, in dem die Erfahrungen aus Therapieprogrammen des Hellfeldes eingeflossen sind. Hinzu kommt die Nutzung sozialer Ressourcen, sei es die Angehörigen oder – sofern vorhanden – der Partner, die eine stützende Funktion haben, wenn sie ihm authentisch

vermitteln können: „Wir wissen, wie Deine Ausrichtung ist, wir wissen aber auch, dass Du verantwortlich damit zurechtkommen und dafür Hilfe in Anspruch nehmen möchtest. Wir wissen, dass das geht, und wir erkennen das an und Du bist jetzt durch die Neigung für uns kein schlechterer Mensch als andere.“ Das ist dann ein sozial stärkender Empfangsraum, welcher der Vereinsamung entgegenwirkt, die bei vielen sonst kennzeichnend ist und einen Risikofaktor darstellt für die Nutzung von Missbrauchsabbildungen und letztlich in sozial unkontrollierten Situationen auch für direkte Übergriffe.

Gibt es denn einen Fall, wo das funktioniert hat?

Aber sicher. Ich erinnere mich sehr gut an den Fall eines überdurchschnittlich intelligenten Erziehers, der ausschließlich auf Jungen im vorpubertären Alter ausgerichtet war und neben seiner erzieherischen Tätigkeit mit Jugendlichen, die ihn weniger reizten, Patenschaften für Jungen im Präferenzalter einging. Er begeisterte die alleinerziehenden Mütter genauso wie deren Söhne und konnte sehr gut beschreiben, wie die Jungen mit zunehmender Vertrautheit immer offener, lenkbarer und auch manipulierbarer wurden. Dabei lief in seiner Phantasie immer auch der Film der sexuellen Handlungen mit den begehrten Jungen, in enger Verbindung mit starken Ängsten, dass er diese Handlungen real begehen könnte.

Waren ihm denn diese Zusammenhänge, in denen er sich bewegte, klar?

Das ist ja das Verblüffende. Auf einer rationalen Ebene war ihm die Problematik seines Verhaltens vollkommen klar, auf einer emotionalen Ebene wurden diese Bedenken im Kontakt mit den Jungen immer geringer. Und dann suchte er nach vermeintlichen Argumenten, die sein früheres Fehlverhalten abmildern sollten, beispielsweise dahingehend, dass die Jungen sich auch für ihren Körper interessieren würden und dies ganz natürlich wäre. Erkennbare kognitive Verzerrungen, die sich ja tatbegünstigend auswirkten und deshalb in der Therapie bearbeitet werden mussten.

Das heißt, er hatte Übergriffe in der Vergangenheit begangen?

Ja. Und das beunruhigte ihn umso mehr. Bei einem früheren Patenkind, in das er sich „unsterblich“ verliebt hatte, war es zum Streicheln von dessen Genital gekommen und zwar mehrfach. Mutter und Sohn waren dann berufsbedingt sehr weit weg gezogen, so dass der Kontakt nicht mehr aufrechterhalten werden konnte. Hiernach begann er, Missbrauchsabbildungen zu konsumieren. In dieser Phase kam er zu uns. Wir haben antiandrogen wirkende Medikamente genutzt, konnten weitere Übergriffe verhindern, und auch erreichen, dass er aus eigener Ein-

sicht keine Patenschaften mehr einging. Und er hatte sich seinem Bruder offenbart, was ihm zusätzlich Sicherheit verlieh, da dieser sich nicht von ihm abwandte, sondern ihm im Wissen um seine Problematik weiterhin seinen Sohn anvertraute.

Also ein erfolgreicher Verlauf?

Allerdings. Und das maximal Erreichbare. Er kannte jetzt seine Risiken und hatte einen Plan, wie er in Risikosituationen vorgehen müsste. Er wusste, dass er wegen der Neigung nicht abgelehnt würde, nicht nur von den Therapeuten, sondern auch von seinem Bruder nicht. Seinen Beruf übt er mit mehr innerer Sicherheit aus. Seitdem er bei uns angebunden ist, hat es keinen Übergriff mehr gegeben. In der Statistik läuft er unter den rückfallfreien realen Tätern im Dunkelfeld. Und hier entsteht eben hinsichtlich der Effektivität ein Nachweisproblem, denn es ließe sich ja entgegenhalten, dass er auch rückfallfrei geblieben wäre ohne Teilnahme an dem Behandlungsprogramm. Eine solche verkürzte Sichtweise verkennt eben den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit, sozialem Empfangsraum und dem Risiko für die Begehung von Übergriffen bzw. die Nutzung von Missbrauchsabbildungen.

Und diejenigen, die rückfällig geworden sind?

Sind Anlass zu größter Sorge, weil wir uns fragen müssen, was haben wir übersehen, wo fehlten uns Informationen, welche Möglichkeiten hätte es gegeben. Die Anzahl der Rückfälligen – insgesamt waren es bei der ersten Evaluation fünf – war aus unserer Sicht viel zu hoch, wobei wir keine Vergleichswerte aus dem Dunkelfeld hatten. Keiner von den Rückfälligen ist der Justiz bekannt geworden, was noch mal die große Bedeutung des Dunkelfeldes ersichtlich macht. Gemessen an sonst üblichen Kriterien, nämlich eines strafrechtlich verfolgten Rückfalls, lag dann aber unsere Quote bei Null. Dies ist deshalb erwähnenswert, weil eben die meisten Studien ihre Rückfallquoten über erneute Verurteilungen berechnen. Wir konnten immerhin zeigen, dass die Anzahl der Rückfalltäter in der Behandlungsgruppe geringer war als in der Wartegruppe, wobei sich dieser Unterschied noch nicht auf Signifikanzniveau darstellte. Signifikante Unterschiede waren allerdings für einzeln erfasste Verhaltensstörungen nachweisbar. Mit anderen Worten: Die noch nicht behandelten, auf Therapie wartenden Teilnehmer waren häufiger rückfällig gewesen, die Anzahl der Täter unterschied sich aber nicht.

Die Förderung der VolkswagenStiftung lief doch irgendwann aus?

Die erste Förderphase erfolgte über 3 Jahre. Eine zweite mit deutlich geringerem Budget nochmal für 3

Jahre. Da ging es vor allem um Analysen zu den Nutzern von Missbrauchsabbildungen, da im Projektverlauf immer deutlicher wurde, dass hier eine große und allseits unterschätzte Problematik vorlag. Dafür waren wir aber ab 2008 nicht mehr ausreichend finanziert und haben es der damaligen Bundesjustizministerin Brigitte Zypries zu verdanken, dass es zu einer Weiterförderung mit Bundesmitteln kam, die dann 2011 und zuletzt 2014 jeweils für drei Jahre verlängert wurde. Seit 2011 war das mit der Zielstellung verbunden, den Präventionsansatz in anderen Bundesländern zu etablieren – mittlerweile gibt es einschließlich Berlins 11 Anlaufstellen in Deutschland.

Wann werden die nächsten Anlaufstellen des Netzwerkes entstehen?

Ein Ausbau des Präventionsnetzwerkes ist weiterhin unser Anliegen – übrigens auch Sache der Politik. So hat die CDU-/CSU-Arbeitsgruppe Gesundheit des Deutschen Bundestages ein Positionspapier verfasst, in dem insgesamt 20 Anlaufstellen bundesweit und deren Finanzierung über das Gesundheitssystem gefordert werden.

Wie könnte das funktionieren?

Über ein Modellvorhaben. In § 63(1) des *Sozialgesetzbuches* ist gesetzlich geregelt, dass die Krankenkassen auch neue Finanzierungswege modellhaft erproben können. Hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist ja seit 10 Jahren erprobt worden, wie vorgegangen werden muss, und es ist auch bekannt, dass nur ein Teil dieser Leistungen in den herkömmlichen Abrechnungssystematiken nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab ausreichend abgedeckt ist. Dies betrifft vor allem den aufzuwendenden Zeitumfang für die Leistungserbringung, z.B. im Zusammenhang mit der Angehörigenarbeit, der fortlaufenden Risikoerfassung oder auch dem Monitoring bei medikamentösen Behandlungen. Hinzu kommt aber die anonyme Leistungserbringung, weil wir ja die Zugangsschwelle für die Inanspruchnahme des Behandlungsangebotes bewusst niedrig halten wollen und um die Ängste der Betroffenen vor sozialer Stigmatisierung hinreichend wissen. Die hier erforderliche Anonymität ist aber mit dem derzeitigen Regelsystem gar nicht in Einklang zu bringen, so dass ein Modellvorhaben den richtigen, vom Gesetzgeber ja auch vorgesehenen Weg darstellt¹.

¹ Im „Positionspapier zur Verbesserung der gesundheitspolitischen Maßnahmen im Bereich Pädophilie“ der CDU-/CSU-Arbeitsgruppe Gesundheit vom Februar 2015 wird zunächst festgehalten, dass es für diejenigen, die „für sich ‚rechtzeitig‘ erkennen, dass sie der Behandlung und Unterstützung bedürfen, [...] es mehr und verlässlicher finanzierte anonyme Angebote als bisher“ braucht. Es wird vorgeschlagen, die bestehenden Angebote an der Charité und an den anderen Standorten in Deutschland „über zeitlich befristete Projekte außerhalb der GKV [zu finanzieren], vor allem aus Mitteln der Justizminister von Bund und einzelnen Ländern“. Als

Da ist dann wohl mit erheblichem Widerstand der Krankenkassen zu rechnen?

Leicht wird es ihnen nicht fallen, weil es ja mit zusätzlichen Ausgaben verbunden ist. Es wird sicher davon abhängen, wie überzeugend das Präventionsnetzwerk seine Position darzustellen vermag. Bei den Patienten handelt es sich ja de facto um Versicherte des Systems, die aus störungs- und systemimmanenten Gründen nicht die üblichen Wege gehen können. Damit wird ihnen im Regelsystem nicht die adäquate Behandlung zuteil, die sie zur Erlangung psychischer Gesundheit benötigen, und die Gesellschaft verpasst zugleich die Chance, Gefahren einer potentiellen Fremdgefährdung zu minimieren und Kinder zu schützen. Insofern spielen hier auch gesellschaftspolitische Aspekte eine Rolle und ich gehe davon aus, dass sich keiner dem vollständig zu verschließen vermag. Im Übrigen handelt es sich auch um übersichtliche Summen, die nach Schätzung der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU-/CSU-Fraktion zwischen 5 und 8 Mio € jährlich liegt. Das derzeit aufgewendete Finanzvolumen für das Gesamtnetzwerk – also 11 Anlaufstellen – liegt geschätzt bei 2 Mio €. Das Geld stammt ja aus ganz unterschiedlichen Töpfen, also verschiedenen Landesministerien, aber auch dem Bundeshaushalt, und ist eindeutig zu niedrig bemessen. Darüber hinaus wird es den verschiedenen Einrichtungen nur für begrenzte Zeiträume, z.T. jeweils nur für ein Jahr, zur Verfügung gestellt. In dem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass es eine EU-Direktive aus dem Jahr 2011 gibt, die das Vorhalten von Therapieprogrammen für potentielle Straftäter fordert. Umgesetzt hat das – wenn auch nicht flächendeckend – lediglich Deutschland. Die Länder des Europarates wiederum haben größtenteils die entsprechende Lanzarote-Konvention ratifiziert und sich damit politisch verpflichtet, die genannte Bedingung zu erfüllen.

nächsten Schritt sollten dann die gesetzlichen Krankenkassen sowie die privaten Versicherer in die Finanzierung einbezogen werden. Ziel ist es, die mit der Erprobungsphase von ca. fünf Jahren gewonnenen Erkenntnisse in eine Regelfinanzierung zu überführen. Abschließend heißt es: „Zugegebenermaßen ist dies ein ungewöhnliches und auf den ersten Blick aufwändiges Verfahren [um die notwendige Anonymität zu gewährleisten, Einfügung v.d. Redaktion]. Aber besondere Umstände erfordern besondere Lösungen. So wie es heute ist, wird eine eigentlich von der Krankenversicherung zu bezahlende Behandlung vom Steuerzahler finanziert bzw. sie wird den Patienten mangels Angebot vorenthalten. Dies ist vor allem aus einem Grund inakzeptabel: Aktive Tatvermeidung ist der beste Opferschutz.“

Wie sieht es somit denn in anderen Ländern konkret aus?

Durch Vorträge auf internationalen Kongressen, Buchbeiträge und Originalpublikationen wird das Projekt auch international zunehmend bekannt. Von Fachkollegen aus vielen Ländern Europas, insbesondere England, Finnland, Frankreich, Österreich und Polen haben wir Nachfragen. In Finnland sind Umsetzungspläne sehr weit fortgeschritten, in England ist ein Bemühen darum immer deutlicher erkennbar. In den USA ist das Interesse ebenfalls äußerst groß und es gäbe einige Kollegen, die sofort mit der Arbeit beginnen würden, wenn die „Mandatory Reporting Laws“ sie nicht davon abhielten, weil sie befürchten müssten, selber zum Ziel von Ermittlungen zu werden. Erhält ein Therapeut von einem Patienten Kenntnis über von diesem begangene sexuelle Übergriffe auf Kinder, muss er ihn anzeigen, sonst macht er sich selbst strafbar. Dies gilt auch in Kanada und Australien. Bei der Nutzung von Missbrauchsabbildungen gilt das übrigens nicht. Unsere Empfehlung ist seit langem, sich auf diese Zielgruppe zu konzentrieren und eben anonym die Präventionsleistung anzubieten. Man könnte auch über Sondergenehmigungen für entsprechende Präventionsprojekte nachdenken, z.B. in Erprobungsphasen. Auf jeden Fall muss man das Konzept auf die gesellschaftlichen, politischen, rechtlichen und gesundheitssystemischen Bedingungen des jeweiligen Landes ausrichten. Eine 1:1-Übertragung scheidet aus. Das heißt aber nicht, dass wir keine Chance hätten, auch in anderen Ländern die dort in mindestens gleicher, wenn nicht höherer Häufigkeit vorkommenden sexuellen Übergriffe auf Kinder einzudämmen, indem man auch dort bei der Zielgruppe ansetzt, die um ihre Problematik genau weiß: den Pädophilen.

Die es in allen Ländern und Kulturen gibt?

Ja. Davon ist auszugehen. Natürlich fehlen uns exakte Daten aus epidemiologischen Untersuchungen. Aber auch in Deutschland haben wir ja nur Annäherungswerte um abzuschätzen, dass ca. 1% der männlichen Bevölkerung eine Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema aufweist, ob dies nun ausgelebt wird oder nicht.

Die WHO müsste das Thema doch auch bearbeiten, oder?

Die WHO befasst sich seit langem mit Prävention von sexueller Traumatisierung von Kindern, von Frauen, auch mit häuslicher Gewalt. Auf dem nächsten World Health Summit vom 11.–13. Oktober 2015 in Berlin wird sie bei einem Workshop zum Thema „Sexual Violence: The Health Sector Response“ dabei sein. Dort wird auch das Dunkelfeldprojekt zur Sprache kommen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Pädophilie und Hebephilie im Kontext sexuellen Kindesmissbrauchs

Klaus M. Beier, Till Amelung, Dorit Grundmann, Laura F. Kuhle

Pedophilia and Hebephilia in the Context of Child Sexual Abuse

Abstract

This article outlines the dimensions of child sexual abuse, its short and long term effects on sexually abused children and the German penal code regarding pedophilia/hebephilia. Another part discusses the profiles of sexual offenders and the various diagnostic instruments and methods used to determine pedophilia/hebephilia as sexual preference. The text thus describes the background for the *Prevention Project Darkfield*, which was established at the *Institute for Sexual Medicine and Sexology* of the Charité Berlin in 2005 to offer therapeutic help to self-motivated pedophile/hebephile people to control their sexual preference.

Keywords: Child protection, Child sexual abuse, Use of child abusive images, Preventive therapy, Pedophilia, Hebephilia

Zusammenfassung

Der Text beschreibt die Dimension des sexuellen Missbrauchs von Kindern, seine kurz- und langfristigen Auswirkungen auf die Betroffenen, sowie die diesbezügliche deutsche Gesetzgebung. Ein weiterer Teil befasst sich mit den Täterprofilen, sowie mit den verschiedenen diagnostischen Instrumenten und Methoden, die verwendet werden, um Pädophilie/Hebephilie als sexuelle Präferenz zu bestimmen. Der Text verweist damit auf den Hintergrund für das 2005 am *Institut für Sexualmedizin und Sexualwissenschaft* der Charité Berlin etablierte *Präventionsprojekt Dunkelfeld*, das pädophilen und/oder hebephilen Menschen therapeutische Hilfe anbietet, wenn sie diese selbstbestimmt und eigenmotiviert in Anspruch nehmen wollen.

Schlüsselwörter: Kinderschutz, sexueller Kindesmissbrauch, Nutzung von Missbrauchsabbildungen, präventive Therapie, Pädophilie, Hebephilie

Sexueller Kindesmissbrauch – Ausmaß und Folgen

Aktuelle Analysen der *World Health Organization* besagen, dass in Europa 9.6% aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren Opfer von sexuellem Missbrauch werden (13.4% der Mädchen und 9.6% der Jungen) (WHO Regional Office for Europe, 2013). Der ersten repräsentativen deutschen Umfrage zufolge werden 8.6% der Mädchen und 2.8% der Jungen Opfer sexueller Übergriffe mit direktem Körperkontakt durch Erwachsene (Wetzels, 1997). Neuere, ebenfalls repräsentative Untersuchungen in Deutschland ergaben einerseits niedrigere (vgl. Bieneck et al., 2011), andererseits höhere Prävalenzraten (vgl. Häuser et al., 2011), was daraus resultierte, dass je mehr ältere Menschen in die Stichprobe einbezogen wurden, umso höher die Prävalenz war.

In Deutschland wurden im Jahr 2014 laut polizeilicher Kriminalstatistik (PKS) 12.134 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch mit 14.191 Opfern polizeilich erfasst (Bundeskriminalamt, 2015). Jene Fälle, die der Justiz bekannt werden und im so genannten Hellfeld erscheinen, stellen aber nur einen Teil des realen Ausmaßes dar. Laut einer amerikanischen Studie erstatteten 91% der Opfer sexuellen Missbrauchs keine Anzeige (Henry & McMahon, 2000). Andere Studien gehen von einer bis zu 30-fach höheren Dunkelziffer als die in der PKS erfassten Fälle des sexuellen Kindesmissbrauchs aus (Stoltenborgh et al., 2011).

Die Daten der Studie von Wetzels (1997) enthalten einen wichtigen Hinweis auf die Gründe für diese hohe Dunkelziffer: Ca. ein Drittel der Taten ereignen sich im familiären Nahraum, aus dem heraus bekanntermaßen wesentlich seltener Anzeigen erstattet werden. Dies entspricht auch anderen Untersuchungen und klinischen Erfahrungen, wobei dies insbesondere jene Taten sind, die lang anhielten und durch massive (penetrative) Übergriffe gekennzeichnet waren. Wetzels konnte im Übrigen zeigen, dass Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs zu einem Drittel auch Opfer elterlicher physischer Misshandlung wurden, womit diese Rate ca. dreimal höher ist als bei den nicht sexuell Missbrauchten. Ferner waren 45% der Missbrauchsopfer in ihrer Kindheit auch mit physi-

scher Gewalt in der Beziehung des Elternpaares konfrontiert, eine Rate, die doppelt so hoch ist wie bei den nicht sexuell missbrauchten Personen. Diese Befunde sind besonders bedeutsam für die Darlegung der Auswirkungen sexuellen Kindesmissbrauchs.

Sexueller Missbrauch kann tiefgreifende und vielfältige Auswirkungen auf die psychische und soziale Entwicklung eines Kindes oder eines Jugendlichen haben, deren kurz- und langfristige psychologische, soziale, physische und/oder Verhaltensprobleme professionelle Unterstützung erforderlich machen (vgl. Leeb et al., 2011). Unmittelbare Folgen können körperliche Verletzungen oder Infektionen, sowie psychische Symptome eher unspezifischer Natur sein, die sich bspw. in diffusen Leibbeschwerden, Ess- und/oder Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Depressionen sowie Suizidversuchen äußern (vgl. Beier et al., 2005; Görgen et al., 2012).

Hinsichtlich körperlicher Langzeitfolgen verweisen Studien auf spätere kardiopulmonale und gynäkologische Erkrankungen, funktionelle Magen-Darm-Beschwerden, chronische Schmerzen, psychogene Krampfanfälle, starkes Übergewicht sowie ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit HIV bzw. das Erkranken an AIDS (Bensley et al., 2000; Irish et al., 2010; Görgen et al., 2012; Paras et al., 2009; Trickett et al., 2011); auch wurde eine Abnahme der grauen Hirnsubstanz in den Arealen des somatosensorischen Kortex nachgewiesen, die die Genitalregion verschalten (Heim et al., 2013). Im Hinblick auf psychische Langzeitfolgen gilt das Erleben eines sexuellen Missbrauchs als Risikofaktor für eine Vielzahl psychopathologischer Symptome und Erkrankungen, wie zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Ess-, Angst- und Schlafstörungen (Brezo et al., 2008; Chen et al., 2010; Cogle et al., 2010; Johnson et al., 2002; Noll et al., 2006; Paolucci et al., 2001; Steine et al., 2012). Die aus einem erlebten sexuellen Missbrauch resultierenden Konsequenzen belasten das betroffene Kind oder den Jugendlichen teils über die gesamte weitere Lebensspanne.

Darüber hinaus wirkt Missbrauch sich auch auf die Gesellschaft als Ganzes aus. Die gesamtgesellschaftlichen Kosten der Behandlung von Traumafolgestörungen nach Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung belaufen sich grob geschätzt auf einen Betrag von 11 Milliarden Euro jährlich (Habetha et al., 2012). Dabei unberücksichtigt sind die immateriellen Kosten: die Auswirkungen auf die Lebensqualität. Bei vielen Opfern sexueller Gewalt ist das Vertrauen in das Gelingen von Beziehungen erschüttert, also in jene die Lebenszufriedenheit unmittelbar betreffende Erlebnisdimension menschlicher Sexualität.

So zeigte sich in einer kanadischen Untersuchung von Berthelot und Mitarbeitern (2014), dass von den

218 befragten Erwachsenen (104 Männer und 114 Frauen), die sich wegen sexueller Störungen in spezialisierte ambulante Therapieeinrichtungen begeben hatten, 37% der Männer ($n = 38$) und 56% der Frauen ($n = 64$) in der Kindheit sexuell missbraucht worden waren. Diese wiesen häufiger Symptome von Depressionen oder Ängstlichkeit auf als Patienten ohne eine entsprechende Vorgeschichte. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen waren die meisten Taten nicht intrafamiliär begangen worden; fast die Hälfte beider Geschlechter gab an, Opfer penetrativer Praktiken geworden zu sein, ebenfalls annähernd die Hälfte war Opfer wiederholter Übergriffe gewesen, wobei viele im Alter zwischen 7–12 Jahren betroffen waren (vgl. Tab. 1).

Ebenfalls wurde deutlich, dass sich die schwerwiegendsten Formen sexuellen Missbrauchs mit höherer Wahrscheinlichkeit auf die partnerschaftliche Beziehungsgestaltung auswirkten und sowohl die partnerschaftliche Zufriedenheit und Partnerschaftsqualität, als auch die erlebte partnerschaftliche Übereinstimmung durchschnittlich geringer waren als bei denen, deren Missbrauch weniger ausgeprägt gewesen war (vgl. Tab. 2).

Es ist folglich davon auszugehen, dass sich die Varianz der Tatphänomenologie auf die Varianz der Langzeitfolgen auswirkt: Das einmalige Sehen eines Exhibitionisten hat nachweislich keinerlei negative Langzeit-Auswirkungen, und selbst der einmalige sexuelle Übergriff durch einen Fremden kann von einem Kind, das in einer behüteten, offenen und vertrauensvollen Familien-Atmosphäre heranwächst, wo es Beistand und Rat (nicht aber ausschließliche Dramatisierung) erfährt, ohne längere gravierende Folgen verarbeitet werden. Auf diese protektive Wirkung der Familienatmosphäre („buffering-effect“) für die Überwindung von Traumafolgen ist in der Entwicklungspsychologie immer wieder hingewiesen worden (vgl. Kinzl, 1997).

Genau im Fehlen dieses protektiven Effekts besteht dann auch einer der psychotoxischen Faktoren für die immer wieder beschriebenen, massiven, psychiatrisch relevanten Langzeitfolgen, vor allem bei Opfern innerfamiliären Missbrauchs. Dieser wird dem Kind von einer Person angetan, die eigentlich als Vertrauens- und Zuwendungsperson den Aufbau eines „Urvertrauens“ ermöglichen sollte. Diese Art von Missbrauch währt zumeist Jahre und ist durch die massivsten (penetrativen) Missbrauchshandlungen gekennzeichnet. Die familiär abgeschottete Situation bringt zudem mit sich, dass das Kind oft keinen Ausweg aus dem Einflusskreis des Täters findet. So gelingt es den Tätern innerfamiliären Missbrauchs häufig jahrelang, mit subtilen Drohungen und Korruptionsstrategien sowie Schuldübertragungen und Appellen an die Familiensolidarität eine Aufdeckung zu verhindern. Nicht selten kommt es erst viel später, wenn beispielsweise das Opfer

erwachsen ist, nicht mehr im elterlichen Haushalt lebt und sich in einer Partnerschaft befindet, zur Offenbarung.

Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass die Spät- und Langzeitfolgen umso gravierender sind, je näher der Täter dem Opfer steht, je früher der Missbrauch beginnt und je länger er anhält, je massiver (penetrativer) und gewalttätiger die Übergriffe und je weniger das Opfer sich dem Einwirken des Täters zu entziehen und/oder sich anderen zu offenbaren vermag (vgl. Beier et al., 2005).

Die offensichtlich weit verbreiteten Schwierigkeiten von Menschen, die in ihrer Kindheit Opfer sexuel-

ler Traumatisierungen geworden sind, hinsichtlich ihrer partnerschaftlichen und familiären Verwirklichung sowie der damit häufig verbundenen gravierenden Einschränkungen ihrer Lebensqualität, ist eine dringliche Aufforderung, jedwede Anstrengung zu unternehmen, um sexuellen Missbrauch von Kindern zu verhindern, also die primäre Prävention auszubauen.

Wie die klinische Erfahrung darüber hinaus zeigt, gibt es aber auch eine breite Überlappung zwischen sexuellen Funktionsstörungen und sexuellen Präferenzstörungen. Bei gezielter Diagnostik wird nicht selten ersichtlich, dass

Tabelle 1: Häufigkeiten und Merkmale von sexuellen Kindesmissbrauch in der Kindheit von 218 Erwachsenen (davon 104 Männer und 114 Frauen), die sich wegen sexueller Störungen in spezialisierte ambulante Therapieeinrichtungen begeben hatten (Tabelle übersetzt nach Berthelot et al., 2014)

Eigenschaften	Frauen, n = 64		Männer, n = 38	
	n	%	n	%
Art des Kindesmissbrauchs (n = 102)				
Intrafamiliär	25	39	15	40
Extrafamiliär	39	61	23	60
Schweregrad (n = 102)				
Exhibitionismus	5	8	3	8
Berühren	29	45	18	47
Penetration	30	47	17	45
Häufigkeit (n = 102)				
Einmalig	21	35	6	17
Wenige Male (2 – 3)	15	25	11	32
Wiederholt oder chronisch	24	40	18	51
Alter beim ersten Missbrauch (n = 95)				
Vorschulalter (0 – 6 Jahre)	10	16	7	18
Grundschulalter (7 – 12 Jahre)	25	41	19	46
Adoleszenz oder junges Erwachsenenalter (> 12 Jahre)	26	43	8	36

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Dyadic Adjustment Scale (DAS), in Abhängigkeit vom Schweregrad des sexuellen Kindesmissbrauchs in der Kindheit von 218 Erwachsenen (davon 104 Männer und 114 Frauen), die sich wegen sexueller Störungen in spezialisierte ambulante Therapieeinrichtungen begeben hatten (Tabelle übersetzt nach Berthelot et al., 2014)

	Weniger schwerer oder gar kein sexueller Kindesmissbrauch (n = 142)		Schwerer sexueller Kindesmissbrauch (n = 40)		p
	M	SD	M	SD	
Partnerschaftlicher Zusammenhalt	54.38	9.39	52.15	9.01	.182
Partnerschaftliche Zufriedenheit	41.70	10.09	37.78	9.09	.028*
Affektiver Ausdruck	41.24	11.50	37.63	10.86	.077
Partnerschaftliche Übereinstimmung	46.35	9.84	41.85	9.85	.01*
Partnerschaftsqualität	45.17	9.87	40.40	9.20	.007*

Patienten, die sich wegen sexueller Funktionsstörungen (als präsentierten Symptoms) um eine Behandlung bemühen, sexuelle Präferenzbesonderheiten aufweisen, die innerlich abgelehnt werden und sich auf die Sexualfunktionen in der beklagten Weise auswirken können, ohne dass den Betroffenen dieser Zusammenhang bewusst ist. In einer ersten Studie zu diesen Zusammenhängen wurde an der Charité in Berlin eine Stichprobe von Männern untersucht, welche in der andrologischen Sprechstunde der Urologischen Hochschulambulanz vorstellig geworden waren. Dabei zeigte sich, dass der größere Anteil der Patienten, die wegen einer Erektionsstörung kamen (n = 36) entweder eine Besonderheit der sexuellen Präferenz ohne Leidensdruck (n = 18) oder mit Leidensdruck aufwiesen (n = 8). Dies ist trotz der kleinen Stichprobe deshalb von erheblicher Bedeutung, weil bei 15 von den 36 befragten Männern eine Präferenzbesonderheit mit potentieller Fremdgefährdung (i.e., Exhibitionismus, Frotteurismus, Pädophilie oder Hebephilie) vorlag. Es lässt sich hieraus unschwer ableiten, dass der Männerheilkunde (Andrologie/Urologie) mit Blick auf dieses Indikationsgebiet ein viel höherer Stellenwert zukommen müsste, als dies bisher der Fall ist – nicht zuletzt unter präventiven Gesichtspunkten (vgl. Genest et al., 2013).

Gesetzeslage zum sexuellen Kindesmissbrauch

Im strafrechtlichen Sinn wird der sexuelle Kindesmissbrauch unter die Straftatbestände gegen die „sexuelle Selbstbestimmung“ gefasst (§§ 174ff StGB). Damit sind sexuelle Handlungen gemeint, die gegen den Willen des Opfers vorgenommen werden, sowie auch solche, bei denen der Täter bzw. die Täterin in ein scheinbares Einvernehmen unter Ausnutzung der fehlenden Einwilligungsfähigkeit des Opfers und/oder seiner Machtposition herbeiführt. Strafbar sind auch Tathandlungen ohne körperlichen Kontakt, so dass eine Gewaltanwendung im engeren Sinne für die Verwirklichung eines Straftatbestandes nicht Voraussetzung ist.

Eine „scheinbare Einwilligung“ des betroffenen Kindes in eine sexuelle Handlung ist als Definitionskriterium ohne Bedeutung, da ein Kind aufgrund des kognitiven, psychischen, physischen und strukturellen Machtgefälles zum erwachsenen Täter einer solchen Handlung nicht eigenverantwortlich zustimmen kann. Dies kommt auch in dem Straftatbestand des sexuellen Missbrauchs von Kindern gemäß § 176 StGB zum Ausdruck, der die Tat unabhängig von einem Einverständnis des Opfers unter Strafe stellt. Als sexuellen Kindesmissbrauch definiert

das Strafgesetzbuch alle sexuellen Handlungen an und vor einem Kind unter 14 Jahren oder die Veranlassung sexueller Handlungen durch das Kind an sich selbst oder an einer dritten Person. Ebenfalls als sexueller Kindesmissbrauch wird gewertet, wenn auf ein Kind durch Vorzeigen pornografischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornografischen Inhalts, durch Zugänglichmachen pornografischer Inhalte mittels Informations- und Kommunikationstechnologie oder durch entsprechende Reden eingewirkt wird (vgl. § 176 StGB).

Die Produktion von „Kinderpornografie“ beruht auf der sexuellen Ausnutzung und in vielen Fällen dem sexuellen Missbrauch von Kindern. Deswegen ist es angemessener, von sexuellen Missbrauchsabbildungen von Kindern zu sprechen, auch wenn der Begriff „Kinderpornografie“ in Literatur und Rechtsprechung noch häufig Verwendung findet.

Die Nutzung von Missbrauchsabbildungen kann damit nicht als „opferloses Verbrechen“ angesehen werden: Die Beschaffung von Missbrauchsabbildungen kann die Nachfrage für weitere Produktion erhöhen. Die Opfer dieser Produktion beklagen andauernde Traumatisierung durch das Wissen, dass die Dokumentation des an ihnen verübten sexuellen Missbrauchs öffentlich gemacht wurde und weiterhin zugänglich ist.

Der Paragraph 184b des StGB definiert Kinderpornografie als pornografische Schrift (§ 11, Absatz 3) unter folgenden Aspekten: a) als sexuelle Handlungen von, an oder vor einer Person unter vierzehn Jahren (Kind); b) als Wiedergabe eines ganz oder teilweise unbedeckten Kindes in unnatürlich geschlechtsbetonter Körperhaltung oder c) als sexuell aufreizende Wiedergabe der unbedeckten Genitalien oder des unbedeckten Gesäßes eines Kindes. Aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass Darstellungen, die zur sexuellen Erregung und zu Masturbations-Zwecken genutzt werden, beträchtlich in ihrer Eindeutigkeit bzw. Explizitheit variieren, so dass manche Personen Bilder nutzen, die keine offenkundigen Missbrauchsabbildungen darstellen, und damit eigentlich nicht illegal sind (Wortley & Smallbone, 2006). In der Forschung und Präventionsarbeit muss daher die ganze Bandbreite von sexuell expliziten und nicht-expliziten Abbildungen von Kindern berücksichtigt werden, die zur sexuellen Befriedigung eingesetzt werden.

Laut PKS für das Jahr 2014 gab es 4.804 Fälle von Verbreitung, Erwerb und Besitz von fotografischen oder filmischen Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs oder der expliziten Darstellung der unbedeckten Genitalien von Kindern (Bundeskriminalamt, 2015). Auch hier ist davon auszugehen, dass die deutliche Mehrheit der Fälle unentdeckt bleibt und damit im (juristischen) Dunkelfeld stattfindet (vgl. Beier et al., 2005; Beier et al.,

2009; Wetzels, 1997). In einer kürzlich veröffentlichten repräsentativen Untersuchung an deutschen Männern gaben 2,4% an, bereits Missbrauchsabbildungen genutzt zu haben (Dombert et al., 2015).

In Anbetracht dieser Zahlen und der daraus resultierenden Schätzungen eines bedeutend großen Dunkelfeldes ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der Täter nicht strafverfolgt werden und dementsprechend auch nicht von den im Hellfeld vorgehaltenen therapeutischen Angeboten der Sozialtherapeutischen Anstalten oder der Forensisch-Therapeutischen Ambulanzen profitieren können.

Täterprofile sexuellen Kindesmissbrauchs

Die Vielfältigkeit der verschiedenen Manifestationen sexuellen Kindesmissbrauchs erschwert die Entwicklung eines einheitlichen, allgemeinen und umfassenden Erklärungs- und damit Präventionsmodells. Sexueller Kindesmissbrauch resultiert aus einem komplexen Zusammenspiel verschiedenster Faktoren auf intra- und interindividueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene (vgl. Hagemann-White et al., 2010; Ward & Beech, 2006).

Bisherige Forschungsergebnisse zu den individuellen Risikofaktoren zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen devianten sexuellen Interessen und sexuellem Kindesmissbrauch (Hanson & Bussière, 1998; Mann et al., 2010). Täter, die sexuellen Kindesmissbrauch begehen, zeigen in phallometrischen Untersuchungen eine ausgeprägtere sexuelle Ansprechbarkeit durch Stimuli mit vor- oder frühpubertären Kindern als Sexualstraftäter mit erwachsenen Opfern, Täter mit nicht-sexuellen Straftaten oder Kontrollstichproben ohne Deliktbelastung (z.B. Blanchard et al., 2001; Blanchard et al., 2006). Kingston und Mitarbeiter (2007) untersuchten den Anteil pädophiler Männer in einer Stichprobe wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilter Sexualstraftäter mit außerfamiliären Opfern. Dabei wurden verschiedene diagnostische Methoden (klinische Exploration der Kriterien der Pädophilie nach DSM-IV-TR, Phallometrie, Fremdrating der *Screening Scale for Pedophilic Interest*) angewandt, mit deren Hilfe bei 50%–71% der wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilten Täter eine Pädophilie diagnostiziert wurde. In Stichproben identifizierter Sexualstraftäter stellten darüber hinaus Indikatoren für sexuelles Interesse an Kindern einen starken Prädiktor für erneute sexuelle Missbrauchshandlungen dar (Mann et al., 2010; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Einer weiteren Studie zufolge werden Sexualstraftäter mit einem

sexuellen Interesse für Kinder mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 50% und 80% mit einem erneuten sexuellen Kindesmissbrauch juristisch auffällig, währenddessen nur 10% bis 30% der nicht präferenz-motivierten Täter rückfällig werden (Beier, 1998). Angaben zu dem Anteil präferenz-motivierter sexueller Kindesmissbrauchshandlungen an der Gesamtzahl der justiziabel unentdeckten Missbrauchstaten sind unbekannt.

Mit Hinblick auf Delikte im Zusammenhang mit Missbrauchsabbildungen geben die meisten der sexuell an Kindern interessierten Männer an, dass sie Bilder, auf denen Kinder dargestellt sind, auch sexuell erregend finden, und viele bestätigen, dass sie in ihrem Leben bereits Missbrauchsabbildungen genutzt haben (Neutze et al., 2011; Quayle & Taylor, 2002; Riegel, 2004). In einem Vergleich phallometrischer Ergebnisse von 100 verurteilten Nutzern von Missbrauchsabbildungen und 178 wegen Kindesmissbrauchs verurteilten Tätern zeigte die Gruppe der Nutzer von Missbrauchsabbildungen eine erheblich stärkere sexuelle Erregbarkeit durch Kinder als die Gruppe der Täter, die Kinder sexuell missbraucht haben (Seto et al., 2006). Insgesamt zeigten 61% der Nutzer von Missbrauchsabbildungen eine sexuelle Präferenz für Abbildungen von Kindern im Vergleich zu Abbildungen von Erwachsenen. Daraus schließen die Autoren der Studie, dass die Nutzung von Missbrauchsabbildungen einen gültigen Indikator für das Vorliegen einer sexuellen Präferenz für Kinder darstellt.

Pädophilie und Hebephilie als sexuelle Präferenz

Nach einem sexualmedizinischen Modell ist die Sexualität eines Menschen durch drei *Achsen*, drei *Ebenen* und drei *Formen* organisiert (Beier & Loewit, 2013). Die drei *Achsen* der Sexualität beinhalten die sexuelle Präferenz (1) für das Geschlecht (männlich, weiblich, beide Geschlechter), (2) für ein entwicklungsbezogenes Körperschema (vor-/früh-/spät-/nachpubertär) und (3) für sexuelle Neigungen (z.B. spezielle Aspekte des bevorzugten Partners und/oder Modi sexuell präferierter Interaktionen/Verhaltensweisen). Die drei *Ebenen* der Sexualität beziehen sich auf (sozio-sexuelle) Verhaltensweisen, sexuelle Fantasien und das sexuelle Selbstkonzept der jeweiligen Person. Insbesondere die sexuellen Fantasien eines Menschen geben dabei Aufschluss über seine sexuelle Präferenz. Die drei *Formen* sexuellen Verhaltens beziehen sich auf genital-penetrative, genital-nicht-penetrative und nicht-genitale sexuelle Interaktionen sowie Masturbation.

Tabelle 3: Internationale Klassifikation für die klinische Diagnosestellung einer pädophilen Sexualpräferenz

ICD-10 (F65.4)	DSM-5 (302.2)
Wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse (dranghaftes Verlangen) und Fantasien, die sich beziehen auf Kinder, Jungen oder Mädchen oder Kinder beiderlei Geschlechts, die sich meist in der Vorpubertät oder in einem frühen Stadium der Pubertät befinden.	Wiederkehrende intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich auf vorpubertäre Kinder beziehen (im Allgemeinen 13 Jahre oder jünger).
Person handelt entsprechend den Impulsen oder fühlt sich durch sie deutlich beeinträchtigt.	Fremdgefährdung und/oder Leiden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten.
Präferenz besteht seit mindestens sechs Monaten.	Fantasien, Impulse, Verhalten über mind. sechs Monate
Die Betroffenen sind mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder.	Das Individuum ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder.

Die sexuelle Präferenz manifestiert sich vermutlich unter Einfluss der Geschlechtshormone und weiterer bio-psycho-sozialer Faktoren im Laufe der individuellen psychosexuellen Entwicklung mit Beginn im Jugendalter bis zur Mitte der zweiten Lebensdekade. Menschen entscheiden sich nicht bewusst für oder gegen eine sexuelle Präferenz. Diese manifestiert sich vielmehr in einem Entwicklungsprozess, der sich für das Individuum in einem schrittweisen Erkennen und Wahrnehmen dessen zeigt, was als sexuell ansprechend/erregend empfunden wird. Der Verlauf dieser Entwicklung ist dabei wissenschaftlich noch weitgehend ungeklärt. Auch über den weiteren Verlauf herrscht keine abschließende Klarheit. Bei fehlendem Nachweis einer dauerhaften Veränderung der sexuellen Präferenz für das Körperschema gehen einige Autoren von einer weitgehenden Stabilität aus (vgl. Beckstead, 2012; Seto, 2009, Seto, 2012), während andere diese Beständigkeit zumindest in Einzelfällen als nicht gegeben sehen (vgl. Müller et al., 2014; Marshall, 2008).

Bezugnehmend auf die sexuelle Präferenz ist die Differenzierung zwischen der sexuellen Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinder (Pädophilie) und/oder frühpubertäre Kinder (Hebephilie) von Bedeutung. Diese sexuelle Ansprechbarkeit kann ausschließlich sein; es kann zusätzlich aber auch eine sexuelle Ansprechbarkeit durch das erwachsene Körperschema (Teleiophilie) bestehen. Die Begriffe Pädophilie bzw. Hebephilie repräsentieren

klinische Diagnosen und sind keine kriminologischen oder juristischen Begriffe.

Grundlage für die klinische Diagnosestellung einer pädophilen/hebephilen Sexualpräferenz bzw. ihre 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 (vgl. Tab. 3). Diese Kriterien sind in der Fachgemeinschaft einem fortlaufenden Diskurs unterworfen (vgl. z.B. Blanchard, 2013). Insbesondere wurde von DSM-IV-TR zu DSM-5 die Möglichkeit eingeräumt, eine Pädophilie ohne Störungswert bei Männern ohne Leidensdruck und ohne fremdgefährdendes Verhalten zu diagnostizieren. Seltenere dagegen sind Stimmen, die die Existenz der Pädophilie grundsätzlich in Frage stellen (vgl. Schlingmann, 2015). Die neurobiologische Forschung liefert erste Hinweise auf hirnstrukturelle Veränderungen bei Menschen mit Pädophilie (vgl. Ponseti et al., 2012). In Bezug auf hirnstrukturelle Veränderungen kann nach derzeitiger Befundlage nicht unterschieden werden, inwiefern die gefundenen Veränderungen auf die Pädophilie an sich oder die mögliche Beeinträchtigung der Verhaltenskontrolle der untersuchten Missbrauchstäter zurückzuführen sind (vgl. Mohnke et al., 2014).

Beide Klassifikationssysteme setzen für die Diagnose ein Mindestalter von 16 Jahren voraus. Ebenso muss der Betroffene fünf Jahre älter sein als das missbrauchte Kind.

Im ICD-10 (2007) sind für die Diagnose die sexuellen Fantasien und Impulse in Bezug auf Kinder maßgeblich. Ob diese Fantasien ausgelebt werden oder nicht, ist für die Diagnosestellung zweitrangig. Im Gegensatz dazu sind die Diagnosemerkmale nach DSM-5 sowohl präferenz- als auch verhaltensorientiert. D.h., die Diagnose Pädophilie kann sich sowohl auf sexuelle Fantasien oder dranghafte Bedürfnisse beziehen, als auch auf konkrete sexuelle Handlungen mit Kindern oder die Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Nach der verhaltensorientierten Definition können Missbrauchstäter als pädophil eingestuft werden, auch wenn sie in ihren sexuellen Fantasien keine Ausrichtung auf Kinder zeigen. Das DSM-5 unterscheidet zusätzlich zwischen einer Ausrichtung auf Jungen, auf Mädchen oder auf beide Geschlechter sowie weiterhin zwischen ausschließlichem und nicht-ausschließlichem Typus.

Die Hebephilie wird durch die gleichen Merkmale wie die Pädophilie beschrieben. Nur ist hierbei im Gegensatz zum vorpubertären Kind das frühpubertäre Kind im Fokus der sexuellen Fantasien, Impulse oder des Verhaltens. Der Unterschied zwischen einem pädophil-

philen und einem hebephilen Menschen liegt also im psychophysiologisch und klinisch von der Pädophilie abgrenzbaren sexuell präferierten Körperschema (Beier et al., 2015; Blanchard et al., 2009). Über den Störungswert wird in Fachkreisen diskutiert (vgl. Blanchard, 2013).

Die Prävalenz der Pädophilie bzw. pädo-philen 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). Eine Pädophilie wird fast nur bei Männern diagnostiziert. Über die Häufigkeit einer pädo-philen Präferenz bei Frauen gibt es derzeit keine gesicherten Erkenntnisse. In einigen wenigen Veröffentlichungen zu diesem Thema wird aber davon ausgegangen, dass es sich um Einzelfälle handelt (Bundschuh, 2001; Schorsch, 1985). In Stichproben von nicht-klinischen/nicht-forensischen männlichen Allgemeinpopulationen gaben etwa 4.1%–9.5% der Befragten an, sexuelle Fantasien mit Kindern gehabt zu haben, während 3.2%–3.8% der Befragten sexuelles Verhalten mit Kindern berichteten (Ahlers et al., 2011; Dombert et al., 2015).

Forschungsergebnisse und klinische Erfahrung aus dem juristischen Hellfeld sprechen sich dafür aus, dass die valide Erfassung der sexuellen Präferenz auf einem multimodalen Ansatz inklusive impliziter Messmethoden beruhen sollte (Interview und Fragebögen zur Erfassung expliziter Kognitionen und devianten Verhaltens, psychophysiologische Untersuchungen zur Erfassung impliziter Kognitionen und Erregbarkeit) (vgl. Babchishin et al., 2013). Die Kritik an einer ausschließlichen Selbstberichterhebung bezieht sich auf vermutete fehlende Ehrlichkeit der Teilnehmer (aufgrund sensibler Inhalte) und fehlender Bewusstheit der eigenen Gedanken, Gefühle und Interessen. Die Autoren stellen allerdings auch fest, dass die von ihnen untersuchten impliziten und physiologischen Methoden (z.B. Phallometrie) zum Teil wenig oder sogar negativ miteinander korrelieren, so dass von einer Inkonsistenz zwischen diesen verschiedenen Methoden zur Diagnostik von Pädophilie ausgegangen werden muss (Babchishin et al., 2013; Thornton & Laws, 2009; Wilson et al., 2010). In einer kürzlich vorgelegten Studie zur Stabilität der sexuellen Präferenz von pädo-philen Männern (Müller et al., 2014), die mittels phallometrischer Messungen bei insgesamt 43 Studienteilnehmern unternommen wurde, kamen die Autoren zwar zu dem Schluss, dass es zu Veränderungen über die Zeit (durchschnittlich 50 Monate zwischen 2 Messungen) gekommen sei. Diese Studie wurde aber wegen methodischer Schwächen (z.B. Nichterfassung der Messfehlervarianz; Einteilung der Vergleichsgruppen anhand der Ausprägung auf der abhängigen Variable; signifikant unterschiedliche Ausgangsniveaus in der pädo-philen

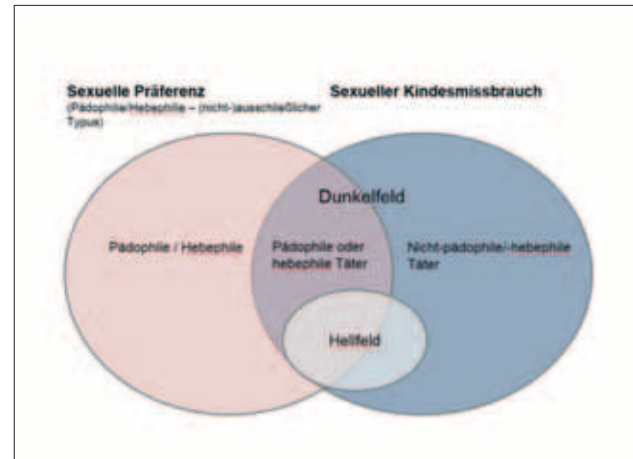


Abb. 1: Zusammenhang zwischen sexueller Präferenz (Pädophilie und Hebephilie) und sexuellem Kindesmissbrauch als konzeptuelle Veranschaulichung. Das Diagramm intendiert keine Aussage über die tatsächlichen Verteilungen

Erregung der beiden Gruppen; hoher Anteil an Hellfeldtätern) von verschiedenen Autoren erheblich kritisiert. Dabei wurde u.a. betont, dass die gefundenen Effekte lediglich Messfehler des als sehr schwach bewerteten Studiendesigns darstellten (Bailey, 2014; Cantor, 2015; Lalumière, 2014). 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 sexueller Präferenzen feststellen (Krupp, 2014). Die Anwendung klassischer Selbstberichtsverfahren scheint vor diesem Hintergrund in einem Kontext, welcher möglichst wenig Anlass zur Verfälschung der Angaben bietet (freiwillig sich vorstellende, eigenmotivierte Teilnehmer), angebracht.

Entscheidend ist die Differenzierung zwischen sexueller Präferenz und sexuellem Verhalten, also zwischen Pädophilie/Hebephilie und sexuellem Kindesmissbrauch bzw. der Nutzung von Missbrauchsabbildungen (vgl. Abb. 1). Beide Phänomene sind keineswegs gleichzusetzen, werden aber in der Öffentlichkeit, der Politik und den Medien häufig synonym verwendet. Es gibt aber pädo-phile/hebephile Menschen, die noch keinen sexuellen Kindesmissbrauch begangen haben (Beier et al., 2007; Neutze et al., 2011; Riegel, 2004), und viele Täter sexueller Übergriffe gegen Kinder haben diese Taten aufgrund einer anderen Motivation als der Pädophilie/Hebephilie begangen (Beier, 1998; Beier et al., 2005; Seto, 2008).

Der oben dargestellte Zusammenhang zwischen der sexuellen Präferenz für Kinder und (wiederholtem) sexuellem Kindesmissbrauch, sowie der Nutzung von Missbrauchsabbildungen erhält bei einer bis dato an-

zunehmenden weitestgehenden Stabilität der sexuellen Präferenz über die Lebensspanne zusätzliche Bedeutung angesichts eines mutmaßlich fortbestehenden erhöhten Risiko für erstmalige oder wiederholte Delikte. Darüber hinaus wird die dauerhafte Konfrontation mit sexuellen Fantasien und sexuellen Verhaltensimpulsen gegenüber Kindern und der notwendigen Bewältigung der Konsequenzen der abweichenden sexuellen Präferenz zur Entwicklung psychischer Belastung führen. Der entsprechende präferenzbezogene Leidensdruck findet sich in den o.g. diagnostischen Kriterien.

Die Gesellschaft reagiert auf pädophile Menschen mit starken negativen Emotionen, sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung (Jahnke, Imhoff & Hoyer, 2015). Über 95% der ambulant arbeitenden PsychotherapeutInnen in Deutschland sind nicht bereit, mit pädophilen Patienten zu arbeiten (Stiels-Glenn, 2010). Von den PsychotherapeutInnen in Ausbildung können sich über 60% nicht vorstellen, mit einem bereits übergriffig gewesenen pädophilen Menschen zu arbeiten (Jahnke, Philipp & Hoyer, 2015). Dementsprechend äußert ein Großteil pädophiler Menschen, dass die Angst vor Stigmatisierung durch TherapeutInnen der Hauptgrund sei, keine therapeutische Hilfe zu suchen (Kramer, 2011).

Damit ist davon auszugehen, dass nicht-delinquente pädophile und hebephile Männer sowie pädophile/hebephile Täter im Dunkelfeld eine bedeutsame Zielgruppe für Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs darstellen, da ihr Leidensdruck sie zu einer Behandlung motiviert und sie für Präventionsansätze empfänglich macht. Gleichzeitig wird die Bedeutung spezialisierter Angebote angesichts der bestehenden Vorbehalte auch auf professioneller Seite deutlich.

Präventionsbemühungen sollten dementsprechend auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Der erfolgreiche Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellem Missbrauch kann nur über ein umfassendes Netz aus miteinander abgestimmten primär, sekundär und tertiär präventiven Maßnahmen im Sinne einer Verhältnis- und Verhaltensprävention gewährleistet werden, die auf verschiedenste Zielgruppen in einem unterschiedlich breiten Rahmen abstellen. Hierzu ist die systematische Erforschung der Ursachen genauso erforderlich wie präventive und therapeutische Interventionen, die sich sowohl an (potentielle) Opfer als auch (potentielle) Täter sexuellen Kindesmissbrauchs richten müssen.

Literatur

- Ahlers, Ch.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. *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.
- Babchishin, K.M., Nunes, K.L., Kessous, N., 2013. A multimodal examination of sexual interest in children. A comparison of sex offenders and nonsex offenders. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* 26 (4), 343–374.
- 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* 43, 1–4.
- Beckstead, A.L., 2012. Can we change sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior* 41(1), 121–134.
- 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., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin*. Elsevier, Urban & Fischer, München.
- Beier, K.M., Schäfer, G.A., Goecker, D., Neutze, J., Ahlers, Ch.J., 2007. Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD): Der Berliner Ansatz zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch. *Berliner Ärzte* (7), 44.
- Beier, K.M., Ahlers, Ch.J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I.A., Hupp, E., Schaefer, G.A., 2009. 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., Neutze, J., Mundt, I.A., Ahlers, Ch.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(8), 545–549.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2013. *Sexual Medicine in Clinical Practice*. Springer, New York.
- 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. *Journal of Sexual Medicine* 12(2), 529–542.
- Bensley, L.S., Van Eenwyk, J., Simmons, K.W., 2000. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine* 18 (2), 151–158.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Bergeron, S., 2014. Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy* 40 (5), 434–443.
- Bieneck, S., Stadler, L., Pfeiffer, C., 2011. Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. Retrieved from <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb1semissbr2011.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.
- 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, 335–350.
- Blanchard, R., 2013. A dissenting opinion on DSM-5 pedophilic disorder. *Archives of Sexual Behavior* 42 (5), 67–68.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R.E., Turecki, G., 2008. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry* 193, 134–139.
- Bundeskriminalamt, 2015. Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland – Berichtsjahr 2014. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundschuh, C., 2001. Pädosexualität: Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen. Springer-Verlag, Wiesbaden.
- Cantor, J.M., 2015. Purported changes in pedophilia as statistical artefacts: Comment on Müller et al. (2014). *Archives of Sexual Behavior* 44(1), 253–54.
- Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.L., Colbenson, K.M., Sattler, A.L., Goranson, E.N., Zirakzadeh, A., 2010. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings* 85 (7), 618–629.
- Cohen, L.J., Galynker, I.I., 2002. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *Journal of Psychiatric Practice* 8 (5), 276–289.
- Cogle, J.R., Timpano, K.R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M.E., Riccardi, C.J., 2010. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research* 177 (1), 150–155.
- Dombert, B., Schmidt, A.F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., Osterheider, M., 2015. How common is males' self-reported sexual interest in prepubescent children? *Journal of Sex Research*. Published online, August 2015. DOI:10.1080/00224499.2015.1020108
- Genest, F., Magheli, A., Roll, S., Beier, K.M., 2013. Sexuelle Präferenzstörungen in der Urologischen Sprechstunde. *Sexuologie* 20 (3-4), 153–162.
- Görgen, T., Rauchert, K., Fisch, S., 2012. Langfristige Folgen sexuellen Missbrauchs Minderjähriger. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 6 (1), 3–16.
- Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J., Fegert, J.M., 2012. A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 6 (1), 6–35.
- Hagemann-White, C., Kavemann, B., Kindler, H., Meysen, T., Puchert, R., 2010. Review of research on factors at play in perpetration of violence against women, violence against children and sexual orientation violence: A multi-level interactive model. Report to the Directorate-General Justice in the European Commission. European Commission, Brüssel.
- 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.
- Heim, C.M., Mayberg, H.S., Mletzko, T., Nemeroff, C.B., Pruessner, J.C., 2013. Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 170, 616–623.
- Henry, F., McMahon, P., 2000. What survivors of child sexual abuse told us about the people who abused them. National Sexual Violence Prevention Conference, Dallas, Texas.
- Irish, L., Kobayashi, I., Delahanty, D.L., 2010. Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology* 35 (5), 450–461.
- 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.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Brook, J.S., 2002. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 159 (3), 394–400.
- Kingston, D.A., Firestone, P., Moulden, H.M., Bradford, J.M., 2007. The utility of the diagnosis of pedophilia: A comparison of various classification procedures. *Archives of Sexual Behavior* 36, 423–436.
- Kinzl, H., 1997. Die Bedeutung der Familienstruktur für die Langzeitfolgen von sexuellem Mißbrauch. In: Amann, G., Wipplinger, R. (Hg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltensforschung, Tübingen, 140–48.
- Kramer, R., 2011. The DSM and the stigmatization of people who are attracted to minors. Pedophilia, minor-attracted persons, and the DSM: Issues and controversies. Online: B4U-Act.
- Krupp, J., 2014. Die Stabilität der selbstberichteten Sexualpräferenz von päd- und hebephilen Männern im Dunkelfeld. Diplomarbeit für Psychologie, Humboldt-Universität.
- Lalumière, M.L., 2014. The lability of pedophilic interests as measured by phallometry. *Archives of Sexual Behavior* 44 (1), 255–258.
- 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.
- 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.

- Marshall, William L., 2008. Are pedophiles treatable? Evidence from North American studies. *Polish Sexology* 6 (1), 39–43.
- Mohnke, S., Müller, S., Amelung, T., Kruger, T.H., 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.
- 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. *Journal of Sexual Medicine* 11 (5), 1221–9.
- Neutze, J., Seto, M.C., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Beier, K.M., 2011. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* 23, 212–42.
- Noll, J.G., Trickett, P.K., Susman, E.J., Putnam, F.W., 2006. Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric Psychology* 31 (5), 469–480.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L., Violato, C., 2001. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology* 135 (1), 17–36.
- Paras, M.L., Murad, M.H., Chen, L.P., Goranson, E.N., Sattler, A.L., Colbenson, K.M., Zirakzadeh, A., 2009. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Jama* 302 (5), 550–561.
- Ponseti, J., Granert, O., Jansen, O., Wolff, S., Beier, K.M., Neutze, J., Bosinski, H.A.G., 2012. Assessment of pedophilia using hemodynamic brain response to sexual stimuli. *Archives of General Psychiatry* 69 (2), 65–77.
- Quayle, E., Taylor, M., 2002. Child pornography and the internet: Perpetuating a cycle of abuse. *Deviant Behavior* 23, 331–362.
- 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.
- Schlingmann, T., 2015. Des Kaisers neue Kleider – eine Kritik an „kein Täter werden“. *Interdisziplinäre Fachzeitschrift Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* 1, 1–19
- Schorsch, E., 1985. Sexuelle Perversionen. *Mensch, Medien, Gesellschaft* 10, 253–260.
- 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., 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? *Archives of Sexual Behavior* 41 (1), 231–236.
- Steine, I.M., Harvey, A.G., Krystal, J.H., Milde, A.M., Grønli, J., Bjorvatn, B., Pallesen, S., 2012. Sleep disturbances in sexual abuse victims: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 16 (1), 15–25.
- 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, 79–101.
- Thornton, D., Laws, D.R., 2009. Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders. John Wiley & Sons, Hoboken/USA.
- Trickett, P.K., Noll, J.G., Putnam, F.W., 2011. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multi-generational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology* 23 (02), 453–476.
- Ward, T., Beech, A., 2006. An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior* 11, 44–63.
- 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. Abgerufen am 19.05.2015 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
- Wilson, R.J., Abracen, J., Looman, J., Picheca, J.E., Ferguson, M., 2010. Pedophilia: An evaluation of diagnostic and risk prediction methods. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 23, 260–274.
- World Health Organization, 2007. International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
- Wortley, R., Smallbone, S., 2006. Child pornography on the Internet. www.cops.usdoj.gov/files/RIC/Publications/e04062000.pdf.

AutorInnen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Till Amelung, Dipl. Psych. Dorit Grundmann, Dipl. Psych. Laura F. Kuhle, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de

Medienarbeit im Präventionsnetzwerk Kein Täter werden

Jens Wagner

Public Relations in the *Prevention Project Kein Täter werden (Don't offend)*

Abstract

The article discusses the origin, strategy, design and effectiveness of public relations in the *Prevention Network Kein Täter werden (Don't offend)* at the *Institute of Sexology and Sexual Medicine, Charité – Universitätsmedizin Berlin* from 2005 to 2015. Until now, two media campaigns and one commercial have been devised and implemented: two directed media campaigns toward potential and actual (but not convicted) pedophiles, encouraging them to seek treatment in the prevention program, and appealing to Internet consumers of sexually abusive pictures of children to likewise contact the program; the commercial spot "Kein Täter werden" (2012) is directed toward the general public with information about pedophilia and hebephilia with the aim of initiating a more objective, factually based public discussion. The media campaigns, which have proved to be highly effective in reaching therapy-motivated individuals, include the widespread use of posters, spots on radio, TV, in movie theaters and on the Internet, as well as the print media. The basic message of the media campaigns is that no one should be judged simply on the basis of his sexual preference, but that everyone is responsible for his/her sexual behavior; and that people with sexual preference disorders can, with proper treatment, learn responsible behavior.

Keywords: *Prevention Project Dunkelfeld, Prevention Network Don't offend, Sexual preference, Pedophilia, Media campaign, Communication strategy, Google Ad-Words-Listings*

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt die Konzeption und Effektivität der Medienarbeit, die seit 2005 am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Berliner Charité für das *Präventionsprojekt- und das Netzwerk Kein Täter werden* entwickelt und durchgeführt wird. Er zeigt auf, wie sich neben den Medienkampagnen „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“ und „Kein Täter werden. Auch nicht im Netz“ sowie dem Werbespot „Kein Täter werden“ auch die Beantwortung von Presseanfragen, eine intensive Netzwerkarbeit und insbesondere Kommunikationsstrategien im Internet als wirksam zur Erreichbarkeit der primären Zielgruppe erwiesen haben. Die grundlegende Botschaft der Medienarbeit im *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* ist, dass niemand

aufgrund seiner sexuellen Präferenz moralisch bewertet werden darf, dass aber jeder für sein Sexualverhalten verantwortlich ist, und dass Menschen mit sexuellen Präferenzstörungen durch fachkundliche Behandlung verantwortliches Handeln lernen können. Darüber hinaus ist es Ziel, die Öffentlichkeit zum Thema Pädophilie/Hebephilie zu informieren, um eine sachliche Diskussion anzuregen.

Schlüsselwörter: *Präventionsprojekt Dunkelfeld, Präventionsnetzwerk Kein Täter werden, sexuelle Präferenz, Pädophilie, Medienkampagne, Kommunikationsstrategie, Google Ad-Words-Anzeigen*

„Was sollte man mit einem Mann machen, der Kinder begehrt?“

Mit dieser Frage titelte das ZEITmagazin vom 25. Oktober 2012. Für ihre darin enthaltene Reportage, „Der Getriebene“, hatte die Journalistin und Redakteurin Heike Faller ein Jahr lang Jonas¹, einen Teilnehmer des *Präventionsprojektes Dunkelfeld (PPD)* am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité, begleitet (Faller, 2012). Genau auf diese Frage – „Was sollte man mit einem Mann machen, der Kinder begehrt?“ – hatte die forensisch-sexualmedizinische Forschung wegen der hohen Rückfallgefahr von Männern mit pädophiler Neigung eine Antwort entwickelt, die am Berliner Institut ab dem Jahre 2004 umgesetzt wurde: In die Offensive zu gehen und den Betroffenen gezielt Hilfe anzubieten, bevor sie Kinder sexuell missbrauchen.

Die Richtigkeit eines solchen Ansatzes wurde durch die klinischen Erfahrungen belegt: In der Ambulanz des Berliner Instituts hatten sich immer wieder Hilfe suchende Menschen – in der Regel Männer – gemeldet, die sich zu Kindern hingezogen fühlten und Angst hatten, früher oder später sexuelle Übergriffe zu begehen und sich damit strafbar zu machen. Bis zu diesem Zeitpunkt fanden nicht justizbekannte Menschen mit pädophiler Neigung aus dem sogenannten Dunkelfeld kaum therapeutische Hilfsangebote.

¹ Name für die Reportage geändert.



Abb. 1: Plakatmotiv der Medienkampagne zum Präventionsprojekt *Dunkelfeld*

Diese Problemlage war also Ausgangspunkt, um ein therapeutisches Angebot zu konzipieren, mit dem Ziel, sexuelle Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen bereits im Vorfeld zu verhindern. Mit finanzieller Unterstützung der VW-Stiftung und in Zusammenarbeit mit der Kinderschutzzorganisation *Hänsel + Gretel* – einer Kooperation, die bis heute erfolgreich besteht – wurde 2004 das PPD ins Leben gerufen.

Die Zielgruppe des Projektes – thematiemotivierte, potentielle oder reale, aber nicht vorbestrafte (pädophile) Täter – sollte durch aktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf das Projekt aufmerksam gemacht werden. Die Voraussetzung dafür war die Entwicklung einer geeigneten Medienkampagne. Mit Hilfe von Patienten, die wegen ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse in der Sexualmedizinischen Ambulanz der Charité behandelt wurden, hatte man schon 2002 die Möglichkeit erforscht, potentielle oder reale *Dunkelfeld*-Täter über Medien zu erreichen (vgl. Feelgood et al., 2002). Basierend auf diesen Ergebnissen sollte die Medienkampagne möglichst folgende Kriterien berücksichtigen:

- das Problem offen ansprechen und klar benennen;
- keine Schuldzuweisung, Verurteilung, Entwertung;
- emotional ansprechend, empathisch, ohne zu solidarisieren oder zu bagatellisieren;
- seriös, vertrauenerweckend, ehrlich;
- nicht moralisierend, nicht medizinisch, nicht juristisch;
- kurze, klare, eindeutige Botschaft mit Kontaktdaten.

Die Berliner Werbeagentur *Scholz & Friends* übernahm auf dieser Basis die Konzeption und Durchführung der Medienkampagne, zu der neben der Entwicklung von Plakaten und Online-Bannern, auch ein Fernseh- und Kinospot gehörte.

Schließlich entstand ein Plakatmotiv, auf dem ein in der U-Bahn sitzender Mann gezeigt wird, neben dem sich zwei Kinder auf dem Nachbarsitz in spielerischer Unbefangenheit die Zeit vertreiben. Das Motiv bedient sich eines einfachen Stilmittels, nämlich eines Haltegriffs, der die Augen des Betroffenen verdeckt und ihn unerkennlich macht, um zu zeigen, dass pädophile Tatgefährdete in der Anonymität leben. Der Haltegriff spielt aber auch auf die schwarzen Balken an, die Täter auf Zeitungsfotos anonymisieren, und damit auf die drohende Kriminalität, wenn es dem Betroffenen nicht gelingen sollte, die Befriedigung seiner sexuellen Impulse auf der Fantasieebene zu belassen. Dies wird ergänzt durch den Slogan „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“, wobei die durchgängige Kleinschreibung mit der Doppeldeutigkeit von „ihnen“ darauf abstellt, dass sich sowohl die Täter als auch die Kinder bei sexuellen Übergriffen beeinträchtigt fühlen. Ergänzend sind auf dem Plakat die wichtigsten Kontaktdaten (Telefon, Website) aufgeführt, so dass Interessierten eine leichte Kontaktaufnahme ermöglicht wird – vgl. Abb. 1.

Das Plakatmotiv, wie auch der Spot, der auf das Motiv zurückgreift, zeigen ganz bewusst einen sympathischen Mann. Damit soll angedeutet werden, dass die sexuelle Neigung „Pädophilie“ alle Altersgruppen und sozialen Schichten betrifft. So wie Jonas in Heidi Fallers *Zeit*-Reportage nach seiner ersten Gruppentherapiestunde an der Charité über die anderen Teilnehmer erleichtert feststellte: „Sie sahen nicht aus wie Monster“ (Faller, 2012).

Das Motto des Präventionsprojektes „Damit aus Fantasien keine Taten werden!“ sowie der Leitsatz „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“ wurden auch Bestandteil der erweiterten Medienkampagne. Die vermittelte Botschaft lautete: „Du bist nicht schuld an Deinen sexuellen Gefühlen, aber Du bist verantwortlich für Dein sexuelles Verhalten. Es gibt Hilfe! Werde kein Täter!“ Diese Mitteilungen entsprechen bis heute den wichtigsten Kommunikationszielen des Projektes. Niemand darf für seine sexuelle Präferenz – die er sich nicht ausgesucht hat – (vor)verurteilt werden, aber jeder muss die volle Verantwortung für sein (sexuelles) Verhalten übernehmen. Und: Menschen mit einer sexuellen Präferenzstörung können bei sachgemäßer Behandlung verantwortungsvolles Verhalten lernen.

Die Medienkampagne erwies sich als geeignetes Kommunikationsmittel, um die Zielgruppe des Projektes zu erreichen und für das therapeutische Angebot anzusprechen. Mit Hilfe von *Scholz & Friends*, die in den ersten Projektjahren die Medienarbeit für das Projekt steuerten, konnte die Präventionskampagne in beträchtlichem Umfang im Großraum Berlin etabliert werden: Sie erhielt Anzeigen, Freischaltungen (Mediawert ca. 40.000 €) und gesponserte Außenwerbung (Mediawert ca. 100.000 €) an 2.000 Standorten für einen Zeitraum von 6 Wochen. Darüber hinaus wurde der Spot 35 Mal unentgeltlich von verschiedenen Sendern wie *ARD*, *N24*,



Abb. 2: Plakatmotiv der Medienkampagne „Kein Täter werden. Auch nicht im Netz“

VOX, Pro7, Sat1 und Super RTL geschaltet. Die Resonanz der Medien war zum Start des Präventionsprojektes – und das hat sich bis heute nicht verändert – immens. Innerhalb der ersten Monate erschienen über 300 Medienberichte.

Die Medienkampagne „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“ ist und bleibt weiterhin eines der wichtigsten Instrumente der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Projektes. Sie wurde für die meisten Standortöffnungen – inzwischen gibt es 10 weitere Standorte neben Berlin (s. unten) – adaptiert, im geographischen Umfeld der Standorte plakatiert, und der Spot wurde im Rahmen der Berichterstattung verwendet. Zudem wird der Spot auf vielen Online-Portalen (verschiedenen YouTube-Kanälen, Polizei u.a.) geschaltet oder verlinkt und nach wie vor regelmäßig und unentgeltlich von RTL2 ausgestrahlt. Seit Jahren wird er regelmäßig im Herbst in der Berliner U-Bahn ausgestrahlt und wurde u.a. auch schon in den Leipziger Straßenbahnen geschaltet.

Kampagne gegen Konsum von Missbrauchsabbildungen von Kindern

Neben der Kampagne „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“ werden seit 2009 potentielle und reale Konsumenten von Missbrauchsabbildungen mit einer zweiten Medienkampagne angesprochen – vgl. Abb. 2. Der Konsum von Missbrauchsabbildungen gilt als möglicher Indikator für das Bestehen einer pädophilen Präferenz: So haben mehr als zwei Drittel der in Berlin im Rahmen des Projektes gesehenen Patienten mit pädophiler Neigung bereits Missbrauchsabbildungen genutzt – ein Einblick in das Dunkelfeld, der auch in der öffentlichen Berichterstattung eine Rolle spielt (vgl. Hein, 2008), zumal die Verbreitung und Erreichbarkeit entsprechender Bildmaterialien ein immer noch unterschätztes gesellschaftspolitisches Pro-



Abb. 3: Motiv aus dem Spot „Kein Täter werden“

blem internationalen Ausmaßes darstellt. Auch im Zentrum dieser Kampagne, die ebenfalls von *Scholz & Friends* umgesetzt wurde, steht ein Spot. Die Botschaft dieser Kampagne: „Du bist nicht schuld für Deine sexuelle Ansprechbarkeit durch Missbrauchsabbildungen (sogenannte Kinderpornografie), aber Du bist verantwortlich für Dein Verhalten, also dafür, ob Du klickst. Es gibt Hilfe! Kein Täter werden, auch nicht im Netz.“

Werbepspot zur Aufklärung der Öffentlichkeit

Die ersten beiden Medienkampagnen richteten sich unmittelbar an Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen. 2012 entstand die Idee für einen weiteren Spot, der entstigmatisieren und die Öffentlichkeit darüber aufklären sollte, dass therapeutische Hilfe für pädophile Menschen sexuellen Kindesmissbrauch verhindern kann. Und so wurde Mitte Juni 2013 der Fernseh- und Kinospot „Kein Täter werden“ veröffentlicht, der für eine verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs wirbt.

Die Protagonisten dieses Spots sind entsprechend den Erfahrungen des Präventionsprojektes Menschen unterschiedlichen Alters und verschiedenster gesellschaftlicher Schichten – „Leute wie Du und Ich“. Dies soll einerseits eine humane Einstellung zu sexuellen Minoritäten – wie der Pädophilie – fördern und darüber hinaus zur Teilnahme an dem Therapieprogramm motivieren. Auch hier lautet die Botschaft: „Niemand sucht sich seine sexuelle Neigung aus, aber jeder ist verantwortlich für sein Verhalten.“ Moralisch zu verurteilen ist also nicht die Neigung, sondern ein Verhalten, das andere schädigt.

Dieser Spot (vgl. Abb. 3) wurde im ersten Jahr nach Veröffentlichung hauptsächlich kostenlos von elf natio-

nalen Fernsehsendern (u.a. *RTL*, *VOX*, *RTL2*, *DMAX*), zahlreichen Regionalsendern sowie von ca. 60 Kinos (u.a. Cinemaxx, Yorck Kinogruppe) ins Programm genommen und erreichte damit ein Millionenpublikum. Bei *YouTube* wurde der Spot in der deutschen und in der englisch untertitelten Version bis Ende Oktober 2015 sogar rund 200.000 Mal angeklickt und vielfach geteilt. Nach wie vor strahlen ihn *RTL*, *VOX* und *RTL Nitro* regelmäßig aus.

Resonanz

Mittlerweile existiert das Präventionsprojekt zehn Jahre. In der Zwischenzeit sind Standorte in anderen deutschen Städten entstanden. Mit den neuen Standorten in Kiel (2009), Regensburg (2010) und Leipzig (2011) wurde 2011 das *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* gegründet, dem mit Hannover und Hamburg (jeweils 2012), Stralsund und Gießen (2013), Düsseldorf, Ulm (2014) und Mainz (2015) nunmehr elf Standorte angehören (vgl. nachfolgenden Artikel). Weitere Standorte sind in Planung, mit dem Ziel, ein bundesweites, flächendeckendes therapeutisches Angebot zur Etablierung der primären Prävention sexueller Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen auf- und auszubauen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Anfragen von Institutionen aus dem Ausland (Österreich, Schweiz, Schweden, Finnland, Niederlande, USA, Kanada u.a.), die das Konzept adaptieren und/oder mit dem Präventionsnetzwerk zusammenarbeiten möchten.

In den ersten Monaten nach dem Start des Präventionsprojektes 2005 in Berlin meldeten sich rund 400 Hilfesuchende Menschen, die den Spot oder die Plakate gesehen, in der Zeitung über das Projekt und dessen Angebot gelesen oder einen Beitrag im Fernsehen gesehen hatten.

Bis Ende September 2015 haben sich 5.828 Betroffene aus dem gesamten Bundesgebiet hilfesuchend an das *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* gewandt. 2.057 Personen reisten zur Diagnostik an, 1.081 von ihnen konnte ein Therapieangebot gemacht werden. Bis Anfang Oktober 2015 haben insgesamt 477 Personen die Therapie begonnen und 207 erfolgreich abgeschlossen. 199 Teilnehmer befinden sich derzeit in therapeutischer Behandlung.

Eine im Jahr 2013 als Masterarbeit veröffentlichte Medienresonanzanalyse eines Studierenden der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft der Freien Universität Berlin bestätigte unter anderem die Hypothese, dass es dem *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* und dessen Öffentlichkeitsarbeit gelingt, die Berichterstattung zum Thema „Pädophilie und Missbrauch“ positiv zu beeinflussen und zu vervielfältigen (Roth, 2013).

Das Präventionsnetzwerk

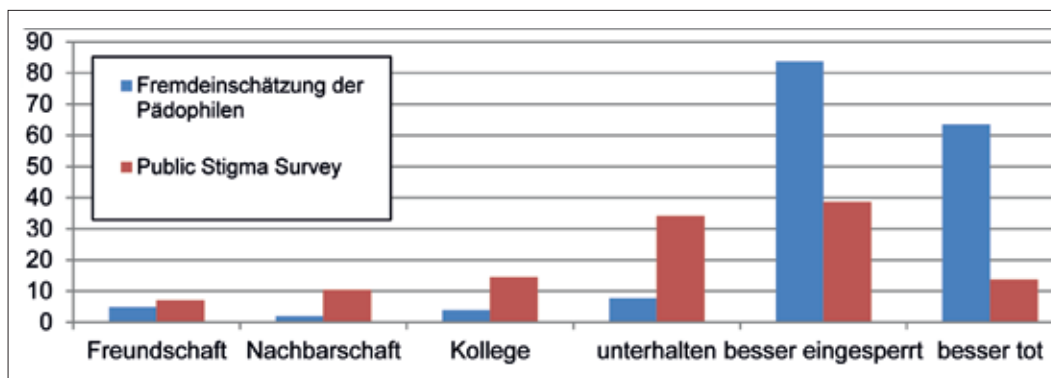
Der Berliner Standort ist seit 2011 offiziell Initiator und Koordinator des deutschlandweiten *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* und wird dafür bis Ende 2016 vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) gefördert. In Abstimmung mit den anderen Standorten wird die gesamte Medien- und Öffentlichkeitsarbeit für das Präventionsnetzwerk vom Berliner *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* aus koordiniert und erfolgt einheitlich unter Betonung des primären Präventionsaspektes sowie des niedrigschwelligen schweigepflichtgeschützten Versorgungsangebotes. Das Präventionsnetzwerk garantiert gemeinsame Qualitätsstandards bezüglich Diagnostik, therapeutischen Vorgehens, Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Öffentlichkeitsarbeit.

Die wichtigste Kommunikationsplattform des Präventionsprojektes ist die im Oktober 2011 überarbeitete Webseite www.kein-taeter-werden.de, die als Webseite des im gleichen Jahr gegründeten *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* etabliert wurde.

Das primäre Ziel des Präventionsnetzwerkes ist nach wie vor die Verhinderung sexueller Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen sowie die Verhinderung der Nutzung von Missbrauchsabbildungen. In der Ansprache problembewusster, Hilfe suchender pädophiler oder hebephiler Menschen aus dem Dunkelfeld sollen deren Problembewusstsein angesprochen sowie ihr möglicherweise vorhandener Leidensdruck aufgegriffen werden. Die Außenkommunikation vermittelt keine moralische Bewertung sexueller Fantasien, vertritt aber eine klare Position gegen sexuell übergriffiges Verhalten. Eine Botschaft, die auch für die Teilnehmer des Projektes eine wichtige Bedeutung hat (vgl. u.a. die Reportage über einen Patienten im Standort Regensburg, Perkun, 2011). Eine „Heilung“ oder Auflösung der pädophilen Neigung wird nicht in Aussicht gestellt.

Darüber hinaus ist es Ziel der Öffentlichkeitsarbeit, einen sachlichen gesellschaftlichen Diskurs anzuregen. Dazu gehört die dezidierte Aufklärung darüber, dass die sexuelle Präferenz mit dem sexuellen Verhalten nicht gleich gesetzt werden darf, dass nicht jeder Pädophile seiner Neigung nachgibt und zum Täter wird. Gleichzeitig ist weniger als die Hälfte jener Männer, die Kinder missbrauchen, tatsächlich auf Kinder fixiert. Tatsachen, die – obwohl durch wissenschaftliche Studien gestützt – leider bei weitem nicht von allen Medien so differenziert dargestellt werden wie in dem Spiegel-Artikel von Antje Windmann (2012). Immer wieder werden Sexualstraftäter in der Medienberichterstattung als pädophil bezeichnet, ohne dass sie die Diagnose Pädophilie erhalten haben.

Abb. 4: :
Ergebnisse einer
Studie (Jahnke,
2014) und einer
Fußgänger-
Umfrage der TU
Dresden (Jahnke et
al., 2015)



Stigmatisierung und Diskrimination

Diese Synonymisierung von sexueller Präferenz (Pädophilie) und sexuellem Verhalten (sexuellem Kindesmissbrauch) führt dazu, dass die Betroffenen stigmatisiert werden. Bei einer aktuellen, von der TU Dresden ausgeführten Fußgängerbefragung von Deutschen aus der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich ihrer Haltung zu pädophilen Menschen, die nie Kinder missbraucht haben, meinten fast 40% der Befragten, Pädophile müssten auch dann ins Gefängnis, wenn sie noch keine Straftaten begangen haben – also nur aufgrund ihrer sexuellen Fantasien. Über 10% würden Pädophile lieber tot sehen. Deutlich unter 10% gaben an, sich eine Freundschaft mit einem Betroffenen vorstellen zu können (Jahnke et al., 2015, vgl. Abb. 4). Die in einer anderen Studie (Jahnke, 2014) befragten Männer mit pädophiler Neigung schätzten die gegen sie gerichtete Stimmung in der Bevölkerung noch negativer ein, als diese ohnehin schon ist – vgl. Abb. 4, blaue Balken.

Die Stigmatisierung führt bei vielen Betroffenen neben weiteren Begleiterkrankungen wie Depressionen unter anderem auch zu sozialer Einsamkeit und Isolation – einem in der Forschung bekannten Risikofaktor für das Begehen sexueller Übergriffe auf Kinder.

Die Dringlichkeit gesellschaftlichen Umdenkens wird auch durch den Umgang der Öffentlichkeit mit dem Politiker Sebastian Edathy deutlich, für den keine Diagnose der Pädophilie vorliegt: „(A)nstatt dass die Unschuldsumutung gilt, wird er auf dem Marktplatz der Öffentlichkeit hingerichtet und damit sozial exekutiert“ (Ahlers, 2014).

Statements von Teilnehmern am Präventionsprojekt, FAQ

Um Vorurteile und Ängste bei (potentiellen) Projektteilnehmern und gegenüber der Öffentlichkeit zu senken, wurden im Frühjahr 2014 Statements von Teilnehmern des Projektes zu den Themen „Kinder begehren“, „Vor der Therapie“, „Während der Therapie“ und „Nach der Therapie“ gesammelt und als Audioaufzeichnungen sowie als Text auf die Website www.kein-taeter-werden.de gestellt. Das Projekt entstand in Zusammenarbeit mit der Berliner Agentur *Dark Horse*. Ausgelöst wurde es durch die Frage, wie das Präventionsnetzwerk Menschen erreichen könne, die unter ihren sexuellen Fantasien zwar leiden, die aber Ängste oder Ressentiments davon abhalten, Kontakt zum Programm aufzunehmen. Die Statements wurden u.a. auf der Website www.schicksal-und-herausforderung.de – einer Seite von Pädophilen für andere Hilfe suchende Pädophile – sowie auf anderen Foren von Pädophilen verlinkt.

Darüber hinaus wurden im Herbst 2014 „Häufig gestellte Fragen“ (FAQ) zum Thema Pädophilie und zum Angebot des Präventionsnetzwerks von Therapeutinnen und Therapeuten aus verschiedenen Standorten des Präventionsnetzwerks in kurzen Videos beantwortet. Deutsche und englische Versionen wurden in den *YouTube*-Kanal von *Kein Täter werden* eingebunden. Auch diese Videos wurden auf <http://www.schicksal-und-herausforderung.de> und auf Foren von Betroffenen verlinkt. Alle Videos des Präventionsnetzwerks zusammengenommen (Spots, FAQ, Statements von Teilnehmern und Projektvorstellungen) wurden zwischen Januar und Ende Oktober 2015 knapp 150.000 Mal abgerufen.

Berichterstattung durch die Medien

Die Berichterstattung durch die Medien trägt nach wie vor in großem Maße zur erfolgreichen Ansprache potentieller Projektteilnehmer sowie zur Aufklärung der Öffentlichkeit bei. Allein im Jahr 2014 gab es über 300 Meldungen, Artikel, Radio- und TV-Beiträge, unter anderem in den Medien *Der Spiegel*, *Die Zeit*, *Süddeutsche Zeitung*, *ARD* und *ZDF* sowie in vielen weiteren nationalen und internationalen Medien. Insbesondere bezüglich der Berichterstattung durch internationale Medien wie *Le Monde* (Frankreich), *The Guardian* (England) und *El Pais* (Spanien) ist in den letzten Jahren eine Zunahme zu beobachten – was die Wahrnehmung und den Stellenwert des therapeutischen, präventiven Ansatzes im Ausland unterstreicht.

Bei der Zusammenarbeit mit Medien wird insbesondere auf deren Seriosität, die Erreichbarkeit der Zielgruppen sowie den Schutz der Persönlichkeitsrechte der Probanden geachtet. Durchschnittlich treffen – je nach aktueller Nachrichtenlage und Ereignissen – etwa drei bis sechs Interviewanfragen pro Monat am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* ein. Von diesen werden in der Regel durchschnittlich drei Anfragen ausgewählt. Hinzu kommen durch Agenturen multiplizierte Meldungen.

Online-Projekte

Da die Projektzielgruppe erfahrungsgemäß gut über das Internet erreichbar ist, wird eine Vielzahl von Maßnahmen online durchgeführt. Dafür gilt die Projektwebsite (www.kein-taeter-werden.de) als wichtigstes Kommunikationsinstrument, bei dem insbesondere für potentielle Projektteilnehmer, aber auch für die Presse und die Öffentlichkeit zentrale Informationen zusammen geführt werden. Eine Website-Evaluation, in der die Mehrheit der Nutzer die Seite sowohl grafisch als auch inhaltlich als gut bewertete, belegte die Funktionalität der Internetpräsenz (Bähr et al., 2013). Die Ergebnisse dieser Website-Evaluation wurden als „Poster-Präsentation“ bei der ATSA (Association for the Treatment of Sexual Abusers) Konferenz in Chicago (30.10.-2.11.2014) vorgestellt. Die Website verfügt über einen News-Blog und ist mit dem Twitter-Account des Präventionsnetzwerks verknüpft, über den aktuelle Nachrichten veröffentlicht werden.

Die deutsche Website wurde zwischen Januar und Ende Oktober 2015 allein 81.511 Mal angeklickt, das entspricht durchschnittlich 268 Besuchern pro Tag. Die englische Seite www.dont-offend.org hatte im gleichen Zeitraum insgesamt 63.149 Aufrufe, also durchschnittlich 208 Besucher pro Tag. Die Seitenaufrufe waren jeweils erheblich höher.

Google Ad-Words-Anzeigen

Seit Januar 2012 schaltet das Netzwerk durch die Teilnahme am *Google Grants-Programm* kostenfreie Google Ad-Words-Anzeigen mit einem Tagesbudget im Umfang von 329 Dollar. Dieses System funktioniert, indem potentielle Konsumenten von Missbrauchsabbildungen über die Eingabe spezifischer Suchbegriffe auf Google Ad-Words-Anzeigen des Projektes gelenkt und darüber auf das therapeutische Angebot aufmerksam gemacht werden – vgl. Abb. 5.

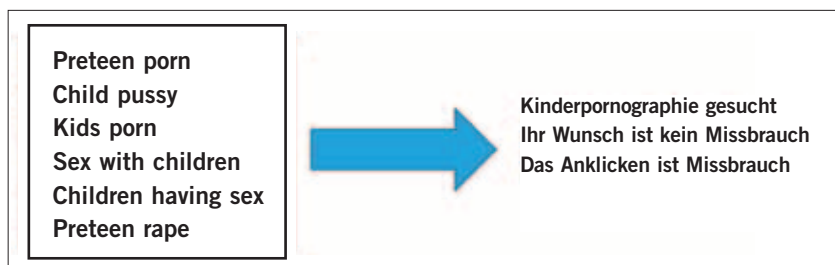
Die deutschen Google Ad-Words-Anzeigen des Projektes starteten im Januar, die englische Version im Juli 2012. Bis Ende Oktober 2015 wurden die Anzeigen über 27.000.000 Mal geschaltet, was zu mehr als 339.000 Klicks auf die beiden Websites führte.

Auch wenn die Anzeigen nur von einem vergleichsweise geringen Teil dieser Nutzer (ca. 1,3%) angeklickt werden, kommen auf diesem Wege durchschnittlich rund 250 tägliche Aufrufe der englischen Projektwebsite www.dont-offend.org sowie der deutschen Website www.kein-taeter-werden.de zusammen. Manche dieser Seitenaufrufe führen zu Kontaktaufnahmen. Zudem besteht die Annahme, dass die Anzeigen langfristig das Problembewusstsein der Konsumenten ansprechen und diese dadurch für das therapeutische Angebot sensibilisieren. Die Praxis zeigt, dass Wochen, Monate, auch Jahre zwischen der Wahrnehmung und der Annahme des Therapieangebots vergehen können.

Das Netzwerk *Keine Grauzonen*

Seit Herbst 2014 ist das Präventionsnetzwerk als Partner von *Google* im deutschen Netzwerk *Keine Grauzonen* organisiert, dessen Ziel es ist, „neben Darstellungen sexueller Handlungen von, an oder vor Kindern auch solche Darstellungen zu erfassen, die Kinder in unnatürlich geschlechtsbetonter Körperhaltung oder in einem sexualisierten Kontext zeigen“ (Pressemitteilung, 17.11. 2014). *Google* platziert dafür im Umfeld von Suchergebnissen „Warnhinweise, wenn der Verdacht einer Suche nach einschlägigem Material besteht“ (ebenda). Die Hinweise enthalten zum einen Informationen für Kinder, Jugendliche und deren Angehörige. Sie erfahren dort, an wen unzulässige Fundstellen gemeldet werden und wo Betroffene Hilfe erhalten können. *Google* arbeitet hier neben den Beschwerdestellen eng mit der Beratung *Nummer gegen Kummer* zusammen. Zum zweiten richten sich die Hinweise auch an Menschen mit pädophiler Neigung, die auf das *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* hingewiesen werden und dort therapeutische Hilfe unter Schweigepflicht finden.

Abb. 5: Einige der Keywords, deren Eingabe zur neben stehenden Anzeige führen



Andere Partner

Auch die Zusammenarbeit mit Organisationen, die in ähnlichen Arbeitsfeldern tätig sind, sich mit der Verhinderung sexueller Gewalt und/oder Hilfsangeboten für (potentielle) Täter befassen, spielt eine wichtige Rolle bei der Öffentlichkeitsarbeit des *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden*. Denn geeignete Partner sind wichtige Multiplikatoren, um die Zielgruppen potentieller Teilnehmer sowie der Öffentlichkeit zu erreichen. Darüber hinaus ist das Ziel, durch die Zusammenarbeit, insbesondere mit klinischen Partnern, Lücken im Versorgungssystem zu schließen und Synergien in der Prävention sexueller Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen zu schaffen. Dazu gehören in Berlin beispielsweise der regelmäßige Erfahrungsaustausch mit der Fachberatungsstelle *Kind im Zentrum* und der *Forensisch-Therapeutischen Ambulanz* (FTA). Das Präventionsnetzwerk arbeitet auch mit dem *Deutschen Olympischen Sportbund* (DOSB), der das Hilfsangebot allen deutschen Landesverbänden kommuniziert hat, dem *Berliner Fußballverband*, dem *Landessportbund Berlin* sowie mit dem *Deutschen Fußball-Bund* (DFB) zusammen. Daraus ist beispielsweise die im Juni 2014 publizierte DFB-Broschüre *Kinderschutz im Verein* entstanden, an der das Netzwerk redaktionell und insbesondere beratend beteiligt war. Das *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* ist Mitglied im *Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt* und mit zahlreichen weiteren Institutionen und Organisationen vernetzt. Die Standorte des Netzwerks werden zudem in der Einrichtungsliste der *Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention* (DGfPI) geführt. Darüber hinaus werden regelmäßig publizierte Artikel in Fachzeitschriften genutzt, um das Präventionsnetzwerk bekannt zu machen und Ergebnisse transparent zu kommunizieren.

Bilanz der Medienarbeit

Um die Medienarbeit stetig zu verbessern, werden die PR-Maßnahmen regelmäßig ausgewertet.

Eine Auszählung der am Standort Berlin eingegangenen Kontakte von 2005 bis Dezember 2014 ergab, dass von den 1.568 Personen, die konkrete Angaben gemacht hatten, 12% über die Medienberichterstattung vom Präventionsprojekt erfahren hatten, 34,9% durch Online-Maßnahmen sowie über die Projektwebsite, rund 11,3% über die Plakate und/oder die Spots, 7,3% über Anwälte bzw. die Justiz, 6,1% durch das private Umfeld sowie 29,3% durch die Vermittlung durch Psychologen, Ärzte und Beratungsstellen, die durch Flyer, Veranstaltungen und Artikel in Fachzeitschriften u.a. auf das Projekt aufmerksam gemacht wurden. Diese Zahlen belegen die Bedeutung der Medien- und Öffentlichkeitsarbeit für die Erreichbarkeit der Zielgruppe.

Auch zukünftig werden die genannten Instrumente der Medien- und Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle spielen, um potentielle Teilnehmer auf das therapeutische Angebot des *Präventionsnetzwerkes Kein Täter werden* aufmerksam zu machen und einen sachlichen Diskurs in der Öffentlichkeit anzuregen.

„Was sollte man mit einem Mann machen, der Kinder begehrt?“ so die Frage auf der Titelseite des ZEITmagazins. „Ihm helfen!“; so die simple Antwort auf der zweiten Seite. Zum Schluss des 2013 mit dem renommierten Henri-Nannen-Preis ausgezeichneten Artikels von Heike Faller heißt es: „Wenn ein Leben gelungen ist, weil Menschen ihr Potenzial ausgeschöpft haben, dann wird Jonas' Leben gelungen sein, weil er das, was in ihm ist, mit allen Mitteln unterdrückt hat“ (Faller, 2012).

Jonas muss mit allen Mitteln zwar Verhaltensweisen unterdrücken, die anderen, nämlich Kindern, schaden könnten; unterdrücken muss er aber nicht seine Fantasien, die seine sexuelle Identität ausmachen – nur ausleben darf er diese nicht. Aus der Sicherheit vollständiger Verhaltenskontrolle lässt sich aber ein anderes Leben führen und viel eher das eigene Potential ausschöpfen als in der ständigen Sorge, andere – nämlich Kinder – in ihrer Entfaltung einzuschränken. Dass dieser Gewinn auch ein Selbstgewinn ist und das Leben zu bereichern vermag, ist der Schlussstein

unseres Versuchs, einen differenzierten Blick auf die Pädophilie zu vermitteln und in größtmöglichem Umfang den sexuellen Kindesmißbrauch im Dunkelfeld zu verhindern.

Literatur

- Ahlers, Ch.J., 2014. Was tun. Süddeutsche Zeitung, 1.03.2014, 3.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S., Beier, K.M., 2011. How unusual are the contents of paraphilias – Prevalence of paraphilia-associated sexual arousal patterns (PASAPs) in a community-based sample of Men. *J Sex Med* 8 (5), 1362–1370.
- Bähr, S., Stephan, M., Wagner, J., 2013. Reachability of help seeking pedophiles and hebephiles. Evaluation of Prevention Project Dunkelfeld-Website. Poster presented at the 32nd Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Chicago.
- Beier, K.M., 2015. Die Erwachsenenwelt versagt. Süddeutsche Zeitung, 22.5.2015. (<http://www.sueddeutsche.de/leben/paedophile-und-sexuell-auffaellige-jugendliche-die-erwachsenenwelt-versagt-1.2443937>).
- Beier, K.M., Amelung, T., Kuhle, L.F., Grundmann, D., Scherner, G., Neutze, J., 2013. Hebephilie als sexuelle Störung. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 81, 128–137.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2014. 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. DOI: 10.1111/jsm. 12785.
- Beier, K.M., Konrad, A., Amelung, T., Scherner, G., Neutze, J., 2010. Präventive Behandlung nicht justizbekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung: Das Präventionsprojekt Dunkelfeld. In: Hahn, G., Stiers-Glenn, M. (Hg.). *Ambulante Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Beier, K.M., Ahlers, Ch.J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I.A., Hupp, E., Schaefer, G.A., 2009. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *J Forensic Psychiatry Psychol* 20 (6), 851.
- Beier, K.M., Neutze, J., Mundt, I.A., Ahlers, Ch.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.
- Beier, K.M., Schäfer, G.A., Goecker, D., Neutze, J., Ahlers, Ch.J., 2007. Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD). *Berliner Ärzte* 7, 32–35.
- Bellwinkel, S., 2011. Das missbrauchte Kind, aus der Reihe 45 Minuten, NDR Fernsehen. Sendedatum: 19.11.2011. (http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/45_min/videos/minuten283.html)
- Faller, H., 2012. Der Getriebene. *ZEITmagazin*, 25.10.2012. (<http://www.zeit.de/2012/44/Sexualitaet-Paedophilie-Therapie/komplettansicht>)
- Faller, H., 2014. Schlimmer als jede Sucht. *Die Zeit*, 17.03.2014. (<http://www.zeit.de/2014/12/paedophilie-therapie-rueckfall/komplettansicht>).
- Feelgood, S.R., Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Ferrier, A., Beier, K.M., 2002. Generation of concrete ideas for a media campaign to motivate undetected sexual offenders to seek treatment using the marketing psychology approach. Paper presented at the 7th International Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Vienna.
- Hein, T., 2008. Ich stehe auf Sechsjährige. *Die Zeit*, 15.01.2008. (<http://www.zeit.de/2008/03/M-Paedophilieforschung>).
- Jahnke, S., 2014. Der Einfluss von Stigma auf das psychische Wohlbefinden, psychosoziale Probleme, Einstellungen zu sexuellen Handlungen mit Kindern und Therapiebereitschaft bei Männern mit sexuellem Interesse an Kindern (Kurzbericht) (<http://www.krumme13.org/downloads/k13online%20redaktion/Kurzbericht-Studie.pdf>)
- Jahnke, S., Schmidt, A.F., Geradt, M., Hoyer, J., 2015. Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexual interests. *Arch of Sex Behav*. E-pub ahead of print.
- Neutze, J., Grundmann, D., Scherner, G., Beier, K.M., 2012. Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. *International Journal of Law & Psychiatry* 35, 168–175.
- Neutze, J., Seto, M.C., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Beier, K.M., 2010. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sex Abuse* 23 (2), 212–242.
- Perkuhn, A., 2011. Ich kann nichts für diese Neigung. *Süddeutsche Zeitung*, 13.12.2011. (<http://www.sueddeutsche.de/panorama/therapie-fuer-paedophile-ich-kann-nichts-fuer-diese-neigung-1.1233317>).
- Pressemitteilung des Netzwerks Keine Grauzonen vom 17.11.2014.
- Roth, A.K., 2013. Medienresonanzanalyse der Kampagne „Kein Täter werden“. Masterarbeit, Freie Universität Berlin.
- Windmann, A., 2012. Der pädophile Patient. *Der Spiegel*, 16.07.2012. (<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-87347214.html>).

Autor

MA Jens Wagner, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: jens.wagner@charite.de

Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* – Entwicklung und Ziele

Gerold Scherner

The *Prevention Network Kein Täter werden (Don't Offend)*

Abstract

The present article describes the development and goals of the prevention network *Kein Täter werden* (English: *Don't Offend*). The experiences of the *Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD) (Prevention Project Dark Field)* at the *Institute for Sexual Medicine and Sexual Science Charité, University Clinic Berlin*, showed that persons with a sexual responsiveness to the juvenile (prepubertal and/or early pubertal) body – and thus the potential to endanger others (i.e., children) – utilize therapeutic offers and that there is a general shortage of therapeutic programs for this group. Efforts to establish regional centers throughout Germany led to the formation of the prevention network *Kein Täter werden*, which now has 11 sites (October 2015). This network of cooperating partner institutions pursues the task of realizing common quality standards concerning diagnostic procedure, therapy and accompanying research, as well as the ongoing establishment of additional therapeutic possibilities for the persons affected. The article provides an overview of the various committees and working groups within the prevention network.

Keywords: Area-wide treatment offers, Network, Prevention, Cooperation, Standard of quality

Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel werden die Entwicklung und die Ziele des *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* beschrieben. Die Erfahrungen der ersten Jahre innerhalb des *Präventionsprojekts Dunkelfeld (PPD) am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin* zeigten, dass ein therapeutisches Angebot für Personen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit durch das kindliche (vor- und frühpubertäre) Körperschema, die mit potentieller Fremdgefährdung einhergeht, von Betroffenen in Anspruch genommen wird und eine generelle Versorgungslücke bezüglich präventiver Therapieangebote für diese Zielgruppe besteht. Die Bemühungen, entsprechende Therapieangebote flächendeckend und bundesweit anzubieten, mündeten in der Gründung des *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden*

mit bundesweit 11 Standorten (Stand Oktober 2015). 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. Die entsprechenden Arbeitsgruppen und Gremien des Netzwerks werden im Überblick dargestellt.

Schlüsselwörter: Flächendeckende Therapieangebote, Netzwerk, Prävention, Kooperation, Qualitätsstandard

Entwicklung

Die Erfahrungen der ersten Jahre im *Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD) am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin* zeigen eine steigende Inanspruchnahme des Angebots und die prinzipielle Erreichbarkeit der Zielgruppe durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit. Somit konnte belegt werden, dass für Personen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit durch das kindliche (vor- und frühpubertäre) Körperschema, die mit potentieller Fremdgefährdung einhergeht, eine generelle Versorgungslücke bezüglich präventiver Therapieangebote besteht. Dies ist insofern bedeutsam, als dass es zu diesem Zeitpunkt keine konkreten Angebote eines potentiell verursacherbezogenen Ansatzes zur Verhinderung sexuellen Kindesmissbrauchs in dieser Form in Deutschland gab und zu Beginn des Projekts unklar war, ob dieser Ansatz auch von betroffenen Personen angenommen werden würde. Somit erwies sich, dass der Ansatz des Projektes einen weiteren wichtigen Baustein zum aktiven Kinderschutz darstellt und Personen mit einer potentiell fremdgefährdenden sexuellen Ansprechbarkeit dieses Angebot auch wahrnehmen. Hierbei sollte erwähnt werden, dass ein solches Angebot sicherlich nicht alle Personen mit entsprechender sexueller Ansprechbarkeit erreichen kann, da die Grundlage für das Angebot die Eigenmotivation der Teilnehmer ist. Die Erfahrungen der ersten Jahre des Projektes verdeutlichen weiterhin, dass die Gruppe derer, die das Angebot nutzen und Hilfe suchen größer ist, als dies von kritischen Seiten vor Beginn des Projekts vermutet wurde.

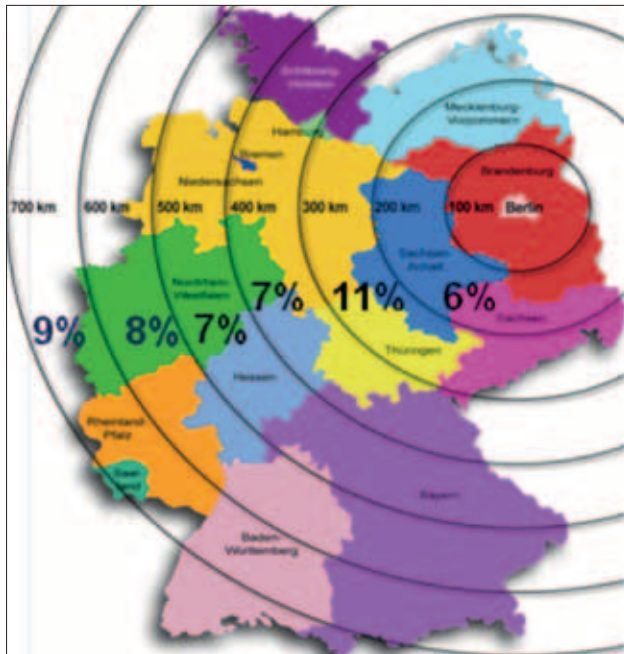


Abb. 1: Vor Gründung des Präventionsnetzwerks sowie Etablierung weiterer Standorte (2011) reisten rund 48% der Interviewpartner weiter als 100 km an

Ebenso wurde offenkundig, dass sich Personen aus dem gesamten Bundesgebiet und darüber hinaus beim Berliner Standort meldeten. Einem Großteil dieser Personen war es organisatorisch nicht möglich, für ein Erstgespräch nach Berlin zu reisen. Diesen konnte letztlich lediglich telefonische Beratung bzw. der Versuch von Weitervermittlung an andere evtl. mögliche Anlaufstellen oder niedergelassene KollegInnen, die sich der Thematik öffneten und fachlich-kollegiale Beratung/Austausch am Projektstandort Berlin nutzen konnten, angeboten werden. Ein Teil der Interessenten aus dem weiteren Bundesgebiet oder auch aus dem anliegenden Ausland reisten für ein diagnostisches Erstinterview an, wobei auch hier für die meisten aus organisatorischen Gründen eine weitere Teilnahme an der Therapie in Berlin nicht umsetzbar war. Wie in Abb. 1 dargestellt, reisten bis zum Jahre 2011 48% der Teilnehmer für ein diagnostisches Interview weiter als 100 km an.

Durch diese Gegebenheiten wurde die Notwendigkeit deutlich, die Etablierung und den Ausbau weiterer Anlaufstellen im Bundesgebiet mit dem Ziel einer möglichst flächendeckenden Versorgung anzustreben. 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 Berlin und unter zunächst schwieriger Finanzierungslage. Ende 2010 konnte durch eine Kooperationspartnerschaft mit der Universität Regensburg unter der Leitung von Prof. Dr. M. Oster-

heider ein weiterer Standort eröffnet werden. Damit war die Basis für das Präventionsnetzwerk geschaffen. Weiterführende Bemühungen wurden dahingehend unternommen, Kooperationspartner aus dem psychosomatischen und/oder forensisch-psychiatrischen Bereich in den jeweiligen Bundesländern zu gewinnen.

Die primären Überlegungen mit Bezug auf die Erweiterung und den Aufbau eines Netzwerks mit präventivem Angebot bezogen sich zunächst auf folgende Punkte:

- Gewährleistung einer niedrighschwelligem Kontaktaufnahme – mögliche Anonymität zu Beginn der Kontaktaufnahme
- Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter (therapeutische Ausbildung und sexualmedizinische /-therapeutische Zusatzqualifikation)
- Möglichkeit der begleitenden Forschungsbestrebungen durch universitäre Anbindung
- Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und einheitlicher öffentlicher Auftritt als Präventionsnetzwerk.

Die Bestrebungen zur Etablierung einer bundesweiten Versorgungsstruktur mündeten im Aufbau weiterer Standorte des zukünftig gemeinsam benannten *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden*. An acht weiteren Standorten konnten Kooperationspartner gewonnen und Anlaufstellen des *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* errichtet werden, so dass es z.Z. elf Standorte gibt, die in zeitlicher Reihenfolge in Abb. 2 aufgelistet sind.

1. **Berlin** (Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. K.M. Beier),
2. **Kiel** (Leitung: Prof. Dr. med. H.A.G. Bosinski, ab 2014 Dr. M. Budde & Dr. C. Huchzermeier,
3. **Regensburg** (Leitung: Prof. Dr. M. Osterheider),
4. **Leipzig** (Leitung: Prof. Dr. med. H. Alexander, ab 2014 Prof. Dr. P. Schönknecht)
5. **Hannover** (Leitung: Prof. Dr. Dipl.-Psych. U. Hartmann),
6. **Hamburg** (Leitung: Prof. Dr. med. Briken),
7. **Stralsund** (Leitung: Dr. med. Rösing),
8. **Gießen** (Leitung: Prof. Dr. med. J. Kruse),
9. **Düsseldorf** (Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Tress),
10. **Ulm** (Leitung: Prof. Dr. med. H. Gündel)
11. **Mainz** (Leitung: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. Beutel).

Abb. 2: Entwicklung des Präventionsnetzwerks Kein Täter werden 2011–2015



Netzwerkarbeit und Ziele des Präventionsnetzwerks Kein Täter werden

Die übergeordneten Ziele des Netzwerks wurden mit den Kooperationspartnern der jeweiligen Standorte in gemeinsamen Treffen verabschiedet. Hierbei flossen die bereits gemachten Erfahrungen der bisherigen Arbeit ebenso mit ein wie die gegebenen Expertisen an den einzelnen Standorten, um positive Synergie-Effekte zu generieren. Neuen Standorten sollen die Einarbeitung und der prinzipielle Aufbau eines Versorgungsangebots vor Ort erleichtert sowie die vereinbarten und angestrebten Qualitätsstandards gesichert bzw. weiter entwickelt werden.

Die gemeinsam ausgearbeitete Arbeitsgrundlage der Partner im *Netzwerk Kein Täter werden* wurde in einer für alle bestehenden und zukünftigen Standorte gültigen Kooperationsvereinbarung schriftlich niedergelegt.

Um diese relevante Netzwerkarbeit dauerhaft zu gewährleisten, wurden durch die Netzwerkpartner zentrale Stellen für die Koordination der Netzwerkarbeit und der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit designiert, die die strukturelle und inhaltliche Abstimmung der Partner entsprechend umsetzen, allen Standorten verfügbar machen, neue Standorte bei der Implementierung unterstützen und den Aufbau sowie die inhaltliche Arbeit des Netzwerks koordinieren.

Primärziele der Netzwerkarbeit

- Etablierung einer flächendeckenden Versorgung mit niedrigschwelliger Kontaktmöglichkeit im Bundesgebiet und entsprechende Verstärkung des Angebots (wohnnortnahe ambulante Anlaufstellen ohne

Zugangshürden, mit dem Angebot standardisierter qualifizierter Diagnostik und Therapie),

- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und einheitliches Auftreten in der Öffentlichkeit,
- Standards für Qualifikation und Weiterbildung der Mitarbeiter – Psychotherapeutische Qualifikation in einem Richtlinienverfahren sowie sexualmedizinische / -therapeutische Zusatzqualifikation,
- Standards für Diagnostik (Leitlinien) – Synchronisierung/Vergleichbarkeit des Vorgehens an den Standorten – Berücksichtigung der Pädophilie als krankheitswertige Störung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10-Diagnose),
- 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 und Bereitstellung entsprechender Vorgehensweisen – Erleichterung für den Aufbau an neuen Standorten
- Vergrößerung der Stichprobe für begleitende Forschung und Evaluation.

Weitere Ziele

- Qualitätsmanagement und Fortbildungen bei den bestehenden Standorten,
- Bildung von gemeinsamen Arbeitsgruppen zur Ausarbeitung einer Leitlinienstruktur des diagnostischen Vorgehens innerhalb des Netzwerks und der möglichen Synergien der vertretenen therapeutischen Expertisen. Ebenso Konkretisierung der gemeinsamen Begleitforschung (Operationalisierung, Auswahl der zu erhebenden Konstrukte, gemeinsame/ einheitliche Datenbanken),

- Bestrebungen zur Sicherung einer dauerhaften Basisfinanzierung der einzelnen Standorte, um die notwendige Versorgungsstruktur nicht zu gefährden und die fachlich qualifizierte anonyme Inanspruchnahme Betroffener zu gewährleisten,
- Informationsangebot und mögliche Zusammenarbeit mit interessierten Kollegen/Kolleginnen aus dem Bereich der Forensik, niedergelassenen Therapeuten/ Therapeutinnen, Tätigen im Bereich des Opferschutzes – mit dem gemeinsamen Ziel des präventiven Kinderschutzes,
- Anbindung internationaler Kooperationen im Sinne von assoziierten Partnerschaften.

Einbindung neuer Standorte in das Netzwerk *Kein Täter werden*

Die Einbindung neuer Standorte in das Netzwerk erfolgt in mehreren vorbereitenden Stufen (vgl. schematische Darstellung in Abb. 3). Im Vordergrund steht eine frühzeitige Integration der möglichen neuen Standorte in den Arbeitsablauf innerhalb des Netzwerks, Prüfung der Einhaltung der Qualitätsstandards und Unterstützung bezüglich des Aufbaus unter Berücksichtigung der speziellen inhaltlichen Besonderheiten bei der Erstellung eines Versorgungsangebots. Dies gilt äquivalent für das Eingehen von assoziierten Partnerschaften mit Projekten, die in ähnlichen Arbeitsbereichen situiert sind oder auch mit internationalen Interessenten, die aufgrund anderer Rah-

menbedingungen entsprechende Versorgungsangebote wie in Deutschland gegeben nicht umsetzen können.

Zu erwähnen ist hier ebenfalls die Prüfung einer Grundfinanzierung, die nicht nur den prinzipiellen Aufbau eines Standortes betrifft, sondern auch die geplante Grundversorgung der Klienten, die die Therapieteilnahme über einen Zeitraum von einem Jahr gewährleisten muss. Dies ist neben den inhaltlichen Aspekten von besonderer Bedeutung für die generelle Etablierung und Verstetigung des Versorgungsangebots innerhalb des Netzwerks. So ist zu erwähnen, dass an den meisten Standorten die Finanzierungslage durchaus nicht als dauerhaft gewährleistet gesehen werden kann, sondern mitunter als prekär zu bezeichnen ist, da bereitgestellte Gelder z.T. von Jahr zu Jahr in Frage stehen und nur eine rudimentäre Grundversorgung dadurch abgedeckt werden kann. Hier sind Bemühungen notwendig, die Arbeit der Standorte in Zukunft finanziell stabiler abzusichern.

Nach formaler Einbindung eines neuen Standortes auf Basis der Kooperationsvereinbarung wird der Aufbau des Standortes durch die Koordination des Netzwerks unterstützt. Dies betrifft zunächst primär die notwendige regionale Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung des neuen Standortes, ebenso die Weitergabe von bisherigen Erfahrungen und Beratung hinsichtlich der Auswahl angemessener Örtlichkeiten/Räume für das Versorgungsangebot, notwendiger technischer Ausstattung und entsprechender Bereitstellung niedrigschwelliger Kontaktaufnahmemöglichkeiten für potentielle Klienten (Mail, separate Hotline etc.).

In einem nächsten Schritt werden neuen Standorten Datenbanken zur formalen Dokumentation der Kontaktaufnahmen sowie für den weiteren Projektverlauf zur Verfügung gestellt und die Mitarbeiter darin geschult, wobei entsprechende Datenschutzrichtlinien beachtet werden.

Ebenso werden die für die Diagnostik und Begleitforschung relevanten psychometrischen Verfahren (primär in Form von Fragebögen zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf) einheitlich an den Standorten eingesetzt. Auch hier erfolgt eine Vermittlung und Einarbeitung über die zentrale Koordination für die neuen Standorte (vgl. Abb. 4). Dies beinhaltet sowohl die konzeptionelle Vermittlung der erhobenen Daten/Variablen als auch die Bereitstellung entsprechender Dateneingabemasken zur späteren systematischen statistischen Auswertung im Bereich der begleitenden gemeinsamen Forschungsprojekte. In Einzelfällen unterstützt das Netzwerk die notwendige Dateneingabe an Standorten, die durch ihre Finanzierungslage keine ausreichenden Kapazitäten für diese Bereiche bereitstellen können.

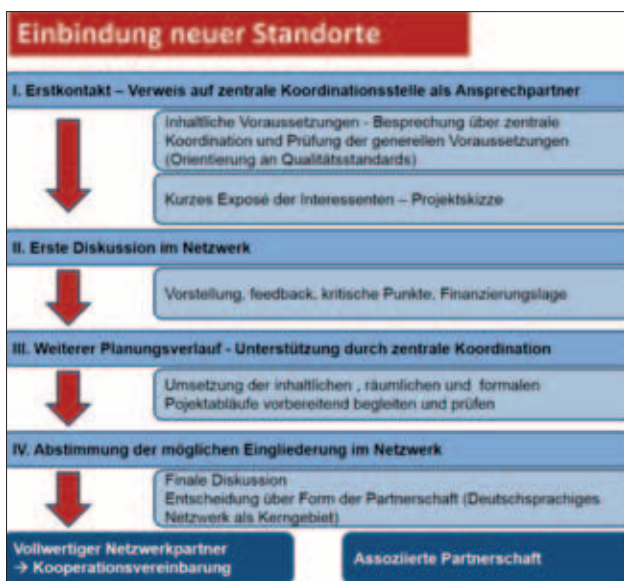


Abb. 3: Einbindung neuer Standorte und assoziierter Partnerschaften



Abb. 4: Überblick Netzwerkarbeit – Aufbau neuer Standorte, formale Einbindung, Forschung

Da das *Netzwerk Kein Täter werden* mit dem präventiven Ansatz im sogenannten Dunkelfeld weltweit bisher einzigartig ist, sollen die Bestrebungen im Netzwerk auch die begleitende Forschung betreffen, um hier den bisherigen Kenntnisstand aus primär forensischen Kontexten zu prüfen, zu hinterfragen und ggf. zu ergänzen. 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.

Umsetzung der prozessorientierten Ziele in konkrete Netzwerkarbeit

Die oben beschriebenen Ziele sind primär prozessorientierte Ziele, die als Entwicklungsprozesse der gemeinsamen Netzwerkarbeit, aufbauend auf vorhandenen Rahmenbedingungen, diagnostischen Methoden, bestehender Forschungsliteratur, therapeutischen Ansätzen etc. zu verstehen sind. Die inhaltliche Umsetzung der Netzwerkarbeit mit dem Ziel, diese Entwicklungsschritte voranzutreiben und Synergien im Netzwerk zu generieren, soll im Folgenden skizziert werden. Für den Bereich der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit sei an dieser Stelle auf den entsprechenden Artikel in dieser Ausgabe verwiesen.

Generelle Aspekte mit Bezug auf Rahmen und Setting

Da das Projekt von Beginn an auf die Zielgruppe der aktuell juristisch unauffälligen Personen mit sexuellem Interesse an Kindern, sprich diejenigen, die bisher keine Taten begangen haben, deren vergangene Taten im sogenannten Dunkelfeld stattfanden oder die für begangene Taten verurteilt worden waren, ihre entsprechende Strafen verbüßt und unter keiner weiteren juristischen Auflage stehen, bezog, wurde dies auch für die Standorte des gesamten *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* übernommen.

Ebenso gilt dies für Personen, die aufgrund anderer Auflagen (z.B. durch Familiengerichte, Jugendämter u.a.) vorstellig wurden. Grundvoraussetzung für die Teilnahme am Projekt ist an allen Standorten die Freiwilligkeit der Teilnehmer und die eigene Motivation, sich Hilfe zu suchen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass andere Personen keine Beratung und Unterstützung an den Standorten in Anspruch nehmen können (Krisenintervention, übergangsweise Anbindung, Weitervermittlung, Kontakt zu entsprechenden sozialen Diensten der Gerichte, FTAs etc.), was jedoch von den Kapazitäten und der weiteren Einbindung des jeweiligen Standortes abhängig ist.

Aufgrund personeller Engpässe und beschränkter Therapieplätze an den Standorten kommt der Frage der Anbindung der Teilnehmer zwischen dem ersten klinischen Gespräch und erfolgter diagnostischer Ersteinschätzung und dem möglichen Beginn der Therapie gerade in diesem Bereich besondere Bedeutung zu. An allen Standorten besteht die Möglichkeit, je nach individuellem Bedarf und evtl. gegebenem Risiko Termine zur Überbrückung der Wartezeit zu gewährleisten, somit eine entsprechende therapeutische Anbindung im Einzelfall zu sichern und die Therapie entsprechend vorzubereiten.

Für die Therapie selbst wird an fast allen Standorten das Gruppensetting bevorzugt. Dies begründet sich sowohl in ökonomischen Betrachtungen bezüglich der Sicherstellung eines Therapieangebots für möglichst viele Teilnehmer vor Ort als auch durch inhaltliche Aspekte bezüglich der Wirksamkeitsaspekte des gruppentherapeutischen Settings. Je nach Indikationsstellung und Kapazitäten vor Ort sind an den meisten Standorten auch Einzeltherapien durchführbar.

Die Gruppentherapie findet in sogenannten Halboffenen Gruppen statt (flexibler Einstieg, regelmäßige Teilnahme), wobei der Einstieg in eine Gruppe und somit die ökonomische Verfügbarkeit von Therapieplätzen flexibler gehandhabt werden kann und frei werdende Plätze entsprechend schnell vergeben werden können. Die Gruppengröße ist auf ein Maximum von 10 Personen beschränkt und wird von je 2 TherapeutInnen (möglichst gemischtgeschlechtliches Therapeutenteam) geleitet. Die Sitzungen finden wöchentlich für ca. 90–120 Min. statt

(standortabhängig), im Einzelsetting 50 Min. Die Gesamtdauer der Therapie ist auf ca. ein Jahr angelegt, wird aber entsprechend der einzelnen Bedürfnissen, dem bestehenden Risiko und der Zielerreichung angepasst, so dass die Dauer der Therapie für die große Mehrheit der Klienten zwischen einem und maximal zwei Jahren liegt.

An allen Standorten werden bei Bedarf Beratungstermine für Angehörige, PartnerInnen etc. angeboten, bei vorhandenen Kapazitäten können auch begleitende Paartherapien durchgeführt werden.

Ein wichtiger Bereich der Arbeit betrifft auch die Versorgung nach Beendigung der Therapie im Form einer Nachsorge, die zur Stabilisierung der in der Therapie erreichten Ziele beitragen soll. Auch hier entwickelt das Netzwerk ein gemeinsames Nachsorgekonzept, das in niederfrequenten Sitzungen das Angebot erweitern soll, um auch nach der Therapie ein Angebot zur weiteren Stabilisierung und Interventionsmöglichkeit in evtl. späteren kritischen Phasen nach der Therapie bereit zu halten (Rückfallprophylaxe etc.)

Arbeitsgruppen und Gremien

Gremium Standortleiter

Die Standortleiter bilden das relevanteste Entscheidungsgremium hinsichtlich der angestrebten Verstetigung und der Etablierung des flächendeckenden Angebots. Hier werden die möglichen Schritte und Vorgehensweisen des Netzwerks bezüglich der Einbindung neuer Standorte, der Finanzierungsmöglichkeiten bestehender Standorte und das Einbringen des Themas in den politischen Diskurs auf Länder- und Bundesebene zur Klärung der Möglichkeiten einer stabilen Finanzierung des Netzwerks abgestimmt.

Arbeitsgruppe Diagnostik

Hauptaufgabengebiet der AG-Diagnostik ist die Erarbeitung einer im Netzwerk gültigen Standardisierung bezüglich des diagnostischen Vorgehens. Hier werden Leitlinien zur Erhebung relevanter diagnostischer Informationen in den klinischen Erstinterviews erarbeitet, wobei auf die gültigen Klassifikationssysteme (ICD-10; DSM-5) referiert wird. Die gültigen Klassifikationssysteme bilden die Grundlage zur diagnostischen Einschätzung; sie werden in Hinblick auf ihre jeweiligen Stärken und Schwächen kritisch diskutiert und durch weitere für die Arbeit im Netzwerk relevante Punkte ergänzt – dies betrifft v.a. das individuelle Erleben, relevante Verhaltensmerkmale und Inhalte sexueller Fantasien der Betroffenen, so dass eine phänomenologische Beschreibung und die daraus resultierende Einschätzung die Kriterien der gültigen Klassifikationssysteme inkludieren, darüber hinaus jedoch eine differenziertere Beschreibung der individuellen Problemlage ermöglicht (s. die Artikel „Diagnostik“ und „Therapie“, S. 155ff u. 165ff). Die sich daraus ergebende diagnostische Einschätzung (zunächst als Verdachtsdiagnose nach Erstgespräch) dient unter Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien zur möglichen Teilnahme und einem Therapieangebot im Netzwerk und wird im weiteren Verlauf immer wieder überprüft.

Weiterhin werden durch die AG-Diagnostik psychometrische Verfahren diskutiert, die primär in Form von Fragebögen relevante mögliche Problembereiche sowie sexuelles Erleben und Verhalten, mögliche Komorbiditäten (SKID-Interview), standardisierte Intelligenzmessung und individuelle Ressourcen etc. erfassen und an allen Standorten des Netzwerks gleichermaßen erhoben werden. Ein Überblick der Verfahren ist in Abb. 5 aufgeführt. Die Erhebungszeitpunkte der AG-Diagnostik und der AG-Intervention sind in Abb. 6 dargestellt.

T0		Tpre		Tpost	
Standard					
Klinisches Interview		Kognitive Verzerrungen	BMS	Kognitive Verzerrungen	BMS
Intelligenz	CFT-20R	Sexuelles Erleben und Verhalten	Q-SEB	Sexuelles Erleben und Verhalten	Q-SEB
Sexuelle Kontakte	ABF	Sexuelles Verhalten (KiPo)	Q-SENICA	Sexuelles Verhalten (KiPo)	Q-SENICA
Sexuelles Erleben und Verhalten	Q-SEB	Sexuelles Verhalten (Ki/Ju)	SBIM-S	Sexuelles Verhalten (Ki/Ju)	SBIM-S
Sexuelles Verhalten (KiPo)	Q-SENICA	Psychopathologie	SKID I	Coping Self Efficacy	SESM C
Sexuelles Verhalten (Ki/Ju)	SBIM-S	Persönlichkeit	SKID II	Einsamkeit	UCLA-LS-R
Risk	STATIC-C	Coping Self Efficacy	SESM C	Hypersexualität	HBI-19
Grooming	Grooming-Fragebogen	Einsamkeit	UCLA-LS-R	Impulsivität	BIS-11
Hypersexualität	HBI-19	Hypersexualität	HBI-19	Need / Outcome	TRS-10
Sexuelle Präferenz	DSM-IV	Impulsivität	BIS-11	Selbstwert	MSWS ESS
Sexuelle Präferenz	VRT	Need / Outcome	TRS-10	Sexuelle Präferenz	IASN
Trauma in der Kindheit	CTQ	Selbstwert	MSWS ESS	Intimität	SS-A
Gruppenindikation	GRQ	Sexuelle Präferenz	IASN	Prosoziale Einstellungen	ISK
		Intimität	SS-A	Zukunftspläne	PCI/GLM
		Prosoziale Einstellungen	ISK	Empathie/Perspektivenübernahme	ISK
		Zukunftspläne	PCI/GLM	Selbstwirksamkeit	LO
		Empathie/Perspektivenübernahme	ISK	Copingstrategien	CISS-24
		Selbstwirksamkeit	LO		

Abb. 5: Eingesetzte Verfahren der Standarddiagnostik im Netzwerk *Kein Täter werden*: T0 = bei Erstvorstellung, Tpre = bei Therapiebeginn, Tpost = nach Beendigung der Therapie. Tpost entspricht auch weiteren follow-up-Erhebungen T1, T3

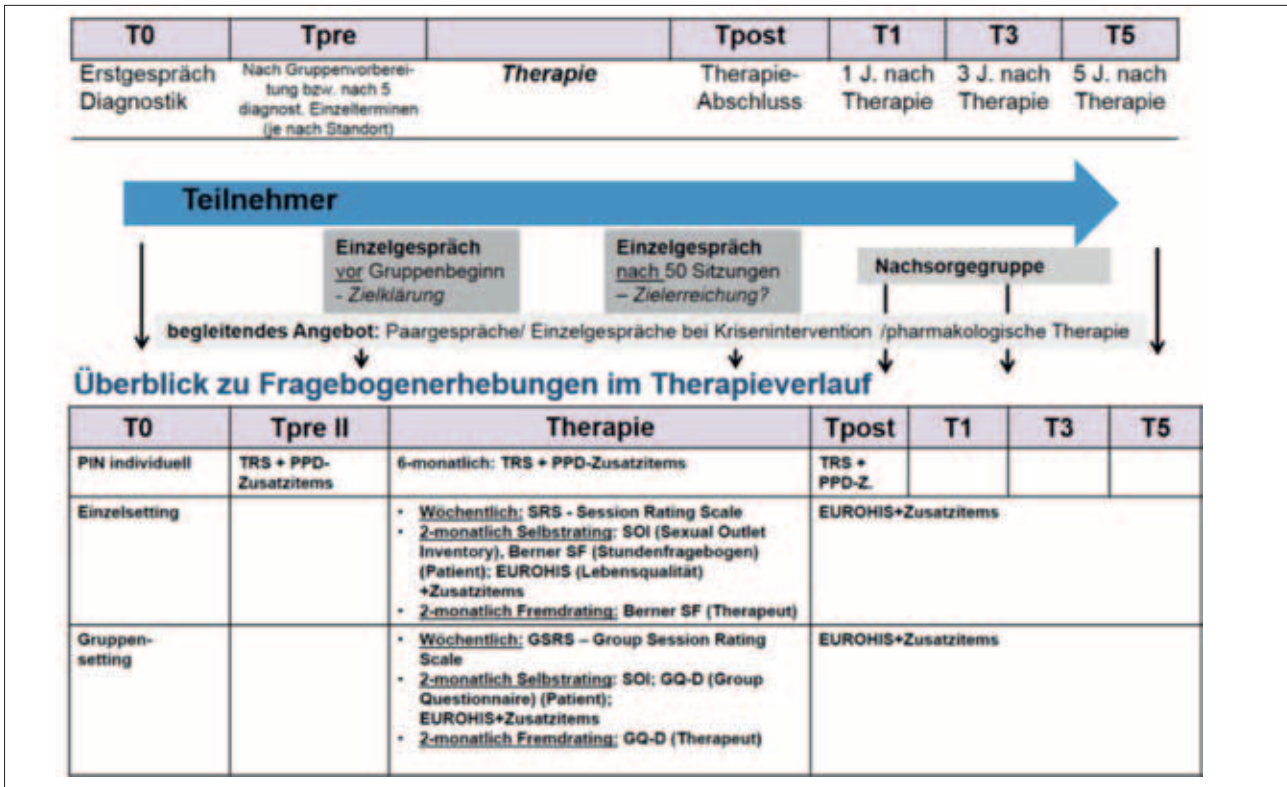


Abb. 6: Erhebungszeitpunkte der Verfahren der AG-Diagnostik und der AG-Intervention

Arbeitsgruppe Intervention

Die Mitarbeiter der AG-Intervention, in der ebenfalls alle Standorte vertreten sind, erarbeiten innerhalb des Netzwerks Konzepte und Richtlinien zu folgenden Themenschwerpunkten:

1. Therapieinhalte,
2. Verlaufsevaluation der Therapie,
3. Qualitätssicherung & Weiterbildung.

Therapieinhalte

Innerhalb der AG-Intervention wurde das System eines „Therapiebaukastens“ als Ziel generiert, der alle Therapiemodule, die im Rahmen einer Therapie im Präventionsnetzwerk Kein Täter werden bearbeitet werden sollen, beinhaltet. Hierzu wurde eine umfangreiche Literaturrecherche bezüglich existierender Modelle und Ansätze sowie therapeutischer Methoden und deren Wirksamkeit betrieben. Zu beachten galt und gilt es dabei, dass die meisten Erkenntnisse und wissenschaftlichen Veröffentlichungen sich auf Studien an Sexualstraftätern aus dem forensischen Kontext beziehen und Fragen der Übertragbarkeit auf den Ansatz im Netzwerk *Kein Täter werden* immer zu bedenken sind. Zusammengefasst lässt sich folgendes festhalten:

Zur Senkung des Rückfallrisikos von Sexualstraftätern werden verschiedene Behandlungsansätze genutzt.

Das Relapse-Prevention-Modell, das Good-Lives-Modell, das Risk-Need-Responsivity-Modell, Kognitiv-Behaviorale Therapie sowie bio-medizinische Ansätze sind hierbei die am meisten diskutierten Ansätze in der Literatur (für einen Überblick siehe McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli, & Ellerby, 2010).

Neben der wissenschaftlichen Literatur wurden die bisher gemachten Erfahrungen und therapeutischen Vorgehensweisen einbezogen. Hierbei flossen vor allem die Ansätze der Standorte Berlin und Hamburg mit ein. In Berlin wurde 2005 am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité die Präventionsarbeit initiiert und in Hamburg, am *Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie* des UKE (Univ.-Klinikum Eppendorf), besteht eine lange wissenschaftliche und klinische Erfahrung im forensischen Kontext und im Bereich sexueller Störungen. Bei gemeinsamen Treffen wurden die Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Ergänzungen der jeweiligen Ansätze und Vorgehensweisen herausgearbeitet und sich auf inhaltliche Themenbereiche geeinigt, die unabhängig vom Standort feste Bestandteile der Therapie sind. Ebenso wurde als ein wichtiges Evaluationsinstrument die Therapist Rating Scale-2 (Marshall & Marshall, 2009) in deutscher Übersetzung eingeführt (Fuchs, Berner & Briken, 2013) und um spezielle netzwerkrelevante Punkte ergänzt. Die primären Inhalte der Therapie lassen sich in folgenden Punkten beschreiben:

1. Selbstwirksamkeit,
2. Allgemeine Empathie,
3. Prosoziale Einstellungen,
4. Angemessenheit von Coping-Strategien/-Stilen,
5. Angemessenheit im Umgang mit Intimität,
6. Positives Selbstwertgefühl,
7. Gute allgemeine Selbstregulation,
8. Gute sexuelle Selbstregulation,
9. Verständnis von Risikofaktoren,
10. Qualität der Zukunftspläne,
11. Biografiearbeit (überdauernde Stärken und Schwächen [stabil-dynamisch] identifizieren und bearbeiten bzw. zur Veränderung nutzen),
12. Angemessene Informationsverarbeitung (kognitive Verarbeitung, automatische Gedanken und Zusammenhänge mit Problemverhalten),
13. Eigene Sexualität (Auseinandersetzung mit eigenen sexuellen Interessen und deren Entwicklung (Zusammenhang mit Motiven, Wünschen, Gefühlen, Bedürfnissen)).

Die Umsetzung in konkrete Therapiemodule im Sinne des oben angesprochenen „Therapiebaukastens“ ist im Artikel „Therapie“ in dieser Ausgabe, S. 165ff) exemplarisch anhand des am Standort Berlin erarbeiteten Therapiemanuals dargestellt.

Verlaufsevaluation der Therapie

Zur Evaluation des Therapieverlaufs wird an allen Standorten des Netzwerks einheitlich vorgegangen. Psychometrische Instrumente, sowohl als Selbst- als auch Fremdratingverfahren werden zur Erfassung von Prozess- und outcome-Variablen eingesetzt. Bei den Instrumenten

wurde darauf geachtet, dass diese valide und in klinischer Arbeit erprobt sind. Damit soll auch eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu anderen Kontexten, in denen die Instrumente eingesetzt werden, ermöglicht werden und gleichzeitig die Therapie im Sinne einer Qualitätssicherung im Verlauf bewertet werden. Das Konzept der Verlaufsevaluation ist in Abb. 7 dargestellt. Abb. 8 zeigt einen Überblick über die zeitliche Anordnung der eingesetzten Instrumente im Verlauf.

Qualitätssicherung & Weiterbildung

Ein wichtiges Merkmal der Qualitätssicherung der Netzwerkarbeit wurde im Zusammenhang mit der angestrebten Basisqualifikation der therapeutischen Mitarbeiter bereits angesprochen:

1. Ausbildung in einem der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie)
2. Zusatzausbildung Sexualmedizin (z.B. bei der Fachgesellschaft DGSMTW, DGfS)

Weitere qualitätssichernde Maßnahmen der Netzwerkarbeit

- Halbjährlich stattfindende Netzwerktreffen zur Abstimmung der gemeinsamen Tätigkeit, Klärung struktureller und perspektivischer Netzwerkfragen, Abstimmung formal-organisatorischer Punkte. (Berichte aus den Standorten; Erarbeitung gemeinsamer Vorgehensweisen zur Erweiterung des Netzwerks und zur bundesweiten Etablierung des Vorsorgeangebots)

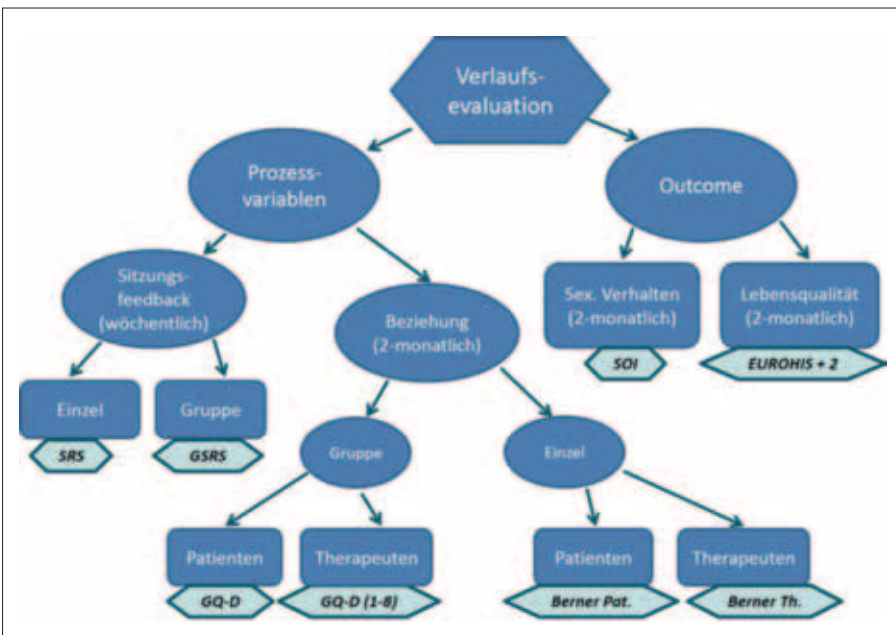


Abb. 7: Verlaufsevaluation-Variablen. Mit freundlicher Genehmigung von M. Butz

Abb. 8: Verlaufsevaluation-Instrumente und Messzeitpunkte. Mit freundlicher Genehmigung von M. Butz

Zeitpunkt	Wöchentlich (Itemanzahl)	Alle 2 Monate (Itemanzahl)	Alle 6/12 Monate (Itemanzahl)
Gruppensetting			
Patienten	GSRS (4)	SOI (5) GQ-D (30) EUROHIS mit PPD-Zusatzitems (10)	
Therapeuten		GQ-D (Items 1-8)	TRS mit PPD-Zusatzitems (13)
Einzelsetting			
Patienten	SRS (4)	SOI (5) Berner Stundenbogen (P:22) EUROHIS mit PPD-Zusatzitems (10)	
Therapeuten		Berner Stundenbogen (Th:26)	TRS mit PPD-Zusatzitems (13)

- Mindestens halbjährlich stattfindende Treffen der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen im Rahmen von „Therapeutentagen“ zum fachlichen Austausch, Weiterentwicklung/Optimierung der Therapie, Intervention und Fallbesprechung
- Workshops zur Weiterbildung der therapeutischen Mitarbeiter (z.B. in neueren Verfahren/Methoden wie MI [Motivational Interviewing], EFT [Emotionsfokussierte Therapie] etc.)
- Hospitation von therapeutischen MitarbeiterInnen an anderen Standorten und Einlernung von MitarbeiterInnen neuer Standorte
- Bestrebungen zu gemeinsamer Begleitforschung und in diesem Rahmen auch zur digitalen Erhebung der dafür relevanten netzwerkübergreifenden Daten
- Konzepterstellung für Krisenmanagement – zum abgestimmten Vorgehen bei Fällen mit akutem Übergangsrisiko wurde im Netzwerk ein gemeinsamer Stufenplan unter Einbeziehung des Kinderschutzgesetzes erarbeitet.

Zahlen zur Versorgung innerhalb des Präventionsnetzwerks Kein Täter werden

Seit Beginn des Projektes im Jahre 2005 in Berlin bis Ende April 2015 unter Einbeziehung aller aktuellen 11 Standorte ergeben sich für das Präventionsnetzwerk Kein Täter werden folgende Zahlen zur Kontaktaufnahme (generelle Annahme des Versorgungsangebots), den daraus resultierenden Erstgesprächen und weiterer klinischer Diagnostik, den unterbreiteten Therapieangeboten im Netzwerk sowie Zahlen zur therapeutischen Behandlung (vgl. Abb. 9 und 10). Für die Bewertung der Zahlen bezüglich der einzelnen Phasen des Versorgungsangebots sind folgende Punkte zu beachten:

- Die mögliche geographische Distanz der Wohnorte potentieller Teilnehmer zu einem der Standorte trägt sicherlich dazu bei, dass trotz Suche nach the-

Kontaktaufnahmen	5258
Angeschlossene Klinische Diagnostik	1729
Therapieangebot unterbreitet	954

Abb. 9: Zahlenverlauf seit 2005 im gesamten Präventionsnetzwerk vom Erstkontakt bis zur Unterbreitung eines Therapieangebots (31.04.2015)

Therapie angefangen	431
In Beratung/Psychoedukation	52
Therapie abgeschlossen	181
Aktuell in Therapie	148
Therapie abgebrochen	98

Abb. 10: Therapiestatus innerhalb des Präventionsnetzwerks (31.04.2015)

rapeutischer Unterstützung ein Erstgespräch vor Ort aus organisatorischen Gründen erschwert sein kann, was für die weiteren Schritte, wie Möglichkeit der regelmäßigen Therapieteilnahme, umso mehr zutrifft.

- Die Finanzierung etlicher Standorte kann nicht als adäquat bezeichnet werden, so dass z.T. nur eine minimale Grundversorgung gewährleistet werden kann und Klienten nicht zeitnah therapeutische versorgt werden können, da schlicht die finanziellen Kapazitäten nicht vorhanden sind, um die Standorte zu befähigen, eine solides und dauerhaftes Grundversorgungsangebot zu gewährleisten.

Tabelle 1: Erarbeitung einheitlicher Qualitätsstandards im *Präventionsnetzwerk Dunkelfeld*

	Öffentlichkeitsarbeit	Projektaufbau & -durchführung	Diagnostik & Therapie
Kernziele	Ansprache von Probanden Aufklärung der Öffentlichkeit Einheitlicher Außenaufttritt Kommunikation wissenschaftlicher Qualitätsstandards	niedrigschwelliger Zugang Bindung Selektion & Filterung Evaluation Beratung	Klassifikation Indikationsstellung Risikoeinschätzung Therapieprognose Risikosenkung Verhaltenskontrolle
Inhalte	Pressearbeit (Presseanfragen, etc.) Öffentlichkeitsarbeit, Gemeinsame Website Kampagne „Kein Täter werden“ Vernetzung	Verwaltung Organisation Kommunikation	Kriterien (Diagnosen, Leid, Motivation, Risiko, Indikation) Haltung Module
Organisatorische Rahmenbedingungen	Koordination Medienarbeit Kosten	institutionelle Anbindung Räumlichkeiten Zeiten	Kosten, Setting Dunkelfeld vs. Hellfeld Medikamentensprechstunde
Personalqualifikation & -management	Medientrainings (Ausbildung) PR-Treffen	Ausbildung Mitarbeiteranzahl	Ausbildung Mitarbeiteranzahl multizentrische Fallkonferenzen
Datenerhebung & -management	Dokumentation & Archivierung Auswertung	Verfahren, Modus Operandi Messzeitpunkte, Eingabe & Archivierung, Datensicherung	Standardisierungsgrad, Objektivität Modus Operandi Dokumentation & Archivierung
Rechtsfragen & Ethik	Persönlichkeitsrechte Datenschutz (Website, etc.)	Persönlichkeitsrechte Datenschutz	Anonymisierung, Schweigepflicht Umgang mit Ausschlüssen
Krisenmanagement	Zusammenarbeit mit Journalisten Abstimmung/Koordination	Akute Fremd- & Selbstgefährdung Angehörige, Datenmissbrauch	Akute Fremd- & Selbstgefährdung Angehörige

Überblick der Netzwerkarbeit zur Qualitätssicherung und Leitlinien

Zum Abschluss wird in der nachfolgenden Tabelle 1 nochmals ein zusammenfassender Überblick über Bereiche der Entwicklung von Qualitätsstandards und Leitlinien der Arbeitsbereiche „Öffentlichkeitsarbeit“, „Projektaufbau und -durchführung“ sowie „Diagnostik & Therapie“ mit entsprechenden Kernzielen, Inhalten, Rahmenbedingungen etc. stichwortartig aufgezeigt, um die Bereiche der Netzwerkarbeit im *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* zu veranschaulichen.

Literatur

- Fuchs, A., Berner, W., Briken, P., 2013. Deutsche Fassung der Therapist Rating Scale-10. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7 (1), 44–46.
- Marshall, L.E., Marshall, W.L., 2009. The Therapist Rating Scale-2. Unpublished Manuscript.
- McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., Ellerby, L., 2010. Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey. Safer Society Press, Brandon, Vermont.

Autor

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

Diagnostik im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*

Dorit Grundmann, Anna Konrad, Gerold Scherner

Diagnosics within the *Prevention Project Dunkelfeld*

Abstract

The *Prevention Project Dunkelfeld* (PPD) offers diagnostics, counselling and treatment on an out-patient basis to individuals who feel sexually attracted to children and are concerned about their sexual behavior. The article describes the diagnostic and multi-methodal process used to determine admission to the Berlin site of the PPD. One focal point is the diagnosis of the sexual preference of project participants. The article provides an overview of the self-reporting measures used during the diagnostic and treatment process and the criteria for the final clinical evaluation and risk prognosis. Before joining a treatment group, project participants attend psychoeducation sessions, the contents of which will also be described. The article forms the basis for the following description of the therapy process within the PPD. **Keywords:** Diagnostics, Sexual history, Sexual preference, Risk Assessment, Psychoeducation

Zusammenfassung

Das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) bietet Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, ambulante Diagnostik und Beratung an, sowie therapeutische Hilfe zum Umgang mit ihrem sexuellen Erleben oder mit dem befürchteten sexuellen Verhalten. Der Artikel beschreibt das diagnostische und multi-methodale Vorgehen bei der Aufnahme in das Therapieprojekt am Berliner Standort des *Präventionsnetzwerkes Kein Täter werden*. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Diagnostik der Sexualpräferenz. Es wird ein Überblick gegeben über die verwendeten Selbstberichtsverfahren und die Kriterien, die der abschließenden klinischen Beurteilung und Risikoprognose dienen. Als Vorbereitung auf die Gruppentherapie dient eine Psychoedukation, deren Inhalte ebenfalls vorgestellt werden. Damit bildet der Artikel die Grundlage für die nachfolgende Darstellung des therapeutischen Vorgehens im PPD.

Schlüsselwörter: Diagnostik, Sexualanamnese, sexuelle Präferenz, Risikoprognose, Psychoedukation

Ansatz des PPD, Kontaktaufnahme und Erstkontakt

Das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) ermöglicht Diagnose und Therapie für Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und erstmalig oder wiederholt befürchten, sexuelle Übergriffe zu begehen, entweder durch direkten körperlichen Kontakt oder indirekt durch den Konsum oder die Herstellung von Missbrauchsabildungen im Internet (sogenannte Kinderpornografie). Der damit verbundene diagnostische und therapeutische Prozess wird mittels Datenerhebung begleitet, um Annahmen über diese Zielgruppe zu überprüfen und die Therapie zu evaluieren. Abb. 1 zeigt den Ablauf von Diagnostik und Therapie im PPD. Der **Kontakt** selbst ist wie folgt strukturiert:

Projektinteressierte nehmen anonym telefonisch oder per E-Mail Kontakt auf. Zur Anonymisierung wird eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) an jeden Projektinteressierten vergeben, der sich: (1) sich sexuell zu Kindern und/oder Jugendlichen hingezogen fühlt, (2) einen Leidensdruck beschreibt, welcher durch diese sexuelle Präferenz hervorgerufen ist, (3) daran interessiert ist, einen klinischen Experten zu konsultieren und (4) sich aktuell nicht im justiziellen Hellfeld befindet. Die Daten werden in eine Kontakt- und Verlaufsdatenbank aufgenommen. Mit den Projektinteressierten wird anschließend ein persönlicher Termin für ein klinisches Erstgespräch am Berliner Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin vereinbart.

Der aus der Kontaktaufnahme resultierende **Erstkontakt** beinhaltet eine mehrstufige, multi-methodale Diagnostik, beginnend mit einem semistrukturierten klinischen Interview, gefolgt von einer Testbatterie von Fragebögen und computerbasierten Verfahren und einer abschließenden klinischen Fallbesprechung. Mit dieser Diagnostik wird ein allgemeiner psychischer Aufnahmebefund erhoben, sowie eine spezielle Diagnose der Präferenz gestellt, um Ein- und Ausschlusskriterien für eine Teilnahme am Behandlungsprogramm zu prüfen (vgl. Tab. 1). Für diesen ersten Kontakt, die Interviews und die Testung werden etwa 4–5 Stunden veranschlagt.

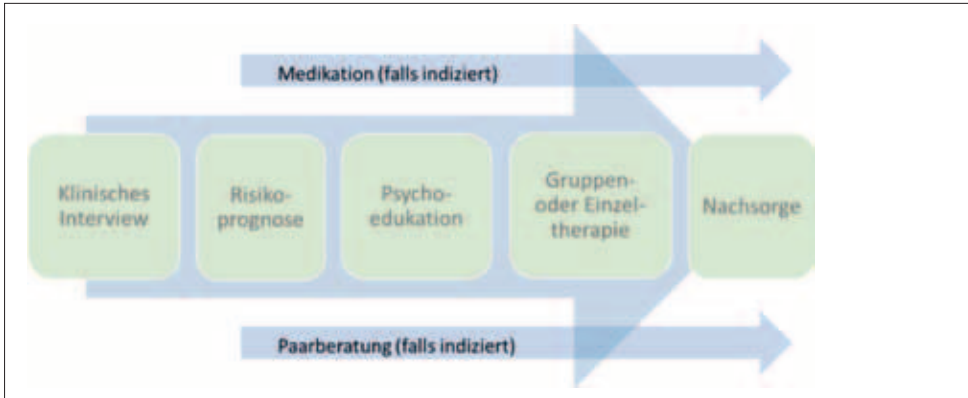


Abb. 1: Flussdiagramm zum klinischen Ablauf von Diagnostik und Therapie im PPD

Klinisches Interview

Das semistrukturierte klinische Interview beim **Erstgespräch** dient der allgemeinen Anamnese, der Erfassung der Sexualpräferenz und der Risikoprognostik und dauert zwischen 90–120 Minuten. Folgende Inhalte sind für die allgemeine Anamnese von Relevanz:

- **Aktueller Anlass**, bzw. die Motivation sich im PPD vorzustellen
- **Sozialanamnese** – soziale Lerngeschichte, familiärer Hintergrund, schulische und berufliche Entwicklung, soziale Integration etc.
- **Sexualanamnese** – psychosexuelle und sozio-sexuelle Entwicklung (sexuelles Erleben und Verhalten in Kindheit/Pubertät und Erwachsenenalter; Beziehungsanamnese; Erfassung der sexuellen Präferenzstruktur und problematischen sexuellen Verhaltens, i.e. Nutzung von Missbrauchsabbildungen, Online-Verhalten und sexueller Kindesmissbrauch)
- **Juristische Anamnese** – frühere und aktuelle strafrechtliche Vorgänge für die Nutzung von Missbrauchsabbildungen und/oder sexuellen Kindesmissbrauch, d.h. Anzeigen, Ermittlungsverfahren, Verurteilungen, Begutachtungen, Deliktcharakteristika
- **Psychiatrische Anamnese** – Auffälligkeiten in Kindheit/Pubertät/Erwachsenenalter; Familienanamnese; vorherige psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen
- **Somatische Vorerkrankungen und Medikation** – Suchtanamnese
- **Fremdbeurteilung** zu statischen und dynamischen Risikofaktoren (STATIC-C, STABLE-2007, ACUTE-2007)
- **Behandlungs- und Veränderungsmotivation und Therapieprognose**

Das Kernmerkmal des klinischen Interviews ist die Erfassung der sexuellen Präferenz, sowie des Leidensdruckes und der Beeinträchtigungen durch sexuelle Fantasien. Dazu eignet sich ein ausführliches sexualanamnestisches Vorgehen auf Basis des „5 x 3 der Sexualmedizin“ (Ahlers et al., 2004). Das sexuelle Erleben und Verhalten der Teilnehmenden kann anhand folgender Inhalte charakterisiert werden:

- **Drei Grundlagen** – Sexualität kann nur als bio-psycho-soziales Phänomen verstanden und beschrieben werden: sexuelles Erleben und Verhalten basiert auf a) biologischen (Körperlichkeit), b) psychologischen (Persönlichkeit) und c) soziologischen (Sozial- und Partnerbezogenheit) Grundlagen.

Tabelle 1: Klinisch relevante Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme am PPD Therapieprogramm

Einschluss	Pädophilie / Hebephilie Hinreichend deutsche Sprachkenntnisse Mindestalter 18 Jahre
Ausschluss	aktueller deliktrelevanter Helffeldstatus (Ermittlungs-/Strafverfahren) manifeste behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung (Achse I psychotische und affektive Störung) oder floride Substanzabhängigkeit geistige oder hirnorganische Beeinträchtigung/Behinderung Fremdmotivation keine Indikation aufgrund ausschließlicher Teleiophilie

- **Drei Dimensionen** – Sexualität ist gekennzeichnet durch drei zentrale Dimensionen: a) Lust, b) Fortpflanzung und c) Beziehung. Das heißt, sexuelles Erleben und Verhalten setzt sich zusammen aus lustorientierten, fortpflanzungsorientierten und beziehungsorientierten Motiven.
- **Drei Achsen (= sexuelle Präferenzstruktur)** – Die sexuelle Präferenzstruktur des Menschen setzt sich zusammen aus drei wesentlichen Achsen, die ineinander greifen und alle (von normkonform bis paraphil) erfragt werden sollten: a) sexuelle Orientierung (präferiertes Geschlecht: männlich/weiblich oder beides), b) sexuelle Ausrichtung (präferiertes Körperschema: vorpubertär, frühpubertär, erwachsen) und c) sexuelle Neigung (präferierter Modus der Interaktion, sowie Typ, Objekte etc.).
- **Drei Ebenen** – Sexuelles Erleben und Verhalten sollte auf drei verschiedenen Ebenen exploriert werden: der Ebene des a) sexuellen Selbstkonzepts, der Ebene der b) sexuellen Fantasien und c) der Ebene des konkreten sexuellen Verhaltens.
- **Drei Formen** – Das konkrete sexuelle Verhalten sollte in den drei Formen exploriert werden: a) Selbststimulation und -befriedigung, b) extragenitale sexuelle Interaktion (z.B. Streicheln, Schmusen, Kuschneln) und c) manuelle, orale oder andere genitale Stimulation (z.B. Petting) und Geschlechtsverkehr (Einführen des Penis in Scheide oder After).

Zum Abschluss des Interviews schätzen die Interviewer das Vorliegen einer pädophilen und/oder hebephilen sexuellen Präferenzstörung (nach DSM-IV-TR-Kriterien) ein und stellen ggf. eine entsprechende Diagnose. Dabei werden alle erhobenen Informationen und Einstellungen bezüglich Fantasien und Verhaltensweisen einbezogen. Ausschlaggebend für das Vorliegen einer entsprechenden Präferenzstörung ist die selbstberichtete wiederkehrende intensive Erregung zu Fantasieinhalten mit vorpubertären Kindern (Tanner-Stadium 1 für Pädophilie) und/oder frühpubertären Kindern (Tanner-Stadien 2 und 3 für Hebephilie) (Marshall & Tanner, 1969; Marshall & Tanner, 1970; Blanchard et al., 2009) während der Selbstbefriedigung. Diese Erregung kann als exklusiv oder nicht-exklusiv (parallele sexuelle Ansprechbarkeit auf das erwachsene Körperschema: Tanner-Stadien 4 und 5 für Teleiophilie) erlebt werden und sich auf das weibliche und/oder männliche Geschlecht beziehen. Reale sexuelle Kontakte zu Kindern ohne das gleichzeitige Vorkommen von erregenden Fantasieinhalten sind nicht ausreichend für die Diagnose einer Pädophilie oder Hebephilie.

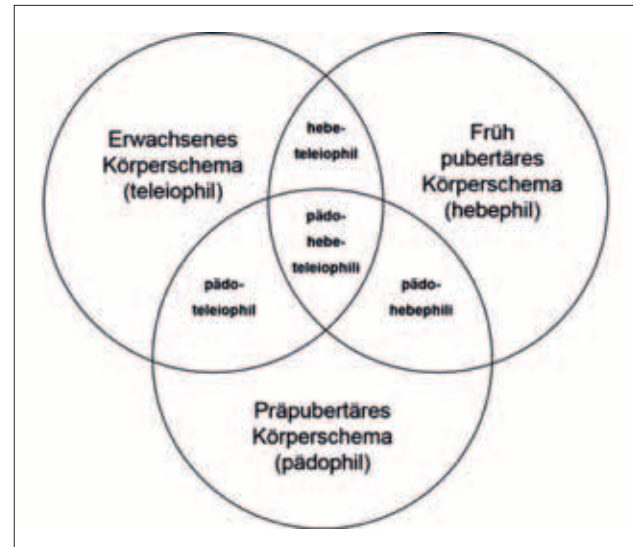


Abb. 2: Sexuelle Präferenzen für Körperschemata gemäß Berliner Klassifikation: teleiophil – hebephil – pädophil einschließlich Mischformen

Exkurs – Die Berliner Klassifikation

Die Exploration des sexuellen Präferenzmerkmals Körperschema auf der Ebene der sexuellen Fantasien ergibt häufig verschiedene präferierte Schemata (vgl. Beier et al., 2014). So finden sich neben den exklusiv auf das vorpubertäre, frühpubertäre oder das erwachsene Körperschema ausgerichteten Inhalten auch verschiedene parallel vorhandene fantasierte Körperschemata, z.B. gleichermaßen sexuelle Fantasien bezogen auf das vorpubertäre und das frühpubertäre Körperschema. In Abb. 2 werden mögliche Präferenzkombinationen schematisch dargestellt.

Fragebogentestung

Im Anschluss an das klinische Interview zum ersten Erhebungszeitpunkt (T0) findet eine ausführliche Fragebogentestung statt. Diese standardisierte Fragebogenbatterie dient vornehmlich der zusätzlichen Erfassung und Beschreibung des sexuellen Erlebens und Verhaltens. Tab. 2 gibt einen Überblick über alle Verfahren, die eingesetzt werden. Insgesamt dienen diese Selbstberichtsverfahren hauptsächlich der qualitativen und quantitativen Beschreibung der Stichprobe und haben keinen maßgeblichen Einfluss auf die Indikationsstellung für eine Gruppentherapie im PPD.

Sobald ein Teilnehmender in den therapeutischen Prozess einsteigt, folgen weitere standardisierte Fragebogentestungen. Zu den Erhebungszeiten vor Therapie-

Tabelle 2: Übersicht über die Verfahren der Standarddiagnostik im PPD Standort Berlin, die zum Zeitpunkt des klinischen Erstinterviews (TO) verwendet werden

Verfahren	Name	dt. Version	Erfasstes Konstrukt
Grooming FB	Fragebogen zu Internetverhalten und sexuellem Interesse	Schumann et al., 2013.	(sexuelles) Internetverhalten
SOI-R-P278	Sexual Outlet Inventory – revised	Adaptierte Version nach Kafka, 1991	Häufigkeit von Orgasmen zu konventionellen und pädophilen Inhalten
EUROHIS-QOL – Lebensqualitäts-Index	EUROHIS-Quality of Life – Lebensqualitäts-Index	Brähler et al., 2007	generische Lebensqualität
SBIMS	Sexual Behavior Involving Minors - Scale	Neutze et al., 2011	Häufigkeit von sexuellem Verhalten mit Kindern und Jugendlichen
Q-SENICA revised	Questionnaire for Sexually Explicit and Non-explicit Images of Children and Adults	überarbeitete Version des MISBAC: Neutze et al., 2005. (unveröffentlicht)	Häufigkeit und Intensität der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und Pornographie allg.
Q-SEB-revised	Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten	überarbeitete Version des FSEV: Ahlers et al., 2004	Sexuelle Aktivität und sexuelle Neigungen; Täterschaft
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire (Fragebogen zu Kindheitserlebnissen)	Bernstein & Fink, 1988.; dt. Version von Maercker & Bromberger, 2005	Traumatisierung in Kindheit durch emotionalen/physischen/sexuellen Missbrauch und emotionaler/physischer Vernachlässigung
GRQ	Group Readiness Questionnaire - Wie ich darüber denke, mich in einer Gruppe zu befinden	Deutsche Übersetzung des GRQ nach Cox et al., 2004	positive/negative interpersonale Fähigkeiten und Erwartungen/ Einstellungen zu Gruppen
HBI-19	Hypersexual Behavior Inventory	Reid et al., 2010; Klein et al., 2013	Hypersexualität auf den Dimensionen: Kontrolle, Coping und Konsequenzen sexueller Impulse/sexuellen Verhaltens
IBAC	Internet Behaviours and Attitudes Questionnaire	Deutsche Übersetzung nach O'Brien & Webster, 2007	Einstellungen zu Internetverhalten und Missbrauchsabbildungen
VT Paradigma Essen	Visual Reaction Time Paradigma	Mokros et al., 2013	implizite Methode zur Messung von pädophiler Sexualpräferenz anhand von Reaktionszeit
STATIC-C		Kalt et al., 2015	Klinische Fremdbeurteilung von historischstatischen Risikofaktoren für Sexualstraftaten
Stable-2007/ Acute-2007		Matthes et al., 2012; Matthes & Rettenberger, 2008	Klinische Fremdbeurteilung von stabil-dynamischen und akut-dynamischen Risikofaktoren für Sexualstraftaten

beginn (Tpre) und nach Abschluss der Therapie (Tpost) wird eine Fragebogenbatterie bearbeitet, die der Erhebung von Risiko- und Schutzfaktoren und dem sexuellen Erleben und Verhalten dient (vgl. Tab. 3). Die Erfassung der Risikofaktoren orientiert sich an dem aktuellen Forschungsstand zu dynamischen Risikofaktoren für Sexualstraftaten (z.B. Mann et al., 2010) und berücksichtigt die folgenden Bereiche: allgemeine und sexuelle Selbstregulationsdefizite, missbrauchsbegünstigende Kognitionen und Einstellungen und sozioaffektive Defizite. Daneben werden auch Defizite in der Opferempathie, sowie sexuelle Verhaltensvariablen erfasst. Dies soll ermöglichen, sowohl hinsichtlich der dynamischen und veränderbaren Risikofaktoren, als auch hinsichtlich des realen sexuellen Verhaltens (Nutzung von Missbrauchsabbildungen und problematisches sexuelles Verhalten mit Kindern) Veränderungen zu erfassen und mögliche Einflüsse der Therapie im PPD zu evaluieren.

Die Teilnehmenden werden in regelmäßigen Abständen nach Abschluss der Therapie kontaktiert und zu weiteren Folgerhebungen mit dieser Fragebogenbatterie eingeladen. Anhand dieser gewonnenen Selbstberichtsdaten soll der langfristige Einfluss der Therapie auf Risikofaktoren und problematisches Verhalten eingeschätzt werden.

Abschlussbefund und Risikoprogno

In regelmäßig abgehaltenen klinischen Fallbesprechungen wird entschieden, ob ein Teilnehmender nach dem klinischen Interview in das Behandlungsprogramm aufgenommen werden kann. Im Vordergrund steht dabei einmal eine Bewertung der sexuellen Präferenzstruktur eines Teilnehmenden hinsichtlich des vorherrschenden sexuellen Interesses für ein bestimmtes Geschlecht (männlich, weiblich, oder beide) und des präferierten körperlichen Entwicklungsalters (präpubertär, peripubertär oder postpubertär oder Mischformen). Dabei empfiehlt jeweils der Interviewende zum anderen den Ein- oder Ausschluss (vgl. Tab. 1).

Einbezogen in das Therapieprogramm werden sowohl Personen, die bisher nicht übergriffig geworden sind, aber befürchten, sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen zu können (potentielle Täter), als auch Personen, die bereits sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen haben, aber den Strafverfolgungsbehörden nicht bekannt sind (reale Dunkelfeld-Täter). Des Weiteren können Personen aufgenommen werden, die in der Vergangenheit wegen sexuellen Kindesmissbrauchs angezeigt und/oder rechtskräftig verurteilt wurden und eine ggf. gegen

sie verhängte Strafe vollständig verbüßt haben. Voraussetzung hierbei ist, dass sie nicht (mehr) unter Bewährung und/oder Führungsaufsicht stehen und keine Therapieauflage (mehr) zu erfüllen haben. Das bedeutet, es können nur Personen teilnehmen, die nicht (mehr) in irgendeiner Form durch die Justiz beaufsichtigt werden. Teilnahmewillige Personen müssen bezüglich ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse über ein Problembewusstsein verfügen und selbst (von sich aus) therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Des Weiteren dürfen keine schweren psychiatrischen Erkrankungen (Psychosen, Süchte etc.) oder eine ausgeprägte Intelligenzminderung vorliegen.

Zudem soll die Fallbesprechung dazu dienen, eine korrekte Klassifikation bezüglich der aktuellen und vergangenen Deliktbelastung sicherzustellen. Entsprechend werden vier deliktspezifische Gruppen unterschieden: Nicht-Täter, ausschließliche Nutzer von Missbrauchsabbildungen, ausschließlich sexuelle Missbrauchstäter, gemischte Tätergruppe. In Einzelfällen werden für diese Klassifikation Daten aus den Selbstbeurteilungsfragebögen (z.B. Q-SEB-revised, SBIMS, Q-SENICA revised, vgl. Tab. 2) einbezogen. Die Zuordnung zu den deliktspezifischen Gruppen geschieht unabhängig von der Kenntnisnahme der Strafverfolgungsbehörden.

Neben der abschließenden Befundung bzgl. Sexualpräferenz und dem Vorhandensein der projektrelevanten Ein- und Ausschlusskriterien werden in der klinischen Fremdbeurteilung Risiko- und Schutzfaktoren eingeschätzt. Dazu werden fundierte Methoden zur Erfassung dieser Risikofaktoren verwandt, wie sie bspw. mit den deutschen Versionen des Stable- und Acute-2007 oder dem Static-C gegeben sind (vgl. Tab. 2). Diese Risikoprogno dient zusammen mit dem beurteilten problematischen aktuellen (und vergangenen) sexuellen Verhalten einer ersten internen Behandlungsplanung und Therapieprogno.

Die Intensität, Dringlichkeit und Darreichungsform der therapeutischen Intervention im PPD: (1) richten sich nach dem individuellen Risikoprofil eines Teilnehmenden, (2) adressieren im therapeutischen Prozess seine kriminogenen Bedürfnisse und (3) berücksichtigen seine Behandlungs- und Veränderungsmotivation, sowie kognitiven Voraussetzungen. Damit sollen die von Andrews und Bonta (2006) beschriebenen Prinzipien von Risk-Need-Responsivity hinreichend für die Behandlungsplanung Berücksichtigung finden.

Diese Fallbesprechungen ermöglichen eine individuelle Entscheidung, ob ein Teilnehmender für eine Therapie im PPD geeignet ist oder nicht. Falls ja, sollte über eine Gruppenbehandlung oder eine Einzelbehandlung entschieden werden. Letzteres kann aufgrund organisatorischer Aspekte (Schichtarbeit etc.) der Fall sein, wenn also eine regelmäßige Teilnahme an festen Therapiegruppen

Tabelle 3: Übersicht über die Verfahren der Standarddiagnostik im PPD Standort Berlin, die zu den Folgemessungen für Therapie-Teilnehmende verwendet werden (Tpre & Tpost)

Verfahren	Name	dt. Version	Erfasstes Konstrukt
SPM (Set A-D)	Standard Progressive Matrices	Heller et al., 1998	Sprachfreie kognitive Leistungsfähigkeit
MWT-B	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest	Lehrl, 2005	Allgemeines Intelligenzniveau
BMS	Bumby Molest Scale	Dt. Übersetzung nach Bumby, 1996	Missbrauchsbegünstigende Einstellungen und Kognitionen
SESM-C	Self-Efficacy Scale related to Minors – Coping Self-Efficacy	Neutze et al., 2011	Selbstwirksamkeitserwartung und sexuelles Coping
UCLA-LS-R	University of California – Loneliness Scale revised	Deutsche Übersetzung nach Russell et al., 1980	Emotionale Einsamkeit
BIS-11	Barratt Impulsiveness Scale, 11. Version	Preuss et al., 2008	Aufmerksamkeit, motorische Impulsivität, Selbstkontrolle, kognitive Komplexität, Beharrlichkeit, kognitive Instabilität
MSWS-ESS	Multidimensionale Selbstwert Skala	Schütz & Sellin, 2006	Allgemeine Selbstwertschätzung: Subskalen emotionaler und sozialer Selbstwert
IASN-rev	Inventar zur Erfassung der Akzeptanz sexueller Neigung	Mundt et al., 2011	Ausmaß der Akzeptanz bzw. Integration der eigenen sexuellen Präferenz in das individuelle Selbstkonzept
SS-A	Social Support - Unterstützungsskala	Dt. Version von Laireiter & Baumann, 1992	Subjektive Einschätzung des Ausmaßes an sozialer Unterstützung durch Familie, Freunde etc.
CISS-24	Coping in Stressful Situations	Kälin, 1995	Problemorientiertes-, emotionsorientiertes- und vermeidungsorientiertes Coping
LO	Spheres of Control Scale	Dt. Version nach Paulhus & Christie, 1981	Kontrollüberzeugungen zu persönlichen & interpersonalen Angelegenheiten
ISK	Inventar sozialer Kompetenzen	Kanning, 2009	Soziale Orientierung über Subskalen Perspektivübernahme und Prosoziale Einstellungen
GLM-I	Inventar zum Good-Lives-Modell	Franqué, 2014	Zufriedenheit und Zielerreichung auf den Dimensionen des GLM
SKID I + II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV zur Erfassung psychischer Probleme und Persönlichkeitsstörungen	SKID-I für Achse 1: Wittchen et al., 1997; SKID-II für Achse 2: Fydrich, et al., 1997	Psychische/psychiatrische Komorbiditäten und Persönlichkeitsstörungen
TRS 10+3	Therapist Rating Scale	Im Netzwerk erweiterte Version der deutschen Übersetzung von Fuchs & Briken, 2011. nach dem Original von Marshall et al., 2009	Klinische Beurteilung zu dynamischen Risikofaktoren

Bemerkung: Neben den hier aufgeführten Verfahren enthält die Fragebogenbatterie zu den therapie relevanten Messzeitpunkten Tpre und Tpost zusätzlich noch folgende, bereits in Tabelle 2 beschriebene Verfahren: HBI-19, IBAC, SOI-R-P278, EUROHIS-QOL-Lebensqualitäts-Index, Q-SEB-revised, SBIMS, Q-SENICA revised.

nicht möglich ist. Auch schwere Persönlichkeitsstörungen können das Arbeiten in der Gruppe derart erschweren, dass eine Therapie in einem Einzelsetting empfohlen wird.

Falls ein Teilnehmender zum Zeitpunkt der Vorstellung nicht für die Therapie im PPD geeignet ist, wird ebenfalls versucht – abhängig von der vorliegenden Konstellation der Ausschlusskriterien – eine individuelle Empfehlung zur Weiterbehandlung auszusprechen. Dies kann bspw. beinhalten:

- die Weitervermittlung in die allgemeine psychiatrische/psychotherapeutische Grundversorgung, um eine akute behandlungsbedürftige psychische Erkrankung oder Sucht zu stabilisieren
- Verweis von Projektinteressierten, die sich im Hellfeld befinden, an weitere Anlaufstellen, wie z.B. soziale Dienste der Justiz oder weitere verursacherspezifische Beratungs- und Therapieeinrichtungen
- Beratung und ggf. medikamentöse Begleitung von Männern, die sich mit einer komorbiden Intelligenzminderung vorstellen bzw. vorgestellt werden über die sexualmedizinische Ambulanz
- beratende Gespräche über die sexualmedizinische Ambulanz bei Männern ohne sexuelle Präferenzstörung (u.a. sog. „Ersatzhandlungstätter“).

Psychoedukation

Im Anschluss an das klinische Interview und einer ersten Einschätzung über Ein- und Ausschlusskriterien werden alle, denen ein Therapieplatz im Behandlungsprogramm angeboten wird und die Interesse an der Gruppentherapie haben, zu einer regelmäßig (quartalsweise) anlaufenden Psychoedukationsgruppe eingeladen. Für eine anschließende Aufnahme in eine halboffene Therapiegruppe ist die Teilnahme verpflichtend. Die Sitzungen finden an 4–5 aufeinanderfolgenden wöchentlichen Nachmittags-terminen in Blöcken von 2x 50 Minuten statt, mit bis zu 10 Teilnehmenden pro Gruppe. Hinsichtlich der Risk-Need-Profile sind die Gruppen heterogen zusammengesetzt. Sie dienen folgenden Zielen:

- **Information:** Die Teilnehmenden erhalten Informationen und Wissen zum Therapieprozess allgemein und den Abläufen im Projekt (Dauer, Setting, Testungen, etc.).
- **Transparenz:** wichtige Themen, bspw. die Zuteilung zu den Gruppen, die Bedeutung der therapeutischen Schweigepflicht oder rechtliche Grundlagen werden transparent mit den Teilnehmenden besprochen und wichtige Fragen beantwortet.

- **Motivation:** durch die vermittelten Inhalte und das Klären von Fragen werden die Teilnehmenden ermutigt, erste eigene realistische Therapieziele zu erarbeiten, sowie sich mit ihren individuellen Stärken (Schutzfaktoren) auseinanderzusetzen. Dadurch und durch eine hohe Transparenz im Vorgehen erwarten wir, dass sich die Behandlungs- und Veränderungsmotivation erhöht.
- **Equipment:** durch die Thematisierung von therapierelevanten Inhalten (sexuelle Präferenz, Risiko- und Schutzfaktoren) sollen die Teilnehmenden bestmöglich auf den folgenden Einstieg in eine der laufenden Therapiegruppen vorbereitet und für diese „ausgerüstet“ werden.
- **Vertrauen:** Innerhalb dieser Sitzungen kommen viele Teilnehmende erstmalig mit anderen Betroffenen in Kontakt, was entlastend wirkt. Es kann durch hohe Offenheit und Austausch des Leides eine vertrauensvolle und sichere Atmosphäre geschaffen werden, die es ermöglicht, das Arbeiten in der Gruppe anzunehmen.
- **Compliance:** Erhöhung der Bereitschaft, sich auf die Behandlung einzulassen.

Inhalt und Methoden der einzelnen Sitzungen

Sitzung 1 beschäftigt sich mit **organisatorischen Aspekten** und **allgemeinen Informationen** zur Psychoedukationsgruppe an sich und spezifisch zum Setting der eigentlichen Gruppentherapie. Die Teilnehmenden stellen sich untereinander kurz vor. Wichtige Abläufe, Termine und Regeln werden besprochen, der Umgang mit der therapeutischen Schweigepflicht und seine Bedeutung erörtert. Die Erwartungen der Teilnehmenden werden besprochen und wichtige Fragen geklärt. Zudem werden die Teilnehmenden informiert, dass es im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation zu weiteren Fragebogentestungen kommen wird.

Sitzung 2 beschäftigt sich mit dem Thema **Sexualität**. Es werden Gruppendiskussionen angeleitet und Informationen zusammengetragen zu den Fragestellungen „wozu dient uns Sexualität?“ und „was für verschiedene sexuelle Betätigungen gibt es?“ Dies soll einen ersten inhaltlichen Einstieg zu sensiblen und schambesetzten Themen ermöglichen. Dabei soll einerseits verdeutlicht werden, dass Sexualität durch verschiedene Motive geleitet wird (Fortpflanzung, Lust und Beziehung). Andererseits sollen die Teilnehmenden einen Eindruck davon bekommen, dass sexuelle Aktivitäten sehr vielseitig sein

können, es verschiedenste Begrifflichkeiten geben kann und dass das Spektrum zwischen „normal“ und „pervers“ ziemlich groß ist. Die TherapeutInnen sollten dabei Rollenmodelle für das Sprechen über sexuelle Themen darstellen, verschiedene Aspekte in alltagssprachlichen und fachsprachlichen Begriffen ansprechen können, explizit nachfragen ohne zu beschämen. Ein Ziel dieser Sitzung sollte es ebenfalls sein, den Teilnehmenden ein erstes Verständnis von sexueller Präferenzstruktur zu vermitteln. Dabei sollte eine Differenzierung zwischen sexueller Ansprechbarkeit auf das vorpubertäre, frühpubertäre und erwachsene Körperschema erfolgen.

Sitzung 3 beschäftigt sich mit dem Thema **Dissexualität**. Anhand der in der Vorwoche zusammengetragenen sexuellen Aktivitäten kann mit den Teilnehmenden sortiert und diskutiert werden: was sind problematische Aktivitäten und warum. Unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe können dabei angesprochen werden (intra- und interindividuelle, gesellschaftliche, strafrechtliche). Das Konzept der *Dissexualität* als klinisches Konzept wird eingeführt, welches analog zur Definition von Dissozialität (oder Antisozialität) wie folgt definiert werden kann: „Der sexuelle Ausdruck eines Versagens, sich sozialen Normen anzupassen“ – unabhängig davon, ob dieses Versagen strafrechtlich verfolgt oder Grund für eine Strafverfolgung ist. Dies kann als die Missachtung der Akzeptanzgrenze eines Partners verstanden werden (Beier, 1995). Dazu kommt dem Thema Einvernehmlichkeit/Zustimmungsfähigkeit und dem „age of consent“ nach Finkelhor (1979) eine wichtige Rolle zu, welche in Gruppendiskussion mit den Teilnehmenden erörtert werden sollte. Dazu sollten ebenfalls die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen für Schutzalter, sowie die legalen Kriterien für sexuellen Kindesmissbrauch (§ 176 StGB) und die Kinderpornographie-Delikte (§ 184 StGB) klar besprochen werden.

Sitzung 4 beschäftigt sich mit dem Thema **Risiko- und Schutzfaktoren** für problematisches sexuelles Verhalten mit Kindern. In Kleingruppenarbeiten sollen die Teilnehmenden sich erstmals damit auseinandersetzen, welche Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung von dissexuellem Verhalten führen können. Damit soll die Entwicklung eines individuellen Risikomodells und möglicher Therapieziele angeregt werden. Die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit werden dann mit den TherapeutInnen zusammengetragen und sortiert: welche der gefundenen Risikofaktoren sind statisch (und dadurch schwer veränderbar) bzw. dynamisch (und dadurch eher veränderbar)? Welche sind eher situativ? Dabei können auch Bezüge zur aktuellen empirischen Literatur hergestellt werden.

Sitzung 5 informiert ausführlich über zusätzliche **medikamentöse Therapiemöglichkeiten** allgemein und speziell für die Unterstützung der sexuellen Selbstregulation. Vor- und Nachteile einer solchen Entscheidung

sollten mit den Teilnehmenden diskutiert und Fragen geklärt werden. Medikamente aus den verschiedenen Wirkklassen (SSRI, Opioid Antagonisten und Antiandrogene: Androcur[®], Salvacyl[®]) sollten thematisiert werden. Dabei sollte auch ausführlich auf die Rolle von Testosteron und seine Funktionsweise im männlichen Körper eingegangen werden, um zu veranschaulichen, welche Nebenwirkungen und Wirkungen antiandrogene Therapie haben kann, damit interessierte Teilnehmende eine informierte Entscheidung treffen können.

Die letzte Sitzung sollte auch dazu dienen, das weitere Vorgehen zu besprechen. Die Teilnehmenden werden darüber informiert, dass innerhalb des Therapeutenteams eine Zuordnung zu einer der laufenden halboffenen Therapiegruppen erfolgt (anhand ihres Risikoprofils und Therapiebedarfs).

Gemeinsame Evaluation

Zwischen Abschluss der Psychoedukation und Therapiebeginn wird mindestens ein weiteres Einzelgespräch bei den zukünftigen GruppentherapeutInnen folgen. Dieses dient den TherapeutInnen und dem Teilnehmenden der gemeinsamen Evaluation der bisherigen Schritte und des weiteren Vorgehens. Dazu sollte zusammen mit dem Teilnehmenden ein Konzept mit gemeinsamen Begrifflichkeiten entwickelt werden von: der vorliegenden Präferenzstruktur, dem aktuellen und möglicherweise vergangenen problematischen sexuellen Verhalten, den vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren und den sich daraus ergebenden Therapiezielen für die Gruppentherapie. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Teilnehmenden neben Vermeidungs- und Verzichtzielen auch hier schon positiv formulierte Annäherungsziele benennen können. Über diese erste Zielvereinbarung lässt sich auch das Ausmaß der Therapie- und Veränderungsmotivation abschätzen und ggf. kritisch reflektieren.

Im Einzelgespräch wird ebenfalls abgeklärt, ob es organisatorische oder persönliche Gründe gibt, die aktuell gegen die Teilnahme an der Therapie oder einer bestimmten Gruppe sprechen, dazu sollte ein Termin für den Gruppeneinstieg vereinbart werden. Zudem sollten hier ggf. die zusätzlich erhobenen Informationen aus dem strukturierten klinischen Interview (SKID-I und II, siehe Tab. 3) gemeinsam mit dem Teilnehmenden evaluiert werden. Gab es früher oder gibt es aktuell weitere psychische Komorbiditäten, die für den Teilnehmenden besondere Herausforderungen an die Gruppentherapie stellen? Falls ja, wie soll damit umgegangen werden? Zum Abschluss wird die Therapievereinbarung besprochen und unterzeichnet.

Literatur

- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Beier, K.M., 2004. Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. *Sexuologie* 11 (3/4), 74–97.
- Andrews, D.A., Bonta, J., 2006. *The psychology of criminal conduct*, 4th ed. Anderson, Cincinnati/USA.
- Beier, K.M., 1995. Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Bd. 78. Springer, Heidelberg.
- Bernstein, D.P., Fink, L., 1988. Childhood trauma questionnaire. A retrospective self-report questionnaire and manual. The Psychological Corporation, San Antonio/USA.
- 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.
- 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.
- Bumby, K.M., 1996. Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment* 8 (1), 37–54.
- Cox, J.C., Burlingame, G.M., Davies, D.R., Gleave, R., Barlow, S., Johnson, J., 2004. The group selection questionnaire: Further refinements in group member selection. Paper presented at the annual conference of the American Group Psychotherapy Association, New York.
- Finkelhor, D., 1979. What's wrong with sex between adults and children: Ethics and the problem of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry* 49 (4), 692–697.
- Franqué, F. von, 2014. Good-Lives Model Inventory (GLM-I). Unveröffentlichtes Manuskript, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie.
- Fuchs, A., Briken, P., 2011. Therapiebeurteilungsskala-10. Manual und Beurteilungsblatt. Unveröffentlichtes Manuskript. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.U., 1997. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe, Göttingen.
- Heller, K.A., Kratzmeier, H., Lengfelder, A., 1998. Ein Handbuch mit deutschen Normen zu den Advanced Progressive Matrices von J.C. Raven. *Matrizen-Test-Manual*, Band 2. Hogrefe, Göttingen.
- Kafka, M.P., 1991. Successful antidepressant treatment of non-paraphilic sexual addictions and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry* 52 (2), 60–65.
- Kälin, W., 1995. Deutsche 24-Item Kurzform des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) von Endler, N.S., Parker, J.D.A. basierend auf der Übersetzung von Semmer, N., Tschan, F., Schade, V. (unveröffentlichter Fragebogen). Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Kalt, A., Briken, P., Franqué, F. von, 2015. Risikoeinschätzung von Männern mit sexuellem Interesse an Kindern: Entwicklung des Static-C. Unveröffentlichtes Manuskript. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie.
- Kanning, U.P., 2009. *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Hogrefe, Göttingen.
- Klein, V., Rettenberger, M., Boom, K.-D., Briken, P., 2013. Eine Validierungsstudie der deutschen Version des Hypersexual Behavior Inventory (HBI). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64, 136–140.
- Laireiter, A., Baumann, U., 1992. Network structures and support functions: Theoretical and empirical analyses. In: Veiel, H., Baumann, R. (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. Hemisphere, New York, 33–53.
- Lehrl, S., 2005. *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B*. Spitta Verlag, Balingen.
- Maercker, A., Bromberger, F., 2005. Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte* 32 (2), 1–40.
- 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, 191–217.
- Marshall, W.A., Tanner, J.M., 1969. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood* 44 (235), 291.
- Marshall, W.A., Tanner, J.M., 1970. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Archives of Disease in Childhood* 45 (239), 13–23.
- Marshall, L.E., Marshall, W.L., 2009. *The Therapist Rating Scale-2*. Unpublished Manuscript.
- Matthes, A., Rettenberger, M., 2008. *Deutsche Übersetzung und Bearbeitung des Acute-2007*. Institut für Gewaltforschung und Prävention Wien.
- Matthes, A., Rettenberger, M., Eher, R., 2012. *Deutsche Übersetzung und Bearbeitung des Stable-2007 Coding Manual Revised 2012*. Institut für Gewaltforschung und Prävention Wien.
- Mokros, A., Gebhard, M., Heinz, V., Marschall, R.W., Nitschke, J., Glasgow, D.V. et al., 2013. Computerized assessment of pedophilic sexual interest through self-report and viewing time reliability, validity, and classification accuracy of the affinity program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 25, 230–58.
- Mundt, I. et al., 2011. *Inventar zur Akzeptanz der sexuellen Neigung*. Unveröffentlichtes Manuskript. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin Charité, Universitätsmedizin Berlin.
- Neutze, J., 2005. *Questionnaire for sexually explicit and non-explicit images of children and adults (Q-SENICA)*. Unpublished manuscript.
- Neutze, J., Seto, M.C., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Beier K.M., 2011. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 23 (2), 212–242.
- O'Brien, M.D., Webster, S.D., 2007. The construction and preliminary validation of the internet behaviours and attitudes questionnaire (IBAQ). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 19 (3), 237–256.
- Paulhus, D.L., Christie, R., 1981. *Spheres of control: An inter-*

- actionist approach to assessment of perceived control. In: Lefcourt, H.M. (Ed.), *Research with the Locus of Control Construct (Vol. 1): Assessment Methods*. Academic Press, New York, 161–188.
- Preuss, U.W., Rujescu, D., Giegling, I., Watzke, S., Koller, G., Zetzsche, T., Meisenzahl, E.M., Soyka, M., Möller, H.J., 2008. Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Version der Barratt-Impulsivness-Skala. *Der Nervenarzt* 79 (3), 305–319.
- Reid, R.C., Garos, S., Carpenter, B.N., 2010. Reliability, validity, and psychometric development of the hypersexual behavior inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity* 18, 30–51.
- Russell, D., Peplau, L.A., Cutrona, C., 1980. UCLA-Loneliness scale – deutsche Fassung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 30, 132–134.
- Schütz, A., Sellin, I., 2006. MSWS. Multidimensionale Selbst-wertskala. Hogrefe, Göttingen.
- Schuhmann, P., Schulz, A., Bergen, E., Santtila, P., Osterheider, M., 2013. Fragebogen zu Internetverhalten und sexuellem Interesse (revised). Unpublished manuscript.
- Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., Zaudig, M., 1997. Skid-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Hogrefe, Göttingen.

AutorInnen

Dipl. Psych. Dorit Grundmann, Dipl. Psych. Anna Konrad, Dipl. Psych. Gerold Scherner, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: dorit.grundmann@charite.de



Nahlah Saimeh (Hrsg.)

Straftäter behandeln

Therapie, Intervention und Prognostik in der Forensischen Psychiatrie

Reihe: Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015

295 Seiten, 38 S/W Abbildungen, 8 Tabellen, br., 34,95 €

Herausforderungen und Grenzen der forensischen Kriminalprävention, -diagnostik und -therapie

Die Forensische Psychiatrie und die Kriminaltherapie, die auch die Behandlung von Straftätern ohne psychische Erkrankungen berücksichtigt, haben sich in den letzten 15 Jahren zunehmend zu einer binnendifferenzierten Spezialdisziplin der Psychiatrie und Psychotherapie entwickelt. Längst ist klar, dass vor allem die Arbeit an individuellen Denk- und Verhaltensmustern eine große Bedeutung für die Primär- und Sekundärprävention von Kriminalität hat. Dabei nähern sich Forensische Psychiatrie und Strafvollzug in Bezug auf zwei Aspekte immer weiter an: zum einen hinsichtlich der Bedeutung der Straftätertherapie und der Verpflichtung der Institutionen, klientenspezifische Behandlungsprogramme anzubieten, zum anderen hinsichtlich der normativen Fragen der Dauer des Freiheitsentzuges.

Therapie im Präventionsprojekt Dunkelfeld

Gerold Scherner, Anna Konrad, Dorit Grundmann

Therapy in the Prevention Project Dunkelfeld

Abstract

The aim of the *Prevention Project Dunkelfeld* (PPD) and the *Prevention Network Kein Täter werden* (*Don't Offend*) is to prevent the sexual abuse of children by offering therapy to persons who feel sexually attracted to the prepubertal and/or early pubertal body scheme, and thus can potentially endanger children.

The text treats the foundations of this therapy, the treatment rationale, and its concrete implementation in modules as developed at the Berlin site of the prevention network – the Berlin Dissexuality Therapy (BEDIT).

Keywords: Therapy, Child sexual abuse, Child abusive images, Therapy modules, Prevention, Berlin Dissexuality-Therapy

Zusammenfassung

Das Ziel des *Präventionsprojektes Dunkelfeld* (PPD) und des *Präventionsnetzwerkes Kein Täter werden* besteht darin, sexuelle Übergriffe auf Kinder zu verhindern, indem Personen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit durch ein vor- und/oder frühpubertäres kindliches Körperschema, die mit potentieller Fremdgefährdung einhergeht, eine Therapie angeboten wird. Der Text stellt die Grundlagen dieser Therapie vor, ebenso die Behandlungsrationalen und exemplarisch die konkrete Umsetzung in Therapiemodulen anhand des am Berliner Standort erarbeiteten Therapie-Programms BEDIT (Berliner Dissexualitäts-Therapie).

Schlüsselwörter: Therapie, sexueller Kindesmissbrauch, Missbrauchsabbildungen, Therapiemodule, Prävention, Berliner Dissexualitäts-Therapie

Grundlagen und Aufbau des Therapieprogramms

Der Hellfeld-Ansatz

Der Therapieansatz, mit dem das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* arbeitet, basiert auch auf Modellen, mit denen versucht wird, das Rückfallrisiko von justizbekannten und entsprechend verurteilten Sexualstraftätern (soge-

nanntes Hellfeld) zu senken. Die nachfolgenden Behandlungsansätze werden auch für Betroffene im Dunkelfeld genutzt:

- das Relapse-Prevention-Modell,
- das Good-Lives-Modell,
- das Risk-Need-Responsivity-Modell,
- die Kognitiv-Behaviorale Therapie
- sowie bio-medizinische Ansätze (vgl. McGrath et al., 2010).

Um Rückfälle zu verhindern, fokussiert der **Relapse-Prevention-Ansatz** darauf, Fähigkeiten zur Selbstregulation zu vermitteln (vgl. Pithers, 1990; Ward et al., 1998; Ward & Hudson, 2000). Der **Good-Lives-Ansatz** ist ein positiver Therapieansatz, der Straftaten als sozial inadäquaten Versuch versteht, allgemeine und grundlegende menschliche Bedürfnisse (z.B. Verbundenheit, Gemeinschaft, Autonomie etc.) zu erfüllen. Er zielt darauf ab, Betroffene dabei zu unterstützen, ein lebenswertes und erfülltes Leben aufzubauen, wobei individuelle Grundbedürfnisse über sozial akzeptable Mittel realisiert werden sollen (vgl. Ward & Gannon, 2006). Programme, die nach dem **Risk-Need-Responsivity** (RNR) Prinzip arbeiten (Andrews & Bonta, 2006), orientieren ihre Behandlung anhand der Fragen, „wer“ intensive Betreuung benötigt (Risk), „welche“ Probleme angegangen werden sollten (Need), und „wie“ die Behandlung am besten gestaltet werden kann (Responsivity). RNR-Programme bedienen sich kognitiv-behavioraler Techniken und berücksichtigen dabei Hintergrundfaktoren wie Motivation, intellektuelle Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale, sowie lerntheoretische Aspekte. **Kognitive Therapie** basiert auf der Annahme, dass bestimmte Denkmuster die Verhaltensweisen bestimmen, und dass über deren Modifizierung eine Verhaltensänderung erreicht werden kann. **Behaviorale Therapie** geht davon aus, dass Verhalten erlernt wird und durch verschiedene Konditionierungsmechanismen auch wieder umgelernt werden kann.

Obwohl empirische Studienergebnisse über die Effektivität von **bio-medizinischen Behandlungen** in Bezug auf Rückfallprophylaxe kontrovers diskutiert werden (für einen Überblick siehe Rice & Harris, 2011), ermöglicht die medizinische Unterstützung durch eine Behandlung mit antiandrogener Therapie (ADT), Selektiven Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) und anderen Medikamenten den Anforderungen der RNR-Prinzipien zu

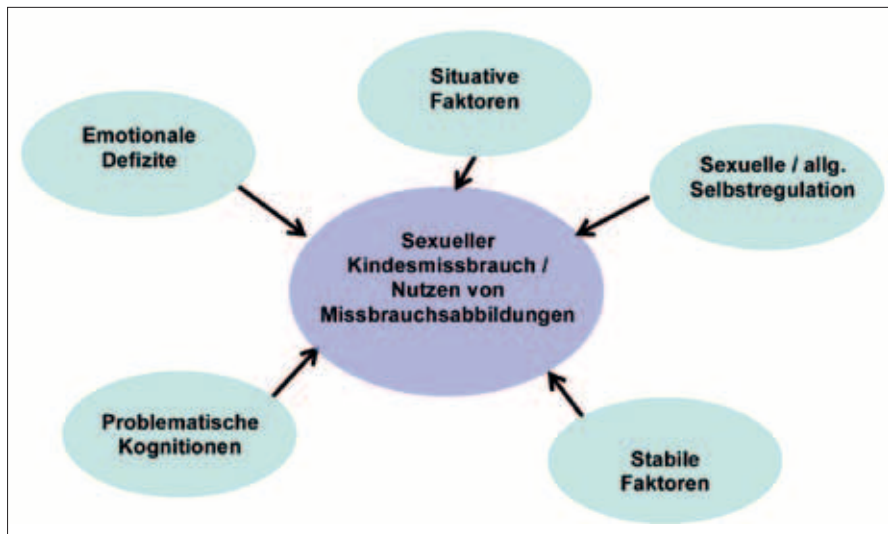


Abb. 1: Behandlungsrationalen – Erhöhung der Verhaltenskontrolle durch therapeutische Bearbeitung der relevanten Risikofaktoren

entsprechen. Hingegen ist die Effektivität von Therapie-Programmen, die nach den RNR-Prinzipien (Andrews & Bonta, 2006) und nach kognitiv-behavioralen Ansätzen (Hanson et al., 2002) arbeiten, empirisch am besten belegt, wobei McGrath und Kollegen (2010) betonen, dass in der Praxis nicht ein spezifischer Ansatz angewandt wird, sondern eine Kombination verschiedener Modelle.

Ein Behandlungsansatz bei strafrechtlich in Erscheinung getretenen Sexualstraftätern (vgl. Andrews & Bonta, 2006; Marshall et al., 2006) richtet sich auf sog. **dynamische Risikofaktoren** (DRF), die die Wahrscheinlichkeit für (wiederholten) sexuellen Missbrauch bestimmen und durch Interventionen potenziell veränderbar sind. Denn das Risiko, einen (wiederholten) sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen, ist nicht stabil über die Lebensspanne einer Person verteilt. Obwohl sexuelles Interesse an Kindern eine bedeutende Motivation dafür darstellt, beeinflussen darüber hinaus biologische, psychologische und soziale Faktoren, ob sich jemand entsprechend dieser Motivation verhält. Aus diesem Grund werden dynamische Risikofaktoren in aktuellen Theorien zu sexuellem Kindesmissbrauch oder Kinderpornografienutzung mit einbezogen (Davis, 2001; Finklehor, 1994; Hall & Hirschman, 1992; Marshall & Barbaree, 1990; Ward & Beech, 2006; Ward & Siegert, 2002; Quayle & Taylor, 2003).

Entsprechend der Hellfeld-Forschung lassen sich neben der sexuellen Ansprechbarkeit auf Kinder, folgende dynamische Risikofaktoren mit sexueller Rückfälligkeit assoziieren: Missbrauchsbegünstigende Einstellungen, sexuelle und allgemeine Selbstregulations- und emotionale Defizite bzw. Intimitätsdefizite (Hanson et al., 2007). Einige Faktoren, wie z.B. Opferempathiedefizite, konnten empirisch nicht belegt werden (Mann et al., 2010), obwohl klinische Experten sie als ein Kernelement in der Behandlung von Sexualstraftätern betrachten (McGrath et al., 2010).

Inwiefern diese empirisch relevanten Risikofaktoren für Rückfälligkeit und die daraus abgeleiteten Behandlungsziele auf pädophile Männer mit einem Risiko für erstmaligen Kindesmissbrauch und auf pädophile Dunkelfeld-Täter übertragen werden können, ist bislang nicht bekannt (Duff & Willis, 2006). Allerdings deuten erste Ergebnisse der Gruppenvergleiche zwischen pädophilen und hebephilen Hellfeld- und Dunkelfeld-Tätern im PPD darauf hin, dass die meisten dieser Risikofaktoren auch auf nicht erfasste Täter übertragbar sind und somit relevante Behandlungsziele darstellen (Neutze et al., 2012), woraus die in Abb. 1 dargestellten Behandlungsrationalen resultieren.

Das Integrative Modell – Die Berliner Dissexualitäts-Therapie

Das Integrative Modell sexuellen Missbrauchs (Ward & Beech, 2006) indiziert für die Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch pädophile und hebephile Männer einen multidimensionalen (bio-psycho-sozialen) Behandlungs-Ansatz, der wie folgt strukturiert ist:

- (1) in eine biomedizinische (pharmakologische) Intervention, die sexuelle Impulse und Fantasien reduzieren soll (Beier et al., 2010),
- (2) in eine psychologische (kognitiv-behaviorale) Therapie, die der Verbesserung der allgemeinen und sexuellen Selbst-Regulations-Mechanismen dient, indem missbrauchsbegünstigende Einstellungen zur Sexualität hinterfragt, positive Bewältigungsstrategien und soziale Kompetenzen gestärkt werden,
- (3) in eine sexualmedizinische Intervention, die darauf

basiert, sexuelle Neigungen zu akzeptieren (Anerkennen, was ist), die aber befähigen soll, Verantwortung für sexuelles Verhalten zu übernehmen. Zudem beinhaltet dieser Ansatz eine (mögliche) Paar-Beratung inklusive der Berücksichtigung der sexuellen Beziehung (Ward & Beech, 2006).

Die Berliner Dissexualitäts-Therapie (BEDIT) ist in ihrer ursprünglichen Fassung (Neutze et al., 2005, 2008) ein Therapie-Programm, das weitgehend auf einem kognitiv-behavioralen Modell beruht, aber auch auf den Prinzipien der Relapse-Prevention, der Self-Regulation und des Good-Lives-Modells. Damit entspricht das BEDIT den aktuellen US-amerikanischen und kanadischen Behandlungs-Standards (McGrath et al., 2010). Es wurde allerdings um sexualmedizinische und pharmakologische Behandlungs-Optionen erweitert (Beier & Loewit, 2011), um den Anforderungen einer ambulanten sexualmedizinischen, individuellen Behandlung sexueller Präferenzstörungen gerecht werden zu können (vgl. Beier et al., 2005).

Die Grundannahmen des Therapieansatzes

Sowohl die Sexualpräferenz für ein bestimmtes Körperschema und Geschlecht als auch mögliche zusätzliche paraphile Erregungs-Muster sind als relativ stabile Komponenten der individuellen Persönlichkeit anzusehen. Eine Person ist nicht verantwortlich für seine sexuellen Ansprechbarkeiten, wohl aber für das daraus resultierende Verhalten. Die Behandlung sexueller Impulse gegenüber präpubertären oder pubertären Kindern ist also mit lebenslangen Anforderungen bezüglich der sexuellen Selbstregulation und der Verhaltenskontrolle verbunden.

Da sexuelle Fantasien als Teil des individuellen Selbstkonzeptes betrachtet werden können, besteht durch die Konfrontation mit sexuell attraktiven Kindern und/oder Jugendlichen eine dauerhafte Belastung für das Selbstwertgefühl, die zur Abwertung der eigenen Person führt, was wiederum die Entwicklung sozial adäquater Bewältigungsstrategien erschwert, um mit den sexuellen Impulsen umzugehen.

Auf der Basis eines multi-dimensionalen Verständnisses von Sexualität (Lust-Dimension, Reproduktions-Dimension und Beziehungs-Dimension) muss berücksichtigt werden, dass Personen mit pädophiler Neigung nach Erfüllung innerhalb der Beziehungs-Dimension (mit Fokus auf die bio-psycho-sozialen Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Sicherheit und Wärme) mit einem Kind als Partner streben. Daher ist es notwendig, andere Beziehungen aufzubauen, um diese emotional stabilisierenden Faktoren zu erfahren.

Behandlungs-Ziele

Grundsätzlich zielt das BEDIT-Programm darauf ab, Selbstwirksamkeitserleben und Verhaltenskontrolle (inklusive sexueller Fantasien und Interessen) zu erhöhen, emotionsorientierte, vermeidungsorientierte und sexualisierte Bewältigungsstrategien durch den Aufbau adäquater Bewältigungsstrategien zu ersetzen, die soziale Funktionsfähigkeit zu stärken (mit dem Fokus auf die Beziehungsdimension von Sexualität, s.o.), missbrauchs-begünstigende Einstellungen und Verhaltensweisen zu verringern, Empathie in Bezug auf Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs zu erhöhen, und letztlich angemessene Maßnahmen und Ziele der Rückfallprävention zu entwickeln. Um diese Ziele zu erreichen, fokussiert die Therapie die:

1. Integration von Sexualpräferenz und ggf. vorhandener sexueller Verhaltensstörungen im bisherigen Lebensverlauf in die individuelle Selbstwahrnehmung (Realisierung, Bewusstseinsstärkung),
2. Akzeptanz bzw. Auseinandersetzung mit der biographischen Entwicklung und Bedeutung der Sexualpräferenz,
3. Verbesserung von Selbstwirksamkeitserleben und Selbstbeobachtung (auch in Bezug auf sexuelle Fantasien und Interessen) und Reduktion sexueller Bewältigungsstrategien durch die Aneignung alternativer Bewältigungsstrategien,
4. Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus, d.h. mit Fokus auf die Beziehungsdimension von Sexualität (z.B. durch den Einbezug von Partnern) oder ein Netzwerk, das soziale Unterstützung leistet,
5. Verbesserung von Perspektivübernahme und Empathie in Bezug auf Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs und Opfer von Missbrauchsabbildungen,
6. Vollständige und radikale Verantwortungsübernahme für eigenes (insbesondere sozio-sexuelles) Verhalten in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft,
7. Erarbeitung eines Verständnisses von und Wissens über die Zusammenhänge/Interaktionen zwischen Wahrnehmung, Gefühlen und Verhalten,
8. Identifizierung pathognomonischer Wahrnehmungsfehler (Leugnung und Bagatellisierung) und Korrektur dysfunktionaler Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster sowie Reduktion missbrauchsbegünstigender Auffassungen und Einstellungen,
9. Identifikation von Hochrisikosituationen, Risikokonstellationen und Stimuli, die zu Risikoverhalten führen können,
10. Entwicklung eines umfassenden und effektiven Repertoires an (Kontroll-/Rückfall-Präventions-) Strategien für bessere Bewältigung von problematischen

Alltags-Situationen im Allgemeinen und bei Konfrontationen mit Kindern im Speziellen,

11. Information und Unterstützung hinsichtlich pharmakologischer Interventionsmöglichkeiten.

Spezifische Bedingungen der Behandlung

Während es viele Ähnlichkeiten zwischen dem BEDIT und Sexualstraftäter-Programmen für Justizbekannte (Hellfeld) wie dem Core SOTP oder dem i-SOTP gibt, unterscheidet sich das BEDIT vor allem in der Selektion der Teilnehmer und in dem Fokus auf der sexuellen Devianz. Männer aus dem Dunkelfeld weisen einen anderen Motivationshintergrund auf. Die klinische Arbeit zeigt, dass strafrechtlich nicht verfolgte Täter mehr Problembewusstsein, Veränderungsmotivation und Responsivität auf die Behandlung zeigen. Zudem richtet sich das BEDIT insbesondere an Männer, die normalerweise dem „hoch devianten“ Cluster zugeordnet werden (Middleton et al., 2009). Nimmt man an, dass Pädophilie und Hebephilie sich im Laufe der Pubertät manifestieren und über die Lebensspanne relativ stabil bleiben, kann diese Sexualpräferenz mit dem Konstrukt der sexuellen Orientierung verglichen werden, wie die Gynäphilie – die sexuelle Ansprechbarkeit auf weibliche Partner, oder die Androphilie – die sexuelle Ansprechbarkeit auf männliche Partner (vgl. Seto, 2012). Die Konfrontation mit sexuellen Gefühlen gegenüber Kindern stellt eine große Herausforderung in der individuellen Entwicklung einer Person dar, was sich auf das Alltagsleben auswirken kann. Darüber hinaus wirkt sich die Teilnahmevoraussetzung einer diagnostizierten Pädophilie und/oder Hebephilie auf die Bedeutung und Gewichtung von Therapiezielen aus, wie z.B. die Selbst-Beobachtung sexueller Fantasien und paraphiler Interessen sowie Kontrolle sexueller Erregung und Impulse.

Die Ausrichtung des Projektes bedeutet für die MitarbeiterInnen auch die Auseinandersetzung mit der Frage des Umgangs mit eventuell aktuell auftretenden Hochrisikosituationen, die mit potentieller Fremdgefährdung und somit dem Risiko eines direkten sexuellen Übergriffs einhergehen können. Da die therapeutischen MitarbeiterInnen generell der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht unterliegen, wurde im *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* ein strukturiertes Vorgehen und Krisenmanagement erarbeitet, um den Schutz evtl. gefährdeter Kinder sicher zu stellen.

Exkurs: Schweigepflicht und Vorgehensweise bei Grenzfällen

In Deutschland ist die Schweigepflicht als hohes Rechtsgut strafrechtlich geschützt (§ 203 StGB). Offenbart eine Therapeutin oder ein Therapeut unbefugt ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis eines Patienten, das ihm in dieser Funktion anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, können laut § 203 Abs. 3 StGB Geldstrafen oder eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr drohen. Berufsrechtliche Regelungen über die Landesärzte- und Landespsychotherapeutenkammern können zum Entzug der Approbation führen. Dies unterstreicht die grundlegende Bedeutung der Schweigepflicht für eine funktionierende therapeutische Beziehung. Patienten offenbaren oft nur deshalb ihre Ängste und Probleme, weil sie wissen, dass diese bei der Therapeutin oder dem Therapeuten sicher aufgehoben sind. Jeder Bruch der Verschwiegenheit würde berechtigtes Misstrauen auslösen und die konstruktive Zusammenarbeit gefährden. Auch angesichts der besonderen Stigmatisierung ist die Gewährleistung der Verschwiegenheit für viele Hilfesuchende pädophile/hebephile Menschen eine Voraussetzung, um präventive Angebote überhaupt in Anspruch zu nehmen.

Die Befugnis, jedoch keine Verpflichtung, zur Offenbarung besteht lediglich unter sehr klar gefassten Umständen. Diese treten ein, wenn TherapeutInnen explizit (oder mutmaßlich) von ihrer Schweigepflicht entbunden worden sind oder gesetzliche Offenbarungspflichten oder -befugnisse bestehen (z.B. Meldepflichten an die Sozialversicherungsträger oder Gesundheitsämter). Eine neue Befugnisnorm ist durch das Kinderschutzgesetz zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung geschaffen worden. Hier sind für den Fall des Bekanntwerdens einer konkreten Gefährdung eines Kindes klare Regeln für die Informationsweitergabe an das Jugendamt formuliert. Eine weitere im deutschen Rechtssystem vorgesehene Möglichkeit ist der Verweis auf einen „Notstand“ (§ 34 StGB), der als Grundlage für den Rechtsbruch (die Verletzung der Schweigepflicht) geltend gemacht werden könnte. Dieser Schritt ist juristisch jedoch nur dann beanstandungsfrei, wenn das angestrebte höhere Ziel, also der Schutz eines Kindes vor weiteren Straftaten, durch die Verletzung der Schweigepflicht auch erreicht werden kann.

Damit erwächst den TherapeutInnen im Präventionsnetzwerk eine besondere Verantwortung im Spannungsfeld zwischen aktivem Kinderschutz und therapeutischer Prävention. Um dieser gerecht zu werden, hat das *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* ein strukturiertes Vorgehen bei vermuteter Kindeswohlgefährdung

entwickelt. Dieses Vorgehen wird den Patienten bei Vorstellung transparent gemacht. Das Vorgehen entspricht dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (BKiSchG, Art.1, § 4[1]).

Im Falle der vermuteten Kindeswohlgefährdung wird dem Patienten die Risikoeinschätzung (die der Therapeut als gravierender ansehen kann als der Patient selber) dargelegt, um mit diesem gemeinsam nach präventiven Lösungen zu suchen und das weitere Vorgehen transparent zu besprechen. Es müssen konkrete Maßnahmen zur Risikominimierung für das Kind erfolgen (bspw. Einbeziehung der Partnerin oder anderer Personen zur Erhöhung der sozialen Kontrolle, Auszug des [potentiellen] Täters aus der gemeinsamen Wohnung, etc.). Ebenfalls erfolgt eine Prüfung der Indikation für medikamentöse Maßnahmen zur Dämpfung sexueller Impulse. Greifen diese Maßnahmen nicht, kann auf eine Selbsteinweisung hingewirkt werden, um den Schutz für das Kind zu erhöhen (via psychiatrische Klinik mit Versorgungsauftrag, dort psychiatrisches Konsil und stationäre Aufnahme). Im Umgang mit (vermuteter) Kindeswohlgefährdung (und namentlich bekanntem Kind) kann jederzeit die insoweit erfahrene Fachkraft beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe entsprechend BKiSchG, Art.1, § 4(2) in Anspruch genommen werden. Wenn die (vermutete) Kindeswohlgefährdung durch die geschilderten Maßnahmen nicht abgewendet wird, kann nach Prüfung des BKiSchG, Art.1, § 4(3) eine Mitteilung an das Jugendamt erfolgen. Der Bruch der Schweigepflicht – als letztes Mittel – würde in dem Fall erfolgen, dass die vorherigen Interventionen versagen, sich der Betreffende als uneinsichtig erweist und eine gute Chance besteht, auf diese Weise die Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Aufgrund der Kooperationsbereitschaft der selbstmotivierten und Hilfe suchenden Projektteilnehmer ist mit einem solchen Fall im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* eher nicht zu rechnen. Wenn behandelnde ÄrztInnen und TherapeutInnen von Gefährdungslagen für Kinder erfahren haben, kam es im Verlauf des Projektes zur Entbindung von der Schweigepflicht durch die Projektteilnehmer bspw. gegenüber Partnern, Familienangehörigen oder dem Gesundheitssystem, um den Schutz der betroffenen Kinder zu gewährleisten. Auf diesem Weg konnten bisher Maßnahmen zur Risikominimierung etabliert und Gefährdungslagen abgewendet werden, so dass ein Bruch der Schweigepflicht nicht erforderlich war.

Aufbau des BEDIT-Programms – Therapierahmen und Manual

Von Beginn des Projektes an wurde angestrebt, das Programm, das inhaltliche Vorgehen und die klinischen Erfahrungen in einem manualisierten Therapieleitfaden zu dokumentieren und weiter zu entwickeln.

Das BEDIT-Manual (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, im Druck) besteht aus 12 Modulen und ist ursprünglich für eine etwa 12-monatige Gruppen-Therapie im geschlossenen Gruppensetting (feste Teilnehmer-Zusammensetzung, zeitgleicher Beginn und Abschluss der Therapie) mit ca. 45–50 wöchentlichen Sitzungen à zwei Stunden vorgesehen gewesen. Jede Sitzung wird von zwei TherapeutInnen geleitet und mit mindestens fünf und höchstens 10 Teilnehmern pro Gruppe durchgeführt. An einigen Standorten des Präventionsnetzwerkes wird jedoch inzwischen vorzugsweise im halboffenen Gruppensetting gearbeitet (flexibler Beginn und Abschluss für die Teilnehmer, die sich in verschiedenen Stadien der Auseinandersetzung befinden, bei verbindlicher Teilnahme ab Einstieg in die Therapie) oder im Einzelsetting, wobei das Manual dafür entsprechend adaptiert wird.

Die Veränderung hin zu halboffenen Gruppen hat den Vorteil, dass Wartezeiten verkürzt werden können, da ein Gruppeneinstieg jederzeit möglich ist. Auch ist es von Vorteil, wenn sich neuere Gruppenmitglieder und diejenigen, die schon länger dabei sind, miteinander auseinandersetzen. Für die älteren Gruppenmitglieder ist dies eine Chance, ihre eigenen Fortschritte in der Therapie zu reflektieren und neue Gruppenmitglieder können in älteren hilfreiche Vorbilder finden und eine optimistische Idee davon bekommen, wie sie von der Therapie profitieren können. Halboffene Gruppen bedeuten zudem, dass wichtige Inhalte der Module im Verlauf wiederholt und verstärkt werden. Darüber hinaus bestimmen die aktuellen Bedürfnisse (z.B. in Bezug auf problematisches Verhalten oder Risikofaktoren) der Teilnehmer und ihre individuellen Behandlungsfortschritte (z.B. welche Module erfolgreich beendet wurden, welche Risikofaktoren bisher noch nicht behandelt wurden, etc.) den Fokus der jeweiligen Sitzungen und die konkreten Ziele innerhalb der Therapiemodule. Die TherapeutInnen müssen die individuellen Bedürfnisse der Gruppenmitglieder berücksichtigen, da nicht alle Interventionen allen Bedürfnissen gleichzeitig entsprechen können. Zusätzlich müssen sie in Bezug auf die Therapieziele innerhalb der Module einen guten Überblick über die Therapiefortschritte der einzelnen Gruppenmitglieder bewahren.

Dabei bestimmen die Fortschritte der Person die Dauer der Therapieteilnahme. Manche Gruppenmitglieder beginnen beispielsweise die Therapie mit einem höherem Niveau an Problembewusstsein und verfügen bereits über

gute Maßnahmen zur sexuellen Impuls-Kontrolle. Sie können von einer reduzierten Anzahl an Gruppensitzungen profitieren und die Therapie nach acht oder neun Monaten beenden. Für andere Gruppenmitglieder hingegen ist es von Vorteil, die empfohlene Anzahl von 45 Gruppensitzungen zu erhöhen, um bestimmte Themen intensiver zu behandeln und somit die Möglichkeit zur Wiederholung und zur Festigung zu haben. Folglich bieten halboffene Gruppen eine bessere Möglichkeit, den individuellen Anforderungen der Gruppenteilnehmer gerecht zu werden.

Hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung bei parallelen Gruppen bemüht sich das PPD, dem RNR-Prinzip folgend, die Zuteilung entsprechend des Risikos und der Bedürfnisse der Teilnehmer vorzunehmen. Wichtig dabei ist, die Gruppenzuteilung für die jeweiligen Teilnehmer transparent zu machen und den Prozess mit allen betroffenen Teilnehmern zu diskutieren, indem ihre Bedürfnisse und Ziele besprochen werden.

Sequentialität und Interaktivität der Module des BEDIT-Manuals

Die 12 Module des Manuals dienen als formaler Leitfaden für die Therapieinhalte, -prozesse und -ziele. Das

primäre Ziel besteht darin, die Selbstkontrolle in Bezug auf das Sexualverhalten und insbesondere in Bezug auf das Risiko von direktem und/oder indirektem sexuellem Kindesmissbrauch aufzubauen, zu steigern und aufrecht zu erhalten. Die einzelnen Module ergänzen sich, da sie verschiedene Risiko-Dimensionen adressieren und diese in den letzten Modulen zu Zukunftsplanung und Schutzmaßnahmen integrieren. Verschiedene Module können spezifischen Therapieinhalten zugeordnet werden. Die einzelnen Module können also sowohl der Reihe nach als auch außerhalb der Reihe im Rahmen spezifischer Interventionen eingesetzt werden. So kann der Grad der Strukturierung und der Sequentialität den individuellen Bedürfnissen und den Umständen einer jeden Gruppe angepasst werden (Allam et al., 1997).

Das 1. Modul „Psychoedukation“ wird, wie bereits im Artikel zum diagnostischen Vorgehen beschrieben (vgl. S. 161f), für alle Teilnehmer verpflichtend vor dem Beginn der eigentlichen Therapie und vor Einstieg in die therapeutische Behandlungsgruppe durchgeführt. Die weiteren Module und der sequentiell-interaktive Charakter der therapeutischen Inhalte sind in folgendem Schaubild dargestellt (Abb. 2). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Inhalte und Ziele der einzelnen Module.

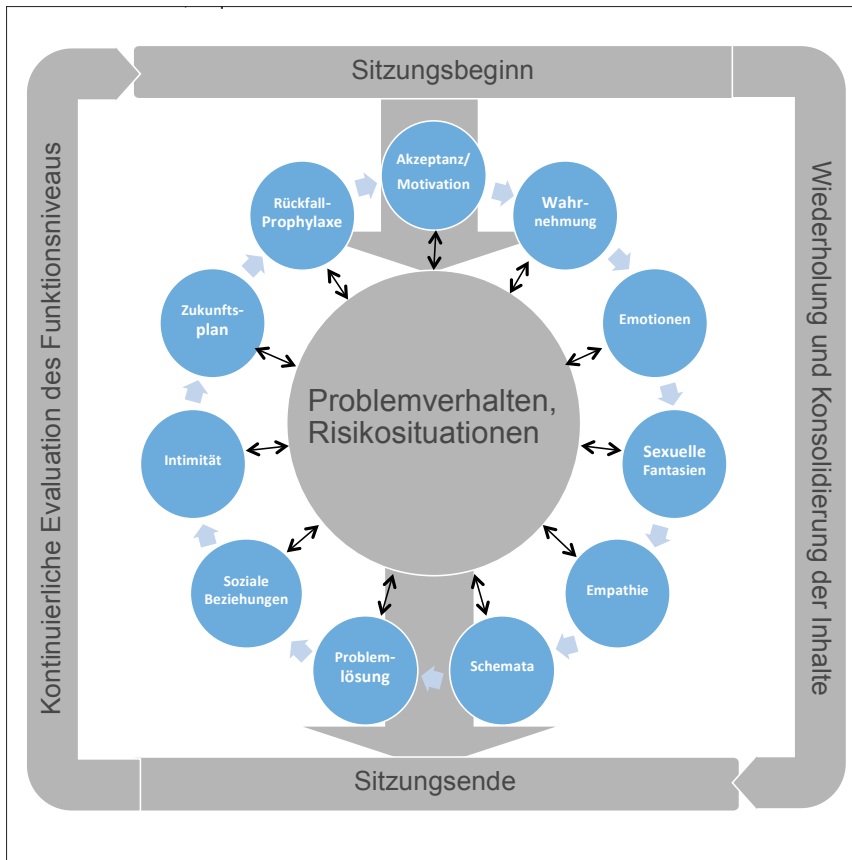


Abb. 2: Der modulare, sequentielle und interaktive Ansatz des BEDIT im Überblick

Tabelle 1: Überblick über die Inhalte und Ziele der einzelnen Module

Module	Inhalte & Ziele
1. Psychoedukation	Sexualität, sexuelle Präferenz, Dissexualität, dynamische Risikofaktoren, Pharmakotherapie, realistische Therapieziele
2. Akzeptanz & Motivation	Bio-psycho-soziales Verständnis von Sexualität Integration der sexuellen Präferenz in Selbstkonzept Akzeptanz der biographisch persistierenden sexuellen Präferenz Motivation für Therapie und Beleuchtung ambivalenter Motive
3. Wahrnehmung	Identifikation von Wahrnehmungsfehlern (Leugnung, Minimisierung) Korrektur allg. dysfunkt. Kognitionen und Missbrauch begünstigender Einstellungen, sowie dysfunkt. Verhaltensmuster
4. Emotionen	Arten von Emotionen und deren Wahrnehmung und Ausdruck Verständnis des Zusammenhangs zwischen Emotion, Kognition und Verhalten Emotionsregulation
5. Sexuelle Fantasien & Verhalten	Wahrnehmung von und Bewusstsein für eigene sexuelle Fantasien Differenzierung von sexuellen Fantasien und sexuellem Verhalten Verantwortungsübernahme für eigenes vergangenes, gegenwärtiges und zukünftiges sexuelle Verhalten
6. Empathie & Perspektivübernahme	Förderung der Perspektivübernahme und empathischen Reaktion in Bezug auf (eigene) Opfer (realen oder fantasierten) sexuellen Kindesmissbrauchs
7. Curriculum & Schema	Selbstbild und Blick auf andere, persönliche Lerngeschichte/Prägung Sexuelle Entwicklung und problematisches Verhalten Soziale, sexuelle und partnerschaftliche Beziehungen Stärken, Schwächen, Ressourcen
8. Bewältigungs- & Problemlösestrategien	Entwicklung von funktionalen statt sexualisierten Bewältigungsstrategien problematischen Erlebens Erhöhung der sexuellen Selbststeuerung und -wirksamkeit
9. soziale Beziehungen	Erhöhung des sozialen Funktionsniveaus durch Analyse und Bearbeitung der Qualität von und typischer Interaktionsstile in sozialen Beziehungen, Bedeutung eines sozialen Netzwerkes mit freundlichem Umgang
10. Intimität & Vertrauen	Konzept von Intimität und deren Verbindung zu Einsamkeit, Regulation von Nähe und Distanz Konsequenz der sexuellen Präferenz für Beziehungen und Fokussierung auf Beziehungsdimension in partnerschaftlicher Sexualität
11. Zukunftspläne	Entwicklung neuer Ziele, eines positiven und erwünschten Selbstbildes Strategien, die den Wandel/die Veränderung unterstützen
12. Rückfallprophylaxe	Sensibilität für individ. Risikofaktoren/-situationen und den Teufelskreis problematischen Verhaltens Notfallplan für Risikosituationen

Praktische Anwendung in den Sitzungen

Eröffnung und Abschluss der Sitzung

Jede Gruppensitzung (mit Ausnahme der ersten) beginnt mit einer kurzen Sitzungseröffnung („Blitzlicht“) und endet mit einer kurzen Abschlussrunde. Die Sitzungseröffnung ermöglicht es den Teilnehmern, Probleme oder Erfolge, Gedanken oder Stimmungen mit den anderen zu teilen, und Themen zu benennen, die sie gerne besprechen möchten. Beim Sitzungsabschluss hat der einzelne Teilnehmer die Möglichkeit, die behandelten Inhalte zu reflektieren und zu erklären, welche Botschaften er mitnimmt und welche neuen Einsichten er gewonnen hat.

Praktische Arbeit an Therapiezielen

Zu Beginn jedes Moduls werden die therapeutischen Ziele benannt. Sie dienen während der Sitzungen als Leitfaden und Orientierungspunkt. Die Struktur einer Sitzung in einem halboffenen Gruppen-Setting wird jedoch normalerweise genauso sehr durch die persönlichen Themen der Gruppenmitglieder bestimmt wie durch die Module und die spezifischen Therapieziele. Die TherapeutInnen kennen für gewöhnlich die Fortschritte der einzelnen Gruppenmitglieder, bevor sie eine Sitzung beginnen. Deshalb kann es hilfreich sein, Modulinhalte und Arbeitsblätter vorzubereiten. Die Gruppe aber soll (unter Leitung und mit Unterstützung der TherapeutInnen) entscheiden, woran sie in einer Sitzung arbeiten möchte, und es erfordert Flexibilität von Seiten der TherapeutInnen, den Fokus der aktuellen Themen und Ziele zu erweitern oder zu verschieben. Des Weiteren sind die TherapeutInnen nicht zwingend dazu verpflichtet, allen Zielvorgaben der Modulbeschreibung zu folgen, sondern vielmehr diese den Gegebenheiten innerhalb der Gruppe und dem individuellen Bedarf der Teilnehmer anzupassen.

Dies soll am Beispiel des Moduls „Wahrnehmung“ beschrieben werden. Den Teilnehmern sollen hier Basisprinzipien der Wahrnehmung und der Informationsverarbeitung vermittelt werden und die Reflektionsfähigkeit darüber (Unterscheidung von Wahrnehmung, Interpretation, Emotion, Verhalten, Selbst- und Fremdwahrnehmung). Dadurch soll der Zugang zu eigenen problematischen Wahrnehmungen, Haltungen und kognitiven Verzerrungen bezüglich sexueller Kontakte mit Kindern weiter eröffnet und hinterfragt werden können. Durch die Reflektion der individuellen (problematischen) Wahrnehmung und die Interpretation erlebter Situationen der Teilnehmer und deren Zusammenhänge mit ent-

sprechenden Emotionen und Verhaltensweisen sollen die Introspektionsfähigkeit und die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Selbstregulation erhöht werden. Die primären Aufgaben der TherapeutInnen sind dabei folgende:

- Aufschlüsseln der Einzelsituationen in Bereiche Wahrnehmung und Interpretation in gemeinsamer Gruppenarbeit,
- Hinterfragen von kognitiven Annahmen und Interpretationen des Klienten (z.B. sokratischer Dialog),
- Klienten den Zugang zu anderen möglichen Perspektiven der Situationen und Interpretationen ermöglichen, um das eigene Erleben/Verhalten selbst aktiver hinterfragen zu können,
- Gemeinsam mit den Gruppenteilnehmern die Situationen im Sinne einer Verhaltensanalyse aufarbeiten, um damit kognitive Verzerrungen zu identifizieren, alternative Perspektiven und andere Handlungsoptionen zu erarbeiten (Verantwortungsübernahme).

Beispiel: Hinterfragen von Gedanken

Ein Teilnehmer berichtet von einem Körperkontakt mit einem Kind. Als er mit diesem alleine war, hat er ihn über der Hose im Genitalbereich gestreichelt.

Klient: „Er hat es genossen, dass ich ihn gestreichelt habe! Ich habe ihn gefragt, ob das ok ist, und er hat sich nicht gewehrt“.

Ziel ist es, die Wahrnehmung des Klienten und seine Interpretation, dass der Junge seine Berührungen genossen hat, zu hinterfragen.

Ther: „Weil er sich nicht gewehrt hat, gehen Sie davon aus, dass er es genossen hat?“

Klient: „Ja, sonst hätte er doch was gesagt!“

Ther: „Das ist Ihre Interpretation. Er hat nichts gesagt, also muss er es genossen haben. Wie ist das bei Ihnen? Was machen oder sagen Sie, wenn Ihnen etwas gefällt? Was machen oder sagen Sie, wenn Ihnen etwas nicht gefällt?“

Über diese offenen Fragen soll der Teilnehmer dabei unterstützt werden, die Perspektive des Kindes einzunehmen und sein Verhalten zu hinterfragen. Möglicherweise erinnert er sich an eine eigene Situation, in der ihm etwas unangenehm war, er aber dennoch nichts gesagt hat. Warum nicht? War es ihm peinlich? Hat er sich nicht getraut? Wie könnte das bei dem Kind gewesen sein? Dass er sich nicht gewehrt hat, heißt nicht, dass er es genossen hat. Vielleicht hatte er Angst und fand es unangenehm, wusste aber nicht, wie er das sagen sollte.

Detailliertere Darstellungen der einzelnen Therapie-Module finden sich im Manual selbst (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, im Druck) ebenso wie Vorschläge zur Sitzungsgestaltung und Arbeitsblätter, die für die Klienten zur Eigenbearbeitung und nachfolgender Besprechung in Therapiesitzungen hilfreich sein können.

Beendigung der Therapie

Nach ca. 50 Gruppensitzungen wird gemeinsam mit den jeweiligen Teilnehmern in einem Einzelgespräch besprochen, was in der Therapie erreicht wurde, wo der Teilnehmer selbst evtl. noch Bedarf sieht und wie er sich das weitere Vorgehen vorstellt. Dieser Termin findet mit den BezugstherapeutInnen statt, die ihrerseits transparent Rückmeldung zu ihrer Einschätzung des Teilnehmers inklusive der Entwicklung der Risikoprognostik geben. Als Grundlage dazu dienen die klinischen Dokumentationen, die erhobenen Daten zum Therapieverlauf (z.B. erweiterte Therapist Rating Scale TRS-10; in deutscher Übersetzung: Fuchs et al., 2013) und die beschriebenen Instrumente zur Risikoprognostik.

Bei weiter bestehendem Bedarf wird die Therapie nach konkreter Zielbenennung/-planung für die nächste Therapiephase fortgeführt und nach ca. drei Monaten wiederum individuell besprochen.

Wenn der Teilnehmer und die TherapeutInnen die Therapieziele als erreicht und die Fortschritte als positiv stabil einschätzen, kann die Therapie beendet werden, wobei eine Wiederaufnahme in Zukunft möglich ist.

Nach abgeschlossener Therapie steht jedem Klienten die Teilnahme an der Nachsorge innerhalb des Programms offen. Diese dient primär der weiteren Stabilisierung und Konsolidierung der erreichten Therapieziele. Auch die Nachsorge wird im Gruppensetting durchgeführt und von je einem erfahrenen therapeutischen und einem weiteren Mitarbeiter geleitet.

Literatur

Allam, J., Middleton, D., Browne, K., 1997. Different clients, different needs? The practice issues in community-based treatment for sex offenders. *Criminal Behaviour & Mental Health* 7 (1), 69–84.

Andrews, D.A., Bonta, J., 2006. *The psychology of criminal conduct*, 4th ed. Anderson, Cincinnati (OH).

Beier, K.M., Konrad, A., Amelung, T., Scherner, G., Neutze, J., 2010. Präventive Behandlung nicht justizbekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung: Das Präventionsprojekt Dunkelfeld. In: Hahn, G., Stiels-Glenn, M. (Hg.). *Ambulante*

Täterarbeit: Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Beier, K.M., Loewit, K., 2011. Syndyastische Sexualtherapie – Begriff und Grundlagen. *Sexuologie* 18 (1-2), 85–94.

Beier, K.M., Neutze, J., Mundt, I.A., Ahlers, Ch.J., Goecker, D., Konrad, A., Schaefer, G.A., 2009. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect* 33, 545–549.

Davis, R.A., 2001. A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior* 17, 187–195.

Duff, S., Willis, A., 2006. At the precipice: Assessing a non-offending client's potential to sexually offend. *Journal of Sexual Aggression* 12 (1), 45–51.

Faistbauer, S., 2011. *Dissexualitätsbehandlung im einzeltherapeutischen Setting zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder*. Dissertation, FU-Berlin. Retrieved from http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000020741

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.

Fuchs, A., Berner, W., Briken, P., 2013. Deutsche Fassung der Therapist Rating Scale-10. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7 (1), 44–46.

Freud, S., 1919. *Lines of advance in psycho-analytic therapy*. Standard Edition, Vol. 17. Hogarth Press, London.

Hall, G.C.N., Hirschmann, R., 1992. Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior* 19, 8–23.

Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A., Marques, J., Murphy, W., Quinsey, V., Seto, M., 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, 169–194.

Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T.-L., Helmus, L., 2007. *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project (User Report 2007-05)*. Public Safety Canada, Ottawa.

Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin (im Druck). *Die Berliner Dissexualitäts-Therapie (BEDIT)*. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Berlin.

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, 191–217. doi:10.1177/1079063210366039

Marshall, W.L., Barbaree, H.E., 1990. Integrated theory of the etiology of sexual offending. In: Marshall, W.L., Barbaree, H.E., Laws, D.R. (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, & Treatment of the Offender*. Plenum, New York, 257–275.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., 2006. Strategies in the treatment of paraphilias: A critical review. *Annual Review of Sex Research* 17, 162–182.

McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., Ellerby, L., 2010. Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey. Safer Society Press, Brandon, Vermont.

- Middleton, D., Mandeville-Norden, R., Hayes, E., 2009. Does treatment work with internet sex offenders? Emerging findings from the Internet Sex Offender Treatment Programme (i-SOTP). *Journal of Sexual Aggression* 15 (1), 5–19. doi:10.1080/13552600802673444
- Neutze, J., Goecker, D., Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Beier, K.M., 2005. Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder. Unpublished manuscript. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Berlin.
- Neutze, J., Goecker, D., Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Beier, K.M., 2008. Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder – revidierte Fassung. Unpublished manuscript. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Berlin.
- 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. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.004
- Pithers, W.D., 1990. Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In: Marshall, W.L., Barbaree, H.E., Laws, D.R. (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. Plenum, New York, 343–361.
- Quayle, E., Taylor, M., 2003. Model of problematic internet use in people with a sexual interest in children. *Cyber Psychology & Behavior* 6, 93–106.
- Rice, M.E., Harris, G.T., 2011. Is androgen deprivation therapy effective in the treatment of sex offenders? *Psychology, Public Policy, and Law* 17 (2), 315–332. doi:10.1037/a0022318
- Seto, M.C., 2012. Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior* 41 (1), 231–236. doi:10.1007/s10508-011-9882-6
- 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.
- Ward, T., Hudson, S.M., 2000. A self-regulation model of relapse prevention. In: Laws, D.R., Hudson, S.M., Ward, T. (Eds.), *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook*. Sage, Thousand Oaks (CA), 79–101.
- Ward, T., Hudson, S.M. & Keenan, T., 1998. A self-regulation model of the sexual offense process. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 10, 141–157.
- Ward, T., Siegert, R.J., 2002. Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime, and Law* 8, 319–351.

AutorInnen

Dipl. Psych. Gerold Scherner, Dipl. Psych. Anna Konrad, Dipl. Psych. Dorit Grundmann, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: gerold.scherner@charite.de



Lena Lache

Sexualität und Autismus

Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die sexuelle Entwicklung

Buchreihe: Angewandte Sexualwissenschaft

Psychosozial-Verlag 2015

ca. 160 Seiten, br., 19,90 €

Auch Menschen mit Autismus haben sexuelle Bedürfnisse. Aufgrund ihrer spezifischen Wahrnehmung und ihrer abweichenden sozio-kommunikativen Fähigkeit erleben Autist_innen sich und ihre Umwelt jedoch anders als Menschen ohne Autismus. Wichtig für die sexuelle Entwicklung ist jedoch eine gelungene zwischenmenschliche Kommunikation. Um an sexuellen Entwicklungsprozessen teilhaben zu können, benötigen autistische Menschen deshalb mitunter eine sehr intensive und zielgerichtete Unterstützung.

Der Schwerpunkt des vorliegenden Buches liegt unter besonderer Berücksichtigung autismusspezifischer kommunikativer Fähigkeiten auf der psychosexuellen Entwicklung von Menschen aus dem Autismus-Spektrum. Die Autorin beleuchtet die Bedeutung von Kommunikation und Sprache und beschreibt, wie Veränderungen in diesem Bereich die Entwicklungsprozesse nachhaltig beeinflussen können. Dabei wird der Fokus auf einzelne Methoden der Unterstützten Kommunikation und deren positive Wirkung auf Sozialisationsprozesse der Sexualität gelegt. Sowohl Chancen dieser Methoden als auch mögliche Anwendungsfelder werden aufgezeigt und kritisch diskutiert.

Medikamentöse Therapie im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*

Stefan Siegel, Laura F. Kuhle, Till Amelung

Drug Therapy in the *Prevention Project Dunkelfeld*

Abstract

Drug therapy can be a useful and important component of the overall therapeutic concept of the *Prevention Project Dunkelfeld*. The article briefly describes the three substance classes that can be prescribed and weighs the pros and cons of drug therapy. Two clinical cases in which medications were prescribed conclude the article.

Keywords: Pedophilia, Drug therapy for pedophiles, Child sexual abuse, Child abusive Images

Zusammenfassung

Eine medikamentöse Behandlung kann ein sinnvoller und wichtiger Bestandteil im therapeutischen Gesamtkonzept des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* sein. Der Artikel stellt kurz die drei zur Verfügung stehenden Substanzklassen vor, dann werden die Argumente für oder gegen eine medikamentöse Behandlung kritisch abgewogen. Zum Schluss werden zwei Fallbeispiele der medikamentösen Behandlung besprochen.

Schlüsselwörter: Pädophilie, Arzneimitteltherapie für Pädophile, Kindesmissbrauch, Missbrauchsabbildungen

„Bevor ich Medikamente bekam, habe ich mich Tag und Nacht mit nichts anderem beschäftigt, als mit Kindern. Tag und Nacht, rund um die Uhr. Alles drehte sich immer nur um Jungs. Ich konnte mich auf nichts anderes konzentrieren. Ob ich wollte oder nicht, ich habe am Fernsehen ausschließlich nach Sendungen mit Jungs gesucht und manchmal ganze Nächte im Internet Bilder von Jungen gesucht, gespeichert und archiviert. Ich musste mich fünf bis sechs Mal täglich selbst befriedigen [...]. Seit ich die Medikamente nehme, habe ich das Gefühl, als hätte ich erstmalig in meinem Leben den Kopf frei [...] wie durchgeblasen [...] ich merke plötzlich, dass ich mich auch noch für andere Sachen interessiere.“
(Patientenbericht)

Medikamente und ihre Wirkungsweise

Der Einsatz von Medikamenten kann im therapeutischen Gesamtkonzept des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* sinnvoll und wichtig sein. Denn sexuelle Präferenz und sexuelles Verhalten haben eine biologische Grundlage, an der verschiedene biologische Systeme beteiligt sind – wie etwa das System der Geschlechtshormone oder das dopaminerge und serotonerge System der Belohnung. Medikamente können also unmittelbar das sexuelle Erleben beeinflussen, z.B. drängende und als belastend erlebte sexuelle Impulse verringern.

In der Praxis spielen in diesem Kontext drei verschiedene Medikamenten-Gruppen eine Rolle, welche sich in ihrem biologischen Wirkmechanismus unterscheiden (Hill, Briken et al., 2003).¹

Die erste Gruppe reduziert über die Zentren des Gehirns, die die Hormone steuern, die körpereigene Produktion des Geschlechtshormons Testosteron in den Hoden (GnRH-Analoga, z.B. Triptorelin) oder blockiert direkt die Bindungsstellen für das Geschlechtshormon Testosteron in den Zellen (Antiandrogene, z.B. Cyproteronacetat). Beide werden als androgenunterdrückende Therapie – Engl. androgen deprivation therapy, ADT – bezeichnet. Für den therapeutischen Ansatz des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* ist dies insofern interessant, da Testosteron nicht nur für den typisch männlichen Körper (Wuchs von Körperhaaren, tiefe Stimmlage, typische Fettverteilung und Aufbau von Muskelmasse) sorgt, sondern auch den generellen Antrieb, Ausdauer, „Lebenslust“ und dominante und aggressive Verhaltensweisen sowie sexuelles Verlangen und Interesse, das Auftreten sexueller Fantasien, Gedanken und Wünsche bewirkt.

Die Wirkung der ADT in Ergänzung zur Gruppenpsychotherapie ist im Rahmen des Projekts untersucht worden. Die Grundlage dafür bildete eine Gruppe von 111 päd- und hebephilen Männern, die zwischen 2005

¹ Sowohl in englischer Sprache als auch für den deutschsprachigen Raum gibt es medizinische Leitlinien, welche bei der Entscheidung von PatientInnen und BehandlerInnen für das jeweils angemessene Medikament wichtige Informationen und Orientierung bieten (Berner, Hill et al., 2007; Thibaut, De La Barra et al., 2010).

und 2010 an der Gruppentherapie des Projektes teilgenommen hatten. Von diesen 111 Männern hatten sich 15 (13.5%) für eine ADT entschieden. Sie berichteten zu Beginn der Therapie gegenüber den anderen über eine größere Angst vor Kindesmissbrauch, über ein stärkeres subjektives Gefühl der Unkontrollierbarkeit ihres Sexualtriebes. Relativ gesehen gaben auch mehr von ihnen an, sadistische sexuelle Fantasien zu haben. Bei 6 von den 15 konnte nach dem regulären Abschluss der Therapie gezeigt werden, dass sich ihr Risikobewusstsein, das Selbstwirksamkeitsgefühl, die Fähigkeit, sich in potentielle Opfer einzufühlen, zugenommen hatten und ihr problematisches sexuelles Verhalten zurückgegangen war (Amelung et al., 2012). Jedoch gibt es Bedarf an weiterer Forschung, die unabhängig von der Selbsteinschätzung der Teilnehmer, bspw. auf einer zusätzlichen Messung von körperlichen Veränderungen beruht.

Die **zweite Medikamentengruppe**, die auf das serotonerge Belohnungssystem wirkt, ist eigentlich für die Behandlung von Depression, Angst- und Zwangsstörungen zugelassen. Die sogenannten Selektiven-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRIs) bewirken im Gehirn eine Erhöhung der Konzentration des körpereigenen Botenstoffs Serotonin, der dafür bekannt ist, dass er die sexuelle Erregbarkeit und den Samenerguss beeinflusst – hohe Spiegel von Serotonin können sexuelles Verhalten reduzieren. Außerdem weiß man, dass bei Zwangserkrankungen Medikamente, die den Serotoninspiegel erhöhen, helfen können, impulsives Verhalten besser zu kontrollieren. Im Gegensatz zu der erstgenannten Medikamentengruppe wirken die SSRIs also nicht über eine Veränderung des Testosteronhaushalts direkt dämpfend, sondern eher über eine Veränderung von inneren Erlebnis- und Gefühlszuständen. Ihre Beeinflussung des sexuellen Erlebens und Verhaltens ist gut untersucht (Guay, 2009).

In Einzelfällen kann auch versucht werden, mit einem Medikament aus einer **dritten Gruppe** das dopaminerge Belohnungssystem indirekt zu beeinflussen. Hier spielen Substanzen eine Rolle, die aus der Suchttherapie kommen und auf das körpereigene Opioidsystem wirken (z.B. Naltrexon). Sie scheinen so zu wirken, dass sie zwanghaftes sexuelles Verlangen besser kontrollierbar machen. Sie beeinflussen sowohl positives Belohnungserleben im Zusammenhang mit sexueller Aktivität als auch aversive Zustände, wenn keine sexuelle Aktivität vorliegt. Zu ihrem Einsatz gibt es einige vielversprechende Fallschilderungen (Raymond et al., 2002; Ryback, 2004; Raymond et al., 2010).

Informationen zu Wirkung und Behandlung

Die Entscheidung für eine medikamentöse Begleittherapie basiert auf einem längeren partizipativen Entscheidungsprozess zusammen mit den ÄrztInnen des Projekts und kann zu jedem Zeitpunkt der Therapie erfolgen. Ein erstmalig nur zeitweises „Ausprobieren“ hilft bei der individuellen Entscheidungsfindung, da sowohl positive als auch unerwünschte Wirkungen im Einzelfall kaum vorhergesagt werden können. Als positive Wirkungen gelten:

- es fällt leichter, sich für andere Sachen zu interessieren,
- größere Gelassenheit im Alltag, dadurch mehr persönliche Freiheiten,
- Sexualität wird weniger drängend erlebt, bis hin zur Verminderung oder dem Ende der als missglückt erlebten Sexualität,
- weniger oder keine als belastend erlebten sexuellen Fantasien,
- verminderte Gefahr, eine sexuelle Straftat zu begehen,
- zwischenmenschliche Kontakte werden weniger stressbelastet wahrgenommen.

Als mögliche Risiken und Nachteile gelten:

- Beeinträchtigung der Selbstbefriedigung (verminderte Erektions- und Orgasmusfähigkeit),
- Beeinträchtigung der Sexualität mit einem erwachsenen Partner, da nicht nur das sexuelle Interesse für Kinder vermindert wird,
- Sexualität kann als weniger spannend, prickelnd und aufregend erlebt werden,
- unerwünschte körperliche Nebenwirkungen der Medikamente, z.B. Gynäkomastie, Müdigkeit, Gewichtszunahme.

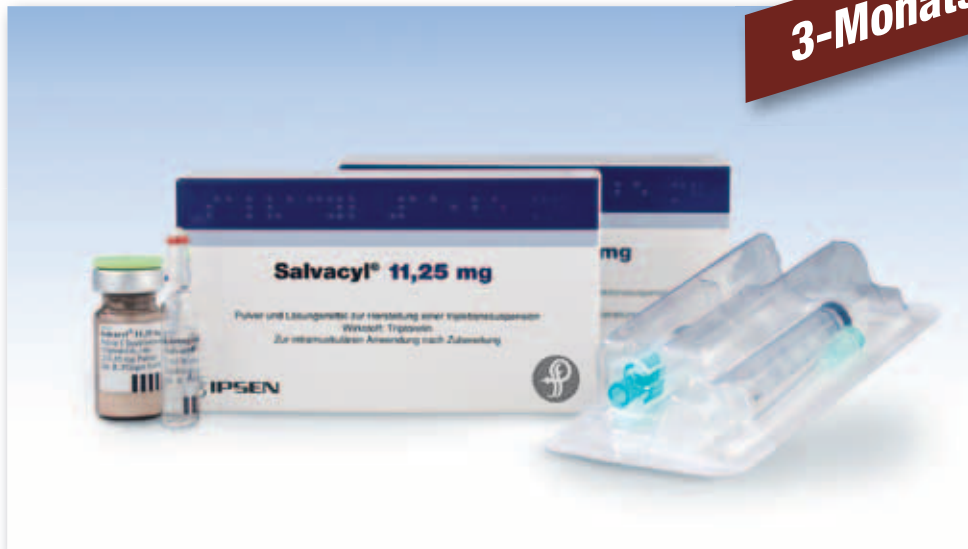
Alle eingesetzten Medikamente werden seit vielen Jahren angewandt und in der Regel gut vertragen (Turner, Basdekis-Jozsa et al., 2013), aber dennoch unterschiedlich im Körper aufgenommen. Besondere Sorgfalt ist bei folgenden klinischen Zuständen geboten:

- bekannte Thromboseneigung
- Leberkrebs
- Blutbildungsstörungen
- Knochenmarkserkrankungen
- Osteoporose
- Bestimmte Gehirntumoren (Meningeome, Hypophysentumore)
- Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)

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 Injektionssuspension. Wirkstoff: Triptorelin. **Zus.:** 1 Durchstechfl. mit Pulv. enth. 11,25 mg Triptorelin (als Triptorelinembonat). Nach Auflösen in 2 ml Lösg.mittel enth. die zubereitete Suspension 11,25 mg Triptorelin (als Triptorelinembonat). Sonst. Bestandt.: Pulver: Poly(glycolsäure-co-milchsäure) (75:25), Mannitol (Ph. Eur.), Carmellose-Natrium, Polysorbat 80. Lösg.mittel: Wasser für Injektionszwecke. **Anw.:** Reversible Reduzierung des Testosterons bis auf das Kastrationsniveau, um den Sexualtrieb bei erw. Männern mit schw. sexueller Abnormalität zu verringern. Die Behandl. mit Salvacyl muss von einem Psychiater initiiert u. kontrolliert werden. In Komb. mit der Behandl. sollte 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:* Asthenie; Rückenschmerz; Parästhesien in d. unt. Extremitäten; Hyperhidrose; Hitzewallungen. *Häufig:* Übelk.; Müdigk.; Erythem, Entzünd., Schmerzen u. Reakt. a. d. Inj.-stelle, Ödeme; Schmerzen der Skelettmuskulatur u. in d. Extremitäten; Schwindelanfälle, Kopfschmerz; Erektile Dysfunkt.; Libidoverlust. Depression*, Stimmungsschwankungen*. *Gelegentl.:* Tinnitus; Abdominalschmerz., Obstipation, Diarrhö, Erbr.; Lethargie, Schmerzen, Schüttelfrost, Somnolenz; erhöht. Alaninaminotransferase, erhöht. Aspartat-Aminotransferase, erhöht. Kreatinin im Blut, erhöht. Harnstoff im Blut, Gewichtszun.; Anorexie, Gicht, Appetitzun.; Gelenkschmerz., Muskelkrämpfe, Muskelschwäche, Myalgie; Parästhesien; Schlaflosigk., Reizbark.; Brustschmerz., Hodenatrophie, Gynäkomastie, Hodenschmerz.; Dyspnoe; Akne, Alopezie, Pruritus, Hautrötung; Hypertonie. *Selten:* Purpura; Vertigo; Diabetes mell.; abnormes Empfinden in den Augen, Sehstör.; Bauchaufreibung, Mundtrockenh., Geschmacksveränd., Blähungen; Schmerz. im Brustkorb, Dysstasie, influenzaähnl. Sympt., Fieber; anaphylakt. Reakt., Überempf.-reakt.; Nasopharyngitis; erhöht. alkal. Phosphatase im Blut, erhöh. Körpertemp., Gewichtsabn.; Gelenkversteif., Gelenkschwellung, Versteif. der Skelettmuskulatur, Osteoarthritis; Gedächtnis beeinträchtigt; Verwirrth., vermind. Aktivität, Euphorie; Ejakulationsstör.; Orthopnoe, Nasenbluten; Blasausschlag; Hypotonie. *Zusätzl. nach Markteinführung:* QT-Verläng.; Verschwommensehen; Unwohlsein; erhöhter Blutdruck; Knochenschmerz.; Angstlichk.; Angioödem, Urtikaria. *Diese Häufigkeiten basieren auf Klasseneffekt-Häufigkeiten, die für alle GnRH-Agonisten zutreffen. „Verschreibungspflichtig“. Zulassungsinhaber: Ipsen Pharma GmbH, D-76275 Ettlingen. Mitvertrieb: Dr. R. Pfleger GmbH, D-96045 Bamberg (SVL_FK_020315)

 **Dr. Pfleger**
ARZNEIMITTEL

Dr. R. Pfleger GmbH • 96045 Bamberg • www.dr-pfleger.de

Tabelle 1: Übersicht Routineuntersuchungen zur Therapieüberwachung bei Ciproteronacetat (Androcur®)

Medizinische Maßnahme	Begründung	Zeitpunkte			
Klinisch: Risikofaktorenbewertung Messung: Gewicht, RR, P Labor: BZ (nü), HbA1c, Tri, Chol, LDL, HDL	Erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Klinisch: Risikoanamnese Risikofaktorenbewertung Labor: ASAT, ALAT, GGT, Krea	Mögliche Leber- und Nierenfunktionsstörung	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Klinisch: Risikoanamnese Risikofaktorenbewertung Anämiezeichen Labor: kl BB, inkl. Retikulozyten	Mögliche Anämie	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Röntgen: Knochendichtemessung Labor: Ca, Phosphat, AP, Vitamin-D	Mögliche Abnahme der Knochendichte	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Klinisch: psych. Exploration, Depressionsscreening (z. B. BDI-2)	Mögliche Entwicklung einer Depression	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Röntgen: cMRT	Neurologische Komplikationen (Meningeom-vergrößerung)	vor		nach 6 Mo	
Labor: Gesamt-Testosteron, freies Testosteron, SHBG	Therapiemonitoring	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich

Tabelle 2: Übersicht Routineuntersuchungen zur Therapieüberwachung bei Relinen/GnRH-Analoga

Medizinische Maßnahme	Begründung	Zeitpunkt			
	Erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Klinisch: Risikoanamnese Labor: ASAT, ALAT, GGT, Krea	Mögliche Leber- und Nierenfunktionsstörung	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Klinisch: Anämiezeichen Labor: kl BB, inkl. Retikulozyten	Mögliche Anämie	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Röntgen: Knochendichtemessung Labor: Ca, Phosphat, AP, Vitamin-D	Mögliche Abnahme der Knochendichte	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Klinisch: psych. Exploration, Depressionsscreening (z.B. BDI-2)	Mögliche Entwicklung einer Depression	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Klinisch: symptombez. Neurol. Untersuchung Medikamente: Ciproteronacetat	Neurologische Komplikationen (Hypophysenapoplexie, Rückenmarkskompression, Harnleiterobstruktion)	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich
Labor: Gesamt-Testosteron, freies Testosteron, SHBG	Therapiemonitoring	vor	nach 1 Mo	nach 6 Mo	jährlich

- Fettstoffwechselstörungen
- Bluthochdruck (art. Hypertonie)
- Fettleibigkeit (Adipositas)
- Koronare Herzkrankheit (KHK).

Vor Verordnung der entsprechenden Medikamente und zur Therapieüberwachung sollten einige Routineunter-

suchungen durchgeführt werden (Zur ADT vgl. Tab. 1 u. 2., zu den anderen Medikamentengruppen vgl. Benkert & Hippus, 2015). Werden weitere Medikamente eingenommen, ist auf Arzneimittelwechselwirkungen zu achten. Körperliche Bewegung, v.a. Ausdauersportarten im Freien können zu einer wesentlichen Minderung von unerwünschten körperlichen Wirkungen beitragen.

Klinische Fallbeispiele

Fallbericht 1²: Patient A., 36 Jahre, Pädophilie, ausschließlicher Typus, orientiert auf Mädchen, CPA 600 mg alle 14 Tage intramuskulär. A. ist als zweitjüngstes von 3 Geschwistern in behüteten familiären Verhältnissen aufgewachsen. Seine Kindheit sei „eher gut gewesen“; er habe aber immer Probleme gehabt, „Menschen an sich ranzulassen“. Es bestand kaum Kontakt zu Gleichaltrigen. Nach dem Abitur begann er ein weit über die Regelstudienzeit hinausreichendes Jurastudium, absolvierte das Referendariat mit Unterbrechungen und war danach erfolglos auf Arbeitssuche. Er fühlte sich durch seine starke Kurzsichtigkeit „behindert und ausgegrenzt“. Im Jugend- und Erwachsenenalter hatte er keine über Kuss- und Pettingkontakte hinausgehenden sexuellen Erfahrungen mit weiblichen Jugendlichen/Frauen. Er glaubte, dass dies an seiner „dicken Brille“ gelegen habe. Die Ejakularche fand im Alter von 13 Jahren statt, und die Begleitfantasien bei der Masturbation richteten sich damals auf Mädchen im präpubertären Alter. Dies sei zwar heute immer noch so, wobei er aber in seiner eigenen Theorie versucht, hierfür Außeneinflüsse geltend zu machen: Er habe vor 10 Jahren begonnen Pornofilme zu sehen, später dafür auch das Internet genutzt und sei von „asiatischen Frauen“ schließlich zu „Mädchen übergegangen“. Vor 5 Jahren absolvierte A. eine Verhaltenstherapie wegen „Sexsucht“ (Pornografiekonsum täglich stundenlang, überwiegend „Kinderpornografie“, Masturbationsfrequenz dreimal täglich). Er gibt als bevorzugtes Partneralter „5 bis 8 Jahre“ an. Die Mädchen dürften auf keinen Fall Schambehaarung oder Brustwachstum zeigen. In den masturbatorischen Begleitfantasien treten Vorstellungen von vaginaler und analer Penetration sowie passiv erlebtem Oralverkehr auf. In seinen Fantasien seien die Mädchen zwar immer mit seinen sexuellen Wünschen einverstanden, aber er wisse, dass dies völlig unrealistisch ist. Wenn er auf der Straße ein Mädchen im von ihm präferierten Alter sehe (das zudem dunkle, lange Haare hat und schlank ist), mache er sich darüber Gedanken, wie er mit dem Kind in Kontakt kommen könne. Er sei dann eindeutig „explosiver als beim Anblick einer Frau“. Unmittelbar vor der Entscheidung, CPA zu nehmen, habe er auf der Straße eine ca. 8-Jährige gesehen und „sofort den Impuls“ gehabt: „Mit der könnte ich mich vereinigen“. Er nahm (zu Recht) an, dass er für Mädchen eine reale Gefahr darstelle und wünschte selbst eine weitestgehende Impulsreduktion, wobei er eine CPA-Höchstdosis einem GnRH-Analogen wegen des höheren Osteoporoserisikos vorzog. Nach Therapieeinleitung war er über den Effekt erfreut („Druck ist weg.“), aber unzu-

frieden mit sich selbst („Warum schaffe ich das nicht alleine?“) und empfand die Medikation als „Niederlage“. Allerdings bekannte er weiterhin: „Ich denke, dass ich ohne Androcur nicht in der Lage bin, mich zu kontrollieren“ (Aussage nach einjähriger Antiandrogenbehandlung).

Fallbericht 2³: Patient B., 39 Jahre, Pädophilie, ausschließlicher Typus auf Jungen gerichtet, GnRH-Analogen (Goserelin) und Vorbehandlung mit CPA. Mit einer 3 Jahre älteren Schwester und einem 4 Jahre jüngeren Bruder war B. in äußerlich unauffälligen familiären Verhältnissen aufgewachsen. Im Familienverbund zurückgezogen, fühlte er sich „nicht wirklich geliebt“. Innerfamiliär wurde der Vater (von allen) als dominant, („unangemessen“) fordernd und entwertend erlebt. Große Vorbehalte bestanden gegenüber dem jüngeren Bruder, der von den Eltern bevorzugt worden wäre. Nach dem Abitur machte der Patient eine Banklehre und studierte schließlich Sozialpädagogik, um danach als Erzieher (mit Jungen im von ihm präferierten Alter) in einem Jugendheim zu arbeiten. Das präferierte Partneralter gibt er mit 10 bis 12 Jahren an; sobald die Pubertät beginne, ginge der erotische Reiz der Jungen für ihn verloren. Während er auf seiner Arbeitsstelle „sauber“ geblieben sei, rekrutiere er seine „Partner“ als freiwilliger „Pate“ für Kinder (nur Jungen!) allein erziehender Mütter. Zu diesen baue er rasch eine enge Freundschaft auf, und es käme dann z.B. im Zusammenhang mit Rauf- und Tobespielen „eher zufällig“ zu Berührungen im Genitalbereich. („Kriegen die gar nicht mit.“) Zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme war B. ohne „Patenkind“, weil das letzte aus Berlin weggezogen war. Er wusste nichts mehr mit seiner Freizeit anzufangen, lief ziellos durch die Stadt, musste nur noch an Jungen denken und nutzte vermehrt Missbrauchsdarstellungen. Er wünschte sich eine größere Distanz von den pädophilen Impulsen, die ihn ständig okkupierten. Eine akute Risikosituation bestand damals nicht. Unter Paroxetin in geringer Dosierung (20 mg) fühlte er sich entspannter, musste „nicht mehr so viel an die Jungen denken“, änderte aber die Nutzung der Missbrauchsdarstellungen in keiner Weise. Nach Erhöhung der Dosis auf 40 mg gab er an, dass die Selbstbefriedigung länger dauere und es schwieriger sei, zum Orgasmus zu kommen. Auch würden ihm jetzt (nichtstrafbewehrte) „Posing“-Bilder bei der Selbstbefriedigung reichen, wobei als zentrale Masturbationsfantasie die gegenseitige manuelle Stimulation geblieben wäre. Dann lernte B. während der Therapie einen neuen „Paten-Jungen“ kennen, der sei aber „erst 6 Jahre alt“ – also „viel zu jung!“ Die Mutter sei begeistert von ihm, der Junge auch. Er sehe nicht ein, warum er diese Beziehung nicht eingehen dürfe. Wenn

² Aus Beier et al., 2010.

³ Aus Beier et al., 2010.

er keine Freundschaften mehr mit Jungen haben dürfe, könne er sich „gleich umbringen“. Nachdem er selbst durch den neuen Umgang mit dem Jungen ein höheres Risiko einräumte, beschloss er, dieses medikamentös zu reduzieren, um diese Beziehung aufrechterhalten zu können. Unter CPA-Gabe (300 mg i. m. alle 2 Wochen) war für ihn allerdings kaum eine Dämpfung spürbar. B. entschied sich daher für ein GnRH-Analogon (Goserelin), das er in Dreimonatsabständen erhält. Hierunter ist eine deutliche Impulsdämpfung eingetreten, und er sieht selbst kein Risiko mehr („Kann Sexualität jetzt aus der Beziehung heraushalten.“). Bis zuletzt benannte er keine Nebenwirkungen, keine Müdigkeit, keine Hitzewallungen und keine Depressionen – er nimmt allerdings weiterhin 20 mg Paroxat.

Literatur

- Amelung, T., Kuhle, L.F., Konrad, A., Pauls, A., Beier, K.M., 2012. Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld. *Int J Law Psychiatry* 35 (3), 176–184.
- Beier, K.M., Amelung, T., Pauls, A., 2010. Antiandrogene Therapie als Teil der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 4 (1), 49–57.
- Benkert, O., Hippus, H., 2015. *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie*. Springer, Berlin.
- Berner, W., Hill, A., Briken, P., Kraus, C., Lietz, K., 2007. *Behandlungsleitlinie: Störungen der sexuellen Präferenz. Diagnose, Therapie und Prognose*. Steinkopff, Darmstadt.
- Guay, D.R.P., 2009. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clinical Therapeutics* 31 (1), 1–31.
- Hill, A., Briken, P., Kraus, C., Strohm, K., Berner, W., 2003. Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 47 (4), 407–421.
- Raymond, N.C., Grant, J.E., Coleman, E., 2010. Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: A case series. *Ann Clin Psychiatry* 22, 56–62.
- Raymond, N.C., Grant, J.E., Kima, S.W., Coleman, E., 2002. Treatment of compulsive sexual behaviour with naltrexone and serotonin reuptake inhibitors: Two case studies. *International Clinical Psychopharmacology* 17, 201–205.
- Ryback, R.S., 2004. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psychiatry* 65, 982–986.
- Thibaut, F., De La Barra, E., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J.M.W. & the WFSBP Task Force on Sexual Disorders, 2010. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry* 11 (4), 604–655.
- 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.

Autor

Dr. med. Stefan Siegel, Dipl. Psych. Laura F. Kuhle, Till Amelung, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: stefan.siegel@charite.de

Paarberatung und Unterstützung von Angehörigen im Präventionsprojekt Dunkelfeld

Stephanie Kossow

Relationship Counseling and Support for Family Members in the *Prevention Project Dunkelfeld*

Abstract

Participants in the *Prevention Project Dunkelfeld* are encouraged to include their partner and/or family in the therapy process. The prevention project provides both pair and family counseling or therapy when indicated. This article describes the thematization and therapeutic accompaniment of the emotional and social challenges inherent in pair and family-member relationships with pedophiles.

Keywords: Social relationships, Couple therapy, Family-member therapy, Prevention, Child sexual Abuse, Child pornography

Zusammenfassung

Die Teilnehmer im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* werden ermutigt, Angehörige oder Partner in den Therapieprozess miteinzubeziehen. Der Text stellt dar, wie in der Paarberatung und in der Angehörigengruppe die emotionalen und sozialen Herausforderungen, die in Beziehungen mit pädophilen Menschen bestehen können, thematisiert und therapeutisch begleitet werden.

Schlüsselwörter: soziale Beziehungen, Paartherapie, Angehörigen-Therapie, Prävention, sexueller Kindesmissbrauch, Missbrauchsabbildungen

Von der Bedeutung sozialer Beziehungen

Gelingende soziale Beziehungen und der damit verbundene menschliche Kontakt wirken sich direkt auf das körperliche Wohlbefinden und die Gesundheit aus. Sie stärken Resilienz im weitesten Sinne: Sie verbessern das Immunsystem, senken Herzfrequenz und Blutdruck und reduzieren das Angstempfinden. So liegt denn auch die Mortalität bei sozial isolierten Menschen höher gegenüber sozial gut integrierten (Holt-Lunstad et al., 2010). Die Gesundheit verheirateter Personen ist besser als die

Unverheirateter (Liu & Umberson, 2008). Zudem gehört nach Ainsworth und Bowlby ein „sicheres Bindungsverhalten“ zu den empirisch gesicherten Schutzfaktoren, die psychische und psychosomatische Störungen verhindern (zit.n. Egle et al., 1997).

So liegt es nahe, Angehörige und Partner von pädophil/hebephilen Menschen in die Therapie einzuschließen, nicht zuletzt auch um deren sozialer Stigmatisierung entgegenzuwirken (Jahnke et al., 2015). Hinzu kommt, dass Beziehungen der Vereinsamung der Betroffenen entgegenwirken, was wiederum die Nutzung von Missbrauchsabbildungen und das damit verbundene Risiko eines sexuellen Übergriffs auf Kinder vermindert.

Forschungsstand Pädophilie und Paarbeziehung

Die Datenlage zu Paarbeziehungen bei Menschen mit pädophil/hebephiler Neigung ist unbefriedigend. Die existierenden Studien zu Sexualstraftätern lassen sich nur bedingt übertragen. Bei einer Untersuchung zu intrafamiliären Tätern (deren sexuelle Neigung nicht spezifiziert wurde) zeigten etwa 30–40% der Erfassten signifikante soziale und Beziehungs-Defizite (Smith & Saunders, 1995). Sie hatten Schwierigkeiten, emotional nahe, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen und zu führen und waren ängstlich im Kontakt zu anderen Menschen. Eine Studie über Paarbeziehungen bei Sexualstraftätern stellte auch die Belastung der Partnerinnen fest. Die befragten Frauen charakterisierte ein unsicherer Bindungsstil, sie verharmlosten die Straftat und waren sozial isoliert. Der übergriffig gewordene Partner wurde als instabil im Selbstwert beschrieben, strebe aber nach Dominanz und sei im Kontakt eher aggressiv. Dennoch würden beide Partner aufgrund gegenseitiger Unterstützung vom gemeinsamen Überstehen einer schweren Zeit und der Erfahrung der gegenseitigen Akzeptanz profitieren (Iffland et al., 2015).

Einige Ergebnisse aus Meta-Analysen weisen darauf hin, dass bei verurteilten Sexualstraftätern, die über personale Ressourcen verfügen und längere partnerschaftliche Beziehungen führen, das Rückfallrisiko niedriger ist,

als bei jenen, die auf diese Ressourcen nicht zurückgreifen können (Hanson & Bussière, 1998). Als nachgewiesener Risikofaktor für Rezidivität findet sich der Beziehungsstatus auch im Static-99 zur Erfassung statischer Risikofaktoren (Harris et al., 2003) oder dem Stable-2007 zur Erfassung dynamischer Risikofaktoren (Fernandez et al., 2012). Problematische Paarbeziehungen hingegen können das Übergriffsrisiko erhöhen. Dies gilt umso mehr, wenn auch seitens der Partnerin Wunschenken und kognitive Verzerrungen dazu führen, eine drohende Gefährdung ihres Kindes nicht hinreichend wahrzunehmen und mit der erforderlichen Konsequenz Vorsichtsmaßnahmen zu ergreifen.

Stärkung sozialer Beziehungen von Pädophilen im Berliner Präventionsprojekt

40,4% der seit 2005 in das Berliner Projekt einbezogenen Patienten (n = 421) leben in Partnerschaften, 35,2% sind Bezugsperson für ein oder mehrere Kinder. Projektteilnehmer, die in einer Partnerschaft leben, haben signifikant häufiger eine nicht-exklusive Sexualpräferenz (zur Bedeutung exklusiver vs. non-exklusiver Sexualpräferenz vgl. Beier et al., 2013).

Eine der therapeutischen Grundannahmen im Präventionsprojekt geht davon aus, dass pädo-/hebephile Patienten neben der sexuellen Lustdimension auch von ihren Beziehungsbedürfnissen bestimmt werden, sodass Paarberatung und -therapie sowie seit 2014 eine Angehörigengruppe angeboten werden, in denen psychoedukativ zu sexueller Präferenz und Pädophilie, Funktion und Ausdrucksformen von Sexualität sowie zum Präventionsprojekt selbst gearbeitet wird.

Arbeit mit Paaren

Sitzungen im Paarsetting orientieren sich am Bedarf; sie sind freiwillig und werden variabel gestaltet. Sie reichen von einer einmaligen Beratung bis zu etwa 20 Sitzungen, sind kostenlos und verlaufen unter Schweigepflicht.

Der therapeutische Prozess, durch den die Paare gehen, erinnert an einen Trauerprozess (Kast, 1982) mit einer Phase des Verleugnens, einer Phase intensiv aufbrechender Emotionen, einer Phase des Suchens, Findens und Loslassens bis hin zu einer Neuorientierung und Akzeptanz. Es kann für beide Partner hilfreich sein, den Fokus von der Lustdimension und der daraus resultie-

renden Enttäuschung durch das falsche Körperschema auf die Beziehungsdimension zu lenken. Auch wenn die Partnerin nicht dem pädophilie-spezifischen Ideal des Betroffenen entspricht, ist es dennoch möglich, Sexualität in einer befriedigenden Dimension zu erleben, wenn Nähe, Intimität und Geborgenheit in den Vordergrund treten.

Paaren kann dies mit Hilfe des Modells von Basson (Abb. 1, Basson et al., 2004) zum sexuellen Reaktionszyklus verdeutlicht werden, in dem Lust- und Beziehungsdimension verknüpft sind: Aus emotional befriedigender Sexualität erwächst ein positiver Zyklus, ohne dass der Hauptmotivator für sexuelle Kontakte der sexuelle Schlüsselreiz sein muss. Dies wird von Patienten als entlastend erlebt, die Partner können sich ohne „Erfolgsdruck“ einander annähern, die sexuelle Funktion kann verbessert werden. Ebenfalls kann auf der Grundlage des Bassoner Modells das gegenseitige Verständnis für die gemeinsame sexuelle Interaktion erhöht werden.

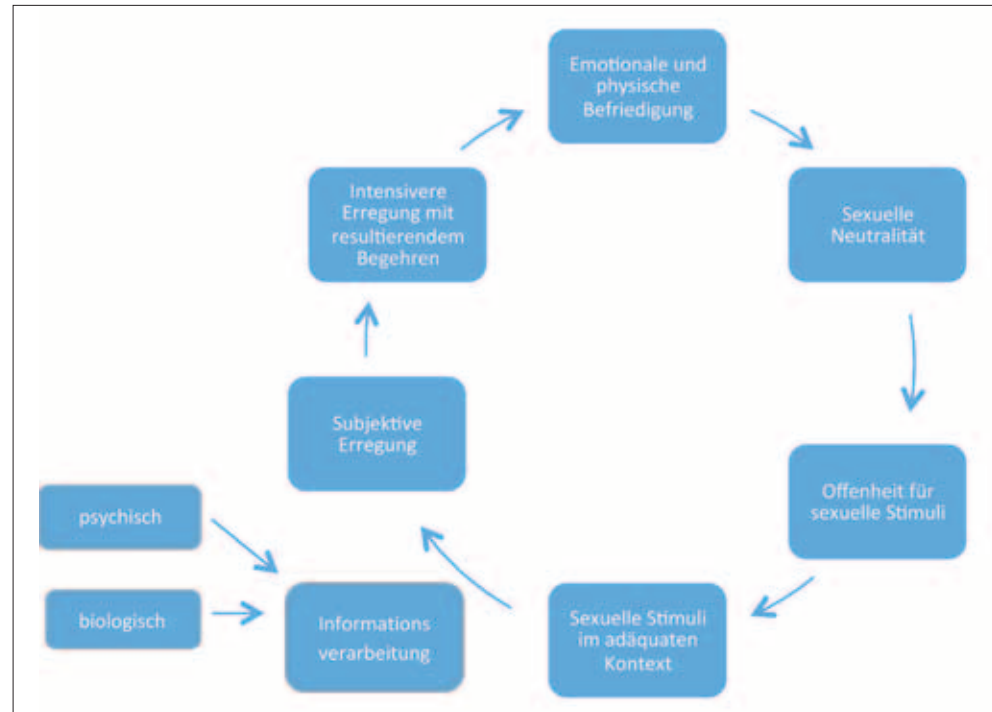
Dieses Vorgehen ist erfolgversprechend, wenn die Grenzen der syndyastischen Fokussierung beachtet werden (vgl. Beier, 2010), die nicht zuletzt von der Präferenzstruktur beider Partner bestimmt werden. Limitierend kann bspw. die „Wertigkeit des paraphilen Stimulus im inneren Erleben sein“ (Beier, 2010, 28), wenn also neben dem Lustgewinn auch Bindungswünsche und Bindungserleben ganz durch den paraphilen Stimulus abgedeckt werden, sodass „ein/e reale/r Partner/in im Gefüge der inneren Bedeutungserteilung abfällt und damit paarbezogenen Interventionen von vorneherein Grenzen gesetzt sind“ (ebd.). Zudem „macht es einen großen Unterschied, ob das paraphile Erleben die gesamte Präferenzstruktur kennzeichnet, oder neben den paraphilen auch nicht-paraphile Erlebensanteile bestehen, welche partnerbezogen realisierbar sind.“ (ebd.)

Sofern beide Partner eine gemeinsame Perspektive verbindet, lässt sich mit der syndyastischen Fokussierung die partnerschaftliche Beziehung verbessern. Bestenfalls führt die Beratung zu beiderseitiger Akzeptanz der sexuellen Neigung und einer Neuorientierung hin zu einer gemeinsamen Paaridentität, in der mit der Neigung verantwortungsvoll umgegangen werden kann und in der gegenseitig die emotionalen Grundbedürfnisse wahrgenommen und erfüllt werden können.

Arbeit mit Angehörigen

Die offene Angehörigengruppe bietet Information, Beratung und Austausch für PartnerInnen, Eltern, Kinder, Geschwister oder sonstige Angehörige. Die Gruppe trifft sich bedarfsweise von zweimal jährlich bis mehrmals pro Quartal, die TeilnehmerInnenzahl liegt zwischen 2 und

Abb. 1: Sexueller Reaktionszyklus (Basson et al., 2004) deutsche Adaptation



6 Personen. Inhaltlich orientiert sie sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Teilnehmenden und ist vom Anliegen und der Thematik her ähnlich orientiert wie die paartherapeutische Arbeit. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Umgang mit Ängsten, Befürchtungen und negativen Emotionen wie Schuld und Scham. So bestehen bspw. Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit dem Betroffenen, einem eventuell bestehenden Kinderwunsch oder im Umgang mit bereits vorhandenen (gemeinsamen oder mit in die Beziehung gebrachten) Kindern im Präferenzalter des Projektteilnehmers. Desgleichen belastet der Umgang mit der als stigmatisierend erlebten Gesellschaft und der befürchteten eigenen sozialen Stigmatisierung. PartnerInnen haben das Gefühl in Bezug auf sexuelle Attraktivität in „Konkurrenz“ zu den begehrten Kindern zu stehen. Schuldgefühle entstehen aufseiten der Eltern des Betroffenen aus der Annahme, „etwas falsch gemacht zu haben“. Es können depressive Reaktionen, Schuldgefühle und Selbstzweifel bis hin zu Suizidalität auftreten, psychosomatische Symptome können hinzukommen.

In der Gruppe können Angehörige von- und miteinander lernen, wie mit den Sorgen und Ängsten umgegangen werden kann. Dadurch kann die jeweilige Beziehung zum Projektteilnehmer gestärkt und dessen Vereinsamung wie auch der ihrer Partner und Angehörigen entgegengewirkt werden.

Literatur

- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., Wagner, G., 2004. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The Journal of Sexual Medicine* 1 (1), 24–34.
- Beier, K.M., 2010. Sexuelle Präferenzstörungen und Bindungsprobleme. *Sexuologie* 17 (1), 24–31.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin*, 2. Aufl. Elsevier, München.
- 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.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Steffens, M., 1997. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt* 68 (9), 683–695.
- Fernandez, Y.M., Harris, A., Hanson, R.K., Sparks, J., 2012. *Stable-2007 coding manual revised*. Public Safety Canada, Ottawa.
- Harris, A., Phenix, A., Thornton, D., Hanson, R.K., 2003. *Static 99: Coding rules revised 2003*. Solicitor General Canada, Ottawa.
- Hanson, R., Karl, R., Bussière, M.T., 1998. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2), 348–362.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B., 2010. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med* 7 (7).
- Iffland, J.A., Berner, W., Dekker, A., Briken, P., 2015. What keeps them together? Insights into sex offender couples using qualitative content analyses. *Journal of Sex & Marital Therapy* 17, 1–18.
- Jahnke, S., Imhoff, R., Hoyer, J., 2015. Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of*

- Sexual Behavior 44 (1), 21–34.
- Kast, V., 1982. Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, 34th ed. Kreuz Verlag, Stuttgart.
- Liu, H., Umberson, D.J., 2008. The times they are a changin: Marital status and health differentials from 1972 to 2003. Journal of Health and Social Behavior 49 (3), 239–253.
- Smith, D.W., Saunders, B.E., 1995. Personality characteristics of father. Perpetrators and nonoffending mothers in incest families: Individual and dyadic analyses. Child Abuse & Neglect 19 (5), 607–617.

Autorin

Dr. med. Stephanie Kossow, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: stephanie.kossow@charite.de



Florian Steger | Maximilian Schochow
Traumatisierung durch politisierte Medizin
Geschlossene Venerologische Stationen in der DDR
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015
255 Seiten, 26 S/W Abbildungen, br. 29,95 €

Tausende Frauen und Mädchen betroffen von einer politisierten Medizin der DDR
In der DDR kam es zu Zwangseinweisungen von Mädchen und Frauen ab dem zwölften Lebensjahr in geschlossene Venerologische Stationen. Die medizinischen Behandlungen und der Aufenthalt in den Stationen führten zu schweren Traumatisierungen der Zwangseingewiesenen. Allein der Verdacht auf eine Geschlechtskrankheit oder eine Denunziation reichten aus, um von der Polizei oder der Heimleitung auf eine solche Station gebracht zu werden. Auf den Stationen wurde durch eine politisierte Medizin ohne Aufklärung und Einwilligung der Zwangseingewiesenen in die körperliche Integrität der Mädchen und Frauen eingegriffen. Obwohl 70 Prozent nachweislich keine Geschlechtskrankheit hatten, mussten alle Mädchen und Frauen täglich eine gynäkologische Untersuchung über sich ergehen lassen. In einigen Stationen mussten die Zwangseingewiesenen Arbeiten verrichten. In anderen Stationen wurden die Mädchen und Frauen asyliert und von der Außenwelt isoliert. In einem hierarchisch organisierten Terrorsystem wurden die Zwangseingewiesenen körperlich wie psychisch gedemütigt und traumatisiert. Diese Traumatisierungen wurden transgenerational weitergegeben. Am Beispiel von Berlin, Berlin-Buch, Dresden, Halle (Saale) und Leipzig werden die Entstehung der Stationen in der Sowjetischen Besatzungszone, der Alltag auf den geschlossenen Venerologischen Stationen sowie die traumatischen Folgen der Zwangseinweisungen beschrieben. Für diese Rekonstruktion führten die Autoren neben umfangreichen Archivrecherchen Interviews mit ehemaligen Zwangseingewiesenen sowie mit Ärzten, Krankenschwestern und Mitarbeitern der geschlossenen Venerologischen Stationen durch.

Prävention der Nutzung von Missbrauchsabbildungen

Laura F. Kuhle, Eliza Schlinzig, Klaus M. Beier

Prevention of the Use of Child Abusive Images

Abstract

Sexual victimization of children involves not only the direct sexual abuse of children, but also the use of child abusive images. The *Prevention Project Dunkelfeld* (PPD), which offers preventive therapy to pedophilic and hebephilic men who seek diagnostic and therapeutic help, also provides therapy specifically directed at men who engage in the use of child abusive images. The aim of the project is that the participants gain behavioral control over their sexual impulses and renounce the primary or recurrent use of child abusive images. In this article, we demonstrate the importance of distinguishing between the legal definition of child pornography and sexually explicit and non-explicit images of children. After outlining the experience with the target group and presenting the first results of the therapeutic interventions, the article discusses their implications for the program in the future.

Keywords: Use of child abusive Images, Prevention, Pedophilia, Hebephilia

Zusammenfassung

Zur Viktimisierung von Kindern gehört nicht nur der direkte sexuelle Kindesmissbrauch, sondern auch die Nutzung von Missbrauchsabbildungen von Kindern. Das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) macht daher auch explizit Männern, die (ausschließlich) Missbrauchsabbildungen nutzen, das präventive Angebot, verantwortungsvoll mit den eigenen sexuellen Impulsen umzugehen, um die Nutzung missbrauchsabbildender Darstellungen zu verhindern. Dabei ist zwischen juristisch definierter Kinderpornografie und sexuell expliziten und nicht-explizierten Darstellungen zu differenzieren. Der Text legt die Erfahrungen mit dieser Zielgruppe dar, sowie erste Ergebnisse therapeutischer Interventionen und daraus resultierende Implikationen.

Schlüsselwörter: Nutzung von Missbrauchsabbildungen, Prävention, Pädophilie, Hebephilie

Das Begriffsfeld „Kinderpornografie“

Kinderpornografisches Material im Internet zeigt Kinder, die sexuell ausgenutzt und missbraucht werden. Die psychische, soziale, auch körperliche Wirkung dieses Missbrauchs kann tiefgreifend und langwierig sein (vgl. Leeb et al., 2011; Beier et al., 2005). Die Selbstbestimmung der Opfer wird zusätzlich dadurch beeinträchtigt, dass sich die Bilder kaum mehr aus dem Internet entfernen lassen, was die Missbrauchssituation perpetuiert (vgl. Carr, 2004; Beech et al., 2008; Taylor et al., 2001; Wortley & Smallbone, 2006). Der Nutzer von sexuellen Missbrauchsabbildungen hat zwar keine direkte Interaktion mit den abgebildeten Kindern; mit seinem Konsum beteiligt er sich aber am ursprünglichen Missbrauch und unterstützt die Produktion weiterer Abbildungen (vgl. Carr, 2004; Neutze et al., 2011; Taylor & Quayle, 2003).

Ausmaß und Erscheinungsform der Kinderpornografie haben sich mit dem Internet dramatisch verändert (Eke & Seto, 2012; Schell et al., 2007; Wortley & Smallbone, 2006). Cooper (1998) hat die neue Funktionalität im Begriff der Triple-A-Engine zusammengefasst: „access“ (Zugänglichkeit), „affordability“ (Erschwinglichkeit) und „anonymity“ (Anonymität) und damit auch umrissen, was dies im Zusammenhang mit Kinderpornografie bedeutet: ein anonymer, privater, preiswerter und nahezu überall unmittelbar verfügbarer Zugang zu kinderpornografischen Abbildungen in hoher digitaler Qualität, die unkompliziert gesichert werden können (siehe auch Taylor & Quayle, 2003; Wortley & Smallbone, 2006). Insbesondere die wahrgenommene Anonymität und Bequemlichkeit sowie das scheinbar geringe Risiko, strafrechtlich verfolgt zu werden, tragen zu einer steigenden Anzahl von Konsumenten bei, die über eher traditionelle Medien (z.B. Zeitschriften) nicht aktiv nach Kinderpornografie gesucht hätten (Burke et al., 2002; Carr, 2004; Seto, 2008).

Der Ausdruck Kinderpornografie selbst ist nicht unumstritten, denn er kann auch so verstanden werden, dass Kinder als einwilligungsfähige „Pornodarsteller“ agieren (Gillespie, 2005; Wolak et al., 2005; Beier et al., 2009); tatsächlich handelt es sich jedoch um systematischen, quälenden Missbrauch, der in Form von Filmen und Fotografien festgehalten wird (Edwards, 2000). Gegenüber dieser Trivialisierung ist die Bezeichnung Missbrauchsabbildung(en) (MA) von Kindern zu präferieren (Taylor & Quayle, 2003; Gillespie, 2005; Quayle & Sinclair, 2012).

Lanning (2001) nimmt eine weitere Differenzierung vor. Er unterscheidet zwischen MA und Kindererotika, d.h. sexuell nicht-expliziten Darstellungen von Kindern, die dennoch einem sexuellen Zweck dienen. Diese Unterscheidung betont die potenziell sexuelle Qualität von Abbildungen, ohne dass die Legalkriterien für Kinderpornografie erfüllt sein müssen.

Der deutsche Gesetzgeber versteht unter Kinderpornografie jegliche pornografischen Schriften¹, die a) sexuelle Handlungen von, an oder vor einer Person unter 14 Jahren oder b) ganz oder teilweise unbedeckte Kinder in unnatürlich geschlechtsbetonter Körperhaltung darstellen sowie c) das unbedeckte Genital oder das unbedeckte Gesäß eines Kindes in sexuell aufreizender Art wiedergeben (§ 184b StGB). Statistische Angaben zur Nutzung kinderpornografischer Materials beziehen sich auf diesen juristisch definierten Bereich, der jedoch schwerlich exakt eingrenzbar ist. Denn Personen mit sexueller Motivation konsumieren auch Abbildungen von Kindern, die keine offenkundige Kinderpornografie darstellen und damit eigentlich nicht strafrelevant sind (Wortley & Smallbone, 2006).

In einer rein juristischen Perspektive, die sich an vermeintlich objektiven Bildkriterien orientiert, fehlt die Auseinandersetzung mit der hinter dem Gebrauch von MA stehenden Motivation, sowie mit der subjektiven Wahrnehmung, welche Inhalte sexuell erregend wirken (Taylor & Quayle, 2003; Wortley & Smallbone, 2006). Die sexuelle oder erotische Eigenschaft einer Abbildung eines Kindes liegt also nicht nur in den objektiven Bildkriterien der MA, sondern auch in der subjektiven Wahrnehmung des Sammlers (Taylor, Holland, Quayle, 2001). Dabei ist gerade dieser Aspekt von essentieller Bedeutung, da prinzipiell jede Abbildung sexualisierbar ist und damit die Basis für sexuelle Fantasien und sexuelle Erregung und Selbstbefriedigung bilden kann (Taylor, Quayle & Holland, 2001).

Bildsammlungen entstehen nicht zufällig, sondern sind Ergebnis einer wohlüberlegten Auswahl (Taylor, Holland & Quayle, 2001), womit die sexuelle oder erotische Eigenschaft einer Abbildung nicht ausschließlich auf objektivierbaren Merkmalen beruht, sondern auch aus der subjektiven Interpretation des Sammlers hervorgeht. Somit ist der Kontext der Nutzung entscheidender als der explizite Inhalt (Taylor & Quayle, 2003).

Vor diesem Hintergrund lassen sich Abbildungen von Kindern in einem Kontinuum zunehmender sexueller Viktimisierung anordnen, wie dies im Rahmen des COPINE-Projektes (Combating Paedophile Information Networks in Europe) auf Basis einer umfangreichen Datenbank von MA erstellt wurde (Taylor, Holland, Quayle, 2001). Die COPINE-Skala (vgl. Tab. 1) ist ein zehnstufiges Bewertungs-

system, mit dessen Hilfe der Schweregrad des angenommenen Schadens für das Opfer kategorisiert werden kann. Das Kontinuum reicht von alltäglichen, teilweise zufälligen Bildern ohne einen offensichtlich erotischen Inhalt bis hin zur Darstellung schwerwiegender sexueller Übergriffe.

„Kinderpornografie“ und ihre Nutzer

2014 wurden in Deutschland 4.804 juristisch relevante Fälle der Verbreitung, des Erwerbs und des Besitzes von fotografischen oder filmischen Darstellungen des sexuellen Kindesmissbrauchs sowie der expliziten Abbildung unbedeckter Genitalien von Kindern registriert (Bundeskriminalamt, 2015). Dabei ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der Fälle unentdeckt bleibt und die Straftaten im (juristischen) Dunkelfeld stattfinden (Beier et al., 2005; Beier et al., 2009; Beier & Neutze, 2009; Wetzels, 1997).²

In einem Vergleich phallometrischer Ergebnisse von 100 verurteilten Nutzern von MA und 178 wegen Kindesmissbrauchs verurteilten Tätern zeigte die Gruppe der Nutzer von MA eine erheblich stärkere sexuelle Erregbarkeit durch Kinder als die Tätergruppe (Seto et al., 2006). Insgesamt zeigten 61% der Nutzer von MA eine sexuelle Präferenz für Abbildungen von Kindern im Vergleich zu Abbildungen von Erwachsenen. Daraus schlussfolgern Seto und Kollegen, dass die Nutzung von MA einen gültigen Indikator für das Vorliegen einer sexuellen Präferenz für Kinder darstellt. Dieser Aspekt fand Einzug in das Diagnosesystem DSM-5 (APA, 2013): „Intensiver Konsum von Pornografie, die präpubertäre Kinder darstellt, ist ein hilfreicher diagnostischer Indikator für eine Pädophile Störung.“ (Falkai & Wittchen, 2015, 961)

Neben einer sexuellen Präferenz gibt es weitere Motive für die Nutzung von MA, die in die Therapieplanung und Risikoprognose der klinischen Arbeit eingehen müssen. Die einschlägige Literatur unterscheidet bspw. (1) den professionellen Händler von MA mit monetären Absichten, (2) den sexuellen Sadisten, dessen Interesse sich primär auf die Darstellung von Gewalt, Erniedrigung und Degradierung bezieht, (3) den „moralisch/sexuell“ Wahllösen, der den Reiz des Neuen, den Tabubruch oder den besonderen Kick sucht oder auch (4) den Nutzer

¹ Der Begriff Schriften umfasst nach § 11 StGB Ton- und Bildträger, Datenspeicher, Abbildungen und andere Darstellungen.

² In einer kürzlich veröffentlichten repräsentativen Internetumfrage an 8.718 deutschen Männern zwischen 18 und 89 Jahren gaben insgesamt 2,4% an, bereits Kinderpornografie genutzt zu haben; die Nutzung kinderpornografischer Abbildungen war die in der Studie am häufigsten angegebene Form der sexuellen Viktimisierung von Kindern (Dombert et al., 2015). Darüberhinaus ist das wahre Ausmaß kinderpornografischer Abbildungen im Internet nicht kalkulierbar (Faust et al., 2014).

Tabelle 1: COPINE-Skala. Ins Deutsche übersetzt nach Taylor, Holland & Quayle, 2001

Level	Name	Beschreibung der Bilder
1	Indikativ	Nicht-erotische und nicht-sexualisierte Bilder von Kindern in Unterwäsche, Badesachen, etc. aus kommerziellen Quellen oder Familienalben
2	Nacktheit	Nackte oder halbnackte Kinder in angemessener Umgebung (legitime Quellen)
3	„Erotika“	Heimlich aufgenommene Bilder von Kindern in Unterwäsche bzw. mit variierenden Abstufungen an Nacktheit (z.B. auf Spielplätzen oder in anderen sicheren Umgebungen)
4	Posieren	Posierende vollbekleidete oder halb-/nackte Kinder
5	Erotisches Posieren	Posierende vollbekleidete oder halb-/nackte Kinder in sexualisierten oder provokativen Posen
6	Explizites erotisches Posieren	Fokussierte Darstellung des Genitalbereichs von bekleideten oder halb-/nackten Kindern
7	Explizit sexuelle Aktivität	Sexuelle Handlungen von Kindern, ohne Beteiligung eines Erwachsenen (anfassen, gegenseitige/eigene Masturbation, Oral-/Vaginal-/Analverkehr)
8	Sexueller Übergriff	Sexuelle Handlungen von Kindern, mit Beteiligung von Erwachsenen
9	Schwerer sexueller Übergriff	Bilder, die einen schwerwiegenden sexuellen Übergriff von Erwachsenen auf Kinder darstellen (Anal-, Genital-, Oralverkehr; Masturbation)
10	Sadismus/Zoophilie	a) Bilder von Kindern, die angebunden oder gefesselt sind; die geschlagen, ausgepeitscht oder verletzt werden (jegliche Einbeziehung von Gewalt) b) Bilder, die sexuelle Handlungen von Kindern mit Tieren zeigen

mit einer ausgeprägten bis hin zu zwanghaften Jäger- und Sammlermentalität (Kuhnen, 2007; Lanning, 2001). Ebenso relevant ist die Betrachtung der Verhaltensmerkmale auf der Nutzungsebene, die Krone (2004) in der von ihm entworfenen Typologie kategorisiert (vgl. Tab. 2).

Prävention der Nutzung von Missbrauchsabbildungen im PPD

Nutzungshäufigkeit

Die Evaluation der ersten zehn Jahre des PPD ergab, dass etwa 70% der Teilnehmer, die sich beim Berliner Standort bis zum zweiten Quartal des Jahres 2015 vorgestellt hatten, nach eigenen Angaben MA genutzt hatten. Die bedeutende Mehrheit (89%) war der Justiz für das Delikt nicht bekannt (Kuhle et al., 2015). Eine genauere Analyse des Nutzungsverhaltens aus dem Jahr 2011 besagte zudem, dass die Teilnehmer auch zum Zeitpunkt des Erstgesprächs (inklusive der vorangegangenen sechs Monate) zu großen Teilen sowohl nicht-explizite wie auch explizite sexuelle Darstellungen von Kindern konsumiert haben. Etwa ein Drittel der Teilnehmer schaute indikative Bilder, 65% Abbildungen der Kategorien „Nacktheit“, „Erotika“ und „(erotisches) Posieren“, 59% Abbildungen der Kategorien „explizites erotisches Posieren“ und „expli-

zit sexuelle Aktivität“, 51% Abbildungen der Kategorien „(schwerer) sexueller Übergriff“ und 27% Abbildungen der Kategorie „Sadismus/Zoophilie“ (Kuhle et al., 2011).

Im PPD spielt neben der Prävention direkter sexueller Übergriffe deswegen auch die Prävention des Konsums von MA eine bedeutende Rolle. So wurde im Jahr 2009 die Zielgruppe des PPD explizit auch auf potenzielle und reale Nutzer von MA erweitert. Über eine Medienkampagne – „Kein Täter werden. Auch nicht im Netz“ (s. Artikel über Medienarbeit in diesem Heft) – gelang es, auch ausschließliche Nutzer von MA zu motivieren, sich im Projekt vorzustellen. Nachfolgend werden erste Erfahrungen mit dieser erweiterten Zielgruppe, erste Therapieergebnisse sowie daraus ableitbare Implikationen vorgestellt.

Erfahrungen und erste Ergebnisse

Zu Beginn der Therapie zeigten sich keine substantiellen Unterschiede zwischen den Teilnehmern bezüglich ihrer stabilen Risikofaktoren (sexueller Präferenz, krimineller Vorgeschichte) und ihren dynamischen Risikofaktoren (sozio-affektiver Defizite, missbrauchsbegünstigender Einstellungen, allgemeiner und sexueller Selbstregulation), i.e., Bedingungen, welche mit einem späteren Therapieerfolg in Verbindung stehen könnten. Nichtsdestotrotz lassen aber Zusammenhänge zwischen der etablierten Verhaltenskontrolle und der Ausprägung der therapeutisch adressierten dynamischen Risikofaktoren vermuten. Diejenigen, welche

Tabelle 2: Typologie von Nutzern von Missbrauchsabbildungen, Krone, 2004.

Typ	Merkmale
„Browser“/Stöberer	Antwort auf Spam Nachrichten, versehentlicher Klick auf verdächtige Seite – Material wird wissentlich gespeichert
Private Fantasien	Bewusstes Erstellen von Texten (online) oder digitalen Bildern für den privaten Gebrauch
Trawler	Aktive Suche nach Kinderpornografie durch Anwendung von öffentlich zugänglichen Browsern
Unsicherer Sammler	Aktive Suche nach Material, häufig durch „peer-to-peer“ Netzwerke
Sicherer Sammler	Aktive Suche nach Material, aber nur über sichere Netzwerke; Sammler-Syndrom und Austausch als Eingangshürde
Groomer	Aufbau einer Online-Beziehung zu einem oder mehreren Kindern. Der Täter könnte auf eine oder mehrere der oben beschriebenen Arten nach Material suchen. Pornographie könnte gebraucht werden um den Missbrauch zu vereinfachen
Missbrauchstäter (physisch)	Missbrauch eines Kindes, zu dem Täter online Kontakt aufgebaut hat. Der Täter sucht auf eine oder mehrere der oben beschriebenen Arten nach Material. Pornographie wird gebraucht, um den Missbrauch zu vereinfachen
Produzent	Zeichnet eigenen Missbrauch oder den anderer auf (oder regt Kinder dazu an, Bilder von sich zuzusenden)
Händler	Verbreitet Material auf eine oder mehrere der oben beschriebenen Arten.

die Nutzung von MA schließlich beendeten, wiesen im Vergleich zu den nach der Therapie persistierenden Nutzern weniger kognitive Verzerrungen hinsichtlich der Nutzung von MA und mehr Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf die Kontrolle sexuellen Missbrauchsverhaltens auf. Die Gruppe derjenigen, die auch nach der Therapie die Nutzung von MA fortsetzten, war im Durchschnitt signifikant neun Jahre älter als die, die die Therapie erfolgreich beendet hatten. Gleichzeitig lebten sie eher mit ihren Partnern oder Familien zusammen und waren häufiger Bezugsperson für Kinder.

Eine spätere Analyse aus dem Jahr 2013 widmete sich den Therapieeffekten bei Männern, die bei Eintritt in die Therapie aktuelle Nutzer von MA waren (Kuhle et al., 2013). Die Ergebnisse zeigten, dass ein Jahr nach Therapieende etwa ein Drittel dieser Teilnehmer die Nutzung der MA stabil beendet hatten, sog. Beender. Die zwei Drittel der Männer, sog. Persistierende, die auch nach der Therapie MA weiter nutzten, hatten die Häufigkeit der Nutzung reduziert und fokussierten ihren Konsum eher auf Abbildungen von unbedeckten Kindern und Jugendlichen, deren Geschlechtssteile exponiert und sexualisiert dargestellt sind, d.h. Bilder der Kategorien „Nacktheit“, „Erotika“, „(erotisches) Posieren“ und „explizites erotisches Posieren“.

In der Evaluation der 10-jährigen Arbeit des PPD wurde auch der Einfluss therapeutischer Interventionen auf die Nutzung von MA untersucht (Beier et al., 2015). Verglichen wurde eine Behandlungsgruppe (n = 53), deren Daten vor und nach der 12-monatigen Behandlung erhoben wurden, mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe (n = 22), die in dem gleichen Zeitraum keine Behandlung erfahren hatte. 91% der Teilnehmer, die bereits vor der Therapie MA konsumiert

haben, gaben eine fortgesetzte Nutzung an. Etwa ein Viertel der Männer berichtete eine erstmalige Nutzung von MA.

Dieses Ergebnis ist u.U. auf einen iatrogenen Effekt zurückzuführen: Nicht-Nutzer könnten von Nutzern zum Konsum verleitet worden sein. Entsprechend wurden bereits vor der Studienevaluation die Gruppen hinsichtlich des Tatverhaltens aufgeteilt. Gleichzeitig fokussierten die ersten Therapiegruppen primär auf die Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und erst im späteren Verlauf durch die Erfahrung mit der Klientel auch auf das Problemfeld MA.

Es ist zu vermuten, dass sich der ausbleibende Therapieerfolg zum Teil auch dadurch erklären lässt, dass keine erfolgreiche Differenzierung zwischen strafrechtlich relevanten Materialien („explizites erotisches Posieren“) und legalen Abbildungen (z.B. „Nacktheit“) vor dem Hintergrund kognitiver Verzerrungen stattfindet.

Da es keine Vergleichsstudien zum Tatverhalten im Dunkelfeld nach therapeutischen Interventionen gibt, sind die Ergebnisse zur Rückfallrate des sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von MA schwer zu interpretieren. Studien zur Rückfälligkeit im Hellfeld zeigen, dass etwa 13.7% der Sexualstraftäter innerhalb von fünf bis sieben Jahren mit einem Sexualdelikt erneut strafrechtlich auffällig werden (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Auf der einen Seite scheint die PPD-Rückfälligkeitsquote von 90% bzw. 64.7% hinsichtlich der Nutzung von MA im Vergleich zu offiziellen Hellfeld-Zahlen sehr hoch. Zu bedenken ist jedoch, dass diese Studien ausschließlich von juristisch aufgedecktem wiederholtem Tatverhalten berichten. Hinsichtlich justizbekannter Rückfälligkeit von Teilnehmern am Programm liegt die Rückfallrate für Delikte im Zusammenhang mit MA bei 0% (Beier et al., 2015).

Implikationen für die Therapie

Bei der Nutzung von MA scheint es nur wenige externe Motivatoren für eine stringente Verhaltenskontrolle zu geben, da die Wahrscheinlichkeit der juristischen Aufdeckung sehr gering und der Zugang niedrigschwellig und anonym möglich ist. Hinzu kommen Einstellungen, die die Nutzung von MA rechtfertigen und dann als Verhaltensregulativ die Hemmschwelle senken und somit eine stabile Verhaltenskontrolle erschweren. Sie beruhen z.B. auf Annahmen wie: „Das Bild existiert doch eh“, oder „Wenigstens wird kein Kind missbraucht“.

In der Suchttherapie bildet das Erleben der eigenen Selbstwirksamkeit, das auf einer erfolgreichen Verhaltenskontrolle und Selbstregulation basiert, einen integralen Bestandteil der Rückfallprophylaxe (Marlatt, 1985). In Anschluss daran sollte für die Therapie der Nutzer von MA der therapeutische Fokus bei der Modifikation dynamischer Risikofaktoren auf den Ausbau der Selbstwirksamkeit sowie funktionaler Bewältigungsstrategien im Sinne der allgemeinen und sexuellen Selbstregulation, sowie auf den Abbau von rechtfertigenden Einstellungen gelegt werden. Insbesondere aber sollten Menschen mit einer pädophilen/hebephilen Präferenz möglichst frühzeitig Zugang zu therapeutischen Interventionen erhalten, um die demotivierende und Selbstwirksamkeit reduzierende Erfahrung wiederholter Rückfälle möglichst gering zu halten.

Bisherige klinische Erfahrungen mit Nutzern von MA belegen, dass medikamentöse Interventionen die sexuelle Selbstregulation unterstützen können und von Patienten bei bestehendem Leidensdruck und/oder drohender Fremdgefährdung auch verlangt werden. Dabei sind bisher alle Wirkstoffklassen, die die sexuelle Fantasietätigkeit und das sexuelle Verlangen reduzieren, erfolgreich zum Einsatz gekommen: Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, Opiatantagonisten und antiandrogen wirksame Medikamente (s. Aufsatz über den Einsatz von Medikamenten in diesem Heft). Zukünftige pharmakologische Therapiestrategien sollten auch auf bisher nicht verfügbare Bedarfsmedikamente abzielen, die gegenüber der Dauermedikation mit weniger Nebenwirkungen behaftet sind.

Aufgrund der bis dato anzunehmenden Stabilität der sexuellen Präferenz und dem niedrigschwelligen Zugang zu MA muss für die Betroffenen lebenslang von einem erhöhten Risiko für die Nutzung von MA ausgegangen werden. Dementsprechend braucht es einen multimodalen Ansatz zur Etablierung einer dauerhaften Verhaltenskontrolle. Neben regulären psychotherapeutischen Therapieprogrammen und medikamentösen Therapieoptionen zur Unterstützung der sexuellen Selbstregulation, braucht es Beratung für Angehörige, niedrigschwellige Stützsysteme und Mentorenprogramme, sowie Anlaufstellen für Betroffene, etc., um in Gefahrensituationen zeitnah und adäquat Hilfe leisten zu können.

Literatur

- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, 5th ed. Washington, DC.
- Beech, A.R., Elliott, I.A., Birgden, A., Findlater, D., 2008. The internet and child sexual offending: A criminological review. *Aggression and Violent Behavior* 13 (3), 216–228.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A., 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. *Journal of Sexual Medicine* 12, 529–542.
- Beier, K.M., Konrad, A., Amelung, T., Schneider, T.D., Scherner, G., Neutze, J., 2009. Präventive Behandlung nicht-justizbekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung: Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD). <https://www.kein-taeterwerden.de/documents/000/000/021/projektdarstellung-und-e2009.pdf>
- Beier, K.M., Neutze, J., 2009. Das neue „Präventionsprojekt Kinderpornographie“ (PPK): Erweiterung des Berliner Ansatzes zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Sexuologie* 16 (1/2), 66–74.
- Bundeskriminalamt, 2015. Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland – Berichtsjahr 2014. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Burke, A., Sowerbutts, S., Blundell, B., Sherry, M., 2002. Child pornography and the Internet: Policing and treatment issues. *Psychiatry, Psychology and Law* 9 (1), 79–84.
- Carr, J., 2004. *Child abuse, child pornography and the internet*. The Children's Charity, London.
- Cooper, A., 1998. Sexuality and the internet: Surfing into the new millennium. *Cyber Psychology & Behavior* 1 (2), 187–193.
- Dombert, B., Schmidt, A.F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., Osterheider, M., 2015. How common is males' self-reported sexual interest in prepubescent children? *Journal of Sex Research*. DOI: 10.1080/00224499.2015.1020108
- Edwards, S.S., 2000. Prosecuting 'child pornography': Possession and taking of indecent photographs of children. *Journal of Social Welfare & Family Law* 22 (1), 1–21.
- Eke, A.W., Seto, M.C., 2012. Risk assessment of child pornography offenders: Applications for law enforcement. In: Quayle, E., Ribisl, K.M. (Hg.), *Understanding and Preventing Online Sexual Exploitation of Children*, 2. Aufl. Routledge, New York, 148–168.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., 2015. *Diagnostisches und Statistisches Manual*. Hogrefe, Göttingen.
- Faust, E., Bickart, W., Renaud, C., Camp, S., 2014. Child pornography possessors and child contact sex offenders: A multilevel comparison of demographic characteristics and rates of recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, published online, Februar 2014.
- Gillespie, A.A., 2005. Indecent images of children: The ever-changing law. *Child Abuse Review* 14 (6), 430–443.
- 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, 1154–1163.
- Krone, T., 2004. A typology of online child pornography offending. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice* 279, 261–280.

- Kuhle, L.F., Konrad, A., Beier, K.M., 2011. Variability in sexual preference and use of sexually explicit and non-explicit images of children. Paper presented at the 30th Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Toronto.
- 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.
- Kuhnen, K., 2007. Kinderpornographie und Internet – Medium als Wegbereiter für das (pädo-) sexuelle Interesse am Kind? Hogrefe, Göttingen.
- Lanning, K.V., 2001. Child molesters: A behavioral analysis, 4th ed. National Center for Missing and Exploited Children, Alexandria, VA.
- 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.
- Marlatt, G.A., 1985. Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (Eds.), *Relapse Prevention*. Guilford Press, New York, 3–70.
- Motivans, M., Kyckelhahn, T., 2007. Federal prosecution of child sexual exploitation offenders, 2006. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, Washington, DC.
- Neutze, J., Seto, M.C., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Beier, K.M., 2011. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 23 (2), 212–242.
- Quayle, E., Sinclair, R., 2012. An introduction to the problem. In: Quayle, E., Ribisl, K.M. (Hg.), *Understanding and Preventing Online Sexual Exploitation of Children*. Routledge, New York, 3–22.
- Quayle, E., Taylor, M., 2002. Child pornography and the internet: Perpetuating a cycle of abuse. *Deviant Behavior* 23 (4), 331–361.
- 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.
- Schell, B.H., Martin, M.V., Hung, P.C., Rueda, L., 2007. Cyber child pornography: A review paper of the social and legal issues and remedies – and a proposed technological solution. *Aggression and Violent Behavior* 12 (1), 45–63.
- Seto, M.C., 2008. Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. American Psychological Association, Washington, DC.
- 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.
- Taylor, M., Holland, G., Quayle, E., 2001. Typology of paedophile picture collections. *Police Journal* 74, 97–107.
- Taylor, M., Quayle, E., 2003. Child pornography: An internet crime. Brunner-Routledge, Hove, East Sussex, GB.
- Taylor, M., Quayle, E., Holland, G., 2001. Child pornography, the internet and offending. *The Canadian Journal of Policy Research* 2 (2), 94–100.
- Wetzels, P., 1997. Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Forschungsbericht 59. *Canadian Journal of Policy Research* 2 (2), 94–100.
- 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.
- Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K., 2011. Child pornography possessors: Trends in offender and case characteristics. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 23 (1), 22–42.
- Wortley, R., Smallbone, S., 2006. Child pornography on the internet. U.S. Department of Justice. Office of Community Oriented Policing Services (COPS), Washington, DC, www.cops.usdoj.gov/files/RIC/Publications/e04062000.pdf.

AutorInnen

Dipl. Psych. Laura F. Kuhle, Dipl. Psych. Eliza Schlinzig, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: laura.kuhle@charite.de

„Ich wusste, irgendetwas läuft falsch. Ich konnte es nur noch nicht beim Namen nennen“ – Eine Fallvignette aus dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld*

Stefan Faistbauer

“I just knew something was going wrong, but I was unable to name the problem” – A Case Presentation

Abstract

The case presentation describes the course of treatment of a patient in an individual therapeutic setting within the *Präventionsprojekt Dunkelfeld / Prevention Project Dark Field* from 2005 to 2007 and after the end of the therapeutic intervention. The focus of the paper lies on the patient's lack of acceptance of his sexual preference, which played a crucial role in his treatment. Dealing with the resulting conflicts within the therapeutic relationship helped the patient to eventually better accept his pedophile sexual preference. This outcome served as the foundation for an efficient risk management system, significantly reducing the danger of future sexual child abuse by the patient. The therapist's report is followed by a text written by the patient – exclusively prepared for this special edition of *Sexuologie*. In his own words and from today's perspective, the patient describes his views on the treatment as well as his development in the years after. He points out that he is now able to accept himself as a person with pedophile sexual preference. By doing so, he differentiates between sexual preference disorder and sexual behavior disorder – something he initially was unable to do.

Keywords: Sexual preference disorder, Acceptance of the sexual preference, Sexual behavior disorder, Risk management

Zusammenfassung

Die Kasuistik beschreibt den Behandlungsverlauf eines Patienten im einzeltherapeutischen Setting im Rahmen des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* von 2005 bis 2007 sowie seine weitere Entwicklung in den Jahren nach dem Behandlungsende. In der Darstellung wird auf die Problematik der mangelnden Akzeptanz der sexuellen Präferenz fokussiert, die in der Behandlung eine zentrale Stellung eingenommen hat. Die Bearbeitung der resultierenden Konflikte innerhalb der therapeutischen Beziehung vermochte die Akzeptanz der pädophilen Sexualpräferenz

beim Patienten zu verbessern und bildete die Grundlage für die Erarbeitung eines effizienten Risikomanagements zur Vermeidung eines sexuellen Übergriffs auf ein Kind.

Dem Fallbericht ist ein vom Patienten für dieses Sonderheft verfasster Text angehängt, in dem er seine heutige Sichtweise auf die Behandlung und seine Entwicklung in den Jahren danach darlegt. In seinen Ausführungen macht er deutlich, dass er sich selbst inzwischen als Mensch mit pädophiler Sexualpräferenz zu akzeptieren vermag. Er nimmt dabei eine Differenzierung zwischen sexueller Präferenzstörung und sexueller Verhaltensstörung vor, die ihm zu Beginn der Behandlung noch nicht geläufig war.

Schlüsselwörter: Störung der Sexualpräferenz, Akzeptanz der Sexualpräferenz, sexuelle Verhaltensstörung, Risikomanagement

Im Dezember 2005 meldet sich der damals 25-jährige Patient am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* an der Charité Berlin. Er habe in der U-Bahn Werbeträger zum Projekt *Kein Täter werden* gesehen und sich angesprochen gefühlt.

In der dort durchgeführten Exploration wird eine Partenophilie vom nicht ausschließlichen Typ diagnostiziert, dem Patienten wird ein Behandlungsplatz in der Gruppe angeboten. Er kann sich nicht vorstellen, sich mit anderen Teilnehmern über die zu bearbeitenden Themenkreise auszutauschen und setzt sich dafür ein, einen Platz im einzeltherapeutischen Setting zu erhalten. Der Patient meldet sich dann aber erst im August 2006 beim zuständigen Therapeuten und bemüht sich um ein Erstgespräch, die Behandlung beginnt letztlich im Oktober 2006.

Zur Vorgeschichte: Im Januar 2001 begibt sich der Patient wegen psychischer Beschwerden, die seit 1998 bestünden, in stationäre psychiatrische Behandlung. Es wird eine präpsychotische Störung bei selbstunsicherer und ängstlicher Persönlichkeit diagnostiziert. Nach der drei Monate währenden stationären Behandlung bemüht er sich um eine ambulante Psychotherapie und beginnt knapp vier Jahre später eine Verhaltenstherapie. Gegen Ende der Behandlung bringt er seinen Angaben zufolge das Thema der Sexualität ein. Eine tiefere Bearbeitung der Problematik erfolgt nicht, die Therapie wird nach 30 Sitzungen beendet. Während die Behandlung auf das Ende zu geht, stellt er sich am *Institut für Sexualwis-*

senschaft und Sexualmedizin der Charité vor, nachdem er sich von den Werbeträgern bezüglich des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* angesprochen fühlt.

Der Patient gab in den bisherigen Explorationen und Behandlungen nicht an, dass die zur psychotherapeutischen Behandlung führende Symptomatik (depressive Verstimmung, Schuldgefühle, soziale Ängste) erstmalig nach sexuellen Handlungen im Sinne der Selbstbefriedigung aufgetreten sei – diesen Zusammenhang benennt er erst hier in der sexualmedizinischen Exploration.

Im Rahmen der erneuten sexualmedizinischen Anamneseerhebung im einzeltherapeutischen Setting wird deutlich, dass der Patient u. a. erheblich darunter leidet, noch nie einen sexuellen Kontakt erlebt zu haben. Nach der Selbstbefriedigung leide er nach wie vor regelmäßig unter depressiven Verstimmungen, die bis zu mehreren Tagen andauerten und damit einhergehend auch unter Suizidgedanken. Die masturbationsbegleitenden Fantasien seien zu gleichen Teilen von Mädchen vor und während der Pubertät sowie erwachsenen Frauen bestimmt, die keine Gesichter aufwiesen, konkretere Angaben zu den Inhalten der Fantasien vermöge er nicht zu machen.

Die biografische Anamnese weist neben einer Trennung der Eltern vor 10 Jahren keine wesentlichen Besonderheiten auf. Die Beziehung zur Mutter sei immer schon sehr eng gewesen, er habe sich von ihr dominiert gefühlt, der Vater habe nie tieferes Interesse an ihm gezeigt. Die Eltern haben sich häufig gestritten, der Patient habe stets zur Mutter gehalten.

In der Schule sei er rasch zum Außenseiter geworden und habe viel unter Hänseleien zu leiden gehabt. Er sei sehr sensibel gewesen und habe oft geweint, was die anderen noch mehr angespornt habe, ihn zu ärgern. Nach dem Realschulabschluss habe er eine kaufmännische Ausbildung absolviert. Der Versuch, danach das Fachabitur zu machen, sei gescheitert und er habe Zivildienst geleistet. Im Anschluss habe er nirgendwo mehr richtig Fuß fassen können und habe Gelegenheitsjobs ausgeübt bis er einen zweiten – diesmal erfolgreichen – Versuch, das Fachabitur zu machen unternommen habe. Direkt im Anschluss habe er sich für ein Fachhochschulstudium im Bereich Wirtschaft immatrikuliert. Der Patient habe während all der Jahre stark unter einer sozialen Isolation gelitten.

Zu seinen Therapiezielen befragt gibt der Patient an, am liebsten wäre es ihm, es könnten jegliche sexuellen Impulse, Wünsche und Fantasien vernichtet werden. Das Triebhafte sei primitiv und irgendwie schlecht – es behindere ihn in seinem „wirklichen“ Leben, insbesondere wegen des teilweise ausgedehnten Konsums pornografischen Materials.

Im Verlauf der ersten zehn Behandlungsstunden fällt dann auf, dass der Patient im Rahmen der Bearbeitung der sexuellen Fantasieinhalte zunehmend weniger von

Mädchen und schließlich nur noch von Frauen spricht. Damit konfrontiert berichtet er, dass die Mädchen aktuell auch keine Rolle mehr in seinen Fantasien spielten und fragt vorsichtig an, ob dies eventuell schon als Therapieerfolg gesehen werden könnte.

In den folgenden Wochen macht er aber die Erfahrung, dass die Fantasien sich in ihrer bisherigen Form wieder einstellten. Dies führt zu Enttäuschungsreaktionen und Zweifeln an der Behandlung. Die größte Belastung sehe er für sich in seinem ausgeprägten Kinderwunsch. Er stelle sich immer wieder die unerträgliche Situation vor, eine Tochter zu haben und diese sexuell zu begehren. Dies stürze ihn immer wieder in tiefe Verzweiflung. Der Wunsch nach Entfernung aller sexuellen Inhalte aus seinem Leben wird immer wieder formuliert.

Die im Rahmen der Behandlung gestellten Aufgaben zur Selbstbeobachtung insbesondere der sexuellen Fantasien und Handlungen werden vom Patienten weiterhin auffällig gemieden. Die Konfrontation mit dem Vermeidungsverhalten führt wiederum zu Ärger und Empörung. Er fühle sich ausschließlich als pädophil gesehen und fordere, als Mensch mit all seinen Facetten wahrgenommen zu werden. Die Authentizität des Therapeuten wird darüber hinaus in Frage gestellt, indem unterstellt wird, die Behandlung diene ausschließlich dem Schutz potenzieller Opfer eines sexuellen Übergriffs. Um die Belange des Patienten ginge es gar nicht.

Die aus der Enttäuschung resultierenden aggressiven Impulse vermag der Patient zunehmend in die therapeutischen Gespräche einzubringen und er setzt die Behandlung fort. Die therapeutische Beziehung hat bis zu diesem Zeitpunkt eine gewisse Stabilität erreicht und kann die Auseinandersetzungen tragen. Die gemeinsame Suche nach Lösungen der Konflikte ermutigt den Patienten im weiteren Verlauf, sich auch in anderen Beziehungen, insbesondere in der engen Beziehung zur Mutter mit konflikthaften Themenbereichen auseinanderzusetzen. Die gewonnenen Erfahrungen bestärken ihn wiederum, auch anderweitig Kontakte zu suchen und sie zu pflegen. Erlebte Emotionen vermag der Patient zunehmend besser zu kommunizieren.

Auseinandersetzungen aus den genannten Themenfeldern begleiten den therapeutischen Prozess in abnehmender Frequenz und Intensität bis zum Therapieende. Durch die Bearbeitung der inneren Konflikte kann der Patient schließlich seine projektiven Anteile erkennen. Die Ablehnung seiner selbst äußere sich darin, dass er sich nicht im Spiegel betrachten könne, ohne Ekel vor sich selbst zu erleben. Er gehe davon aus, dass es einer anderen Person ebenso ergeht, wenn sie mit seinen sexuellen Fantasien konfrontiert wird.

Die Bearbeitung der Übungen zu Selbstbeobachtung und Wahrnehmung im Hinblick auf Fantasien, Verhal-

ten, Kognitionen und Gefühle wird weiterhin als Herausforderung erlebt, weil die genannten Konflikte um die Selbstakzeptanz immer wieder berührt werden. Die auf der kognitiven Ebene erfolgte Akzeptanz der Sexualpräferenz als Merkmal der eigenen Persönlichkeit kann innerlich nur allmählich nachvollzogen werden und führt immer wieder zu den beschriebenen Auseinandersetzungen sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch mit sich selbst.

Weiterhin spielt die Befürchtung, der Kontakt mit Kindern könne ihm vom Therapeuten gänzlich verboten werden, überdauernd eine maßgebliche Rolle. Es besteht wie oben beschrieben ein ausgeprägter Kinderwunsch und darüber hinaus machte der Patient in seinem bisherigen Leben die Erfahrung, dass er sich im Kontakt mit Kindern beim Spielen und Toben frei und gelöst fühlen kann.

Zunächst sieht der Patient in solchen Situationen keinerlei Gefährdungspotenzial und verteidigt diese Position. Er macht aber relativ spät im Behandlungsverlauf im Rahmen eines real erlebten Kontakts zu einem präpubertären Mädchen im Schwimmbad die Erfahrung, dass er doch in Versuchung geraten kann, einen Übergriff zu begehen. Er habe in der Situation die im Rahmen der Therapie erlernten Fertigkeiten zur Impulskontrolle anwenden können und sich von dem Mädchen fern gehalten. Die Versuchung sich anzunähern sei aber doch sehr groß gewesen. Die Mitteilung des Erlebnisses ist für ihn dennoch mit Befürchtungen verknüpft, die Therapie könnte nunmehr im Sinne einer Bestrafung vorzeitig beendet werden. Den Hintergrund für diese Befürchtung bildet das von ihm angenommene generalisierte Verbot des Kontakts zu Kindern.

Die weitere Bearbeitung dieser Situation nimmt im Therapieverlauf aber insofern eine zentrale Rolle ein, als von ihr ausgehend die Frage erörtert werden kann, ob nicht doch eine pädophile Sexualpräferenz anzunehmen sei. Der Patient lernt allmählich, diese zu akzeptieren und kann die bislang in den Vordergrund gestellten Fantasien, die sich auf ein peripubertäres Körperschema beziehen, als Ausdruck korrekativer Bemühungen verstehen, einen Körper zu begehren, der dem erwachsenen Schema näher kommt.

Die seit 1998 bestehende Symptomatik im Kontext mit Selbstbefriedigung weist schließlich eine rückläufige Tendenz auf, die Masturbationsfantasien gewinnen an Kontur und können in Ansätzen innerhalb der therapeutischen Beziehung kommuniziert werden. Der Patient zeigt sich im Rahmen der Erarbeitung von Strategien zur Risikominimierung kreativ und umstellungsfähig.

Am Ende der Behandlung berichtet der Patient, er habe anfangs nicht ernsthaft geglaubt, er sei pädophil, er habe lediglich versucht, sich in eine sexualmedizinische Behandlung zu „mogeln“, weil er gewusst habe, dass mit

seiner Sexualität irgendetwas nicht in Ordnung sei. Die Diagnose nach der Erstexploration habe ihn dann sehr erschrocken und er habe bezüglich des Behandlungsbeginns noch lange gezögert, sich dann aber doch dazu entschlossen.

Gegen Ende der insgesamt 45 Sitzungen umfassenden Behandlung erhält der Patient einen Studienplatz in dem von ihm ursprünglich angestrebten Fachbereich in einer anderen Stadt. In zunächst noch engeren Abständen hält er den Kontakt zum Therapeuten aufrecht und berichtet über seine weitere Entwicklung:

Im Studium habe er neue Kontakte gefunden, sich verschiedenen Lerngruppen angeschlossen und sei in eine Wohngemeinschaft gezogen. Er habe sich darüber hinaus um Kontakt zu anderen Betroffenen bemüht, die dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* nahe stehen oder selbst daran teilgenommen haben und suche hier den Erfahrungsaustausch. Die Beziehung zu beiden Elternteilen habe sich deutlich entspannt.

Im Sommer 2015 wende ich mich anlässlich des geplanten Themenhefts der *Sexuologie* zum 10-jährigen Bestehen des Projekts mit der Frage an den Patienten, ob er sich vorstellen könne, sich in einem Text aus seiner heutigen Sicht zur Behandlung und seiner weiteren Entwicklung zu äußern.

Der Patient stimmt zu und schickt mir einige Wochen später folgenden Text:

Gestatten. Thomas mein Name. So heiße ich nicht wirklich, aber es ist besser, wir belassen es dabei. Ich bin 35 Jahre, arbeite in der Verwaltung und – bin pädophil. Vor knapp 10 Jahren habe ich am Projekt *Kein Täter werden* teilgenommen und man hat mich gebeten, meine Geschichte aufzuschreiben. „Will ich das wirklich?“ war mein erster Gedanke. Aber da ich dem Projekt viel zu verdanken habe, ließ ich mich darauf ein. Doch bevor ich zu erzählen beginne, lassen Sie mich kurz etwas klarstellen. Ich habe mich nicht an Kindern vergangen. Wirklich nicht! Ja, man kann pädophil sein, ohne sich etwas vorwerfen zu müssen und man kann sich an Kindern vergehen, ohne pädophil zu sein. Die Welt ist kompliziert. Bevor ich an dem Projekt *Kein Täter werden* teilgenommen habe, lag eine ziemlich schwere Zeit hinter mir. Depression, Suizidgedanken, Klinikaufenthalt, Psychotherapien. Das volle Programm. Es ging langsam bergauf, ich fing mich langsam aber so der ganz große Erfolg blieb aus. Irgendetwas lag noch im Verborgenen. Zu dieser Zeit, ich war also 25, fühlte ich mich nicht wie 25. Eher wie 14 oder 16. Und wenn man sich selber fühlt wie 14, fällt es einem auch nicht so auf, wenn man sich ebenfalls für 10–14 Jährige interessiert.

Nur den anderen. Die guckten immer etwas komisch. Irgendwann fiel sogar mir das auf. Ich wusste, irgendetwas läuft falsch. Ich konnte es nur noch nicht beim Namen nennen. Zu dieser Zeit hingen in den U-Bahnen in Berlin die Plakate vom Projekt *Kein Täter werden*. Mehr aus einer Ahnung heraus habe ich mich dort gemeldet. Ich wusste nicht, wo ich sonst hätte hingehen sollen.

Ich kann mich heute, nach 10 Jahren, auch nur noch schemenhaft an alles erinnern. Ich kann mich noch an das riesige Areal der Charité erinnern. Dass ich drei, viermal an der Tür vorbeigelaufen bin, bevor ich mich traute, dort zu klingeln. Weil ich ständig das Gefühl hatte, dass in roter Leuchtschrift auf meiner Stirn geschrieben steht: „Pädophil“. Wie ich die ganze Zeit mit meinem Kopfhörer Musik gehört hatte, um dem ganzen wenigstens etwas zu entfliehen, die vielen Fragebögen, die Interviews. Ich wäre am liebsten vor Scham in den Boden versunken. Ständig kreisten die Gedanken um das, was die anderen wohl gerade über mich denken. Es sind alles professionelle Mitarbeiter dort aber eben auch Menschen. Und was denkt der Mensch, der meine Fragebögen auswertet über mich? Pä-do-phil, noch heute fällt es mir schwer, das Wort zu schreiben oder es auszusprechen. Denn unwillkürlich fängt das Kopfkino an zu laufen. *M – Die Stadt sucht einen Mörder, Es geschah am helllichten Tag*, irgendwelche Bildzeitungüberschriften. Was einem so alles einfällt, wenn man das Wort hört oder liest. Und das alles soll ich sein?

Irgendwann ging es los mit den Einzelsitzungen. Einen der freien Plätze zu bekommen, gleicht einem Sechser im Lotto. Und ich hatte ausnahmsweise mal Glück! Nun hieß es, sich jede Woche für eine Stunde seinen tief verborgenen Ängsten und Gefühlen zu stellen. Zu begreifen, dass man sich seine Neigung nicht ausgesucht hat, nun aber lernen muss, damit zu leben und Verantwortung zu übernehmen. Leichter gesagt, als getan. Eigentlich will man nur

eins – dass es aufhört und irgendwie „weggemacht“ wird. Zu akzeptieren, dass „wegmachen“ nicht geht, lässt sich nur schwer ertragen. Und deswegen habe ich die Sitzungen gehasst! Denn wenn wegmachen nicht geht, so will man verdrängen. Und jede Woche erneut daran erinnert zu werden, dass verdrängen keine gute Lösung ist – nervt. Aber ich habe durchgehalten, bin jede Woche hingegangen und haderte immer noch mit meinem Schicksal. Zum Glück änderte mein Therapeut seine Strategie. Plötzlich war ich am Zug, sollte ich die Themen vorgeben und das Tempo bestimmen. Nun lag der Ball in meinem Spielfeld. Und erst ab diesem Zeitpunkt habe ich erkannt, dass niemand mir meine Verantwortung abnehmen kann und wird. Aber dass ich trotzdem die Möglichkeit habe, ohne Schuldgefühle mein Leben zu leben. Ich bin nicht *M*, den eine ganze Stadt jagt. Aber es liegt an mir, dass es auch so bleibt.

Das Projekt hat den Grundstein gelegt, dass ich mein Leben heute so leben kann, wie ich es tue, ohne mir Vorwürfe machen zu müssen. Dafür bin ich unendlich dankbar! Das geht vor allem an all diejenigen, die immer wieder das gesamte Projekt in Frage stellen. Konstruktive Diskussionen über den richtigen Weg sind wichtig und notwendig. Pauschale Ablehnung nützt niemandem etwas. Am wenigsten den Betroffenen. Und auch die Haltung in der Gesellschaft muss sich ändern. Vermutlich wird man so schnell nicht den Zustand erreichen, dass man in geselliger Runde ganz unbefangen über seine Neigungen sprechen kann. Besser wäre es jedoch allemal. Denn alleine die schiere Angst vor einem „Outing“ verhindert in vielen Fällen, dass sich Betroffene Unterstützung holen. In einem Klima der Angst und der Vorverurteilung wird sich niemand öffnen. Wie man sieht, habe auch ich keine andere Möglichkeit, als unter einem falschen Namen zu schreiben. Gerne würde ich darauf verzichten. Leider ist das im Moment noch nicht möglich.

Autor

Dr. med. Stefan Faistbauer, Praxis für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse und Sexualmedizin, Fürbringerstraße 6, 10961 Berlin, e-mail: post@praxis-faistbauer.de

Sechs Jahre *Kein Täter werden* in Kiel – Erfahrungen, Besonderheiten, eine Zwischenbilanz

Martin Budde, Jorge Ponseti, Christian Huchzermeier

Six Years *Don't offend* in Kiel – Experiences, Special Features, an Interim Report

Abstract

Founded in 2009, the Kiel site of the *Präventionprojekt Dunkelfeld* was the second – after Berlin – to be established in Germany and the first in a federal state with a disproportionately small population. The article takes stock of the site's work in the first six years. It describes the development and special features of the Kiel program, which is one of the smaller in the network, and presents statistics regarding sexual and juridical aspects and the psychopathology of the patients. It delineates prototypical processes of the site's individualized therapeutic approach.

Keywords: Sexual child abuse, Prevention, Individual therapy, Comorbidity, Previous delinquency

Zusammenfassung

Der 2009 gegründete Kieler Standort des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* war der zweite – nach Berlin – in Deutschland und der erste in einem Flächenstaat. Der Artikel zieht eine Bilanz der dortigen Arbeit nach sechsjährigem Bestehen. Er beschreibt die Entwicklung und Besonderheiten dieses Projektstandorts, der zu den kleineren des Präventionsnetzwerkes gehört. Zahlreiche statistische Angaben zu sexualmedizinischen, psychopathologischen und juristischen Aspekten der dort im Laufe der Jahre vorstellig gewordenen Patienten werden genannt. Es werden prototypische Therapieverläufe der an diesem Standort bislang ausschließlich einzeltherapeutischen Vorgehensweise beschrieben.

Schlüsselwörter: Sexueller Kindesmissbrauch, Prävention, Einzeltherapie, Komorbidität, kriminelle Vorbelastung

Für die Mitarbeiter der Kieler Sexualmedizin war es eine häufige und sich seit vielen Jahren wiederholende Erfahrung, von Männern mit pädophiler Neigung konsultiert zu werden, die (noch) nicht straffällig oder zumindest nicht polizeibekannt geworden waren. Diese Männer suchten häufig verzweifelt und mit hohem Leidensdruck, aus eigener Motivation und ohne Druck durch Justiz oder

Strafverfolgung therapeutische Hilfe. Es war ein bekanntes und ungelöstes Problem, die Übernahme der Behandlungskosten durch das Krankenversicherungssystem zu erreichen, da die Patienten aus Angst vor Stigmatisierung das Bekanntwerden der Diagnose Pädophilie vermeiden wollten. Der Bedarf für eine Anlaufstelle, die eine anonyme und für die Patienten kostenfreie Behandlung gewährleisten würde, bestand daher auch in Kiel seit langem.

Nach dem vielbeachteten Start des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* (PPD) im Jahre 2005 in Berlin wurde dessen Entwicklung in der ehemaligen *Sektion für Sexualmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein* in Kiel mit großem Interesse verfolgt. Bereits erste Zahlen aus Berlin zeigten, dass ein erheblicher Anteil der Interessenten nicht aus Berlin und Umgebung kam, sondern über das ganze Bundesgebiet verteilt war – eine Beobachtung, die die Notwendigkeit unterstrich, weitere Standorte des PPD außerhalb Berlins zu etablieren.

Die Gründung des PPD in Kiel war jedoch kein Selbstläufer. Es bedurfte externer Initiative, die in diesem Falle aus Kreisen besonders engagierter Bewährungshelfer kam, bevor von Seiten der Sexualmedizin mit dem Justizministerium des Landes Schleswig-Holstein Gespräche über die Etablierung und Finanzierung des Projekts vor Ort stattfanden, die von Berliner Seite aktiv unterstützt wurden. Im März 2009 nahm dann in Kiel der erste Projektstandort außerhalb Berlins seine Arbeit auf.

Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen in Kiel

Das Kieler PPD wurde zunächst von der *Sektion für Sexualmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein* betrieben, die im Oktober 2013 in das neugegründete *Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* (ISFP) am *Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH* in Kiel integriert worden ist. Eine möglichst große Annäherung an die organisatorischen und diagnostisch-therapeutischen Standards des Berliner Projekts wurde durch Hospitation des in Kiel für das PPD zuständigen Mitarbeiters in Berlin hergestellt.

Bis heute ist ein forensisch und sexualmedizinisch erfahrener Diplompsychologe hauptverantwortlich für das PPD, wobei im ISFP außerdem zahlreiche tätertherapeutisch erfahrene Fachkräfte arbeiten, die zwischenzeitlich auch mit der präventiven Arbeit des PPD vertraut sind.

Die Kontaktaufnahme durch betroffene Männer kann jederzeit über das Internet und wochentags täglich auch persönlich oder telefonisch erfolgen, was durch eine speziell geschulte Mitarbeiterin gewährleistet wird. Bis dato kann jedem betroffenen Mann mit einer geringen Vorlaufzeit ein Gesprächstermin für die klinische Eingangsdiagnostik angeboten werden. Die ergänzende standardisierte testpsychologische Untersuchung, die bundesweit für alle Standorte des PPD einheitlich ist, wird von einer wissenschaftlichen Hilfskraft durchgeführt.

Wissenschaftliche Begleitforschung

Ein strukturelles Defizit besteht in Kiel bzgl. der Möglichkeiten wissenschaftlicher Begleitforschung: Im Gegensatz zu dem Projekt in Berlin war das PPD in Kiel von Beginn an als ein reines Versorgungsprojekt angelegt. Es wird daher nur eine psychologische Therapeutenstelle finanziert. Darüber hinaus stellt das Land Mittel zur Finanzierung einer wissenschaftlichen Hilfskraft und für Verwaltungs- und Sekretariatsarbeiten zur Verfügung.

Obwohl eine Finanzierung von Forschungsaktivitäten durch den Mittelgeber in Kiel nicht vorgesehen ist, findet tatsächlich aber eine enge Kooperation zwischen dem PPD und dem ebenfalls in der Kieler Sexualmedizin angesiedelten *Forschungsverbund zur Neurobiologie von Pädophilie und sexuellem Missbrauchsverhalten gegen Kinder* (NeMUP) statt. Diese Kooperation ist vorbildlich zu nennen, ermöglicht sie doch eine wechselseitige Nutzung und Weiterentwicklung therapeutischer und wissenschaftlicher Ressourcen. Viele Patienten des PPD nehmen freiwillig an den umfangreichen neurobiologischen und neuropsychologischen Messungen des NeMUP-Projektes teil und machen so die ambitionierte Ursachenforschung überhaupt erst möglich (vgl. S. 213ff).

Aufgrund der langjährigen Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der psychophysiologischen Messung der sexuellen Orientierung mittels der Penisplethysmographie (Pohl, 2011), steht in Kiel eine vollausgestattete Messvorrichtung zur Verfügung, die zur Absicherung der Diagnostik genutzt wird. Nicht zuletzt wird auch inhaltlich ein enger und für beide Seiten gewinnbringender Austausch zwischen den sexualmedizinischen Klinikern des PPD und den sexualwissenschaftlichen ForscherInnen des NeMUP-Projektes hinsichtlich diagnostischer Einordnungen einzelner Probanden/Patienten sowie ätiologischer und therapeutischer Fragestellungen regelmäßig praktiziert.

Sicher wäre die in der Kieler Sexualmedizin entwickelte MRT-gestützte Diagnostik der Pädophilie (J. Ponseti et al., 2012; J. Ponseti et al., im Druck) ohne diese Kooperation aus Forschung und Praxis nicht möglich gewesen.

Besonderheiten des Vorgehens in Kiel

Mit einer gewissen Ernüchterung war in Kiel bald festzustellen, dass der Projektstart in der öffentlichen Wahrnehmung vor Ort von untergeordneter Bedeutung blieb und bei Weitem nicht die mediale Aufmerksamkeit wie der Projektstart in Berlin erreichte. Dies und die Verhältnisse eines relativ strukturschwachen, ländlich geprägten Flächenstaats machten einige Modifikationen gegenüber dem Vorgehen in Berlin erforderlich. Insbesondere wurde für die Behandlungen am Standort Kiel von Beginn an der einzeltherapeutische Rahmen favorisiert. Durch dieses Vorgehen werden Wartezeiten vermieden, die bei zeitweise begrenztem Zulauf entstehen können, bis eine Gruppe ausreichender Größe geeigneter Patienten zusammengestellt worden ist. Ein weiterer Vorteil eines einzeltherapeutischen Settings besteht sicherlich darin, den Therapieplan besser an individuelle Problemlagen und Bedürfnisse der Patienten anpassen zu können.

Statistische Auswertung der ersten sechs Jahre PPD in Kiel

In den ersten sechs Jahren des Bestehens des PPD in Kiel haben 251 Personen telefonisch oder per E-mail Kontakt zu dem Projekt aufgenommen. Davon haben 171 (68%) einen Termin für ein diagnostisches Erstgespräch vereinbart, welcher von 91 Personen (53%) wahrgenommen wurde. Aus diesen 91 diagnostischen Kontakten ergaben sich aufgrund der festgestellten sexuellen Präferenz Therapieangebote an 66 Personen (72,5%). Angenommen wurde dieses Angebot regelmäßiger therapeutischer Gespräche von 47 Personen (71%).

Herkunft der Interessenten und Explorationsteilnehmer

Rund zwei Drittel (62%) der Interessenten, die im Laufe der sechs Jahre Kontakt aufgenommen haben, und 84% der Teilnehmer an der Eingangsdiagnostik kamen aus Schleswig-Holstein. Bis zum Start des Projektes in Hamburg im Jahr 2012 kam ein signifikanter Anteil der Therapie Teilnehmer aus dem benachbarten Stadtstaat. In gerin-

gerer Anzahl kamen Patienten auch aus Niedersachsen, Bremen und Nordrheinwestfalen zur Diagnostik nach Kiel. Aus diesen Kontakten entwickelte sich aufgrund der Distanz in der Regel keine längerfristigen Behandlungen. Die Möglichkeit einer fundierten Diagnostik und eingehenden Beratung (und ggf. Weitervermittlung an geeignete Therapeuten vor Ort) schaffte jedoch häufig bereits eine erste Entlastung. Nach dem Start der Projekte in Hamburg und Hannover ging die Nachfrage aus anderen Bundesländern auf null zurück. Die Tatsache, dass sich in den ersten Jahren selbst im vergleichsweise abgelegenen Kiel Interessenten aus Wohnorten in mehreren hundert Kilometern Entfernung einfanden, unterstrich eindrücklich die Notwendigkeit eines solchen Angebots.

Der weitaus größte Anteil an Patienten kommt aus eigenem Antrieb oder auf Anraten des nahen sozialen Umfeldes zu uns. Darüber hinaus stellen wir eine regelmäßige Zuweisung von Patienten zur Diagnostik und ggf. Weiterbehandlung aus psychiatrischen Einrichtungen oder solchen der Behindertenhilfe fest. Somit hat das Projekt inzwischen einige Bedeutung für die komplementäre Versorgung psychiatrischer Patienten gewonnen, bei denen ein Verdacht auf das Vorliegen einer Pädophilie besteht.

Psychiatrische und sexualmedizinische Komorbidität und Substanzproblematiken

Bei den 47 Personen, die eine einzeltherapeutische Behandlung aufnahmen, wurde eine ausführliche, über die Eingangsdiagnostik hinausgehende Diagnostik begleitender Komorbiditäten durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass bei 21% (10 Personen) neben der auf Kinder bezogenen Präferenzstörung weitere Paraphilien (Sadismus, Fetischismus und Exhibitionismus) bestanden. Diese Paraphilien treten in der Normalbevölkerung wesentlich seltener auf: Sadismus bei ca. 3%, Fetischismus bei ca. 5% und Exhibitionismus bei ca. 0,4% (Ahlers et al., 2011; Langstrom & Seto, 2006; Templeman & Stinnett, 1991), wodurch sich auch in unserem Patientengut die regelmäßig konstatierte Koinzidenz von Paraphilien manifestiert.

Die Belastung der Therapieteilnehmer mit psychiatrischen Begleiterkrankungen erwies sich als vergleichsweise hoch. Bei 32% (15 Personen) war lediglich eine Zusatzdiagnose zu vergeben, während weitere 40% (19 Personen) psychiatrische Mehrfachbelastungen aufwiesen. Insgesamt wurden bei 72% der Patienten (34 Personen) behandlungsbedürftige psychische Störungen festgestellt. Dabei dominierten depressive Spektrumsstörungen und substanzbezogene Störungen, aber auch soziale Phobien und Persönlichkeitsstörungen fanden sich häufig. Zur genauen Verteilung der Störung, siehe Tab. 1.

Tabelle 1: Psychiatrische Zusatzdiagnosen der Patienten (n = 47)

Diagnose	n	%
Einfach	15	32
Mehrfach	19	40
Depressive Störungen	21	45
Substanzinduzierte Störungen	13	28
Andere Paraphilien	10	21
Persönlichkeitsstörungen	10	21
Soziale Phobie	8	17
Intelligenzminderungen	4	8,5
Organ. Persönlichkeitsveränderungen	2	4
Zwangsstörungen	1	2

Psychiatrische Störungen oder Suchtprobleme stellen keine Ausschlusskriterien für eine Behandlung im PPD in Kiel dar. Stehen diese Störungen im Vordergrund, so dass dadurch eine zielgerichtete Auseinandersetzung mit der sexuellen Problematik nicht möglich ist, wird zunächst (oder parallel) eine entsprechende Behandlung eingeleitet.

Kriminelle Vorbelastung

74% (49 Personen) der 66 Interessenten, denen aufgrund des Vorliegens einer sexuellen Präferenzstörung im Sinne einer Pädophilie/Hebephilie nach Durchführung der Eingangsdiagnostik ein Therapieangebot unterbreitet worden war, hatten im Erstgespräch angegeben, bereits Missbrauchsabbildungen von Kindern betrachtet zu haben, ohne dafür (bislang) polizeilich belangt worden zu sein. 18% (12 Personen) der Interessenten räumten ein, bereits Kontaktdelikte zum Nachteil von Kindern begangen zu haben, ohne dass es zu einer Anzeige gekommen wäre.

Interessant ist in diesem Zusammenhang der Vergleich mit den 25 Personen, denen nach Abschluss der Eingangsdiagnostik aufgrund des Fehlens der Diagnose einer Pädophilie oder Hebephilie *kein* Therapieangebot unterbreitet worden ist, (denen aber ggf. andere Formen der Therapie angeboten worden sind). In dieser Personengruppe berichteten nur 16% (4 Personen) von der Nutzung von Missbrauchsabbildungen von Kindern. Dieses Problemverhalten war somit signifikant seltener als in der Therapiegruppe (siehe Tab. 2). Anders stellen sich die Verhältnisse bei der Häufigkeit sexueller Kontaktdelikte zum Nachteil von Kindern dar. 28% (7 Personen) der nicht-pädophilen Männer berichteten von entsprechenden Übergriffen (im Vergleich zu 18% aus der Gruppe pädophiler Männer, s.o.). Der relative Anteil lag damit in

Tabelle 2: Nutzung von Kinderpornografie (über den Biografieverlauf) bei Interessenten mit und ohne festgestellter Pädophilie

	n	Kinderpornografie	%
Therapieangebot	66	49	74
ohne Therapieangebot	25	4	16
$\chi^2(1; 91) = 25,26; p < .001$			

dieser Gruppe sogar über dem Wert der Therapiegruppe, wobei dieser Unterschied die Signifikanzschwelle jedoch nicht erreicht.

Therapeutische Verläufe

Die psychotherapeutische Behandlung am Standort Kiel ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch angelegt. Sie bedient sich störungsspezifischer Module des Berliner Programms zur Therapie der Dissexualität (Berlin Dissexuality Therapy Program – BEDIT) (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, 2013). Wie bereits erwähnt, bietet das in Kiel praktizierte einzeltherapeutische Vorgehens die Möglichkeit, die Therapie individualisiert planen und durchführen zu können. So erfolgt in Anschluss an die Eingangsdiagnostik eine Problem- und Verhaltensanalyse, welche die Grundlage für die weitere Therapieplanung darstellt. Da insbesondere die bei unserer Klientel weit verbreiteten psychischen Komorbiditäten geeignet sind, die Verhaltenskontrolle zu beeinträchtigen, wird auf deren Behandlung ein besonderes Schwergewicht gelegt. Dies ist ein Aspekt, der in einem rein gruppentherapeutischen Setting, welches den Schwerpunkt auf die sexuelle Präferenzstörung legt, in der Regel nur weniger ausführlich behandelt werden kann.

Die bisherige Erfahrung mit der Behandlung unserer Patienten hat gezeigt, dass sich die Behandlungsverläufe anhand des Aufwandes bzw. ihrer zeitlichen Dauer grob in drei etwa gleichgroße Gruppen einteilen lassen.

Ein vergleichsweise kurzer Therapieverlauf von bis zu ca. 20 Sitzungen ergab sich bei 13 Patienten (27,7%). Die sexuelle Orientierung der Patienten dieses Clusters ist in der Regel nicht exklusiv pädophil, sie sind sozial meist gut integriert und verfügen bereits über eine gute Verhaltenskontrolle. Bei ihnen stehen therapeutisch die Psychoedukation zur Pädophilie und die Vermittlung eines angemessenen und realistischen Störungsmodells im Vordergrund. Durch eine Anleitung zur Selbstbeobachtung wird die Verhaltenskontrollkompetenz überprüft und gestärkt. Es kommt zu einer Reduktion der Verunsicherung über die eigene Sexualität. Die Fähig-

keit, diese wirksam zu kontrollieren, wird verbessert. Bei 16 Patienten (34,0%) hatte die Therapie eine mittlere Dauer von 20 bis 40 Sitzungen. Patienten dieser Gruppe sind eher schlecht sozial integriert und haben eine mäßige bis schlechte Verhaltenskontrolle. Bei ihnen steht eine intensive kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeit in Bezug auf Fehlannahmen über kindliches Annäherungs- und Sexualverhalten im Vordergrund. Darüber hinaus ist es in der Regel notwendig, Selbstmanagementfähigkeiten und soziale Kompetenzen therapeutisch intensiver zu bearbeiten. Eine vergleichsweise hohe Anzahl therapeutischer Sitzungen, in der Regel deutlich mehr als 40, waren bei 18 Patienten (38,3%) notwendig. In dieser Gruppe befinden sich oft Patienten mit gravierenden psychiatrischen Komorbiditäten, mit Anzeichen sozialer Desintegration oder Isolation und schlechter Verhaltenskontrolle. Neben den genannten therapeutischen Elementen nimmt hier vor allem auch die Behandlung psychischer Komorbiditäten großen Raum ein.

Einsatz triebdämpfender Medikation

Zur Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung kommen ggf. triebdämpfende Medikamente zum Einsatz. Die Notwendigkeit einer Medikation ergab sich bei sieben Patienten (14,9%). Bei 5 Patienten (10,6%) wurden dazu SSRI gewählt und bei 2 Patienten (4,3%) konnte eine ausreichende Triebdämpfung erst durch die Gabe von GnRH-Analoga erreicht werden. Medikamente werden in der Regel von psychiatrischen Mitarbeitern am Institut verschrieben. In einzelnen Fällen findet die Vergabe in Kooperation mit Haus- und Fachärzten der Patienten statt.

Entwicklung delinquenten Verhaltens im Verlauf der Therapie

Insgesamt lässt sich sagen, dass es, nach Angaben der Patienten, während der Therapie zu keinen sexuellen Kontaktdelikten zum Nachteil von Kindern gekommen ist. 63% der Patienten räumten die Nutzung von Missbrauchsabbildungen von Kindern in den letzten sechs Monaten vor dem therapeutischen Erstkontakt ein. Zum Ende der Therapie lag die Quote bei 20%.

Fazit

Nach sechs Jahren des Bestehens eines der kleineren Projektstandorte des PPD lässt sich eine insgesamt zufriedenstellende Bilanz ziehen. Nach wie vor belegt der kontinuierliche Zustrom an Patienten die Notwendigkeit eines solchen Therapieangebots vor Ort. Dabei sind Anonymität und Kostenfreiheit zwei Merkmale, die für viele Patienten von entscheidender Bedeutung bei der Aufnahme einer Behandlung sind. Unsere Erfahrungen mit der Therapie, insbesondere unter der Bedingung der Anonymität, sind durchweg positiv.

Mit einer durch geeignete therapeutische Maßnahmen erreichbaren Verbesserung der Verhaltenskontrolle pädophiler Männer wird ein aktiver Beitrag zum Opferschutz geleistet. Da das lebenslange Risiko von Kontaktdelikten pädophiler Männer mit dem Alter zunimmt und pädophile Missbrauchstäter in der Regel mehrere Opfer haben (Hanson, 2002), ist zu erwarten, dass selbst bei einer geringen Anzahl erfolgreich therapierter Männer und verhinderter Delikte die eingesparten gesellschaftlichen Folgekosten den Therapieaufwand bei weitem überwiegen und rechtfertigen dürften (Miller et al., 1996).

Überrascht hat uns die erhebliche Belastung der Patienten mit teils chronifizierten psychischen Störungen. Nach unserer Erfahrung bedürfen diese gesonderter Behandlung, da sie nicht durch die Behandlung der sexuellen Präferenzstörung allein kompensiert werden können. Als günstig für die Patienten erweist sich, dass deren Behandlung in unserem Institut aus einer Hand erfolgen kann und die Suche nach einem geeigneten weiteren Therapeuten, der bereit ist, einen pädophilen Patienten aufzunehmen, damit entfällt. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung, welche das Projekt inzwischen für die Diagnostik und ggf. Weiterbehandlung von Patienten aus anderen Einrichtungen gewonnen hat.

Als Ursache für die im Vergleich zu anderen Standorten geringe Nachfrage in Kiel nehmen wir vor allem eine mangelnde Bekanntheit bei der Bevölkerung in der Fläche an. Ein nach wie vor ungelöstes Problem besteht darin, die Bekanntheit des Projekts durch eine hinrei-

chende Präsenz in geeigneten Medien oder durch andere Werbemaßnahmen zu steigern bzw. aufrechtzuerhalten. Denkbar ist auch, dass viele potentielle Patienten vor dem Weg nach Kiel aufgrund der Verkehrsinfrastruktur zurückschrecken. Um in diesem Punkt Abhilfe zu schaffen, wäre die Einrichtung von ggf. auch nur tage- oder stundenweise besetzten Stützpunkten des Kieler Projekts an dezentralen Standorten sinnvoll.

Literatur

- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S.N. et al., 2011. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *J Sex Med* 8 (5), 1362–1370.
- Hanson, R.K., 2002. Recidivism and age: Follow-up data from 4673 sexual offenders. *J Interpersonal Violence* 17, 1046–1062.
- Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, 2013. The Berlin Dissexuality Therapy Program (BEDIT). Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Berlin.
- Langstrom, N., Seto, M.C., 2006. Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Arch Sex Behav* 35, 427–435.
- Miller, T.R., Cohen, M.A., Wiersema, B., 1996. Victim costs and consequences: A new look. National Institute of Justice: Research Report. U.S. Department of Justice, Washington DC.
- Pohl, A., 2011. Therapeutischer und prognostischer Nutzen der Phallogometrie zur objektiven Messung der sexuellen Orientierung. *Sexuologie* 18, 153–165.
- Ponseti, J., Granert, O., Jansen, O., Wolff, S., Beier, K., Neutze, J. et al., 2012. Assessment of pedophilia using hemodynamic brain response to sexual stimuli. *Arch Gen Psychiatry* 69, 187–194.
- Ponseti, J., Granert, O., van Eimeren, T., Jansen, O., Wolff, S., Beier, K. et al. Assessing paedophilia based on the haemodynamic brain response to face images. *The World Journal of Biological Psychiatry*. In print.
- Templeman, T.L., Stinnett, R.D., 1991. Patterns of sexual arousal and history in a „normal“ sample of young men. *Arch Sex Behav* 20, 137–150.

Autoren

Dr. phil. Martin Budde, PD Dr. phil. Jorge Ponseti, PD Dr. med. Christian Huchzermeier, Institut für Sexualmedizin, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Niemannsweg 147, 24105 Kiel. Webseite: www.uni-kiel.de/sexmed, e-mail: budde@sexmed.uni-kiel.de



Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch in kirchlichen Einrichtungen
Nervenheilkunde, Heft 7 2015
Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften
Seiten 481–584, Preis Einzelheft 28 €

In den vergangenen beiden Jahrzehnten haben „Missbrauchsskandale“ in Ländern wie den USA, Irland, Deutschland und Polen die katholische Kirche selbst und ihre Glaubwürdigkeit schwer erschüttert. Fälle von sexuellem Missbrauch durch katholische Priester und Ordensangehörige, Missbrauchsfälle in evangelischen Einrichtungen, aber auch in weltlichen Einrichtungen wurden in der Gesellschaft endlich wahr- und ernstgenommen.

Aufgrund des öffentlichen Drucks sowie der Forderung von Betroffenen und Experten, wurden Maßnahmen von staatlicher und kirchlicher Seite ergriffen, um die Missbrauchsfälle aufzuarbeiten und sexuellen Missbrauch in Einrichtungen zu verhindern.

Neben der Einrichtung des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ (24. März 2010), wurde u.a. ein „Unabhängiger Beauftragter für die Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs“ (UBSKM) berufen sowie eine katholische Anlaufstelle der Deutschen Bischofskonferenz eingerichtet. Beide Stellen unterstützten Betroffene durch Hotlines.

Im Beitrag „Betroffene sexuellen Missbrauchs durch Priester, Ordensangehörige und Mitarbeiter in kirchlichen Institutionen“ von Prof. Jörg M. Fegert et al. werden die erhobenen Daten aus den Jahren 2010 bis 2012 zusammengeführt. Demnach meldeten sich bei der Hotline überwiegend männliche Betroffene (65%) aus westdeutschen Bundesländern (86%) mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren, die zum Großteil über vergangene Missbrauchsfälle berichteten, bei denen sie wiederholt missbraucht (88,6%) wurden. Die berichteten Missbrauchsfälle standen überwiegend im katholischen Kontext (66,8% – nicht weiter spezifiziert). Von katholischen (Internats-) Schulen berichteten 15%, von katholischen Kinderheimen 18,2%.

Aus dem Inhalt

- Kirche und Missbrauch – ein Rückblick (K. Mertes)
- Reaktionen auf die Missbrauchsfälle in der katholischen Kirche in Deutschland (J. Fegert et al.)
- Sexueller Missbrauch durch katholische Geistliche in Deutschland. Zentrale Ergebnisse einer Betroffenenbefragung (D. F. Hellmann et al. , Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen)
- Sexueller Missbrauch Minderjähriger durch katholische Priester, Diakone und männliche Ordensangehörige in der Bischofskonferenz. Konzeption eines Forschungsprojekts (H. Dreßing et al.)
- Sexualisierte Gewalt und Misshandlung in kirchlichen Kontexten. Methodische Zugänge und grundlegende Erkenntnisse anhand der Beispiele Ettal und Kremsmünster (P. Mosser et al.)
- Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch in der evangelischen Kirche (D. Bange et al.)
- E-Learning Curriculum „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch für pastorale Berufe“. Forschungsergebnisse (S. Witte et al.)

Regensburger Erfahrungen mit dem Berliner Dissexualitäts-Therapieprogramm

Petya Schuhmann, Jessica Diener, Marion Dörfler, Janina Neutze, Michael Osterheider

Regensburg Experiences with the Berlin Dissexuality Therapy Program

Abstract

The Berlin Dissexuality Therapy Program (BEDIT) is a cognitive-behavioral based therapeutic program which targets the patient's renunciation of child sexual abuse and child pornography and the acceptance and integration of his pedophilic sexual preference. The program emphasizes the development of empathy for the victims, the modification of cognitive biases and beliefs that can enable abuse as well as the learning of coping strategies in risk situations. The BEDIT has been applied at the Regensburg site of the *Don't offend* network for five years. The experiences of the therapeutic team are presented here based on two case studies. The program seems to be above all suitable for patients with good cognitive and introspective abilities as well as high motivation to undergo the therapy. For this reason, it seems useful to supplement the BEDIT with other treatment approaches.

Keywords: Prevention therapy, Pedophilia, Case report

Zusammenfassung

Das Berliner Dissexualitäts-Therapieprogramm (BEDIT) richtet sich an Menschen mit pädophilen Neigungen und wird im Regensburger Standort des *Projekts Kein Täter* werden verwendet. Die Hauptziele dieses kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiekonzeptes sind der Verzicht auf sexuelle Übergriffe auf Kinder, der Verzicht auf Kinderpornographie und die Akzeptanz und Integration der Sexualpräferenz. Des Weiteren stellen die Entwicklung von Opferempathie, das Arbeiten an kognitiven Verzerrungen und Missbrauch begünstigenden Einstellungen als auch der Umgang mit Risikosituationen wichtige Therapieziele dar. Anhand von zwei Fallbeispielen werden die Erfahrungen des Regensburger therapeutischen Teams mit BEDIT dargestellt. Nach fünf Jahren Anwendung scheint das Konzept vor allem für Personen mit guten kognitiven und introspektiven Fähigkeiten als auch hoher Therapiemotivation im Vorfeld geeignet zu sein. Daher wird versucht, das BEDIT-Manual durch andere Therapieansätze zu ergänzen.

Schlüsselwörter: Präventionstherapie, Pädophilie, Fallbeschreibung

Nach dem Beispiel des Projekts der Berliner Charité *Kein Täter werden* wurde in Regensburg im September 2010 der dritte Standort des Programms in Deutschland eröffnet. Der Behandlungsansatz basiert auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzept, welches in gruppen-therapeutischem Setting, bei Bedarf auch im Einzelsetting angewandt werden kann.

Das Berliner Dissexualitäts-Therapieprogramm (BEDIT), das auch in Regensburg verwendet wird, konzentriert sich überwiegend auf drei Hauptziele: 1) Verzicht auf sexuelle Übergriffe an Kindern; 2) Verzicht auf Kinderpornografiekonsum; 3) Akzeptanz und Integration der Sexualpräferenz in das Selbstbild der betroffenen Person (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, 2013.). Inhaltlich zielt das Therapiemanual auf die positive Beeinflussung zentraler Risikofaktoren – Opferempathie, kognitive Verzerrungen und Missbrauch begünstigende Einstellungen ab. Angestrebt wird zudem die angemessene Wahrnehmung und Bewertung von sexuellen Wünschen und Bedürfnissen, die Identifizierung und Bewältigung gefährlicher Entwicklungen und das Erlernen von Strategien zur Verhinderung von sexuellen Übergriffen. In diesem Artikel werden anhand von zwei Fallbeispielen die wichtigen Schritte und die besonderen Herausforderungen bei der präventiven Therapie von pädophilen Patienten erläutert und kritisch diskutiert.

Fallbeispiel 1: Eine Erfolgsgeschichte. Nichtausschließliche Heterohebeophilie

Herr S. ist 45 Jahre alt, von Beruf Lehrer. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung am Standort Regensburg ist er verheiratet und hat einen 1-jährigen Sohn. Das Sexualleben mit seiner Ehefrau beschreibt er als unbefriedigend. Herr S. würde unterschiedliche Sexualpraktiken ausprobieren wollen (Analverkehr, „Dreier“ mit einer anderen Frau, Urin), aber er glaube nicht, dass seine Partnerin seine Wünsche verstehen würde. Er habe den Eindruck, dass seine Partnerin wenig Interesse an Sex habe. Er berichtet von außerehelichen sexuellen Kontakten, die er nur kurzzeitig pflege.

Herr S. meldet sich bei uns, weil er eine 13-jährige Privatschülerin geküsst und an der Brust angefasst habe. Er berichtet offen über seine Lebensgeschichte und Sexualität. Es sei ihm klar, dass er sich zu weiblichen Jugendlichen am Anfang der Pubertät sexuell hingezogen fühle. Für seine sexuelle Präferenz schäme er sich nicht, aber er habe gemerkt, wie sein Verhalten das 13-jährige Mädchen belastet habe. Er habe auch ca. dreimal monatlich Kinder in diversen Internet-Chats angesprochen und mit ihnen auch offline (sexuelle) Kontakte angestrebt. Mit einer 16-Jährigen sei es einmalig zu Geschlechtsverkehr gekommen. Zusätzlich konsumiere er wöchentlich Posing-Darstellungen von Mädchen am Anfang der Pubertät. Die Bilder habe er im Internet von Webseiten heruntergeladen oder Mädchen online aufgefordert, ihm Fotos zu schicken. Teilweise habe er für die Bilder bezahlt. Herrn S. sei bewusst, dass sein Verhalten „falsch“ sei und er strebe eine Therapie an. Herr S. erhielt einen Therapieplatz in der Therapiegruppe, in der Menschen mit einem verübten Missbrauchsdelikt (und zusätzlichem Kinderpornografiekonsum) behandelt werden.

Sexuelle Fantasien und sexuelles Verhalten

Die sexuellen Fantasien und das sexuelle Verhalten dienen als wichtige Informationsquellen zur Diagnostizierung der Sexualstruktur. Herr S. wurde mit einer nicht-ausschließlichen auf Mädchen gerichteten Hebephilie diagnostiziert.

Das detaillierte Betrachten von sexuellen Fantasien und Verhalten kann dem Patienten wichtige Informationen über eigene innere Prozesse, Bedürfnisse und Wünsche liefern. Bei der Schilderung der eigenen Sexualität können, insbesondere wenn sie schambesetzt ist, Verharmlosungen, Rechtfertigungen und Rationalisierungen beobachtet werden. Das Ziel der intensiven Beschäftigung mit den eigenen sexuellen Fantasien in der Therapie ist, dass jeder Patient Experte für seine sexuellen Fantasien wird und dadurch auch sein sexuelles Verhalten steuern kann (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, 2013).

Eine zentrale Rolle in den sexuellen Fantasien von Herrn S. spielte die Bewunderung des Mädchens, das er durch die „Entjungferung“ glücklich gemacht habe. Er habe sich bei der Selbstbefriedigung am liebsten eine Jungfrau vorgestellt, die ihre Sexualität entdeckt und von ihm entjungfert wird. Sie habe eine mädchenhafte Figur, sei noch nicht ganz ausgewachsen, habe keinen vollen Busen und keine Schambehaarung. Herr S. stelle sich vor, dass er das Mädchen verführe, aber sie wehre sich nicht, „Sie ist am Anfang zwar schüchtern, aber am Ende glücklich“.

Herr S. berichtete in den Gruppensitzungen offen über seine sexuellen Fantasien mit weiblichen Jugendlichen. In den sexuellen Fantasien ginge es immer um konkrete Mädchen, die Herr S. kenne und attraktiv finde, z. B. um sein 13-jähriges Opfer oder um ein Mädchen aus einem Online-Chat, mit dem er sich auch getroffen habe. Herr S. konnte sich in den Gruppensitzungen mit seinen Wünschen, Gefühlen und Gedanken, die mit seinen sexuellen Fantasien verbunden waren, auseinandersetzen. Ihm wurde klar, dass er sich sehr danach sehnt, angenommen und anerkannt zu werden, vor allem in seiner Sexualität.

Akzeptanz der sexuellen Neigung

Im Rahmen der Behandlung wird eine erste (oder auch weitere) Integration der Sexualstruktur bei den Teilnehmern angestrebt. Es wird davon ausgegangen, dass erst nach einer radikalen Akzeptanz der eigenen Sexualstruktur wirkliche und wesentliche Veränderungen möglich sind (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, 2013). Nach der abgeschlossenen Diagnostik wurde Herr S. darüber aufgeklärt, dass er eine nichtausschließliche hebephile sexuelle Neigung habe, mit der ein erhöhtes Risiko für wiederholte sexuelle Übergriffe und Konsum von Missbrauchsabbildungen einhergehe. Es sei nicht anzunehmen, dass er irgendwann Mädchen zu Beginn der Pubertät nicht mehr sexuell attraktiv fände, daher sollte er in der Therapie unterstützt werden, mit seiner Neigung offen und verantwortungsvoll umzugehen.

Im Laufe der Behandlung erzählte Herr S. immer mehr Freunden und Bekannten über seine hebephile Sexualpräferenz und berichtete über meistens positive Reaktionen. Die Erfahrungen, von anderen für seine sexuelle Neigung nicht abgelehnt zu werden, trugen dazu bei, dass seine Akzeptanz der hebephilen Neigung zunehmend wuchs. Am Ende der Therapie sagte Herr S., dass er keine Hemmungen mehr habe, in seinem Freundeskreis über die Hebephilie zu sprechen und dass er sich angenommen und akzeptiert fühle.

Er begann jetzt auch mit seiner Ehefrau über seine Neigung und über seine Sexualität zu sprechen. In drei paartherapeutischen Sitzungen lernten beide Partner über Befürchtungen bezüglich der sexuellen Neigung miteinander zu reden. Durch die Offenheit beiderseits habe sich die Sexualität in der Ehe massiv verbessert. Kurz vor Ende der Therapie berichtete der Patient, dass er und seine Frau ihr zweites Kind erwarten.

Zusätzlich begann Herr S. sich auch in einem Onlineforum zur Selbsthilfe zu engagieren. Diese Tätigkeit führte er auch nach Beendigung der Therapie im Projekt *Kein Täter werden* fort.

Opferempathie

Über die Befassung mit Berichten Betroffener und in Rollenspielen sollen die Patienten erfahren, welche Gefühle, Gedanken und Empfindungen möglicherweise Mädchen und Jungen erleiden bzw. erlitten, wenn die eigenen sexuellen Fantasien in die Realität umgesetzt werden bzw. würden (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, 2013). Nach der Vorstellung zwei anonymisierter Briefe von tatsächlichen Opfern äußerte Herr S., dass ihm die Verfasser der Briefe leid täten, aber er nicht verstehe, warum die Briefe so „wütend“ seien. Er glaube nicht, dass sein Opfer Wut, Traurigkeit oder Ekel ihm gegenüber empfinde, er habe schließlich keine Gewalt angewandt.

Dann kam die Aufgabe, eine Missbrauchssituation selber im Rollenspiel nachzuspielen. Herr S. berichtete nach Beendigung der Therapie wiederholt, dass ihm das Rollenspiel am meisten geholfen habe, zu verstehen, was es bedeutet, Opfer sexuellen Missbrauchs zu sein:

„Ich fühlte mich ganz und gar in dieser Situation und in der Gefühlswelt meines Opfers. Endlich verstand ich die Hilflosigkeit, die Scham, die Ängste, und das Gefühl des Ausgenutztwerdens. Und endlich wurde aus meiner Überlegung, dass es in der Verantwortung des Erwachsenen liegen muss, dass es nicht zu einem sexuellen Kontakt zu Kindern oder Jugendlichen kommt, eine feste und unumstößliche Überzeugung. Ich hatte am eigenen Leib erfahren, dass das Opfer eben keine Mitschuld trifft, dass es dem Tun des Täters eben nicht unbedingt Einhalt gebieten kann, selbst dann nicht, wenn es ihm vorher gesagt wurde. Was ich vorher nur für falsch hielt, ohne diese Falschheit zu spüren, bekam nun auch eine tiefe emotionale Dimension. Ich wusste, dass ein Übergriff immer falsch ist, weil ich es selber am eigenen Leib erfahren hatte.“

Kognitive Verzerrungen und Missbrauch begünstigende Einstellungen

Direkte oder indirekte Konfrontation von pädophilen und hebephilen Menschen mit Kindern kann zu einem inneren Konflikt führen (kognitive Dissonanz) – der Patient fühlt sich sexuell erregt und vom Kind sexuell angezogen und gleichzeitig realisiert er, dass diese sexuelle Erregung „falsch“ ist. Dies führt zu einer inneren Spannung oder zu einem psychischen Ungleichgewicht, welches mit einer entsprechenden Informationsverarbeitung wieder zum seelischen Gleichgewicht führen kann (kognitive Dissonanzreduktion). Kognitive Verzerrungen bieten typischerweise Erklärungen, warum sexuelle Kontakte zu

Kindern nicht so problematisch sind, wie die Gesellschaft oder die Norm es vorschreibt (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, 2013).

Am Anfang der Therapie konnten bei Herr S. mehrere solche kognitive Verzerrungen beobachtet werden: „Früher war es normal, dass ältere Männer Beziehungen zu jungen Mädchen hatten“, „Ich wende keine Gewalt an, deswegen bin ich kein richtiger Täter“, „Ich möchte den Mädchen die Möglichkeit geben, erste sexuelle Erfahrungen mit einem erfahrenen Mann zu sammeln“, „Das Mädchen machte mit und hat nicht ‚Nein‘ gesagt“ etc. In den Schilderungen seiner sexuellen Fantasien – Herr S. stellt sich vor, dass er das Mädchen verführe, aber sie wehre sich nicht, „Sie ist am Anfang zwar schüchtern, aber am Ende glücklich“ – wurden von der Gruppe unterschiedliche Rechtfertigungen und Rationalisierungen entdeckt und rückgemeldet: die Mädchen wollen am Ende den sexuellen Kontakt, sie sind nach dem Sex glücklich, er bringe ihnen etwas Wichtiges bei. Herr S. konnte die Rückmeldungen annehmen und erkennen, dass er ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Anerkennung und Bewunderung hat.

Umgang mit Risikosituationen

Durch seinen Beruf hatte Herr S. die Möglichkeit, Kontakte zu Mädchen in seinem Präferenzalter zu pflegen, was er auch gern in seiner Freizeit tat. Er berichtete, dass er häufig Mädchen in Cafés ansprache, weil ihm der Kontakt zu Jugendlichen viel wertvoller und sinnvoller erscheine als der Kontakt zu Erwachsenen. Am Anfang der Therapie hatte Herr S. Schwierigkeiten anzuerkennen, dass solche Situationen ein Risiko für einen wiederholten Übergriff darstellen. Immer wieder wurden diese Aussagen durch die Therapeuten und die Gruppe in Frage gestellt und diskutiert. Herr S. behauptete, dass er im schulischen Betrieb eh so viele Zeugen haben würde, dass es nicht zu einem Übergriff kommen könnte, oder dass er Jugendliche nur als Unterhaltung ansprechen würde.

Als therapeutische Techniken wurden Sokratischer Dialog und Situationsanalysen angewandt. Wichtig dabei war die wertungsfreie und produktive Beziehung zwischen Patient und Therapeuten oder zwischen den Gruppenteilnehmern. In den Dialogen wurde Herr S. auf seine Fehleinschätzung der Rolle des Opfers („nicht ‚Nein‘ gesagt“, „gehören zwei dazu“), auf die Unterschätzung der Manipulierbarkeit von kindlichen Opfern und des Schadens durch den Missbrauch aufmerksam gemacht.

Herr S. konnte die kritischen Rückmeldungen im Therapieverlauf immer besser akzeptieren, dabei half ihm auch die Führung eines Tagebuchs, in dem er seine Gedanken und Gefühle in der Therapie festhalten und

reflektieren konnte. Im Laufe der Behandlung sei es ihm immer klarer geworden, warum er die Kontakte zu den Jugendlichen immer wieder gesucht habe und warum er sie aber besser unterbinden sollte. Schon vor der Beendigung der Therapie orientierte sich Herr S. beruflich um und ist nun in der Erwachsenenbildung tätig. In seiner Freizeit sucht er weder reale noch online Kontakte mehr zu Jugendlichen.

Fallbeispiel 2: Langjährige Therapie mit begrenztem Fortschritt. Ausschließliche Homopädophilie

Herr H. ist 49 Jahre alt, verheiratet, hat 3 Kinder. Beim Projekt meldet er sich, weil er seine „Verhaltensmuster verändern möchte, durch die er seine Familie zerstöre“. Herr H. habe mindestens 11 Jungen zwischen 8 und 15 Jahren in seiner näheren sozialen Umgebung sexuell missbraucht, in dem er an ihnen Oralverkehr ausgeübt habe. Ein Teil der Fälle sei bekannt geworden, viele der Opfer seien Schulfreunde der beiden älteren Töchter. Der Missbrauch habe hauptsächlich stattgefunden, wenn die Kinder bei der Familie des Patienten übernachtet haben. Herr H. konsumiere keine Kinderpornografie, suche nur online nach FKK- oder Katalogbildern von Jungen und benutze diese zur Selbstbefriedigung. Sein Therapieziel sei, keinen erneuten sexuellen Missbrauch zu begehen. Wenn er könnte, würde er seine pädophile Neigung per Knopfdruck ausschalten, ihm sei aber klar, dass dies unmöglich sei. Herr H. berichtete außerdem über befriedigende sexuelle Erfahrungen (Oralverkehr) mit erwachsenen Männern, verneinte aber vehement eine homosexuelle Orientierung, mit der Begründung, dass er Analverkehr „ekelhaft“ empfinde.

Seine Frau habe bestürzt reagiert, als sie von den Missbrauchsfällen erfahren habe, wolle sich aber nicht von ihm trennen. Parallel zu der Gruppentherapie wurden auch 10 paartherapeutische Sitzungen durchgeführt. Beide Partner berichteten, dass sie eine befriedigende sexuelle Beziehung führen. Herr H. fantasiiere parallel aber immer Jungen in seinem Präferenzalter dazu.

Sexuelle Fantasien und sexuelles Verhalten

Über seine sexuellen Fantasien und sein sexuelles Verhalten berichtete Herr H. offen. Bei der Selbstbefriedigung

stelle er sich einen Jungen kurz vor der Pubertät vor, den er oral sexuell befriedige. Für Herrn H. sei besonders erregend, den Penis des Jungen in den Mund zu nehmen und daran bis zum Orgasmus des Jungen zu manipulieren. Als sexuell erregend empfinde er auch die Vorstellung, dass das Kind in seinen Mund urinieren. Dabei sehe er sich selbst oft als gleichaltrigen Jungen. Bei sexuellen Kontakten mit seiner Frau stelle er sich ebenso sexuelle Kontakte mit Jungen vor, damit er seine Erektion aufrechterhalten und zum Orgasmus kommen könne. Zusätzlich fantasiiere Herr H. über Oralverkehr mit erwachsenen Männern. Diesen Teil seiner Sexualität beschrieb er als „Penis-Fetisch“.

In der Gruppe berichtete Herr H. über seine sexuellen Fantasien zum größten Teil provokativ, was von der Gruppe als grenzüberschreitend empfunden wurde. Er beschrieb seine Gedanken plastisch und teilweise vulgär. Er fände es „besonders geil“, wenn der Junge „einen harten Schwanz“ habe, oder was für ein tolles Gefühl es sei, den „kleinen, süßen Schwanz“ in den Mund zu nehmen. Rückmeldungen von der Gruppe konnte Herr H. annehmen und bemühte sich, sich gruppenkonform zu verhalten. Dies gelang ihm auch in den meisten Fällen, aber er wurde immer wieder von Gruppenteilnehmern darauf hingewiesen, dass er ihre persönlichen Grenzen überschreite. Herr S. tat sich schwer damit, seine Gedanken und Gefühle, die mit den sexuellen Fantasien verbunden sind, mit Distanz zu analysieren, denn die Fantasien würden ihn „geil“ machen, weil er pädophil sei. Mehr stehe nicht dahinter. Ein Zugang zu seinen mit den Fantasien verbundenen Bedürfnissen und seiner sexuellen Orientierung blieb ihm daher verwehrt.

Akzeptanz der sexuellen Neigung

Beim Thema Akzeptanz der sexuellen Neigung zeigte sich Herr H. vordergründig offen. Er wisse schon seit langer Zeit, dass er pädophil sei. Über seine Präferenz wisse aber nur seine Ehefrau Bescheid. Herr H. tat sich schwer, die Fragen seiner Frau diesbezüglich zu beantworten, wie z.B. warum er sie geheiratet habe, wenn er gewusst habe, dass er pädophil sei, oder wie er mit ihr Sex haben könne. In den zehn paartherapeutischen Sitzungen konnte er immer freier über seine Übergriffe reden. Er konnte sich auch dazu bekennen, dass er sexuelle Kontakte mit erwachsenen Männern als befriedigend erlebe, aber er verneinte vehement eine homosexuelle Orientierung. Bis zum Ende der Therapie änderte Herr H. seine Einstellung nicht. Seine Frau berichtete, dass sie die Sexualität von Herrn H. akzeptieren könnte, soweit er sich bemühe, keinen sexuellen Kindesmissbrauch mehr zu begehen. Seine sexuellen Fantasien während des Geschlechtsverkehrs mit

ihr würde sie versuchen zu ignorieren, weil sie die Sexualität in der Beziehung auch als befriedigend empfindet.

Abgesehen von der pädophilen Neigung lehnte Herr H. zudem alle anderen Faktoren ab, die eine Rolle bei den Übergriffen gespielt haben könnten. Er könne sich nicht vorstellen, seine sexuellen Impulse auf irgendeine Art und Weise kontrollieren oder lenken zu können.

Opferempathie

Schwierigkeiten bis zum Ende der Therapie blieben auch im Bereich Opferempathie. Auf der kognitiven Ebene konnte Herr H. nachvollziehen, warum das Thema wichtig für die Risikominimierung eines Übergriffs ist, konnte aber keinen emotionalen Zugang dazu finden. Die Opferbriefe bezeichnete er in den Sitzungen als „unrealistisch“ und „übertrieben“. Beim Lesen spüre er nichts, weil er keine Parallelen mit seinen Übergriffen sehe. Er habe nie Gewalt angewendet und er habe nicht gemerkt, dass sich die Kinder unwohl fühlen. Gegenüber dem Rollenspiel, in dem er eins seiner Opfer darstellen sollte, war er im Vorhinein äußerst misstrauisch. In der Diskussion über das Rollenspiel äußerte er, dass man sich die Zeit hätte ruhig sparen können, weil er schon gewusst habe, dass er nicht empathisch sei. Er könne sich nicht vorstellen, dass sich ein Kind bei einem Missbrauch unwohl fühle und nicht „Nein“ sagen könne, vor allem, wenn der Missbrauch ohne Gewalt (wie bei ihm) stattfände. Nach dem Rollenspiel berichtete er, dass er sich in der Rolle des Opfers wohl gefühlt habe. Herr H. äußerte immer wieder den Wunsch, ein echtes Opfer „auszufragen“, damit er auch sicher sein könne, wie es einem Opfer tatsächlich ginge. Auf den Vorschlag aus der Gruppe, Literatur über Kindesmissbrauch zu lesen, reagierte Herr H. anfangs sehr ablehnend – er wolle in der Buchhandlung durch verdächtige Anfragen nach solcher Literatur nicht auffallen. Zu einem späteren Zeitpunkt berichtete Herr H., dass er im Internet Aussagen von Betroffenen gelesen habe, die ihm geholfen hätten, die Kinder zu verstehen, aber dass er immer noch nicht mit ihnen fühlen könne. Trotz seiner Schwierigkeiten mit dem Thema wollte Herr H. keinen Missbrauch mehr begehen, weil dies in Deutschland eine Straftat sei und er sich nicht strafbar machen wolle.

Kognitive Verzerrungen und Einstellungen

Mehrere Aussagen wie „Ich glaube nicht, dass jeder sexuelle Missbrauch den Kindern schadet“, „Ich möchte den Jungs gut tun“, „Ich habe mich sonst sehr gut um sie gekümmert und sie zum Angeln oder Campen mitgenommen“, „Manchen hat der sexuelle Kontakt mit mir auch

Spaß gemacht, sonst hätten sie Nein gesagt“, deuteten auf kognitive Verzerrungen, die auch bis zum Ende der Therapie weitgehend unverändert blieben. Diese missbrauchsbegünstigenden Einstellungen wurden in fast jeder Sitzung von den Therapeuten und Gruppenteilnehmern sokratisch hinterfragt. Herr H. konnte davon nicht abrücken, er behauptete immer wieder, dass er „handfeste Beweise“ brauche, dass gewaltfreie sexuelle Kontakte zwischen Kindern und Erwachsenen sich negativ auf die Kinder auswirken können.

In der Gruppe kam es immer wieder zu Konflikten, vor allem, wenn Herr H. von anderen Gruppenteilnehmern auf sein Verhalten und seine Einschätzung bezüglich Risikosituation angesprochen wurde. Herr H. begab sich immer wieder in Situationen, die von der Gruppe als höchst riskant eingeschätzt wurden: er hielt sich allein mit einem Jungen in der Gemeinschaftsdusche eines Schwimmbads auf, nahm einen Freund der Tochter, welcher seiner sexuellen Präferenz entsprach, alleine in seinem Auto mit und reparierte Fahrräder für Kinder im Viertel in seinem Keller. Herr H. konnte von praktischen Übungen und Situationsanalysen mit Verhaltensalternativen profitieren, um das Risiko für einen Übergriff zu reduzieren. Er lernte, Situationen, in denen er allein mit Kindern in seinem Präferenzschema ist, als gefährlich einzuschätzen und sie dementsprechend zu vermeiden.

Zusätzlich wurde er noch mit Paroxat (30mg) behandelt, was er als positiv empfand. Die Medikation habe ihm geholfen, seine sexuellen Impulse zu kontrollieren. Herr H. konnte für sich erkennen, dass die engen Kontakte, die er mit Kindern pflegte, ein Risiko für einen Übergriff darstellen. Mit seiner Ehefrau vereinbarte er, dass Kinder nur dann in der Wohnung übernachteten, wenn Herr H. eine Nachtschicht habe und nicht zuhause sei. Herr H. konnte am meisten von der Analyse konkreter Situationen profitieren, um dadurch Strategien zur Risikovermeidung zu entwickeln. Er lernte, sich selbst genau zu beobachten und Tagebuch zu führen. Leider konnte er mehrere Inhalte der Therapie, wie Umgang mit Gefühlen oder Opferempathie nicht nachvollziehen und deren Wichtigkeit verstehen. Emotionale Aspekte blieben für ihn bis zum Ende der Therapie unerreichbar.

Herr H. verließ die Gruppe nach 2,5 Jahren, weil er laut eigener Aussage alles schon gelernt habe und nicht mehr von den Gruppensitzungen profitieren könne. Herr H. strebt die Fortsetzung seiner Therapie bei einem niedergelassenen Therapeuten an. An den Nachsorgesitzungen nimmt er regelmäßig teil.

Fazit

Während der fünf Jahre therapeutischer Arbeit mit dem BEDIT-Manual ist in Regensburg der klinische Eindruck entstanden, dass das Programm ein hohes Maß an Intellektualität aufweist. Von der Therapie können daher am meisten Patienten profitieren, die eher überdurchschnittliche kognitive und introspektive Fähigkeiten und im Vorfeld hohe Therapiemotivation aufweisen. Das Manual bietet eine sehr solide Basis – es enthält viele Arbeitsblätter, Übungen und Hausaufgaben und es adressiert umfassend alle therapeutisch beeinflussbaren Risikofaktoren. Allerdings ist das Handeln der Therapeuten nach dem Manual sehr auf die Arbeit auf kognitiver Ebene begrenzt. Für manche Patienten stellt dies Schwierigkeiten dar. Aus diesem Grund wird in Regensburg wie auch an den anderen Standorten der Versuch unternommen, das BEDIT-Manual durch andere therapeutische Ansätze zu ergänzen. Beim Thema „Therapiemotivation“ werden Gesprächstechniken der Motivierenden Gesprächsführung (Miller et al., 2005) angewandt, die zur Erhöhung der Eigenmotivation von Menschen dienen, problematisches Verhalten zu ändern. Der therapeutische Ansatz des „Good Lives Model“ (Ward, 2002; Ward, 2002a) wird von Patienten hoch geschätzt, da für viele das Erlangen von Lebenszufriedenheit in der Therapie ein wichtiges Ziel darstellt. Bei den Themen „Wahrnehmung“ und „Gefühle“ zeigten sich Übungen aus der Achtsamkeitstherapie (Brown & Ryan, 2003) und der Emotionsfokussierten Therapie (Greenberg, 2006) als besonders hilfreich.

Zusammenfassend kann das BEDIT-Manual bedenkenlos bei der Therapie von Menschen mit pädophiler Neigung angewandt werden. Allerdings ist aus unserer Sicht empfehlenswert, die therapeutischen Methoden durch weitere Ansätze zu erweitern, um zu gewährleisten, dass die Patientengruppen bestmöglichst von der Präventionstherapie profitieren können.

Literatur

- Brown, K.W., Ryan, R.M., 2003. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 84 (4), 2003, 822–848, doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
- Greenberg, L.S., 2006. Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*. DOI:10.1002/jclp.20252.
- Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, 2013. The Berlin Dissexuality Therapy Program (BEDIT). Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Berlin.
- Miller, W.R., Rollnick, S., 2005. Motivierende Gesprächsführung. 2., völlig überarb. Aufl. Lambertus, Freiburg. (Original: Motivational interviewing. Preparing people for change. Guilford Press, New York, 2002).
- Ward, T., 2002. Good lives and the rehabilitation of sexual offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior* 7, 513–528.
- Ward, T., 2002a. The management of risk and the design of good lives. *Australian Psychologist* 37, 172–179.

AutorInnen

Dipl. Psych. Petya Schuhmann, MSc. Psych. Jessica Diener, Dipl. Psych. Marion Dörfler, Dr. Dipl. Psych. Janina Neutze, Prof. Dr. Michael Osterheider, Universität Regensburg, Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstraße 84, D-93053 Regensburg, e-mail: petya.schuhmann@medbo.de

Das Präventionsprojekt Dunkelfeld – Erste Ergebnisse und Ausblick

Klaus M. Beier, Gerold Scherner, Laura F. Kuhle, Till Amelung

Prevention Project Dunkelfeld – First Results and Prospects for the Future

Abstract

The *Prevention Project Dunkelfeld* (PPD) was founded in 2005 at the Institute of Sexology and Sexual Medicine at the Charité – Universitätsmedizin Berlin and has since expanded into the network *Kein Täter werden* with 10 additional sites in Germany. It offers diagnostic and therapeutic treatment to pedophilic and hebephilic individuals in the so-called Dunkelfeld, who on a self-motivated basis seek help in gaining control over their sexual impulses. This article presents and discusses the results of the first extensive evaluation of the project. It draws the balance of the first ten years and indicates future directions.

Keywords: Child protection, Child sexual abuse, Child abusive images, Preventive treatment, Pedophilia, Hebephilia

Zusammenfassung

Das 2005 am Institut für Sexualmedizin der Charité initiierte *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD), das sich mittlerweile zu dem Netzwerk *Kein Täter werden* mit 10 weiteren Standorten in Deutschland expandiert hat, bietet pädophilen und hebephilen Menschen im Dunkelfeld, die selbstbestimmt und -motiviert verantwortungsvoll mit ihren sexuellen Impulsen umgehen wollen, therapeutische Hilfe an. Der Text gibt die Resultate einer ersten detaillierten Evaluation wieder, diskutiert die gefundenen Ergebnisse und zieht eine Zwischenbilanz aus der Arbeit der letzten 10 Jahre. Der Artikel endet mit einem Ausblick über neue Arbeitsgebiete. **Schlüsselwörter:** Kinderschutz, sexueller Kindesmissbrauch, Missbrauchsabbildungen von Kindern, präventive Therapie, Pädophilie, Hebephilie

Erste Ergebnisse zu den Behandlungseffekten

In einer ersten detaillierten Untersuchung ist am Berliner Standort des *Präventionsnetzwerkes Kein Täter werden* die Effektivität des Behandlungsprogramms analysiert worden (Beier et al., 2015). Unter Anwendung eines nicht- randomisierten Wartelisten-Kontrolldesigns wurden mehrfach Daten der Behandlungsgruppe (n = 53) und der Warte-Kontrollgruppe (n = 22) erhoben.

Wie Tab. 1 zeigt, waren die Teilnehmer der Warte- gruppe durchschnittlich jünger und wiesen häufiger eine hebephile Neigung auf; in anderen soziodemographischen Merkmalen unterschieden sie sich allerdings nicht von der Gruppe, die an der Therapie teilgenommen hatte.

Es wurde angenommen, dass sich die vorab identifizierten, dynamischen Risikofaktoren und das sexuelle Missbrauchsverhalten in der Behandlungsgruppe signifikant verbessern, wohingegen in der Kontrollgruppe keine Veränderungen auftreten würden. In Bezug auf die Veränderung der dynamischen Risikofaktoren entsprachen die Ergebnisse insgesamt den angenommenen Veränderungen. Nach der Behandlung empfanden die Teilnehmer nach eigenen Angaben und statistisch bedeutsam weniger Einsamkeit, zeigten weniger emotionsorientierte Bewältigungsstrategien (Coping), weniger Defizite in der emotionalen Opferempathie, weniger missbrauchsbegünstigende Einstellungen, weniger Selbstwirksamkeitsdefizite sowie weniger sexuelle Voreingenommenheit (vgl. Tab. 2).

Diese Effekte zeigten sich auch unter Bezugnahme auf die vorangegangene Deliktbelastung – entweder ausschließliche Nutzung von Missbrauchsabbildungen, ausschließliche sexuelle Übergriffe auf Kinder oder beide Delikte bzw. keine Übergriffe bisher (vgl. Tab. 3). Dies entspricht auch Forschungs-Ergebnissen zur Veränderbarkeit dynamischer Risikofaktoren durch therapeutische Interventionen bei Sexualstraftätern im Hellfeld (Beggs & Grace, 2011; Edwards et al., 2012; O'Reilly et al., 2010; Wischka, 2013).

Die Evaluation zum (wiederholten) sexuellen Übergriffsverhalten zeigte, dass in Bezug auf den sexuellen Kindesmissbrauch kein erstmaliger berichtet wurde (vgl.

Tabelle 1: Sozio-demographische und sexuologische Variablen, sowie bisheriges Deliktverhalten, in der Therapiegruppe und der Kontrollgruppe bei der Erstvorstellung

Demographische Daten	Therapiegruppe (n = 53)	Kontrollgruppe (n = 22)	df	χ^2	p
Soziodemographische Daten (%)					
Alter ^a (SD)	38.46 (9.99)	33.14 (11.12)	1	4.05*	.048 ^a
Schulbildung in Jahren > 10	27 (54.0)	13 (59.1)	1	0.16	.689
Berufstätig	38 (76.0)	18 (81.8)	1	0.29	.584
Ledig	31 (62.0)	14 (63.6)	1	0.02	.895
Elternschaft	17 (34.0)	8 (36.4)	1	0.04	.846
Sexuelle Ausrichtung (%)			1	3.90*	.048
Pädophilie	41 (77.4)	12 (54.5)			
Hebephilie	12 (22.6)	10 (45.5)			
Sexuelle Orientierung (%)			2	3.05	.218
Auf das männliche Geschlecht	27 (50.9)	8 (36.4)			
Auf das weibliche Geschlecht	24 (45.3)	11 (50.0)			
Auf beide Geschlechter	2 (3.8)	3 (13.6)			
Bisheriges Deliktverhalten (%)			3	2.66	.391
Nicht übergriffig	12 (22.6)	4 (18.2)			
Exkl. sex. Kindesmissbrauch	9 (17)	1 (4.5)			
Exkl. Nutzung Missbrauchsabb.	14 (26.4)	7 (31.8)			
Beide Delikte	18 (34.0)	10 (45.5)			
Strafrechtlich bekannt (%)					
Nutzung Missbrauchsabb.	4 (7.5)	1 (4.5)	1	0.23	.635
Sexueller Kindesmissbrauch	7 (13.2)	-	1	3.21	.073

Anmerkung: F^a-Statistik: F-Wert und χ^2 -Statistiken erreichten Signifikanz mit *p < .05.

Tab. 4). Somit haben die bisher nicht übergriffigen Teilnehmer, die Unterstützung bei ihrer Verhaltenskontrolle gesucht haben, auch weiterhin keinen sexuellen Übergriff begangen. Allerdings gaben fünf der 53 Therapie- teilnehmer bzw. der 25 Teilnehmer, die bereits früher einen sexuellen Kindesmissbrauch begangen hatten, erneute sexuelle Übergriffe während der Therapie an. Diese Übergriffe wurden von den Teilnehmern im Verlauf der Therapie nicht offenbart, sondern erst in der Fragebogen- testung zum Abschluss eingeräumt.

In der Nachevaluation zeigte sich, dass die Schwere und die Häufigkeit des persistierenden Übergriffverhaltens im Vergleich zum Missbrauchsverhalten vor der Therapie abgenommen hatten. Die Kontrollgruppe zeigte dazu im Vergleich nach einem Jahr ohne Therapie statis-

tisch bedeutend mehr sexuelles Übergriffsverhalten, als die Gruppe der therapierten Männer (vgl. Tab. 5).

In Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen gaben 91% der Teilnehmer, die bereits vor der Therapie Missbrauchsabbildungen konsumiert hatten, eine fortgesetzte Nutzung an (vgl. Tab. 4). Nur ein kleiner Teil konnte therapeutisch erreicht werden, wobei diejenigen, die sie weiter nutzten, die Häufigkeit der Nutzung und die Schwere der genutzten Materialien reduzierten, indem sie weniger Bildinhalte konsumierten, auf denen sexuelle Handlungen zu sehen waren (Kuhle et al., 2013).

Tabelle 2: Intra- und Intergruppenvergleich dynamischer Risikofaktoren und sexuellen Verhaltens hinsichtlich Minderjähriger in Therapie- (TG) und Kontrollgruppe (KG) vor (prä) und nach (post) der Therapie

Dynamische Risikofaktoren	Therapiegruppe (n = 53)			Kontrollgruppe (n = 22)			Prä	Post
	prä	post	Z ^a	prä	post	Z ^a	Z ^b	Z ^b
	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)			
Emotionale Defizite								
Selbstwertdefizite	26.02 (6.26)	28.81 (6.19)	-2.72**	30.13 (6.46)	31.42 (6.39)	-1.21	-2.14*	-1.43
Einsamkeit	50.87 (11.27)	47.00 (12.79)	-2.62**	45.36 (11.79)	46.09 (11.40)	-0.66	-1.93	-0.21
Feindlichkeit gegenüber Frauen	41.17 (5.25)	40.21 (4.55)	-1.92	40.27 (5.97)	40.27 (6.03)	0.00	-0.69	-0.18
Emotionsorientiertes Coping	27.58 (5.50)	26.15 (5.75)	-2.27*	23.00 (5.36)	23.68 (4.66)	-0.64	-3.22**	-1.79
Emotionale Kongruenz	17.98 (6.48)	17.92 (6.90)	-0.61	18.46 (5.58)	18.33 (8.68)	-0.65	-0.28	-0.29
Tatbegünstigende Kognitionen								
Defizite der emotionalen/kognitiven Opferempathie	48.16 (18.36)	42.64 (16.99)	-2.16*	52.45 (18.97)	50.48 (22.17)	-0.77	-0.96	-1.30
Kognitive Defizite d. Opferempathie	68.80 (29.07)	63.34 (25.37)	-1.32	77.91 (28.52)	84.70 (33.76)	-1.43	-1.37	-2.62**
Kindesmissbrauch begünstigende Einstellungen	70.88 (17.11)	63.30 (16.68)	-4.47**	74.73 (19.33)	72.50 (19.50)	-0.10	-0.46	-1.80
Sexuelle Selbstregulationsdefizite								
Selbstwirksamkeitserwartungsdefizit	40.89 (13.26)	37.28 (13.89)	-2.49*	38.36 (9.58)	40.41 (16.76)	-0.28	-0.69	-0.71
Sexualisiertes Coping	27.33 (8.54)	26.26 (7.71)	-0.80	26.45 (8.66)	25.55 (8.29)	-1.01	-0.33	-0.41
Sexuelle Voreingenommenheit	10.74 (4.26)	9.36 (4.08)	-2.44*	9.82 (4.17)	9.95 (3.79)	-0.18	-0.72	-0.77
Selbstdarstellung	33.10 (10.76)	32.23 (8.76)	-0.28	33.10 (10.76)	37.33 (7.12)	-0.14	-1.22	-1.57
Kürzliches Missbrauchsverhalten insg.	1.14 (.45)	1.02 (.10)	-1.84	1.11 (.27)	1.11 (0.30)	0.00	-0.33	-1.63
Kürzl. Nutzung v. Missbrauchsabb. insg.	1.32 (.55)	1.43 (.63)	-1.61	1.48 (.67)	1.60 (0.63)	-0.92	-0.89	-1.27

Anmerkungen: TG = Therapiegruppe, KG = Kontrollgruppe; höhere Werte bedeuten größere Defizite, gewünscht ist eine Verringerung der Werte.

^a Intragruppenvergleich: Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, Z-Werte basieren auf positiven oder negativen Rangwerten, asymptotische Signifikanz (zweiseitig) sind bei * $p < .05$ and ** $p < .01$ signifikant für den Z-Wert.

^b Intergruppenvergleich TG vs. KG zum prä- und post-Zeitpunkt: Mann-Whitney U-Tests; Z-Werte sind signifikant bei * $p < .05$ and ** $p < .01$ (asymptotische Signifikanz; zweiseitig).

Tabelle 3: Veränderung dynamischer Risikofaktoren vor (prä) und nach (post) der Therapie, gruppiert nach bisherigem Deliktverhalten

	Kein Delikt (n = 12)			Exkl. Nutzung von Missbrauchsabbildungen (n = 16)			Exkl. sex. Kindesmissbrauch (n = 9)			Beide Delikte (n = 16)		
	prä	post	Z	prä	post	Z	prä	post	Z	prä	post	Z
Emotionale Defizite												
Selbstwertdefizite	26.50 (6.90)	28.90 (6.62)	-1.10	25.18 (7.14)	28.78 (7.31)	-1.06	30.22 (4.58)	31.33 (4.24)	-1.02	27.63 (6.97)	29.75 (6.29)	-1.93
Einsamkeit	50.43 (10.76)	48.13 (11.17)	-1.56	48.78 (12.94)	48.04 (12.75)	-0.70	46.56 (9.11)	46.40 (9.50)	-0.56	50.00 (11.10)	47.08 (11.45)	-2.16*
Feindlichkeit gegenüber Frauen	39.64 (4.89)	40.63 (4.21)	-0.05	39.61 (5.16)	38.52 (4.55)	-0.99	42.11 (6.35)	42.80 (5.87)	-0.24	42.35 (5.65)	40.33 (5.33)	-2.37*
Emotionsorientiertes Coping	25.43 (6.69)	25.75 (5.93)	-1.07	25.48 (5.72)	25.75 (5.77)	-0.21	26.78 (6.98)	24.30 (6.17)	-1.54	27.40 (5.78)	25.29 (5.17)	-1.87
Emotionale Kongruenz	58.14 (6.72)	59.10 (4.63)	-0.98	58.47 (4.81)	58.67 (6.50)	-1.22	56.78 (8.07)	55.56 (6.91)	-0.28	59.12 (6.50)	58.00 (8.96)	-0.56
Tatbegünstigende Kognitionen												
Emot. Defizite d. Opferempathie	47.79 (19.09)	41.44 (16.99)	-0.53	49.73 (17.12)	45.71 (18.97)	-0.04	37.44 (10.30)	44.80 (12.77)	-1.96*	52.40 (22.28)	45.00 (21.81)	-3.68***
Kogn. Defizite d. Opferempathie	60.93 (26.65)	59.56 (27.66)	-0.89	66.36 (27.71)	65.52 (31.08)	-0.43	71.78 (30.15)	63.40 (19.33)	-0.98	84.20 (31.01)	79.35 (27.98)	-1.27
Kindesmissbr. begünst. Einstellung	66.79 (12.94)	64.38 (19.92)	-1.89	70.96 (15.54)	64.96 (14.75)	-2.55*	73.56 (23.32)	61.30 (20.77)	-2.38*	77.15 (20.65)	68.58 (17.67)	-2.12*
Sexuelle Selbstregulationsdefizite												
Selbstwirksamkeitserwartungsdefi.	41.69 (13.52)	36.06 (15.65)	-1.68	39.70 (9.42)	35.58 (11.48)	-1.26	38.00 (15.85)	43.20 (17.48)	-0.70	40.45 (12.57)	37.09 (10.42)	-2.51*
Sexualisiertes Coping	27.21 (11.41)	27.38 (7.92)	-0.83	28.48 (7.37)	26.33 (7.11)	-1.33	23.67 (6.30)	23.50 (6.84)	-0.77	25.40 (8.77)	25.75 (9.09)	-0.13
Sexuelle Voreingenommenheit	2.36 (1.20)	2.25 (0.91)	-1.53	2.72 (0.87)	2.49 (0.98)	-0.49	2.47 (1.11)	2.25 (1.20)	-0.10	2.74 (1.33)	2.43 (1.06)	-2.11*

Anmerkungen: TG = Therapiegruppe, KG = Kontrollgruppe; höhere Werte bedeuten größere Defizite, gewünscht ist eine Verringerung der Werte.

Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, Z-Werte basieren auf positiven oder negativen Rangwerten, asymptotische Signifikanzen (zweiseitig) sind bei * $p < .05$ and ** $p < .01$ signifikant für jeden Z-Wert.

Diskussion

Die bisher erhobenen Daten geben einen Einblick in die ausgeprägte Deliktbelastung der Inanspruchnahmepopulation und in ihre Rezidivität im Dunkelfeld. Die Mehrheit der Teilnehmer hatte bereits Missbrauchsabbildungen genutzt und etwa die Hälfte sexuellen Kindesmissbrauch begangen. Der deutlich größere Teil ist für diese Taten strafrechtlich nicht belangt worden. Diese Daten unterstreichen die Bedeutung des Dunkelfeldes sowie die Wichtigkeit gerade hier therapeutisch anzusetzen.

Die Ergebnisse zur Rückfallrate des sexuellen Kindesmissbrauchs und zur Nutzung von Missbrauchsabbildungen sind schwer zu interpretieren, da es keine Vergleichszahlen zum Tatverhalten im Dunkelfeld nach Therapien gibt. Studien zur Rückfälligkeit im Hellfeld zeigen, dass 13.7% der Sexualstraftäter in einem Rahmen von 5–7 Jahren erneut mit einem Sexualdelikt strafrechtlich auffällig werden (Hanson & Morton-Bourgon, 2005), während nur sehr selten, nämlich in 3,4% der Fälle, Nutzer von Missbrauchsabbildungen erneut verurteilt werden (vgl. Seto et al., 2011).

Hier liegt auch der entscheidende Unterschied: Studien zur Rückfälligkeit im Hellfeld berichten ausschließlich Zahlen von wiederholten Straftaten, die strafrechtlich verfolgt

Tabelle 4: Rückfälligkeit und Erstdelikte hinsichtlich Kindesmissbrauch und Nutzung v. Missbrauchsabbildungen in der Behandlungs- (TG n = 53) bzw. Wartezeit (KG n = 22), in Abhängigkeit vom bisherigen Deliktverhalten

	sex. Kindesmissbrauch jemals		kein sex. Kindesmiss- brauch		Nutzung v. Miss- brauchsabbildungen jemals		keine Nutzung v. Missbrauchs- abbildungen	
	TG (n = 25)	KG (n = 10)	TG (n = 28)	KG (n = 12)	TG (n = 32)	KG (n = 17)	TG (n = 21)	KG (n = 5)
Rückfall	5 (20%)	3 (30%)	-	-	29 (91%)	13 (76%)	-	-
Kein Rückfall	20 (80%)	7 (70%)	28 (100%)	12 (100%)	3 (9%)	4 (24%)	16 (76%)	4 (80%)
Erstdelikte	-	-	0 (0%)	0 (0%)	-	-	5 (24%)	1 (20%)
Strafrechtlich bekannte Taten	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Anmerkung: Der χ^2 -Test ergab keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Rückfallquote und der Erstdelikte zwischen TG und KG.

Tabelle 5: Häufigkeit und Schweregrad des Kindesmissbrauchs in den letzten sechs Monaten, ermittelt zum Zeitpunkt nach der Therapie, bei TG und KG

	Therapiegruppe (n = 52)		Kontrollgruppe (n = 22)		χ^2 (df=1)	Exakter Fisher-Test
	Nie	Wenige Male	Nie	Wenige Male		
Sexueller Körperkontakt	50 (96%)	2 (4%)	19 (90%)	2 (10%)	0.931	
Sexuelle Aktivitäten vor einem Kind	52 (100%)	0 (0%)	19 (90%)	2 (10%)	5.092*	p = 0.08
Sexuelle Erregung mit einem Kind	51 (98%)	1 (2%)	18 (86%)	3 (14%)	4.416*	p = 0.07

Anmerkung: Der χ^2 -Test ergab signifikante Unterschiede bei * p < 0.05.

wurden. Hinsichtlich justizbekannter Rückfälligkeit liegt die Rückfallrate in der untersuchten Stichprobe des Präventionsprojekts aber bei 0% für den sexuellen Kindesmissbrauch und ebenso bei 0% für Delikte im Zusammenhang mit der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, auch wenn diese Aussagen nicht auf der Grundlage einer (im Dunkelfeld methodisch kaum möglichen) Einsichtnahme in das Bundeszentralregister erfolgten, sondern auf Selbstauskünften beruhten.

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 sie zu bestätigen, wären weitere Forschungen mit größeren Stichproben und längeren Follow-Up-Zeiträumen notwendig. Festzuhalten ist jedoch, dass es für pädophile/hebephile Menschen auch nach dem Abschluss von Therapieprogrammen niedrigschwelliger Nachsorgeangebote bedarf, welche die erforderlichen Therapieoptionen einschließlich impulsdämpfender Medikamente bereithalten, um in Risikosituationen oder kritischen Lebensphasen zeitnah und adäquat Hilfe leisten zu können.

Zukünftig sollte der Präventionsansatz des Netzwerks *Kein Täter werden* flächendeckend bundesweit als Leistung der Krankenkassen vorgehalten werden, wie dies von der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag im Februar 2015 gefordert wurde.

Die systematische Erfassung der sexuellen Viktimisierung von Kindern und deren Verursachern, die justiziell nicht bekannt werden, steht wissenschaftlich noch am Anfang. Bisherige Erkenntnisse zum sexuellen Kindesmissbrauch, der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und der Pädophilie/Hebephilie stammen primär aus forensischen Stichproben bereits verurteilter Sexualstraftäter. Das Präventionsnetzwerk leistet hier einen Beitrag, indem die Übertragung der bereits gewonnenen Erkenntnisse vom Hellfeld auf das Dunkelfeld untersucht wird. Es sollte hier mehr auf Synergie-Effekte gesetzt werden und nicht auf Abgrenzung – Hellfeld gegen Dunkelfeld (vgl. König, 2015). Forensische und sexologische Forschung zur sexuellen Viktimisierung und Traumatisierung von Kindern kann ebenfalls von den Einblicken in das Dunkelfeld profitieren.

Befürchtungen, die darauf hinauslaufen, dass mit dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* eine Pathologisierung – und damit verknüpft eine Dekulpierung – von Menschen mit pädophiler Neigung erfolgen würde, sind verständlich, lassen sich fachlich aber nicht untermauern: Eine psychische Störung, wie auch die Pädophilie, wirkt sich nicht per se auf die Schuldfähigkeit aus. In den allermeisten Fällen ist die volle strafrechtliche Verantwortlichkeit gegeben, bei den Nutzern von Missbrauchsabbildungen praktisch immer. Die soziale Entstigmatisierung der Pädophilie ist dennoch ein gesellschaftlich sinnvolles Ziel, weil sie die Breite der menschlichen Sexualität anerkennt und die Wahrscheinlichkeit verringert, dass Menschen mit pädophiler Neigung vereinsamen und dann Missbrauchsabbildungen nutzen oder Missbrauchshandlungen begehen. Dass für strafbare Handlungen die Täter die volle Verantwortung übernehmen müssen, steht dabei außer Frage und nicht im Widerspruch zur Prävention bei gleichzeitiger Bewusstmachung gesellschaftlicher und institutioneller Mechanismen, welche geeignet sind (oder waren), einen Kindesmissbrauch zu begünstigen. Wie zumeist, ist hier das „entweder – oder“ nicht zielführend, sondern das „sowohl – als auch“.

Ausblick

Die bisherigen Erfahrungen des *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* machen hinreichend deutlich, dass nicht nur in Berlin, sondern bundesweit therapeutische Präventionsangebote von Hilfe suchenden pädophilen und hebephilen Menschen in Anspruch genommen werden. Damit entsteht die Chance für einen Kinderschutz, der sich primär präventiv auswirken kann.

Gleichwohl legen die Daten auch nahe, dass es für pädophile und hebephile Menschen im Dunkelfeld unterschiedliche therapeutische Bedürfnisse und Therapieziele gibt. Die Ergebnisse zeigen, dass perspektivisch weitere spezifische Therapieansätze auf ihre Wirksamkeit hin erforscht werden müssen – z.B. Ansätze aus der Suchttherapie und medikamentöse Therapieoptionen.

Das 2014 angelaufene *Präventionsprojekt Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ), das Jugendlichen mit einer auf das kindliche Körperschema gerichteten sexuellen Präferenzbesonderheit Hilfe anbietet, und die Mitarbeit im Forschungsprojekt über die neurobiologischen Grundlagen von Pädophilie

und sexuellem Kindesmissbrauch (NeMUP) – siehe die Beiträge in diesem Heft – versprechen neue Einblicke in die Phänomene Pädophilie/Hebephilie und des sexuellen Missbrauchs von Kindern.

Massgebend für die weitere Arbeit der Präventionsprojekte ist die Abänderung der Kennzeichnung der pädophilen Präferenzproblematik in den internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5, die sie jetzt als ‚psychische Störung‘ führen. Notwendig sind die Bezeichnungen ‚von hoher Stabilität‘ und ‚mit überdurchschnittlicher psychischer Symptombelastung verbunden‘, womit eine Zuständigkeit des Gesundheitssystems gegeben wäre.

Literatur

- Beggs, S.M., Grace, R.C., 2011. Treatment gain for sexual offenders against children predicts reduced recidivism: A comparative validity study. *Journal of Consultation of Clinical Psychology* 79, 182–92.
- 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. *Journal of Sexual Medicine* 12 (2), 529–542.
- 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.
- 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.
- König, A., 2015. „Kein Täter werden“ – keine Effekte? *Forens. Psychiatr. Psychol. Kriminol.* 9, 117–119.
- 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.
- 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.
- Seto, M.C., Hanson, R.K., Babchishin, K.M., 2011. Contact sexual offending by men with online sexual offenses. *Sex Abuse* 23, 124–45.
- Wischka, B., 2013. Das Behandlungsprogramm für Sexualstraf-täter (BPS-R): Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. *Recht & Psychiatrie* 31, 138–145.

AutorInnen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Dipl. Psych. Gerold Scherner, Dipl. Psych. Laura F. Kuhle, Till Amelung, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de

Neurobiologische Grundlagen von Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch – der Forschungsverbund NeMUP

Till Amelung, Klaus M. Beier

Neurobiological Mechanisms underlying Pedophilia and Child Sexual Abuse – the Research Collaboration NeMUP

Abstract

Neurobiological and neuropsychological research on the etiology of pedophilia and sexual abuse of children is still in the initial stage. The existing studies have suffered from a variety of methodological shortcomings and yielded inconsistent results. It was not until the establishment of the *Prevention Project Dunkelfeld*, that a sample of non-offending pedophiles and pedophiles who only consume child pornography has become available for systematic assessment. Prior research could not provide a clear distinction between pedophilia and child sexual offending. The research collaboration *Neurobiological Mechanisms underlying Pedophilia and Child Sexual Abuse* (NeMUP), funded by the *Federal Ministry of Education and Research*, aims to clarify this difference by studying pedophilia and child sexual abuse in a two-by-two-factorial design. With Berlin, Essen, Hannover, Kiel and Magdeburg, the collaboration unites five institutions prominent in research on pedophilia. Within the research project, high-resolution structural and functional brain imaging techniques are combined with standardized clinical, psychological and neuropsychological measures and endocrinological and (epi-)genetic data. The results will provide deeper insight into sexual preference and behavioral disorders, allowing for further improvement of preventive therapy and diagnostics.

Keywords: Pedophilia, Child sexual abuse, Etiology, Neurobiology, Quantitative Imaging Research, Endocrinology, Genetics

Zusammenfassung

Die Grundlagenforschung zur Ätiologie von Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch befindet sich noch im Anfangsstadium, v.a. weil sich mittels der wenigen empirischen Daten nicht hinreichend zwischen beiden Phänomenen unterscheiden ließ. Erst durch die Etablierung des *Präventionsprojektes Dunkelfeld* ist eine Stichprobe pädophiler

Männer, die bislang noch keine sexuellen Übergriffe begangen oder ausschließlich Missbrauchsabbildungen genutzt haben, der systematischen Forschung zugänglich geworden. Studien außerhalb dieses Kontextes vermochten meistens nicht, Pädophilie und sexuellen Kindesmissbrauch zu differenzieren. Das vom *Bundesministerium für Bildung und Forschung* geförderte Verbundprojekt *Neurobiological Mechanisms underlying Pedophilia and Child Sexual Abuse* (NeMUP) zielt darauf ab, mit einem zwei-mal-zwei-faktoriellen Design diese beiden Phänomene klar zu trennen. Es wird an fünf Standorten durchgeführt (Berlin, Essen, Hannover, Magdeburg und Kiel) und kombiniert moderne bildgebende Verfahren zur Erforschung von Hirnfunktion und -struktur mit standardisierten klinischen Verfahren und endokrinen sowie (epi-)genetischen Methoden. Die Ergebnisse sollen einen tieferen Einblick in die Ätiologie sexueller Präferenz- und Verhaltensstörungen ermöglichen und Diagnostik und Therapie verbessern.

Schlüsselwörter: Pädophilie, sexueller Kindesmissbrauch, Ätiopathogenese, Neurobiologie, quantitative Bildgebung, Endokrinologie, Genetik

Hintergrund

Die öffentliche Debatte über sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen hat in den vergangenen Jahren zu einer Intensivierung von Forschungsbemühungen mit Blick auf Opfer und Täter geführt. Von besonderem Interesse für die Prävention sind hierbei Untersuchungen, die ein besseres Verständnis der Ursachen fremdgefährdenden Sexualverhaltens ermöglichen. Dies betrifft insbesondere die Pädophilie als einen wichtigen Risikofaktor für (auch wiederholt begangenen) sexuellen Kindesmissbrauch.

Die Erforschung der neurobiologischen Grundlagen der Pädophilie (als einer sexuellen Präferenzbesonderheit) und ihres Zusammenhangs mit sexuellen Übergriffen auf Kinder (als einer Verhaltensstörung) ist lange Zeit vernachlässigt worden. Alle bisherigen Erkenntnisse stammen zudem aus dem Hellfeld, also aus Untersuchungen an verurteilten Sexualstraftätern, die Kinder missbraucht hatten. Unbekannt ist daher, inwiefern sich die

gefundenen Faktoren auch auf Menschen mit Pädophilie übertragen lassen, die entweder keine sexuellen Übergriffe begehen oder falls doch, die der Strafverfolgung bislang entgangen sind (Dunkelfeld). Darüber hinaus ist in vielen Untersuchungen nur unzulänglich spezifiziert, inwieweit dem sexuellen Missbrauchsverhalten eine Pädophilie zugrunde liegt. Andere Details zur sexuellen Präferenz, wie Exklusivität oder die Orientierung auf das männliche und/oder weibliche Geschlecht finden sich noch seltener. Damit lassen sich nur eingeschränkt Rückschlüsse auf Ätiologie und Pathopsycho-/physiologie der Pädophilie ziehen (Mohnke et al., 2014; Tenbergen et al., 2015).

Stand der Forschung

Auf der Grundlage von Ergebnissen aus Untersuchungen an verurteilten Sexualstraftätern (Hellfeld) skizzierte Quinsey 2003 ein „neuro-hormonales“ Modell zur Ätiologie der Pädophilie. Demnach weisen verschiedene Befunde auf Entwicklungsbesonderheiten in der Ätiologie der Pädophilie hin: Die deutliche Geschlechterverteilung, nach der Pädophilie bei Frauen äußerst selten nachgewiesen werden kann; die größere Häufigkeit einer sexuellen Orientierung auf das männliche Geschlecht bei pädophilen im Vergleich zu teleiophilen Männern (i.e. denjenigen, die eine sexuelle Ansprechbarkeit für das erwachsene Körperschema aufweisen); die größere Häufigkeit von Nicht-Rechtshändigkeit, und ein im Mittel niedrigerer IQ (Quinsey, 2003). Quinseys Review weist darüber hinaus darauf hin, dass Unterschiede bezüglich Entwicklungs- und Opfervariablen zwischen den auf Jungen und den auf Mädchen orientierten Pädophilen gefunden wurden.

Zur neurobiologischen Seite des Modells von Quinsey sind erste Daten publiziert worden. Tenbergen und Mitarbeiter fassen die verfügbare Literatur zu behavioralen Untersuchungen neurobiologischer Defizite dahingehend zusammen, dass sie Belege für frontale, temporale oder frontotemporale Beeinträchtigungen bei pädophilen Sexualstraftätern herausstellen (Tenbergen et al., 2015). In einer früheren Review identifizierten Mohnke und Mitarbeiter eine Reihe von Einzelfallstudien von sexuellem Verhalten mit Kindern nach neurobiologischen Läsionen in Bereichen des Zwischenhirns, Hypothalamus und Thalamus, des Orbitofrontalcortex, des Temporallappens und des Striatums (Mohnke et al., 2014). Während sich ähnliche Befunde in quantitativen MRT-Studien zu hirnstrukturellen Veränderungen wiederfinden, sind diese Ergebnisse untereinander uneinheitlich und fußen häufig nur auf geringen Fallzahlen (Poeppl et al., 2013; Schiffer et al., 2007; Schiltz et al., 2007).

MRT-Methoden in der Hirnforschung

Magnetresonanztomographie (MRT) ist ein bildgebendes Verfahren, das ohne Röntgenstrahlung arbeitet. Das bildgebende Prinzip der Beeinflussung von sogenannten Spin-Achsen von Wasserstoffmolekülen im Körper gilt nach dreißig Jahren intensiver Nutzung als unschädlich für die Gesundheit und eignet sich insbesondere zur detaillierten Darstellung unterschiedlicher Weichteilgewebe im Körper. Die Spin-Achse der Wasserstoffmoleküle des Körpers wird dabei durch ein starkes statisches Magnetfeld zunächst homogenisiert und anschließend kontrolliert ausgelenkt. Die für die Bildgebung erforderlichen Magnetfeldstärken werden in supraleitenden Spulen erzeugt. Hochauflösende Scanner, wie sie im NeMUP-Projekt zum Einsatz kommen, erreichen dabei Feldstärken von drei bis sieben T (sprich: Tesla; zum Vergleich: Das Erdmagnetfeld in Mitteleuropa hat eine durchschnittliche Stärke von etwa 50 μ T, d.h. 0,00005 T). Dabei ermöglichen höhere Feldstärken prinzipiell höher auflösende Bilder.

Die Differenzierung unterschiedlicher Gewebe wird ermöglicht durch die unterschiedlich leichte Auslenkbarkeit der Wasserstoffmoleküle. Der Zeitpunkt der Signalerfassung, in der Fachsprache als Tx bezeichnet, bestimmt dabei die Gewichtung der Gewebesignale im erzeugten Bild. Grundsätzlich lassen sich mit unterschiedlichen Gewichtungen in der MRT sowohl die Hirnstruktur als auch die Hirnfunktion untersuchen. **T1-gewichtete** Bilder lassen fettreiches Gewebe wie das Hirngewebe Signal intens erscheinen. Dabei erzeugt die graue Substanz des Gehirns (die Zellkörper der Nervenzellen, vor allem in Bereichen der Hirnrinde, dem Kortex zu finden) ein klar von der weißen Substanz (Nervenfaser) abzugrenzendes Signal. Krankhafte Veränderungen der grauen Substanz gehen dabei mit verringertem Volumen, verringerter kortikaler Dicke oder geringer ausgeprägter Furchung des Gehirns einher. In der **funktionellen MRT** wird mit der sogenannten **T2*-Gewichtung** über desoxygeniertes Hämoglobin der Sauerstoffverbrauch im Gewebe erfasst, im Gehirn entsprechend der Hirnaktivität. Abweichend hiervon werden bei der **Diffusionstensor gewichteten MRT (DTI)** die magnetische Auslenkung so programmiert, dass die Messergebnisse Aussagen über das Diffusionsverhalten der Wasserstoffmoleküle zulassen. Dieses Messverfahren ist besonders zur Untersuchung der weißen Hirnsubstanz geeignet: Hier befinden sich hochorganisierte Nervenfaserbündel auf kleinem Raum. Durch den hohen Fettgehalt der Nervenseiden können Wassermoleküle sich hier vor allem nur entlang der Nervenfaserbündel diffundieren. Sind einzelne Nervenfaserbündel krankhaft verändert, detektiert die MRT eine Zunahme ungerichteter Diffusion.

Die Studie mit der größten Fallzahl findet dabei keinerlei Veränderungen der grauen Substanz (Cantor et al., 2008), i.e. den Zellkörpern der Nervenzellen, vor allem in Bereichen der Hirnrinde, dem Kortex (vgl. Kasten). Die von Cantor und Mitarbeitern (2008) identifizierten Veränderungen der weißen Substanz sind angesichts der untersuchten T1-gewichteten MRT-Aufnahmen nur mit großen Vorbehalten zu interpretieren. Eine Untersuchung der Integrität der weißen Substanz mit einer angemesseneren Methode wie der Diffusions-Tensor gewichteten MRT ist bislang nicht publiziert (vgl. Kasten zu MRT-Methoden in der Hirnforschung).

Einer vorläufigen Meta-Analyse neurofunktioneller Studien zufolge, entspricht die Hirnaktivität bei der Verarbeitung kindlicher sexueller Stimuli bei pädophilen Männern weitgehend derjenigen, die teleiophile Männer bei der Verarbeitung erwachsener sexueller Stimuli aufweisen (Polisois-Keating & Joyal, 2013). Allerdings ließ sich bei der Betrachtung kindlicher sexueller Stimuli bei pädophilen Männern eine stärkere Aktivität im Bereich des rechten medialen Gyrus frontalis, Hippocampus und im Hypothalamus nachweisen, während teleiophile Männer eine stärkere Aktivierung der rechten Insula und des rechten Cuneus bei der Verarbeitung sexueller Abbildungen von Erwachsenen charakterisierte (Poeppl et al., 2011; Schiffer et al., 2008; Walter et al., 2007). Auf dieser Basis belegt die bislang einzige Studie an Patienten aus dem Dunkelfeld, dass die Hirnreaktion auf das jeweils präferierte Körperschema eine hochspezifische und sensitive Diagnostik erlaubt (Ponseti et al., 2012); möglich erscheint auch eine Klassifikation, die auf der Reaktion auf Gesichter basiert (Ponseti et al., 2014).

Wenige Daten liegen für den Zusammenhang zwischen neuroendokrinen und genetischen Faktoren und Pädophilie vor, die sich von medikamentösen Therapieoptionen und klinischen Parallelen ableiten lassen. Jedoch werden klinische Ähnlichkeiten und eine hohe Komorbidität gesehen zwischen Pädophilie und Erkrankungen des Zwangsspektrums, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Persönlichkeits- und affektiven Störungen und Suchterkrankungen (Grubin, 2008). Dementsprechend werden Störungen im serotonergen und dopaminergen System und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-(HPA)-Achse vermutet. Trotz des deutlichen Einflusses von Testosteron auf die sexuelle Entwicklung und das sexuelle Verhalten von Männern bleiben Befunde zur Geschlechtshormonhomöostase bei Pädophilie oder sexuellem Kindesmissbrauch inkonsistent (Grubin, 2008).

Das Forschungsvorhaben NeMUP-Nord

Zielstellung

NeMUP ist das Kürzel für eine vom *Bundesministerium für Bildung und Forschung* finanzierte multizentrische Forschungsinitiative, die sich den neurobiologischen Ursachen von Pädophilie und Kindesmissbrauch widmet. An fünf Standorten (Berlin, Essen, Hannover, Kiel und Magdeburg) werden dabei Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren zur Erforschung von Hirnfunktion und -struktur durchgeführt sowie standardisierte klinische Verfahren und endokrinologische sowie (epi-)genetische Methoden zur Erkenntnisgewinnung eingesetzt.

		Pädophilie	
		Ja	Nein
Kindesmissbrauch	Ja	N = 60	N = 60
	Nein	N = 60	N = 60

Abb. 1: Studiendesign des Forschungsvorhabens NeMUP

Den Ansatz selbst charakterisiert ein zwei-mal-zwei-faktorielles Studiendesign, in dem pädophile und teleiophile Männer mit und ohne sexuelle Kontakte mit Kindern in der Vergangenheit miteinander verglichen werden (vgl. Abb. 1).

Es werden also explizit Personen mit einer pädophilen Neigung, welche noch keine Übergriffe auf Kinder begangen haben, von denen unterschieden, die ein solches Missbrauchsdelikt begangen haben. Hieraus wird ersichtlich, dass eine wichtige inhaltliche Verknüpfung zum *Präventionsprojekt Dunkelfeld* besteht, welches zugleich in Berlin, Hannover und Kiel vertreten ist und möglich macht, auch Probanden zu gewinnen, die pädophil sind, aber ihre Phantasien noch nie ausgelebt haben. Diese lassen sich sonst so gut wie gar nicht rekrutieren, weshalb Deutschland durch das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* und den hieraus erwachsenden Forschungsmöglichkeiten international eine Ausnahmeposition einnimmt.

Dies kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass entsprechend der Erfahrungen aus dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* umfassende Details zur sexuellen Präferenz und zum sexuellen Verhalten erfasst und in den Untersuchungen kontrolliert werden. Komorbide psychische Erkrankungen werden detailliert erfasst. Patienten mit akuter Depression oder psychotischer Störung werden nicht in das Forschungsvorhaben eingeschlossen. Einer Verzerrung der Ergebnisse durch Langzeithospitalisierung bei inhaftierten Sexualstraftätern, wie sie bei Hellfeldstudien nicht auszuschließen sind, wird durch die Rekrutierung aller Gruppen auch aus dem Dunkelfeld vorgebeugt.

Die Fragestellungen orientieren sich an den Befunden der Hellfeldforschung und prüfen, inwieweit diese auf Pädophilie oder auf sexuelles Missbrauchsverhalten allgemein oder spezifisch für die jeweiligen Untergruppen übertragen werden können.

Die Forschung erfolgt in sogenannten „Common trunk“-Projekten – Vorhaben, für die an allen Standorten Daten erhoben werden; hinzu kommen entsprechend den für den jeweiligen Standort spezifischen Forschungsinteressen eine Reihe von „Single site“-Projekten (vgl. Tab. 1).

Common-trunk-Projekte

An allen fünf Standorten werden mittels standardisierter Interviews und Fragebögen Daten zur Ätiologie und Diagnostik der Pädophilie, sowie zu sexuellen und psychischen Komorbiditäten erhoben:

- Zur Psychopathologie wird das „strukturierte klinische Interview für das DSM-IV-TR“ (SKID) eingesetzt (Wittchen et al., 1997);
- Zur Kontrolle von Intelligenzeffekten kommen jeweils zwei Untertests zu verbaler und handlungsorientierter Intelligenz aus dem Wechsler Intelligenztest für Erwachsene zur Anwendung (Wechsler, 1997);
- Mit Hilfe eines computergestützten Systems werden objektive Marker für exekutive Funktionen (CANTABclipse; Cambridge Cognition, 2011; Impulsinhibition, Risikobereitschaft, kognitive Flexibilität und planarisches Denken), Empathiefähigkeit und sexuelle Alterspräferenz erfasst (Dziobek et al., 2008; Mokros et al., 2013);
- Fragebogenverfahren dienen der Erfassung von allgemeiner und sexueller Impulsivität (Janssen et al., 2002; Preuss et al., 2008), Zwangs- und ADHS-Symptomen (Goodman et al., 1991; Retz-Junginger et al., 2002; Rösler et al., 2007), sowie Empathie (Paulus, 2009);
- Zur Untersuchung endokrinologischer Marker, insbesondere der Sexualhormone, sowie genetischer und epigenetischer Marker relevanter Neurotransmitter werden Blutproben genommen;
- Bildgebend werden zur Analyse möglicher hirnstruktureller Veränderungen hochauflösende T1- und Diffusionstensor gewichtete Aufnahmen erstellt, sowie funktionelle Paradigmen zur Ruheaktivität, Impulsinhibition und Verarbeitung sexueller Stimuli gemessen.

Single-site-Projekte

Die in den Einzelprojekten untersuchten Fragestellungen gliedern sich folgendermaßen:

- In Magdeburg werden mit einem sieben Tesla MRT-Scanner hochauflösende strukturelle Aufnahmen erstellt, sowie magnetspektrografische Aufnahmen zur Detektion von Hirnstoffwechseleränderungen;
- Ebenfalls zum Hirnstoffwechsel werden in Hannover mittels Single Positron Emission CT (SPECT) Untersuchungen durchgeführt;
- In Kiel wird die Validität der MRT basierten Diagnostik tiefgehend analysiert;
- Berlin beforscht neurobiologische Korrelate von Empathie und sexueller Selbstregulation;
- In Essen läuft begleitend ein DFG gefördertes Projekt zur Ruheaktivität des Gehirns und zur Verarbeitung sexueller Stimuli. Außerdem werden funktionelle Paradigmen zur kognitiven Selbstkontrolle und moralischem Denken untersucht.

Implikationen für die Praxis

Im Forschungsprojekt NeMUP werden weltweit erstmalig Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch als getrennte Phänomene untersucht. Die angestrebte Samplegröße soll Aussagen über neurobiologische und -psychologische Korrelate liefern, die wiederum Rückschlüsse auf die Ätiologie und Pathogenese beider Störungsbilder erlauben sollen. Zudem wird erst die Untersuchung der aus dem Dunkelfeld rekrutierten pädophilen Männer ohne begangene Missbrauchstaten eine Differenzierung von Pädophilie und sexuellem Missbrauchsverhalten und die Translation in die therapeutische Arbeit ermöglichen. Ein zentrales Anliegen ist daher neben der klinischen Eingrenzung von unterschiedlichen Typen mit besonderer Gefährdung für

Tabelle 1: Darstellung der Forschungsvorhaben im Projekt NeMUP

Gemeinsame Datenerhebung an fünf Standorten				
(Neuro-)Psychologie	Funktionelle MRT	Strukturelle MRT	Bildgebungsgenetik	Endokrinologie
Psychopathologie, Exekutivfunktion, Sexualdiagnostik, Empathie und Theory of mind	MRT-basierte Diagnostik, Exekutivfunktion, Resting State	Graue Substanz, Weiße Substanz	SNP & VNTR-Analysen, Promotor-methylierung	Assoziationen mit Bildgebungsbefunden, Genetik und Psychometrie
Datenerhebung entsprechend standortspezifischer Spezialisierung				
Hannover	Essen	Kiel	Magdeburg	Berlin
Neurochemische Korrelate von Präferenz- und Verhaltensstörung	Kognitive Selbstkontrolle und moralisches Denken	fMRT-basierte Diagnostik	Hochauflösende MRT und Hirnstoffwechsel	Empathie und sexuelle Impulskontrolle

Übergriffe auf Kinder die Identifikation von neurobiologischen Markern für die Handlungskontrolle.

Von den daraus resultierenden präziseren ätiologischen Modelle und therapeutischen Strategien können wiederum primäre und sekundäre Prävention profitieren.

Literatur

- Cantor, J.M., Kabani, N., Christensen, B.K., Zipursky, R.B., Barbaree, H.E., Dickey, R., Klassen, P.E., Mikulis, D.J., Kuban, M.E., Blak, T., Hanratty, M.K., Blanchard, R., 2008. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *J Psychiatr Res* 42 (3), 167–183.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H.R., Wolf, O., Convit, A., 2008. Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *J Autism Dev Disord* 38, 464–473.
- Goodman, W., Rasmussen, S., Price, L., Mazure, L., Heninger, G., Charney, D., 1991. Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Verhaltenstherapie* 1, 226–233.
- Grubin, D., 2008. Medical models and interventions in sexual deviance. In: Laws, D.R., O'Donohue, W.T. (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. Guilford Press, New York, London, 595–610.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., Bancroft, J., 2002. The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *J Sex Res* 39 (2), 114–126.
- 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 Neurobiol* 122, 1–23.
- Mokros, A., Gebhard, M., Heinz, V., Marschall, R.W., Nitschke, J., Glasgow, D.V., Gress, C.L.Z., Laws, D.R., 2013. Computerized assessment of pedophilic sexual interest through self-report and viewing time reliability, validity, and classification accuracy of the affinity program. *Sex Abuse* 25 (3), 230–258.
- Paulus, C., 2009. Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI) zur Messung von Empathie. *Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index*.
- Poepl, T.B., Nitschke, J., Dombert, B., Santtila, P., Greenlee, M.W., Osterheider, M., Mokros, A., 2011. Functional cortical and subcortical abnormalities in pedophilia: A combined study using a choice reaction time task and fMRI. *J Sex Med* 8 (6), 1660–1674.
- Poepl, T.B., Nitschke, J., Santtila, P., Scheckmann, M., Langguth, B., Greenlee, M.W., Osterheider, M., Mokros, A., 2013. Association between brain structure and phenotypic characteristics in pedophilia. *J Psychiatry Res* 47 (5), 678–685.
- Polisois-Keating, A., Joyal, C.C., 2013. Functional neuroimaging of sexual arousal: A preliminary meta-analysis comparing pedophilic to non-pedophilic men. *Arch Sex Behav* 42 (7), 1111–1113.
- Ponseti, J., Granert, O., Jansen, O., Wolff, S., Beier, K., Neutze, J., Deuschl, G., Mehdorn, H., Siebner, H., Bosinski, H., 2012. Assessment of pedophilia using hemodynamic brain response to sexual stimuli. *Arch Gen Psychiatry* 69 (2), 187–194.
- Ponseti, J., Granert, O., van Eimeren, T., Jansen, O., Wolff, S., Beier, K., Deuschl, G., Bosinski, H., Siebner, H., 2014. Human face processing is tuned to sexual age preferences. *Biol Lett* 10 (5), 20140200.
- Preuss, U.W., Rujescu, D., Giegling, I., Watzke, S., Koller, G., Zetsche, T., Meisenzahl, E.M., Soyka, M., Möller, H.J., 2008. Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Version der Barratt-Impulsivness-Skala. *Nervenarzt* 79 (3), 305–319.
- Quinsey, V.L., 2003. The etiology of anomalous sexual preferences in men. *Ann New York Acad Sci* 989 (1), 105–117.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H.-G., Trott, G.-E., Wender, P.H., Rössler, M., 2002. Wender Utah Rating Scale (WURS-k). Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 73 (9), 830–838.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W., Stieglitz, R.-D., Hengesch, G., Schneider, M., Steinbach, E., D'Amelio, R., Schwitzgebel, P., Blocher, D. et al., 2007. Homburger ADHS-Skala für Erwachsene (HASE). Hogrefe, Göttingen.
- Schiffer, B., Peschel, T., Paul, T., Gizewski, E., Forsting, M., Leygraf, N., Schedlowski, M., Krueger, T.H.C., 2007. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *J Psychiatry Res* 41 (9), 753–762.
- Schiffer, B., Krueger, T., Paul, T., de Greiff, A., Forsting, M., Leygraf, N., Schedlowski, M., Gizewski, E., 2008. Brain response to visual sexual stimuli in homosexual pedophiles. *J Psychiatry Neurosci* 33 (1), 23–33.
- Schiltz, K., Witzel, J., Northoff, G., Zierhut, K., Gubka, U., Fellmann, H., Kaufmann, J., Tempelmann, C., Wiebking, C., Bogerts, B., 2007. Brain pathology in pedophilic offenders: Evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures. *Arch Gen Psychiatry* 64 (6), 737.
- Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., Beier, K.M., Schiffer, B., Krueger, T.H.C., 2015. The neurobiology and psychology of pedophilia: Recent advances and challenges. *Front Hum Neurosci* 9.
- Walter, M., Witzel, J., Wiebking, C., Gubka, U., Rotte, M., Schiltz, K., Bermpohl, F., Tempelmann, C., Bogerts, B., Heinze, H.J. et al., 2007. Pedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation. *Biol Psychiatry* 62 (6), 698–701.
- Wechsler, D., 1997. Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition (WAIS-III). The Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T., 1997. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse I & II. Hogrefe, Göttingen.

Autoren

Till Amelung, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: till.amelung@charite.de



Wiebke Driemeyer, Benjamin Gedrose, Armin Hoyer, Lisa Rustige (Hg.)
Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft
Mit einem Vorwort von Volkmar Sigusch
Buchreihe: Beiträge zur Sexualforschung
Psychosozial-Verlag 2015
257 Seiten, br., 29,90 €

Wie lässt sich das statische Konzept »Grenzen« in Bezug auf Sexualitäten und Geschlechter aktualisieren? Die junge Sexualwissenschaft fokussiert auf »Grenzverschiebungen«, um die dynamischen Aspekte der Geschlechterordnung und der sexuellen Verhältnisse aufzuzeigen. Die hier versammelten Arbeiten beschäftigen sich einerseits mit dem Status quo geschlechtlich-sexueller Lebenswelten und bemühen sich andererseits um eine Weiterentwicklung der kritischen Sexualwissenschaft und -therapie. Das Spektrum der behandelten Themen reicht von psychosozialen Belastungen von Trans*personen über die sozialen Implikationen des Hygieneregimes, das Safer-Sex-Präventionsprogrammen zugrunde liegt, bis zu psychosexuellen Besonderheiten von Männern, die einen sexuellen Missbrauch begangen haben. In den Texten wird sichtbar, wie der wissenschaftliche Nachwuchs vielversprechende Forschungsprojekte entwirft und präsentiert. Die Beiträge bieten Diskussionsstoff und Anregungen, die zu einer Aktualisierung des etablierten Kanons beitragen.



Julia Riegler
Wenn Sex schmerzt
Biografische und soziale Genese einer sogenannten »Sexualstörung«
Buchreihe: Beiträge zur Sexualforschung
Psychosozial-Verlag 2015
ca 640 Seiten, br., 59,90 €

Die stereotype Prophezeiung von Schmerzen beim »ersten Mal« und nicht selten auch ihre Erfüllung stellen kollektive Erfahrungen von Frauen in einem System der kulturellen Zweigeschlechtlichkeit dar. Als solche sind sie Bestandteile einer weitgehend unhinterfragten heterosexuellen »Normalität«. Was aber, wenn Frauen den Geschlechtsverkehr wiederholt als schmerzhaft empfinden, ohne dass eine organische Ursache ersichtlich ist – wenn der Schmerz also nicht mehr als Bestandteil dieser sozialen Ordnung verstehbar ist?

Dieser Frage nähert sich Julia Riegler ausgehend von den Einsichten feministischer Wissenschaftskritik. Zunächst wird der aktuelle wissenschaftliche Diskurs zu Dyspareunie umfassend aufgearbeitet und kritisch analysiert, insbesondere in Hinblick auf androzentrische Konstruktionen. Auf der Basis lebensgeschichtlicher Erzählungen »betroffener« Frauen arbeitet die Autorin anschließend heraus, wie sich chronische Schmerzerfahrungen beim Geschlechtsverkehr in ihrer biografischen und gesellschaftlichen Einbettung verstehen lassen. Dabei bleibt der Fokus stets darauf gerichtet, auf welche Weise sich die symbolische Ordnung heteronormativer Geschlechterverhältnisse als relevant erweist.

Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche (PPJ) – eine klinische Erweiterung des PPD*

Klaus M. Beier, Eliza Schlinzig, Umut C. Oezdemir, Elena Hupp, Andreas Peter, Anna Groll, Tobias Hellenschmidt

Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ) – A Clinical Extension of the PPD

Abstract

A recent clinical extension of the *Prevention Project Dunkelfeld* (PPD) focusses on sexually abusive juveniles. The underlying assumption of the project *Primary Prevention of Sexual Child Abuse by Youth* (PPJ), which was launched in April 2014, is that some of the (predominantly male) juveniles who sexually assault children have a sexual preference for the prepubescent body image. The PPJ thus offers diagnostic and therapeutic help to 12- to 18-year-old juveniles who are sexually attracted to children. The primary goal is to prevent the initial or repeated sexual abuse of children and the use of sexually abusive child images by developing the juvenile's ability to control his own behavior. This is in keeping with the PPD goals, but, given the age of the participants, the PPJ also takes the distinctive features of adolescence into account. It includes parents or legal guardians in the therapy process. The article describes the therapeutic goals and procedure and presents initial results. Two case studies conclude the article.

Keywords: Juvenile, Prevention, Sexual preference, Child sexual abuse, Child abusive images, Project *Primary Prevention of Sexual Child Abuse by Youth* (PPJ)

Zusammenfassung

Eine neue klinische Erweiterung des ausschließlich für Erwachsene angelegten *Präventionsprojektes Dunkelfeld* (PPD) ist die Auseinandersetzung mit sexuell verhaltensauffälligen Jugendlichen. Eine Grundannahme des Projekts *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ), das im April 2014 anlief, ist, dass ein Teil der von (überwiegend männlichen) Jugendlichen begangenen sexuellen Übergriffe auf Kinder sich auf eine sexuelle Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema

zurückführen lässt. Das neue Projekt hat daher zum Ziel, 12- bis 18-jährigen Jugendlichen mit dieser sexuellen Präferenzbesonderheit ein diagnostisches und therapeutisches Hilfsangebot zu unterbreiten. Primär angestrebt wird, durch das Erlernen von Verhaltenskontrolle einen erstmaligen oder erneuten sexuellen Kindesmissbrauch sowie die erstmalige oder erneute Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu verhindern. Dies entspricht den Zielen des PPD, macht aber in erheblichem Umfang die Berücksichtigung von Besonderheiten des Jugendalters sowie die Einbeziehung von Bezugspersonen erforderlich. Der Text stellt den Ansatz des therapeutischen Vorgehens und erste Resultate des PPJ vor. Zwei Fallbeispiele stehen am Schluss.

Schlüsselwörter: Jugendliche, Prävention, sexuelle Präferenz, sexueller Kindesmissbrauch, Missbrauchsabbildungen, Projekt *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ)

Ausgangssituation

Der polizeilichen Kriminalstatistik zufolge bilden Kinder (Individuen unter 14 Jahren) und Jugendliche (Personen zwischen 14 und 18 Jahren) knapp ein Viertel der Tatverdächtigen beim sexuellem Kindesmissbrauch nach § 176 Strafgesetzbuch (StGB). So waren z.B. 2013 in Deutschland von 9.232 ermittelten Tatverdächtigen 7.6% Kinder und 18.2% Jugendliche (Bundeskriminalamt, 2014). Beim Strafbestand Verbreitung, Erwerb und Besitz von Kinderpornografie (§ 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 Jahren alt (Bundeskriminalamt, 2014). Wie bei Erwachsenen ist davon auszugehen, dass sexuelle Übergriffe durch Jugendliche auch größtenteils im Dunkelfeld stattfinden, nicht zuletzt, weil sie aufgrund der geringeren Altersdifferenz zwischen Opfer und Täter leichter umzusetzen sind und häufig nicht mitgeteilt werden.

* Für eine ausführlichere Darstellung des PPJ siehe den Artikel von Beier et al. in *Sexuologie* 22 (1–2), 2015.

Das im April 2014 am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité Berlin ins Leben gerufene Projekt *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ), das vom *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (BMFSFJ) gefördert wird, richtet sich an Individuen zwischen 12 und 18 Jahren mit sexuellen Fantasien und/oder Verhaltensweisen, die auf Kinder bezogen sind. Ihnen wird ein diagnostisches Angebot unterbreitet, das darauf abzielt, ihre sexuelle Präferenzbesonderheit abzuklären und sie therapeutisch bei der Bewältigung und Kontrolle ihrer sexuellen Wünsche und Bedürfnisse zu unterstützen. Ziel ist die Prävention sexueller Gewalt gegenüber Kindern durch Verhaltenskontrolle. Dazu werden auch die Angehörigen – in der Regel die Eltern – einbezogen.

Das PPJ fußt einerseits auf klinischen Erfahrungen und Erkenntnissen, die im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) gesammelt worden sind und andererseits auf Erkenntnissen aus der Sexualwissenschaft. Dazu gehört bspw., dass zwischen 30% und 50% der Täter berichten, ihr sexuelles Interesse an Kindern sei ihnen bereits seit der Pubertät bewusst gewesen. So gaben von 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 91 Männern mit pädophiler Präferenz 34% an, jünger als 16 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 einer dritten Studie an 561 Befragten war der jüngste Täter 13 Jahre alt (Abel et al., 1987). Auch jüngere Meta-Analysen unterstützen die Wichtigkeit einer therapeutischen Begleitung und Intervention im Jugendalter sowie einer sorgfältigen Diagnostik der Sexualpräferenz. Seto und Lalumière (2010) verglichen eine Gruppe männlicher jugendlicher Sexualstraftäter (n = 3855) mit einer Gruppe männlicher jugendlicher Straftäter ohne Sexualdelikte (n = 13393). Sie konnten zeigen, dass der größte Gruppenunterschied in den vorhandenen atypischen sexuellen Präferenzen der männlichen jugendlichen Sexualstraftäter, verglichen mit den männlichen jugendlichen Straftätern ohne Sexualdelikte, lag. Diese Ergebnisse konnten von Pullman und Mitarbeiter (2014) bestätigt und erweitert werden. Jugendliche Sexualstraftäter hatten im Vergleich zu Straftätern mit gemischten (d.h. sexuellen und nicht-sexuellen) Delikten mehr atypische Sexualinteressen und größere Defizite in romantischen Beziehungen.

Erste Annäherung

Eine vom BMFSFJ finanzierte Pilotstudie, die zwischen Juli und Dezember 2013 mit 16 männlichen Jugendlichen durchgeführt wurde, belegte zum einen die Existenz der im PPJ anvisierten Zielgruppe, zum anderen, dass Präferenzbesonderheiten bereits frühzeitig feststellbar sind (vgl. Beier et al., 2015). Die hohe Anzahl festgestellter kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbiditäten führte bereits während der Pilotstudie zur Kooperation mit der *Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik* des Vivantes Klinikums im Friedrichshain, die den Entwicklungsaspekten der Jugendlichen Rechnung trägt. Bei entsprechender Indikation gewährleistet die Kooperation außerdem die Möglichkeit der stationären Unterbringung. Das Projekt vereint damit sowohl sexualmedizinische als auch kinder- und jugendpsychiatrische Expertise.

Das Angebot für Jugendliche und Angehörige

Diese jugendliche Zielgruppe befindet sich hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten und des kritischen Urteilsvermögens noch in einer Entwicklungsphase, denn die entsprechenden Hirnzentren sind noch nicht ausgereift. Sie leben – wie Jugendliche in der Pubertät überhaupt – oft in Fantasiewelten und sind sich über die Konsequenzen ihres Handelns häufig nicht im Klaren. Die betroffenen Jugendlichen empfinden kindliche Körper als sexuell erregend, können diese „Erkenntnis“ aber weder adäquat zuordnen noch gegenüber einer Person ihres Vertrauens artikulieren.

Vor dem Hintergrund, dass eine derartige sexuelle Präferenz als ein Hauptrisikofaktor für die sexuelle Viktimisierung von Kindern gelten kann (Beier, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Seto et al., 2006), ist es konsequent, frühestmöglich präventive Hilfe beim Verstehen dieser sexuellen Fantasien und der daraus resultierenden sexuellen Impulse anzubieten, wobei sich der therapeutische Prozess selbst als unvoreingenommen und wertneutral versteht.

Um diesen Jugendlichen zu ermöglichen, selbstmotiviert beim PPJ vorstellig zu werden, wurde mit der Medienagentur *Scholz & Friends* eine internetbasierte Werbekampagne entwickelt. Diese bezieht sich explizit auf die Fantasien der Jugendlichen und wurde mit ikonografischen Motiven in Form klassischer Plakatsmotive und eines Projektsports umgesetzt (vgl. Beier et al., 2015).

Unterstützt wird der Zugang über eine multimedial und audiovisuell gestaltete Internetseite, die über das niedrigschwellige, kostenlose und schweigepflichtgeschützte Hilfsangebot des PPJ informiert. Freiwillig hilfesuchende Jugendliche und/oder ihre erziehungs- bzw. sorgeberechtigten Bezugspersonen können telefonisch sowie via E-Mail Kontakt aufnehmen. Bei einem Erstkontakt wird eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) vergeben, unter der alle erhobenen Daten geführt werden, um die Vertraulichkeit zu gewährleisten.

Eine über mehrere Termine verteilte Eingangsdagnostik umfasst neben anamnestischen Gesprächen eine ausführliche psychologische und sexualmedizinische Testbatterie zur sexuellen Präferenz, zum bisherigen sexuellen Verhalten, einschließlich eventuell bereits begangener Übergriffe bzw. bereits erfolgter Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Fremdanamnestische Informationen durch die Eltern bzw. Bezugspersonen werden zusätzlich eingeholt. Darüber hinaus wird ein psychopathologischer Befund erhoben; es werden die kognitive Leistungsfähigkeit, die Persönlichkeitsstruktur sowie deliktbezogene Einstellungen und weitere relevante Risikofaktoren für sexuell delinquentes Verhalten eingeschätzt. Darüberhinaus werden etwaig bestehende kinder- und jugendpsychiatrische Komorbiditäten erfasst, die bei begründetem Verdacht mittels einer störungsspezifischen Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes Klinikum im Friedrichshain überprüft werden.

Ins PPJ werden Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren aufgenommen, die entsprechend der diagnostischen Vorgaben ein sexuell auffälliges Verhalten und/oder Fantasien zeigen. Aufgenommen werden kann nur, wer aktuell nicht (mehr) mit dem Justizsystem in Kontakt steht. Voraussetzung ist zudem Freiwilligkeit und die Zustimmung der Erziehungsberechtigten.

Sollte ein Jugendlicher seine Bereitschaft davon abhängig machen, dass die Eltern nicht informiert werden, wird dies im Einzelfall abzuwägen sein, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich um einen sehr persönlichen Bereich handelt. Gemäß deutscher Rechtsprechung (z.B. BGH 29, 33, 36ff) und der vorherrschenden Ansicht in der Fachliteratur wird die „konkrete Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ des Zustimmenden, die im Allgemeinen ungefähr ab dem 16. Lebensjahr angenommen werden kann (vgl. Schroth, 2010), als Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung verlangt. Im Zweifelsfall scheint es daher aus therapeutischer und ärztlicher Sicht geboten, Jugendliche ab 16 Jahren auch ohne Einwilligung der Eltern zu unterstützen.

Therapiestruktur

Der Therapieansatz des PPJ basiert auf einer Adaption der Berliner Dissexualitäts-Therapie – BEDIT (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, im Druck). Adressiert werden der Jugendliche selbst sowie die in den therapeutischen Prozess involvierten Bezugspersonen. Da die Jugendlichen oft noch familiär eingebunden sind, muss auch das Familiensystem als Ganzes einbezogen werden. Es geht darum, die Vielfalt menschlicher Sexualität zu vermitteln und Verständnis für Präferenzbesonderheiten zu fördern. Die Bezugspersonen sollen dem Jugendlichen unterstützend zur Seite stehen und dessen soziale Isolation vermindern.

Primäres Therapieziel für den Jugendlichen ist die Integration der aktuell auftretenden sexuellen Bedürfnisse und Fantasien in das Selbstbild sowie die Verhaltenskontrolle. Erlernt werden soll, individuelle Risikofaktoren zu erkennen und damit umzugehen, sodass es zu keinem fremdschädigenden Verhalten kommt.

Die therapeutische Struktur ist modular aufgebaut und besteht aus konstitutiven sowie fakultativen Therapieinhalten. Kern des Angebotes sind Gespräche, die das Bewusstsein und die Akzeptanz für die eigene Sexualität wecken, schulen und alltagstaugliche Handlungsoptionen anbieten. Dies soll bspw. mittels psychoedukativer Arbeit, Ressourcenaktivierung, Techniken der kognitiven Umstrukturierung, Erhöhung sozialer und emotionaler Fertigkeiten erreicht werden – immer mit Blick auf eine Tatprävention und eine Rückfallprophylaxe. Dabei ist auf zusätzliche Entwicklungsauffälligkeiten zu achten. Maßgeblich für den Erfolg ist letztlich auch der Aufbau und Erhalt einer vertrauensvollen und tragfähigen Patienten-Therapeut-Beziehung.

Erste Ergebnisse

Zwischen August 2014 und Juli 2015 erreichten das Projekt 49 Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet. Zumeist wurde der Erstkontakt von erwachsenen Bezugspersonen initiiert: Von leiblichen, Stief- bzw. Pflegeeltern (n = 17; 34.7%), von Betreuern (n = 6; 12.2%), von Jugendämtern (n = 7; 14.3%), aber auch von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n = 9; 18.4%) und Lehrern (n = 2; 4.1%). Zudem haben acht Jugendliche (16.3%), die über die Medienkampagne auf das Projekt aufmerksam geworden waren, das Projekt kontaktiert.

Außer einem Mädchen waren alle Jugendlichen männlich, der Altersdurchschnitt betrug 15.2 Jahre (n = 48). Von den 49 Projektinteressenten konnten 18 nicht zu

einem diagnostischen Gespräch eingeladen werden: Vier Jugendliche (darunter das Mädchen) hatten kein Interesse am Programm; drei Jugendliche erfüllten die Projekteinchlusskriterien nicht; 11 Projektanfragen waren explorativer Natur, mit der Angabe, sich zurückmelden zu wollen. 31 Jugendliche einschließlich ihrer Bezugspersonen wurden zu einem Erstgespräch eingeladen. Von den 31 Einladungen wurden 27 wahrgenommen.

In die nachfolgende Auswertung wurden sechs weitere Jugendliche miteinbezogen, die beim PPJ vorstellig wurden, in den 12 Berichtsmonaten jedoch noch diagnostisch bzw. therapeutisch betreut wurden. Von den damit insgesamt 33 Erstgesprächen konnte eins aufgrund einer akuten psychotischen Episode nicht beendet werden. Von 32 Jugendlichen waren zum Zeitpunkt der Datenauswertung (Stichtag: 31.07.2015) noch fünf in der diagnostischen Phase, während 27 diese vollständig abgeschlossen hatten. Diese waren im Durchschnitt $M = 15.4$ Jahre alt ($SD = 1.6$). Mehr als die Hälfte (55.6%) lebte bei den leiblichen bzw. Stief-/Pflegeeltern. Die anderen Jugendlichen waren in diversen Jugendeinrichtungen untergebracht (44.4%). Nahezu alle hatten leibliche bzw. Stiefgeschwister (92.6%). Die große Mehrheit (81.5%) hatte in der Vorgeschichte bereits sexuell grenzverletzendes Verhalten gegenüber Kindern gezeigt: 48.1% in Form von sexuellen Übergriffen; 14.8% durch die Nutzung von Missbrauchsabbildungen; 18.5% durch beide Verhaltensweisen.

Bei 21 (77.8%) ließ sich eine sexuelle Präferenz für das prä- und/oder peripubertäre Körperschema feststellen, wobei diese bei 16 (76%) exklusiv und bei 5 (24%) Jugendlichen gleichzeitig eine sexuelle Ansprechbarkeit durch das erwachsene (postpubertäre) Körperschema vorlag. Hinsichtlich der verbleibenden sechs Jugendlichen ließen sich keine Hinweise auf eine sexuelle Präferenz für das prä- und/oder peripubertäre Körperschema ermitteln.

Einer der Jugendlichen mit einer exklusiven Präferenz für das kindliche Körperschema war mittelgradig intelligenzgemindert, so dass er die Einschlusskriterien des Projektes nicht erfüllte. 20 Jugendlichen wurde ein therapeutisches Angebot unterbreitet. Zum Stichtag (31.07.2015) hatten zwölf dieses Angebot angenommen. Einer musste aufgrund eines Wohnortwechsels die Zusage zurücknehmen. Zwei Jugendliche lehnten das Angebot aufgrund einer bereits bestehenden psychotherapeutischen Behandlung ab. In sechs Fällen war zum Stichtag die Entscheidung zur Annahme oder Ablehnung des therapeutischen Angebots noch nicht gefallen.

Somit konnten elf Jugendliche mit der Therapie beginnen. Zwei wurden im Verlauf des berichteten Jahres 18 Jahre alt und konnten ins PPD am Berliner Standort vermittelt werden, zwei weitere wurden stationär beim Kooperationspartner behandelt. Die verbleibenden sieben werden nach wie vor therapeutisch betreut.

Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass 11 Jugendliche mit einer auf das kindliche Körperschema gerichteten sexuellen Präferenzbesonderheit zusätzlich kinder- und jugendpsychiatrische Komorbiditäten aufwiesen. Darunter waren u.a. Entwicklungs- bzw. Bindungsstörungen, eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Störungen des Sozialverhaltens, eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, eine Intelligenzminderung bzw. Lernbehinderung sowie Zwangsstörungen. Bei sechs Jugendlichen wurde eine polyparaphile Präferenzstruktur mit komorbiden Paraphilien u.a. aus dem fetischistischen und sexuell-sadistischen Formenkreis ermittelt.

Fallbeispiele

Zwei gegenüber gestellte Fallbeispiele verdeutlichen die Notwendigkeit einer sorgfältigen und differenzierten Diagnostik, die sowohl entwicklungsanamnestische als auch sexualanamnestische Komponenten berücksichtigt. Dadurch wird sichergestellt, dass sowohl kinder- und jugendlichenpsychiatrische als auch sexualmedizinische Aspekte in die Behandlung integriert werden.

Fallbeispiel A.

A., 16 Jahre alt, wurde von seiner Mutter aufgrund eines sexuellen Übergriffs auf seine 7-jährige Schwester sowie auf den 10-jährigen Bruder vorgestellt: Es sei zur gegenseitigen Masturbation und zur Aufforderung zum Oralverkehr seitens A. gekommen.

Entwicklungsanamnese: A. ist durchschnittlich intelligent. Die Mutter berichtete von einem Nikotinabusus während der Schwangerschaft und einer komplikationslosen Geburt in der 37. Schwangerschaftswoche. Darüberhinaus hätte A. eine Interaktionsstörung im ersten Lebensjahr gezeigt. Die Entwicklung der Sprache, Motorik und Sauberkeit seien unauffällig gewesen. Allerdings habe A. bereits in der Kindertagesstätte motorische Unruhe, eine geringe Akzeptanzschwelle für Regeln sowie impulsives Verhalten gezeigt, es sei eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) diagnostiziert worden. Als A. 13 Jahre alt gewesen sei, hätten sich die Eltern getrennt. Er lebe seitdem gemeinsam mit den jüngeren Geschwistern bei der Mutter, sie wechsle die Lebenspartner häufig. Der ältere Bruder sei beim Vater verblieben.

Im Rahmen der **Sexualanamnese** berichtete A., bereits frühzeitig mit der Masturbation begonnen zu haben. In seinen Begleitfantasien kämen ausschließlich erwachsene weibliche Personen vor. Er stelle sich intravaginalen Geschlechtsverkehr mit sog. „dirty talk“ vor. Hinsichtlich

der Art und Weise der sexuellen Interaktion charakterisierte er sich als neugierig und experimentierfreudig. Er habe bereits früh im Internet nach Pornographie gesucht und diese bei der Selbstbefriedigung genutzt. An realen Kontakten habe es einige flüchtige Sexualkontakte zu gleichaltrigen Mädchen gegeben sowie den sexuellen Übergriff auf seine Geschwister.

Zu dem gab er an, dass er beim Masturbieren von seinen Geschwistern überrascht worden sei und es dann zur sexuellen Interaktion gekommen sei. Die Begleitfantasien bei der Masturbation hätten sich im Zusammenhang mit dem Übergriff jedoch nicht verändert. Vielmehr ließ sich explorieren, dass A. aufgrund einer sehr geringen Anzahl sozialer Kontakte viel allein gewesen sei, keine Möglichkeiten zum Sport oder zu sonstigen Freizeitaktivitäten gehabt habe und die sexuelle Masturbation zunehmend als hauptsächliche Emotionsregulationsstrategie genutzt habe. Er habe es sexuell erregend gefunden, sich manuell befriedigen zu lassen, „egal von wem“.

A. wurde hinsichtlich der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens mit einer starken impulsiven Komponente mittels Methylphenidat sowie dem atypischen Neuroleptikum Aripiprazol behandelt. Psychotherapeutisch wurden als Alternativen zur sexuellen Betätigung neue Emotionsregulationsstrategien erarbeitet. Der Aufbau von Sozialkontakten sowie die Reintegration in die Schule wurden unterstützt. Es galt, das Selbstwirksamkeitserleben zu verbessern. A. zog im Verlauf der Behandlung von zu Hause aus und lebte anschließend in einer Jugendhilfeeinrichtung mit Ansatz zur Verselbstständigung.

Fallbeispiel B.

B., 16 Jahre alt, wurde von seiner Heimeinrichtung vorgestellt. Anlass waren c. 20 sexuelle Übergriffe auf 9- bis 11-jährige vorpubertäre Jungen. B. hatte diese zur Masturbation aufgefordert und auf den Bauch der Jungen ejakuliert.

Entwicklungsanamnestisch wird von einer unkomplizierten Geburt in der 40. Schwangerschaftswoche berichtet, unter Angabe eines ausgeprägten Nikotin- und ggf. Alkoholabusus der Kindsmutter während der Schwangerschaft. B. habe umfassende Entwicklungsverzögerungen in allen relevanten Bereichen gezeigt (Sprache, Motorik, Sauberkeit). Seit dem 7. Lebensjahr sei B. aufgrund der Vernachlässigung bzw. Überforderung der Mutter fremduntergebracht. Die kleineren Geschwister seien bei ihr verblieben. Zum leiblichen Kindsvater bestehe kein Kontakt; dieser sei alkoholabhängig. Bei B. ließ sich eine leichte Intelligenzminderung (F 70.1) feststellen.

Sexualanamnese: Der Beginn der Masturbation konnte nicht eindeutig ermittelt werden. An realen sexuellen Erfahrungen habe es nur sexuelle Übergriffe auf 9- bis 11-jährige vorpubertäre Jungen gegeben. Begonnen habe er damit, als er 14 Jahre gewesen sei. In der ersten Exploration gab B. als Begleitfantasien bei der Masturbation zunächst zu 80% gleichaltrige und ältere Frauen an, zu 10% vorpubertäre 13-jährige Jungen. Er korrigierte sich hinsichtlich der Prozentangaben mehrfach.

Authentischere Aussagen erfolgten erst bei der zweiten Exploration, in der B. angab, dass überwiegend Jungen mit einem vorpubertären Körperschema vorkämen. Er berichtete recht explizit: er sei der dominante Part und zeige den Jungen, wie Sex eigentlich gehe. Als vorherrschenden Fantasieinhalt gab er das Ejakulieren auf den Bauch der Jungen an. Er berichtete weiterhin, dass die Masturbation viel Zeit in Anspruch nähme, sowie eine hohe Bedeutung bei der Emotionsregulation habe. Sobald er bspw. Streit in der Einrichtung habe, masturbiere er exzessiv.

In der Behandlung wurde zunächst rein psychotherapeutisch die Integration und Annahme der Sexualpräferenz fokussiert. Darüber hinaus wurden kognitiv verzerrte Grundannahmen bearbeitet, alternative Emotionsregulationsstrategien erarbeitet und Verhaltenskontrollen erlernt. Aufgrund eines anhaltend hohen Leidensdrucks und einer Verunsicherung des Patienten – nachdem er sich seiner Fantasien bewusst geworden war und sich mit ihnen beschäftigte – erfolgte eine Einstellung auf das Antidepressivum Fluoxetin bei teils depressiver Reaktion und zur sexuellen Impulsdämpfung. Unter dieser Medikation zeigte B. starke motorische Unruhe und berichtete, dass sie sich kaum auf seine Sexualität ausgewirkt habe. Es folgte eine Umstellung auf Naltrexon als individuellen Heilversuch. Es zeigte sich ein Rückgang der Masturbationsfrequenz und der Häufigkeit der sexuellen Fantasien, was vom Patienten als entlastend erlebt wurde. Um die Impulsivität zu vermindern, wurde zusätzlich ein atypisches Neuroleptikum gegeben. Die Behandlung erfolgte unter engem Einbezug der Vertrauenspersonen.

Ausblick

Neben dem therapeutischen Anliegen liegt dem PPJ das Erkenntnisinteresse zugrunde, mehr darüber zu erfahren, wie die Entwicklung der sexuellen Präferenzstruktur im Jugendalter verläuft, welche Bedeutung einer adoleszenten Ausrichtung sexueller Fantasien auf ein kindliches Körperschema für die sexuelle Ausrichtung im Erwachsenenalter zukommt. Denn die Pubertät ist eine äußerst schwierige Entwicklungsphase des Menschen. Das gilt

auch für diejenigen, die keine sexuelle Präferenzbesonderheit aufweisen. Liegt eine solche vor, kommen zu den ohnehin schon vorhandenen Schwierigkeiten bei der Selbstfindung noch weitere hinzu. Bereits eine gleichgeschlechtliche Orientierung kann zu massiven Zerwürfnissen führen – die Betroffenen fühlen sich noch unsicherer und haben das Empfinden, „anders“ zu sein als die anderen, folglich nicht dazuzugehören. Bei Jugendlichen, die eine sexuelle Präferenz für den kindlichen Körper ausbilden, ist die Problembelastung noch größer. Sie spüren das Interesse für Kinder und wollen dem nachgehen – im realen Leben oder auch nur im Internet. Im jugendlichen Gehirn sind die Zentren, die kritisches Denken verschalten, noch nicht ausgewachsen. Der psychische Zustand dieser Jugendlichen ist meist kritisch. Sie empfinden sich selbst häufig als verabscheuungswürdig und haben Schuldgefühle wegen ihrer sexuellen Fantasien. Sie sind darüber besorgt, dass auch ihr näheres Umfeld sie ablehnen könnte. Deshalb ist es erforderlich, die Angehörigen einzubinden, insbesondere die meist vollkommen überraschten Eltern. Die Jugendlichen brauchen aber deren Rückhalt für den Aufbau von Selbstwertgefühl und Verhaltenskontrolle.

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.
- 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., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis* (2. Aufl.). Elsevier/Urban & Fischer, München.
- Beier, K.M., Oezdemir, U.C., Schlinzig, E., Kuhle, L.F., Henkel, F., Hupp, E., Peter, A., Groll, A., Hellenschmidt, T., 2015. „Du träumst von ihnen“ – Das Projekt Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche (PPJ). *Sexuologie* 22 (1–2), 25–41.
- Bundeskriminalamt (Hg.), 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.
- Elliott, M., Browne, K., Kilcoyne, J., 1995. Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect* 19 (5), 579–594.
- 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.
- Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin (in Druck). *Die Berliner Dissexualitäts-Therapie (BEDIT)*. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Berlin.
- 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>.
- Pullman, L.E., Leroux, E.J., Motayne, G., Seto, M.C., 2014. Examining the developmental trajectories of adolescent sexual offenders. *Child Abuse & Neglect* 38, 1249–1258.
- Schroth, U., 2010. Ärztliches Handeln und strafrechtlicher Maßstab. Medizinische Eingriffe ohne und mit Einwilligung, ohne und mit Indikation. In: Roxin, C., Schroth, U. (Hg.), *Handbuch des Medizinstrafrechts* (4. Aufl.). Boorberg, Stuttgart, 21–50.
- 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 (3), 610.
- 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), 526–575.
- 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.

AutorInnen

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

Tobias Hellenschmidt, Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Landsberger Allee 49, D-10249 Berlin-Friedrichshain,

Chancen und Risiken später Vaterschaft

Eberhard Nieschlag

Prospects and Risks of Late Paternity

Abstract

Postponing the decision to have children to an indefinite future time – because of higher life expectancy, the priority of professional goals, effective contraception and, not least, progress in the field of reproductive medicine – has brought the investigation of late parenthood to the fore in recent years. Particular attention was initially paid to the decreasing fertility of older women. Various studies have also shown an increase of pregnancy complications and postnatal problems in the offspring of older women. Unlike women, men do not lose their ability to reproduce within a defined frame of time. Although testosterone production, spermatogenesis, erectile and orgasmic function show an age-related decline, they remain basically intact lifelong. Various studies have confirmed a connection between paternal age and certain medical syndromes in their children. This article deals with the prospects and risks of late fatherhood.

Keywords: Testosterone production, Spermatogenesis, Reproductive ability in old age, Fertility, Reproductive medicine, Genetic defects, Chromosomal abnormalities

Zusammenfassung

Die Verlagerung des Kinderwunsches in immer spätere Lebensphasen aufgrund höherer Lebenserwartung, des Vorranges beruflicher Ambitionen, der Möglichkeit effektiver Kontrazeption und nicht zuletzt der Fortschritte im Bereich der Reproduktionsmedizin haben Aspekte der späten Elternschaft in den letzten Jahren in den Vordergrund treten lassen. Besonderes Augenmerk wurde anfänglich auf die Abnahme der Fortpflanzungsfähigkeit von Frauen mit zunehmendem Alter gelegt. Eine Vielzahl von Untersuchungen hat zudem eine Zunahme von Schwangerschaftskomplikationen bei den Müttern und postnatalen Schwierigkeiten bei den Nachkommen älterer Frauen zeigen können. Im Gegensatz zu Frauen verlieren Männer aber ihre Fähigkeit zur Fortpflanzung nicht innerhalb eines definierten Zeitrahmens. Produktion von Testosteron, Spermatogenese und Fähigkeit zu Erektion und Orgasmus zeigen beim Mann zwar auch eine altersabhängige Abnahme, bleiben aber grundsätzlich lebenslang erhalten. Verschiedene Studien haben einen Zusammenhang zwischen dem Alter des Vaters und bestimmten medizinischen Syn-

dromen ihrer Kinder festgestellt. Anliegen dieses Artikels ist es, über Chancen und Risiken einer späten Vaterschaft zu informieren.

Schlüsselwörter: Testosteronproduktion, Spermatogenese, Fortpflanzungsfähigkeit im Alter, später Kinderwunsch, Reproduktionsmedizin, genetische Defekte, chromosomale Abnormalitäten

Epidemiologische Daten

Berichte über alte Väter haben schon immer eine besondere Faszination ausgeübt. In der Bibel wird von Methusalem, dem Sohn von Noah, berichtet, der seinen Sohn Lamech im Alter von 187 Jahren zeugte und auch noch bis zu seinem Tod mit 782 Jahren vielfacher Vater wurde. Die Boulevardpresse hat die späten Vaterschaften von Charlie Chaplin (73 Jahre), Pablo Picasso (68 Jahre) und Anthony Quinn (81 Jahre), aber auch von Franz Beckenbauer (60), Jean Pütz (74) und Fritz Wepper (70) publik gemacht. Auch in die wissenschaftliche Literatur haben Hinweise auf die bis in das hohe Alter erhaltene Fertilität von Männern schon früh Einzug erhalten. So stammt die Beschreibung des bisher ältesten Vaters (94) in medizinischen Publikationen aus dem Jahre 1935 (Seymour et al., 1935).

Während das Alter der Mütter in statistischen Erhebungen wie denen des Statistischen Bundesamtes regelmäßig aufgeführt wird, fehlen Daten zum Alter der Väter. Daher sind exakte Angaben zum Lebensalter von Vätern und zu eventuellen Veränderungen im Verlauf der letzten Jahrzehnte nur eingeschränkt verfügbar.

Studien aus anderen industrialisierten Ländern haben aber eine Zunahme der Vaterschaften bei Männern zwischen 30 und 49 Jahren seit 1980 gezeigt, während die Rate der Schwangerschaften pro 1000 Männer im Alter von 25–29 Jahren zwischen 1980 und 2005 von 123 auf 105 abgenommen hat (Martin et al., 2007). In reproduktionsmedizinischen Zentren hat das durchschnittliche Alter der männlichen Partner bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen (Nieschlag, 2009). Das Deutsche IVF-Register (DIR) weist bei 757.532 Behandlungen mit assistierter Reproduktion in den Jahren 1997–2013 einen Anstieg des mittleren Alters der behandelten Frauen von 32,6 auf

35,2 Jahre und des Alters ihrer Partner von 31,1 auf 36,7 Jahre auf (DIR 2013). Während früher ältere Väter eine Seltenheit waren, wird späte Zeugung ein immer häufigeres Ereignis, was auch zur Folge hat, dass sich Chancen und Risiken später Vaterschaft immer präziser statistisch repräsentativ erfassen lassen.

Testosteron

Die mittleren Testosteronkonzentrationen nehmen zwischen dem 4. und 7. Lebensjahrzehnt um ca. 1% pro Jahr ab, bleiben aber dennoch auch im Alter meist innerhalb der für gesunde Männer geltenden Normwerte (Kaufmann et al., 2012). Nur ca. 20% der 60- bis 80-jährigen Männer entwickeln einen echten Hypogonadismus mit klinischen Symptomen und einem Serumtestosteronspiegel unter 12 nmol/l. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass zwischen 10–12 nmol/l ein Graubereich liegt und ein erniedrigter Testosteronwert bei Fehlen subjektiver oder objektivierbarer Beschwerden und Symptome noch keine Therapieindikation darstellt. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass es für die einzelnen Symptome Schwellenwerte gibt und nicht alle Symptome schlagartig unterhalb eines Serumtestosteronwertes auftreten (Zitzmann et al., 2006). Mit diesen Schwellenwerten kann auch erklärt werden, warum es länderspezifische Grenzwerte gibt, unterhalb derer eine Indikation für eine Testosteron-Substitution gesehen wird (Nieschlag et al., 2004; Grossmann et al., 2015). Denn diese Werte korrelieren mehr mit der Einstellung der Ärzte, welche Symptome des Hypogonadismus behandlungsbedürftig sind, als mit dem vom Patienten empfundenen Krankheitswert. Heute besteht internationaler Konsens über den Begriff „Late-onset hypogonadism“ (LOH) bzw. „Altershypogonadismus“ (Rolf et al., 2009; Wang et al., 2010; Nieschlag, 2015).

Hier sei nur erwähnt, dass eine unkritische Anwendung oder Verschreibung von Testosteron bei älteren Männern aus verschiedenen Gründen abzulehnen ist. Hierzu zählt auch der kontrazeptive Effekt von Testosteron, der häufig auch von Ärzten bei älteren Männern mit Kinderwunsch nicht ausreichend berücksichtigt wird. Während Testosteron mit zunehmendem Alter abnehmen kann, zeigt ein Anstieg des FSH bei älteren Männern eine Einschränkung der Spermienproduktion als Folge herabgesetzter Sertoli-Zell-Funktionen an (Johnson et al., 1990).

Sexualstörungen bei älteren Männern

Die Inzidenz von Erektionsstörungen (verschiedener Ausprägung) beträgt bei unter 40-Jährigen 2–4%, bei 50- bis 60-Jährigen 10–20% und bei über 70-Jährigen 50%. Ursachen können vaskulär (arteriell, venös), neurogen, psychisch, lokale penile Faktoren, Medikamente oder endokrine Störungen sein. Daher nimmt die sexuelle Aktivität bei älteren Paaren ab. Besteht noch Kinderwunsch, kann diese Sexualstörung die Ursache für den fehlenden Eintritt der Schwangerschaft sein. Umgekehrt können auch die durch den Kinderwunsch bedingten Stressfaktoren („Reproduktionsstress“) zu Erektions- oder Libidostörungen führen oder diese verstärken. Allerdings muss daran gedacht werden, dass mit zunehmendem Alter auch vermehrt Antihypertensiva und Statine konsumiert werden, die zu erektiler Dysfunktion führen können oder eine erektile Dysfunktion verschlechtern können. Insbesondere können Diuretika und Betablocker über eine verminderte Perfusion der Testes und eine verminderte Testosteronproduktion zu erektiler Dysfunktion führen. Die einzige Ausnahme bildet der Betablocker Nebivolol, der keinen negativen Einfluss auf die Erektionsfähigkeit aufweist.

Die Sexualstörungen selbst haben nach bisherigem Wissensstand keinen Einfluss auf die Keimzellfunktionen. Auch eine Behandlung von erektiler Dysfunktion mit Phosphodiesterase-5-Hemmern reduziert die Spermaqualität nicht (Kalsi et al., 2003).

Spermatogenese und Spermaqualität

Zunehmendes Alter beim Mann ist assoziiert mit einer Abnahme der Zahl von Sertoli-Zellen, Leydig-Zellen und Keimzellen im Hoden. Zusätzlich sind die Basalmembranen der Samenkanälchen verdickt und die Vaskularisation des Hodens eingeschränkt (Kühnert & Nieschlag, 2004). Die Zahl der Sertoli-Zellen in den Tubuli nimmt ab und ein Verlust an Keimzellen ist mit zunehmendem Alter zu beobachten (Paul & Robaire, 2013). Dies wirkt sich jedoch kaum auf die Hodenvolumina aus, die über lange Zeit konstant bleiben und zeigen erst in der 8. Dekade eine Reduktion (Handelsman & Staraj, 1985).

Mäuse, die zeitlebens mit fertilen Partnerinnen zusammenlebten, produzierten bis ins höhere Alter (etwa 30 Monate) mehr Würfe und mehr Nachkommen als Mäuse, die bis zum 16. Lebensmonat zölibatär gehalten

wurden und dann erst Fertilitätstesten unterworfen wurden (Schmidt et al., 2009). Ob diese Befunde eine Parallele beim Homo sapiens haben, wurde bisher nicht untersucht.

Bezüglich der Spermaqualität ist die Datenlage inhomogen. Ejakulatvolumen, Spermienproduktion, -beweglichkeit und -morphologie nehmen mit zunehmendem Lebensalter des Mannes ab, während die Spermienkonzentration bei abnehmendem Ejakulatvolumen eher im Bereich jüngerer Männer bleibt (Nieschlag et al., 1982; Lütjens et al., 2002; Hellstrom et al., 2006). Hierbei können das Alter selbst für die Veränderungen der Spermienqualität verantwortlich sein oder assoziierte Faktoren und Komorbiditäten wie Durchblutungsstörungen, Übergewicht, Infektionen oder Kumulation toxischer Substanzen (Umweltgifte). Wir konnten keine spezifischen, mit zunehmendem Alter korrelierenden Fertilitätsstörungen bei älteren Männern mit unerfülltem Kinderwunsch feststellen, jedoch eine erhöhte Rate an Infektionen des Genitaltrakts (Rolf et al., 2002). Entsprechend gibt es keine altersspezifischen Behandlungen der Infertilität bei älteren Männern (Belloc et al., 2014). Gegenwärtig wird kontrovers diskutiert, ob die DNA-Fragmentierung in den Spermien mit dem Alter zunimmt (Stewart & Kim, 2011; Humm & Sakkas, 2013) und definitive Studien, die eine Einigung auf methodische Standards voraussetzen, werden mit Spannung erwartet.

Auch eine Arbeitsgruppe der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und der Leopoldina, die sich mit den Ursachen des Geburtenrückgangs in Deutschland auseinandersetzte, kam zu dem Schluss, dass dafür vorwiegend soziale Faktoren verantwortlich sind und es außer der mit dem Alter grundsätzlich sinkenden Fertilität keine altersspezifischen medizinischen Ursachen für den Rückgang der Geburtenrate gibt (Nieschlag & te Velde, 2010).

Väterliches Alter und Fertilität

Mehrere Studien konnten zeigen, dass ein höheres väterliches Alter mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Schwangerschaft innerhalb von 12 Monaten assoziiert ist. Die Zeit bis zum Eintreten einer Schwangerschaft (*time-to-pregnancy*) bei Frauen unter 25 Jahren verlängerte sich um mehr als ein Jahr, wenn die Männer >45 Jahre alt waren (Hassan & Killick, 2003). Bei Paaren, die auf natürlichem Weg versuchten, ein Kind zu zeugen, stieg das Risiko für eine Infertilität um das ca. 3fache, wenn der Mann >40 Jahre und die Frau >35 Jahre alt waren (de la Rochebrochard et al., 2006). Diese Berechnungen konnten kürzlich durch die Auswertung

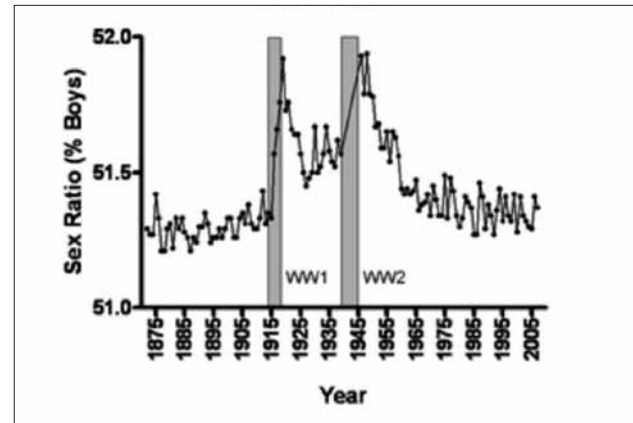


Abb. 1: Darstellung des Geschlechterverhältnisses neugeborener Jungen zu Mädchen in Deutschland von 1872 bis 2007 (WW = Weltkrieg, aktualisiert aus Lerchl, 2000)

von 4.887 Zyklen mit Eizell-Spende bestätigt werden: Zunehmendes Alter des Vaters hatte erst einen Einfluss auf die Erfolgsrate der ICSI-Behandlung im Hinblick auf klinische Schwangerschafts- und Geburtenrate, wenn die Empfängerin der gespendeten Eizellen >36 Jahre alt war (Begueria et al., 2014). Diese Befunde stehen im Widerspruch zu früheren Beobachtungen, die feststellten, dass auch bei Verwendung von Eizellen, die von Frauen unter 35 Jahren gespendet wurden, die Zahl der geborenen Kinder bei Vätern über 40 Jahre deutlich zurückging (Frattarelli et al., 2008).

Der Altersunterschied zwischen Mutter und Vater hat einen Einfluss auf die Geschlechtsverteilung der gezeugten Kinder: Je größer der Unterschied, desto mehr Jungen werden geboren (Manning et al., 1997). Wenn es auch andere Theorien für die Zunahme der männlichen Neugeborenen nach Kriegen wie dem 1. und 2. Weltkrieg (vgl. Abb. 1) (Lerchl, 2000) gibt, könnte die Tatsache, dass große Anzahlen jüngerer Männer in den Kriegen gefallen sind und sich daher nach den Kriegen proportional mehr ältere Männer mit jüngeren Frauen fortpflanzen, für dieses Phänomen (mit-)verantwortlich sein.

Genetische Defekte

Eine Assoziation zwischen väterlichem Alter und Auftreten bestimmter Syndrome wurde bereits Mitte der 50er Jahre berichtet (Penrose, 1955). Zwischenzeitlich gilt ein Zusammenhang zwischen Alter der Väter und verschiedenen X-chromosomal rezessiv und autosomal dominant vererbten Erkrankungen als gesichert (Crow, 2000). Außerdem treten Aneuploidien, Punktmutationen, DNA-Brüche, Imprinting-Phänomene und andere chromosomale Abnormalitäten mit zunehmendem Le-

Krankheitsbild	Alter (Jahre)	Risiko bei älteren Vätern	Risiko in der Gesamtbevölkerung
Achondroplasie	>50	1:1923	1:15 000
Apert-Syndrom	>50	1:263	1:50 000
Crouzon-Syndrom	>50	1:6250	1:50 000
Neurofibromatose 1	>50	1:810-1:1080	1:3000-1:4000
Retinoblastom	>45	1:5000-1:6667	1:15000-1:20000
Down-Syndrom	40-44	1:876	1:1200
Klinefelter-Syndrom	>50	1:312 Männer	1:500 Männer
Epilepsie	40-45	1:770	1:100
Schizophrenie	>50	1:22	1:100
Autismus	>40	1:174	1:1000
Mamma-Carcinom	>40	1:5,3	1:8,5
Spontanabort	>35	1:5,3	1:7
Präeklampsie	>44	1:50	1:62

Tabelle 1: Erhöhtes Morbiditätsrisiko für Kinder älterer Väter im Vergleich zum Risiko in der Gesamtbevölkerung (nach Kovac et al., 2013)

bensalter der Väter häufiger auf (Singh et al., 2003; Slotter et al., 2004; Thacker, 2004; Sartorius & Nieschlag, 2010). Auch angeborene Missbildungen nehmen mit dem Alter des Vaters über 40 Jahre leicht zu (Yang et al., 2007; Wiener-Megnazi et al., 2012) – vgl. Tabelle 1.

Das kann wahrscheinlich darauf zurückzuführen sein, dass sich die Eizellen der Frau nur 22mal teilen, bevor sie in die meiotische Prophase eintreten, während die Stammzellen der Spermatogenese bis zum 50. Lebensjahr ca. 890 und bis zum 75. Lebensjahr 1.460 meiotische Teilungen durchlaufen und daher anfälliger für Teilungsfehler und äußere Einflüsse sind (Crow, 2000). Daraus wurde die *Copy Error Hypothesis* (Hypothese der fehlerhaften Kopien) entwickelt (Penrose, 1955).

Aneuploidien

Aneuploidien in ejakulierten Spermien älterer Männer werden kontrovers diskutiert (Buwe et al., 2005), während ein Zusammenhang zwischen väterlichem Alter und Aneuploidien bei deren Kindern als wahrscheinlich angesehen wird. Nur Neugeborene mit den autosomalen Trisomien 13, 18 und 21 überleben. Hierbei ist die Trisomie 21 die häufigste Trisomie bei Neugeborenen. Sie ist assoziiert mit dem mütterlichen Alter. Wenn die Mutter älter als 35 Jahre alt ist, zeigt sich aber auch eine Abhängigkeit vom väterlichen Alter (Fisch et al., 2003).

Trisomie 18 bei Neugeborenen ist hingegen unabhängig vom Alter des Vaters, wohingegen Väter über 39 Jahre sogar eine geringere Wahrscheinlichkeit für Kinder mit Trisomie 13 haben (Naguib et al., 1999; Archer et al., 2007).

Ob Aneuploidien der Geschlechtschromosomen, die z.B. zum Klinefelter-Syndrom (47, XXY) führen können, eine Assoziation zum väterlichen Alter aufweisen, ist noch nicht endgültig erwiesen, da die untersuchten Kollektive bisher zu klein waren (Nieschlag, 2013).

Genmutationen

Eine das ganze Genom erfassende Untersuchung an 78 isländischen Familien ergab, dass mit zunehmendem Alter des Vaters die Anzahl der *de novo*-Mutationen um je 2 pro Jahr zunimmt und sich die Mutationen insgesamt alle 16,5 Jahre verdoppeln (Kong et al., 2012). Veränderungen auf Genebene führen zum gehäuften Auftreten zahlreicher Syndrome bei Kindern älterer Väter wie z.B. Achondroplasie, Apert-Syndrom, Marfan-Syndrom, Crouzon-Syndrom, Pfeiffer-Syndrom und multiple endokrine Neoplasie (Crow, 2000). Bei einigen dieser Erkrankungen konnten Mutationen im Fibroblast Growth Factor Receptor Gene 2 oder 3 (FGFR2 oder 3) nachgewiesen werden. Da es sich bei den FGFR2 Mutationen um *gain-of-function* Mutationen handelt, wurde die Hypothese aufgestellt, dass die diese Mutationen tragenden Spermatogonien positiv selektioniert werden und deshalb mit zunehmendem Alter des Vaters immer häufiger werden (Goriely & Wilkie, 2012). Höheres Alter der Väter scheint auch für Imprinting-Phänomene durch DNA-Methylierung verantwortlich zu sein; hier wird ein möglicher Zusammenhang mit Erkrankungen wie Schizophrenie (Perrin et al., 2007) und bipolaren Erkrankungen (Frans et al., 2008) diskutiert.

Schwangerschaftskomplikationen

Fehlgeburten

Verschiedene Studien konnten einen klaren Zusammenhang zwischen väterlichem Alter und dem Risiko für eine Fehlgeburt zeigen. Teilweise waren die Risiken mit dem Alter der Mutter assoziiert. So fanden de la Rochebrochard und Thonneau (2002) unabhängig vom Alter

der Männer zwar kein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, wenn die Frau 20–29 Jahre alt war; bei Frauen zwischen 30 und 34 Jahren stieg das Risiko für Fehlgeburten aber signifikant, wenn die Männer >40 Jahre alt waren.

In differenzierteren Studien war der Effekt des väterlichen Alters >35 Jahre besonders bezüglich des Auftretens von Fehlgeburten im ersten Trimenon signifikant, wenn deren Frauen >30 Jahre alt waren (Slama et al., 2005). Väter über 50 Jahre haben eine ca. zweimal höhere Wahrscheinlichkeit, dass die Schwangerschaften ihrer Partnerinnen mit Fehlgeburt vor der 20. Schwangerschaftswoche enden (Nybo Andersen et al., 2004).

Entbindung durch Kaiserschnitt

Entbindungen durch Kaiserschnitt haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Bisher liegt nur eine Studie vor, die einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Väter und der Häufigkeit von Kaiserschnitten bei deren Partnerinnen untersucht hat (Tang et al., 2006). Hierbei lag das relative Risiko für einen Kaiserschnitt bei Frauen zwischen 20 und 29 Jahre in Bezug auf das jeweilige Lebensalter ihrer Männer (20–29, 30–34, 35–39 und >40 Jahre) bei 1,00, 1,12, 1,18 und 1,34. Es scheint somit einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Väter und der Wahrscheinlichkeit für eine Kaiserschnitt-Geburt auch unabhängig vom Lebensalter der Frau zu geben.

Präeklampsie

Präeklampsie ist eine multifaktoriell bedingte Erkrankung, die mit Hypertonie, Proteinurie und Ödemen bei der Schwangeren einhergeht; paternale und maternale Gene spielen eine Rolle (Skjaerven et al., 2005). Unterschiedliche Definitionen dieser Erkrankung in verschiedenen Studien und die Vielzahl zugrunde liegender Faktoren machen es schwierig, die Ergebnisse zu vergleichen. Größere Studien konnten aber zeigen, dass ein Alter des Vaters <25 Jahre und >35 Jahre das Risiko für eine Präeklampsie bei den Partnerinnen erhöht (im Vergleich zu Vätern im Alter von 25–34 Jahren). Sind die Väter über 45 Jahre alt, verdoppelt sich das Risiko fast.

Frühgeburten

Die Datenlage zum Einfluss des paternalen Alters auf das Risiko für eine Frühgeburt ist inhomogen. Mehrere Studien aus den letzten Jahren geben aber erste Hinweise darauf, dass die Frühgeburtsrate mit einem höheren Alter der Väter assoziiert ist. So stieg das Risiko für eine

Frühgeburt in einer dänischen Studie unter Einschluss ca. 70.000 Geburten bei Frauen zwischen 20 und 24 Jahren um den Faktor 2,1, wenn die Väter über 50 Jahre alt waren; noch höher war das Risiko (Faktor 3,4) in dieser Altersgruppe für Frühgeburten vor der 32. Schwangerschaftswoche (Zhu et al., 2005).

Morbidität bei Kindern älterer Väter

Auf einen Zusammenhang zwischen väterlichem Alter und genetisch bedingten Erkrankungen wurde bereits eingegangen. Auch wenn viele Untersuchungen über eine Assoziation zwischen paternalem Alter und Auftreten von Erkrankungen methodische Mängel aufweisen, gibt es doch eine Reihe von Hinweisen, dass Kinder älterer Väter ein erhöhtes Risiko haben können für Krebserkrankungen im Kindesalter, wie auch für Prostatakrebs, Lungenkrebs, Diabetes mellitus Typ I, multiple Sklerose, zerebrale Kinderlähmung, Schizophrenie, Autismus, Epilepsie, Alzheimer Erkrankung, niedrigere Intelligenzquotienten und Geburtsdefekte wie Herzfehler, tracheo-ösophageale Fisteln oder Fehlbildungen des Knochen-/Muskelapparates. Hierbei muss allerdings deutlich hervorgehoben werden, dass es sich um statistisch wahrscheinliche, aber doch sehr geringe Risikosteigerungen handelt. Da ältere Paare immer häufiger Verfahren der Assistierte Reproduktion (ART) in Anspruch nehmen müssen, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen, muss auch an Risiken, die aus diesen Verfahren (IVF und ICSI) für die Kinder unabhängig vom Alter der Eltern entstehen, gedacht werden. Nachuntersuchungen an 11- bis 13jährigen durch ART gezeugten gesunden erscheinenden Kindern ergaben systemische und pulmonale vaskuläre Dysfunktionen mit einem Risiko für eine pulmonale Hypertension, wie sie bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ I beobachtet werden (Scherrer et al., 2012).

Zusammenfassung

Angaben zu Risiken, die mit einem höheren Alter von Vätern verbunden sein können, sind immer kritisch zu betrachten, da die entsprechenden Studien eine Vielzahl von Störfaktoren aufweisen können. So müssen individuelle Aspekte (z.B. Differenz zwischen dem chronologischen und biologischen Alter), aber auch altersrelevante Kofaktoren wie kardiovaskuläre Erkrankungen oder mit dem Alter zunehmende Akkumulationen von Umwelttoxinen berücksichtigt werden.

Unbeachtet dieser Einschränkungen erlauben die bisherigen Studien aber den Rückschluss, dass ein höheres Alter bei Männern mit Einschränkungen ihrer Fertilität und im Falle der Vaterschaft mit einem erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen bei deren Partnerinnen verbunden ist. Außerdem haben Kinder älterer Väter eine leicht erhöhte Wahrscheinlichkeit für einige genetisch bedingte Erkrankungen. Angesichts der steigenden Zahl älterer Väter sollten die entsprechenden Paare über die Risiken und ihre Dimension aufgeklärt werden, ohne dass ihnen von der Zeugung von Nachkommen ausdrücklich abgeraten würde. In diesem Sinne lauten auch Empfehlungen wissenschaftlicher Gesellschaften (z.B. die Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, 2011). Dabei kann auf die relativ geringe Steigerung der Risiken durch einen älteren Vater verwiesen werden, wie auch aus Tabelle 1 hervorgeht. Eine Art *Social Freezing* der Gameten, wie es inzwischen jüngeren Frauen angeboten wird, die ihren Kinderwunsch erst im späteren Leben verwirklichen wollen, wurde bisher für Männer wegen der erhöhten Risiken, die mit Zeugung im höheren Lebensalter verbunden sein können, nicht propagiert.

Neben diesen gesundheitlichen Risiken müssen soziologische Aspekte einer Vaterschaft im höheren Alter abgewogen werden. Grundsätzlich bedeuten Kinder für Eltern über 50 Jahre im Vergleich zu altersgleichen Paaren ohne Kinder mehr Lebensglück (Margolis & Myrskylä, 2011). Ältere Väter, die die *rush hour* des Lebens mit dem Aufbau und der Sicherung einer beruflichen Existenz schon hinter sich haben, verwenden mehr Zeit auf ihre Kinder und können sich intensiver und bewusster der „Brutpflege“ widmen (Dreyer, 2008). Kinder älterer Väter könnten einen Vorteil daraus ziehen, dass ihre soziale Sicherheit durch die bessere berufliche Etablierung des Vaters höher ist und ein höherer sozioökonomischer Status mit einem größeren Grad an Gesundheitsbewusstsein verbunden ist. Dem müssen Nachteile gegenüber gestellt werden wie die verringerte gemeinsame Lebenszeit, die Kinder älterer Väter mit ihren Eltern oder Großeltern verbringen können. Allerdings hat die Zeit, die ältere Väter mit ihren Kindern noch verbringen können, dank der stetig steigenden Lebenserwartung während der letzten 100 Jahre enorm zugenommen, so dass heute 50- und 60jährige frische Väter noch die Chance haben, ihre Kinder bis ins frühe Erwachsenenalter zu begleiten. Darüber hinaus hat die europaweite Male Aging Study (EMAS) ergeben, dass alternde Männer mit normalen Testosteron-Werten und ohne sexuelle Symptomatik eine höhere Lebenserwartung als solche mit niedrigem Testosteron und/oder sexuellen Defiziten (verringerte Libido, fehlende morgendliche Erektionen und erektile Dysfunktion) haben (Pye et al., 2014). Da alternde Väter einerseits eher zu der ersten Gruppe gehören, werden sie auch eine längere Lebenszeit mit ih-

ren spät gezeugten Kindern verbringen können. Andererseits wird spekuliert, ob spät gezeugte Kinder aufgrund längerer Telomere eine höhere Lebenserwartung als früh gezeugte Kinder aufweisen (Eisenberg et al., 2012). Damit würden spät gezeugte Kinder nicht nur früher in den Genuss des materiellen Erbes ihrer Väter kommen, sondern auch noch eine höhere Lebenserwartung erben.

Literatur

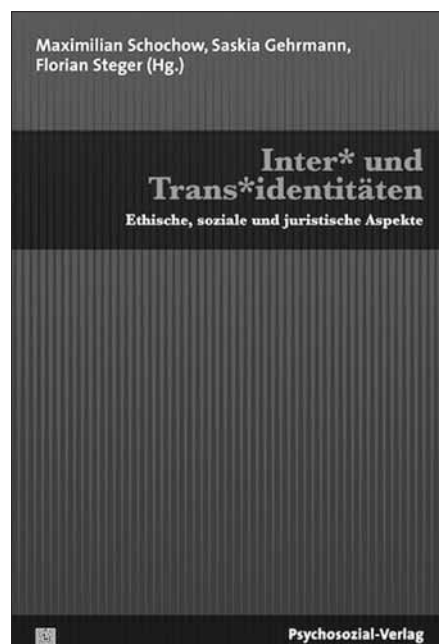
- Archer, N.P., Langlois, P.H., Suarez, L., Brender, J., Shanmugam, R., 2007. Association of paternal age with prevalence of selected birth defects. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 79, 27–34.
- Beguiria, R., García, D., Obradors, A., Poisot, F., Vassena, R., Vernaeve, V., 2014. Paternal age and assisted reproductive outcomes in ICSI donor oocytes: Is there an effect of older fathers? *Hum Reprod* 29, 2114–2122.
- Belloc, S., Hazout, A., Zini, A., Merviel, P., Cabry, R., Chahine, H., Copin, H., Benkhalifa, M., 2014. How to overcome male infertility after 40: Influence of paternal age on fertility. *Maturitas* 78, 22–29.
- Buwe, A., Guttenbach, M., Schmid, M., 2005. Effect of paternal age on the frequency of cytogenetic abnormalities in human spermatozoa. *Cytogenet Genome Res* 111, 213–228.
- Crow, J.F., 2000. The origins, patterns and implications of human spontaneous mutation. *Nat Rev Genet* 1, 40–47.
- de la Rochebrochard, E., Thonneau, P., 2002. Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Hum Reprod* 17, 1649–1656.
- de la Rochebrochard, E., de Mouzon, J., Thepot, F., Thonneau, P., 2006. Fathers over 40 and increased failure to conceive: The lessons of in vitro fertilization in France. *Fertil Steril* 85, 1420–1424.
- Deutsches IVF-Register (DIR) 2013, 2014. *J Repromed Endokrinol* 11, 239–273.
- Eisenberg, D.T., Hayes, M.G., Kuzawa, C.W., 2012. Delayed paternal age of reproduction in humans is associated with longer telomeres across two generations of descendants. *Proc Natl Acad Sci USA* 109, 10251–10256.
- Fisch, H., Hyun, G., Golden, R., Hensle, T.W., Olsson, C.A., Liberson, G.L., 2003. The influence of paternal age on down syndrome. *J Urol* 169, 2275–2278.
- Frans, E.M., Sandin, S., Reichenberg, A., Lichtenstein, P., Langström, N., Hultmann, C.M., 2008. Advancing paternal age and bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 65, 1034–1040.
- Fratrrelli, J.L., Miller, K.A., Miller, B.T., Elkind-Hirsch, K., Scott Jr., R.T., 2008. Male age negatively impacts embryo development and reproductive outcome in donor oocyte assisted reproductive technology cycles. *Fertil Steril* 90, 97–103.
- Goriely, A., Wilkie, A.O., 2012. Paternal age effect mutations and selfish spermatogonial selection: Causes and consequences for human disease. *Am J Hum Gen* 90, 175–200.
- Grossmann, M., Anawalt, B.D., Wu, F.C., 2015. Clinical practice patterns in the assessment and management of low testosterone in men: An international survey of endocrinologists. *Clin*

- Endocrinol (Oxf) 82, 234–241.
- Handelsman, D.J., Staraj, S., 1985. Testicular size: The effects of aging, malnutrition, and illness. *J Androl* 6, 144–151.
- Hassan, M.A., Killick, S.R., 2003. Effect of male age on fertility: Evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertil Steril* 79 Suppl 3, 1520–1527.
- Hellstrom, W.J., Overstreet, J.W., Sikka, S.C., Denne, J., Ahuja, S., Hoover, A.M., Sides, G.D., Cordell, W.H., Harrison, L.M., Whitaker, J.S., 2006. Semen and sperm reference ranges for men 45 years of age and older. *J Androl* 27, 421–8.
- Humm, K.C., Sakkas, D., 2013. Role of increased male age in IVF and egg donation: Is sperm DNA fragmentation responsible? *Fertil Steril* 99, 30–36.
- Johnson, L., Grumbles, J.S., Bagheri, A., Petty, C.S., 1990. Increased germ cell degeneration during postprophase of meiosis is related to increased serum follicle-stimulating hormone concentrations and reduced daily sperm production in aged men. *Biol Reprod* 42, 281–287.
- Kalsi, J.S., Bahadur, G., Muneer, A., Ozturk, O., Christopher, N., Ralph, D.J., Minhas, S., 2003. Novel PDE5 inhibitors for the treatment of male erectile dysfunction. *Reprod Biomed Online* 7, 456–461.
- Kaufman, J.M., T'Sjöen, G., Vermeulen, A., 2012. Androgens in male senescence. In: Nieschlag, E., Behre, H.M. (Hg.). *Testosterone: Action, Deficiency, Substitution*, 4. Aufl., Springer, Heidelberg, 336–371.
- Kong, A., Frigge, M.L., Masson, G., Besenbacher, S., Sulem, P., Magnusson, G., Gudjonsson, S.A., Sigurdsson, A., Jonasdottir, A., Wong, W.S., Sigurdsson, G., Walters, G.B., Steinberg, S., Helgason, H., Thorleifsson, G., Gudbjartsson, D.F., Helgason, A., Magnusson, O.T., Thorsteinsdottir, U., Stefansson, K., 2012. Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk. *Nature* 488, 471–475.
- Kovac, J.R., Addai, J., Smith, R.P., Coward, R.M., Lamb, D.J., Lipshultz, L.I., 2013. The effects of advanced paternal age on fertility. *Asian J Androl* 15, 723–8.
- Kühnert, B., Nieschlag, E., 2004. Reproductive functions of the ageing male. *Hum Reprod Update* 10, 327–339.
- Lerchl, A., 2000. Vergleichende Biologie der Reproduktion. In: Nieschlag, E., Behre, H.M., (Hg.). *Andrologie: Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes*, 2. Aufl., Springer, Heidelberg, 11–25.
- Luetjens, C.M., Rolf, C., Gassner, P., Werny, J.E., Nieschlag, E., 2002. Sperm aneuploidy rates in younger and older men. *Hum Reprod* 17, 1826–1832.
- Manning, J.T., Anderton, R.H., Shutt, M., 1997. Parental age gap skews child sex ratio. *Nature* 389, 344.
- Margolis, R., Myrskylä, M., 2011. A global perspective on happiness and fertility. *Popul Dev Rev* 37, 29–56.
- Martin, J.A., Hamilton, B.E., Sutton, P.D., Ventura, S.J., Menacker, F., Kirmeyer, S., Munson, M.L., 2007. Births: Final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep* 56, 1–103.
- Naguib, K.K., Al-Awadi, S.A., Moussa, M.A., Bastaki, L., Gouda, S., Redha, M.A., Mustafa, F., Tayel, S.M., Abulhassan, S.A., Murthy, D.S., 1999. Trisomy 18 in Kuwait. *Int J Epidemiol* 28, 711–716.
- Nieschlag, E., 2009. Aufgaben und Ziele der Andrologie. In: Nieschlag, E., Behre, H.M., Nieschlag, S. (Hg.). *Andrologie: Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes*. 3. Aufl., Springer, Heidelberg, 3–12.
- Nieschlag, E., 2013. Klinefelter-Syndrom: Häufigste Form des Hypogonadismus, aber oft übersehen oder unbehandelt. *Dtsch Arztebl.* 110/20, 347–353.
- Nieschlag, E., 2015. Current topics in testosterone replacement of hypogonadal men. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism* 29/1, 77–90.
- Nieschlag, E., Lammers, U., Freischem, C.W., Langer, K., Wickings, E., 1982. Reproductive functions in young fathers and grandfathers. *J Clin Endocrinol Metab* 55, 676–681.
- Nieschlag, E., Behre, H.M., Bouchard, P., Corrales, J.J., Jones, T.H., Stalla, G.K., Webb, S.M., Wu, F.C.W., 2004. Testosterone replacement therapy, current trends und future directions. *Hum. Reprod Update* 10, 409–419 .
- Nieschlag, E., te Velde, E., 2010. Why have birth rates dropped? For medical reasons? *J Repromed Endokrinol* 7, 403–406.
- Nybo Andersen, A.M., Hansen, K.D., Andersen, P.K., Davey Smith, G., 2004. Advanced paternal age and risk of fetal death: A cohort study. *Am J Epidemiol* 160, 1214–1222.
- Paul, C., Robaire, B., 2013. Ageing of the male germ line. *Nat Rev Urol* 10, 227–234.
- Penrose, L.S., 1955. Parental age and mutation. *Lancet* 269, 312–313.
- Perrin, M.C., Brown, A.S., Malaspina, D., 2007. Aberrant epigenetic regulation could explain the relationship of paternal age to schizophrenia. *Schizophr Bull* 33, 1270–1273.
- Pye, S.R., Huhtaniemi, I.T., Finn, J.D., Lee, D.M., O'Neill, T.W., Tajar, A., Bartfai, G., Boonen, S., Casanueva, F.F., Forti, G., Giwercman, A., Han, T.S., Kula, K., Lean, M.E., Pendleton, N., Punab, M., Rutter, M.K., Vanderschueren, D., Wu, F.C.W. (EMAS Study Group), 2014. Late-onset hypogonadism and mortality in aging men. *J Clin Endocrinol Metab* 99, 1357–1366.
- Rolf, C., Kenkel, S., Nieschlag, E., 2002. Age-related disease pattern in infertile men: Increasing incidence of infections in older patients. *Andrologia* 34, 209–17.
- Rolf, C., Zitzmann, M., Nieschlag, E., 2009. Seneszenz und Altershypogonadismus. In: Nieschlag, E., Behre, H.M., Nieschlag, S., (Hg.). *Andrologie: Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes*, 3. Aufl., Springer, Heidelberg, 2009, 245–266.
- Sartorius, G.A., Nieschlag, E., 2010. Paternal age and reproduction. *Hum Reprod Update* 16, 65–79.
- Scherrer, U., Rimoldi, S.F., Rexhaj, E., Stuber, T., Duplain, H., Garcin, S., de Marchi, S.F., Nicod, P., Germond, M., Allemann, Y., Sartori, C., 2012. Systemic and pulmonary vascular dysfunction in children conceived by assisted reproductive technologies. *Circulation* 125, 1890–1896.
- Schmidt, J.A., Oatley, J.M., Brinster, R.L., 2009. Female mice delay reproductive aging in males. *Biol Reprod.* 80, 1009–1014.
- Seymour, F., Duffy, C., Korner, A., 1935. A case of authentic fertility in a man of 94. *JAMA* 105, 1423–1424.
- Singh, N.P., Muller, C.H., Berger, R.E., 2003. Effects of age on DNA double-strand breaks and apoptosis in human sperm. *Fertil Steril* 80, 1420–1430.
- Skjaerven, R., Vatten, L.J., Wilcox, A.J., Ronning, T., Irgens, L.M., Lie, R.T., 2005. Recurrence of pre-eclampsia across generations: Exploring fetal and maternal genetic components in a population based cohort. *BMJ* 331, 877.
- Slama, R., Bouyer, J., Windham, G., Fenster, L., Werwatz, A., Swan, S.H., 2005. Influence of paternal age on the risk of spontaneous abortion. *Am J Epidemiol* 161, 816–823.
- Sloter, E., Nath, J., Eskenazi, B., Wyrobek, A.J., 2004. Effects of male age on the frequencies of germinal and heritable chro-

- mosomal abnormalities in humans and rodents. *Fertil Steril* 81, 925–943.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2011. Advanced reproductive age and fertility. *J Obstet Gynaecol Canada* 33, 1165–1175.
- Stewart, A.F., Kim, E.D., 2011. Fertility concerns for the aging male. *Urology* 78, 496–499.
- Tang, C.H., Wu, M.P., Liu, J.T., Lin, H.C., Hsu, C.C., 2006. Delayed parenthood and the risk of cesarean delivery – is paternal age an independent risk factor? *Birth* 33, 18–26.
- Thacker, P.D., 2004. Biological clock ticks for men, too: Genetic defects linked to sperm of older fathers. *JAMA* 291, 1683–1685.
- Wang, C., Nieschlag, E., Swerdloff, R., Behre, H.M., Hellstrom, W.J., Gooren, J.J., Kaufman, J.M., Legros, J.J., Lunenfeld, B., Morales, A., Morley, J.E., Schulman, C., Thompson, I.M., Weidner, W., Wu, F.C.W., 2010. Untersuchung, Behandlung und Überwachung des Altershypogonadismus (Late-onset Hypogonadismus) des Mannes: ISA-, ISSAM- und EAU-Empfehlungen. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 7, 60–66.
- Wiener-Megnazi, Z., Auslender, R., Dirnfeld, M., 2012. Advanced paternal age and reproductive outcome. *Asian J Androl* 14, 69–76.
- Yang, Q., Wen, S.W., Leader, A., Chen, X.K., Lipson, J., Walker, M., 2007. Paternal age and birth defects: How strong is the association? *Hum Reprod* 22, 696–701.
- Zhu, J.L., Madsen, K.M., Vestergaard, M., Olesen, A.V., Basso, O., Olsen, J., 2005. Paternal age and congenital malformations. *Hum Reprod* 20, 3173–3177.
- Zitzmann, M., Faber, S., Nieschlag, E., 2006. Association of specific symptoms and metabolic risks with serum testosterone in older men. *J Clin Endocrinol Metab* 91, 4335–4343.

Autor

Prof. Dr. med. Dr.h.c. Eberhard Nieschlag, Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie, Universitätsklinikum Münster, D-48149 Münster, Domagkstraße 11 und Center of Excellence in Genomic Medicine Research King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia, e-mail: eberhard.nieschlag@ukmuenster.de



Wiebke Driemeyer, Benjamin Gedrose, Armin Hoyer, Lisa Rustige (Hg.)

Maximilian Schochow, Saskia Gehrmann, Florian Steger (Hg.)

Inter* und Trans*identitäten

Ethische, soziale und juristische Aspekte

Psychosozial-Verlag 2015

ca. 400 Seiten, geb., 39,90 €

Der Deutsche Ethikrat veröffentlichte im Februar 2012 eine Stellungnahme zur Intersexualität, in der ethische und juristische Fragen, die Inter*Menschen betreffen, diskutiert werden. Diese Debatten werden im vorliegenden Band aufgegriffen und um die Thematik der Trans*Identität erweitert. Der Band vereint die Perspektiven von Interessengruppen mit Ergebnissen empirischer Arbeiten unter anderem zur Situation präoperativer transidenter Menschen sowie den Motiven geschlechtsangleichender Operationen. Dargestellt werden zudem alte und neue Widersprüche in der Rechtsprechung und der künftigen Rechtsgestaltung in Bezug auf Inter*- und Trans*Identitäten. Darüber hinaus werden der Umgang mit Kindern und Jugendlichen sowie die mediale Bearbeitung und die Herausforderungen im Leistungssport analysiert.

Sexualstörungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch – Ein Update*

Tewes Wischmann

Sexual Dysfunction in Couples with Fertility Problems – An Update Einführung

Abstrakt

This review article evaluates 14 recent English-language medical studies from many countries on sexual disorders in infertile couples. The research results are very inconsistent. Dissimilar samples and assessment instruments, together with low or unknown responder rates yielded no valid up-to-date information about sexual dysfunctions in couples with an unfulfilled desire for children. Future research must take these methodological shortcomings into account. Current studies on infertile men and their sexuality are definitely underrepresented.

Keywords: Infertility, Infertile couples, Sexual disorders, Infertility counseling, Assisted reproduction

Zusammenfassung

Die Übersichtsarbeit stellt 14 englisch-sprachige medizinische Studien aus mehreren Ländern zu sexuellen Störungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch aus den letzten Jahren vor. Deren Forschungsergebnisse sind sehr inkonsistent, und die Raten der Studienteilnehmer sind eher gering. Unterschiedliche Stichproben und Erfassungsinstrumente, zusammen mit niedrigen bzw. unbekanntem Teilnehmerraten, ergeben somit keine validen aktuellen Erkenntnisse über sexuelle Störungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. Zukünftige Forschung muss die methodologischen Mängel somit adäquat berücksichtigen. Aktuelle Studien zu infertilen Männern und ihrer Sexualität sind definitiv unterrepräsentiert.

Schlüsselwörter: Infertilität; Paare mit unerfülltem Kinderwunsch; Sexualstörungen; Kinderwunschberatung; Assistierte Reproduktion

Für viele infertile Paare, die sich in der diagnostischen Abklärung befinden oder bereits Techniken der assistierten Reproduktion (ART) in Anspruch nehmen, ist die emotionale Belastung groß. Manche dieser Paare berichten über negative Einflüsse auf ihre Sexualität. Eine Übersichtsarbeit kam 2009 zum Schluss, dass in etwa der Hälfte aller Fälle (mehr bei Frauen als bei Männern) der unerfüllte Kinderwunsch das Sexualleben beeinflusst hatte, bei zwei Drittel davon im Sinne einer Verschlechterung. Jeweils verglichen mit einer Gruppe von Müttern ähnlichen Alters und ähnlicher Beziehungsdauer, zeigten Studien an Frauen zu Beginn von ART signifikant niedrigere Werte bezüglich Koitusfrequenz, sexueller Spontaneität, sexueller Befriedigung, sexuellem Interesse und sexueller Erregung. Einigen Studien zufolge sollen Erektionsstörungen und vorzeitiger Samenerguss bei infertilen Männern in ART häufiger sein als in der Allgemeinbevölkerung (Wischmann, 2009).

Ziel dieser Übersichtsarbeit ist die Sichtung der medizinischen Literatur auf neuere Studien zu Sexualstörungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. Eine systematische Literatursuche in *Web of Science* mit den Suchkriterien „infertil*“ und „sexual*“ sowie „human“ für den Publikationszeitraum 2011 bis 2015 erbrachte 161 Resultate. Nach Ausschluss von Kongressbeiträgen, Übersichtsarbeiten und nicht-englischsprachigen Originalarbeiten wurden 14 Studien in diese Übersicht eingeschlossen.

Prävalenz von Sexualstörungen bei infertilen Paaren

Eine Studie an 120 infertilen Frauen in Usbekistan (verglichen mit 120 fertilen Frauen) zeigte, dass die Anzahl der Frauen mit nicht zufriedenstellendem Sexualleben in der infertilen Gruppe etwa doppelt so hoch war wie in der Gruppe fertiler Frauen. Nahezu 39% der infertilen Frauen berichteten, dass sich ihre Haltung zur Intimität im Vergleich zum Vorjahr zum Negativen gewandelt hätte,

* Der vorliegende Text basiert auf einer unter dem Titel „Sexual disorders in infertile couples: an update“ in *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013, 25, 220–222 (DOI:10.1097/GCO.0b013e328360e507) erschienenen Arbeit.

hingegen nur ca. 22% in der Kontrollgruppe (alle Unterschiede waren statistisch signifikant) (Jumayev et al., 2012). In einer schwedischen Studie an Frauen mit polyzystischen Ovarien zeigten diese so viel Interesse an der Sexualität wie die gesunden Frauen der Kontrollgruppe, allerdings gaben 21% an, dass sie keineswegs mit ihrem Sexualleben zufrieden seien (verglichen mit etwa 4% in der Kontrollgruppe). Hatten diese Frauen sich allerdings einer Behandlung mit ART unterzogen, waren ihre Werte bezüglich sexueller Leistung und Zufriedenheit höher im Vergleich zu Frauen ohne Vorgeschichte mit ART. Die Autoren schlussfolgerten, dass Paare, die mit ART beginnen würden, vermutlich stabilere Partnerschaften hätten als andere Paare (Månsson et al., 2011). Im Gegensatz dazu erbrachte eine US-amerikanische Studie an 136 Frauen während bzw. nach IVF-Behandlung signifikant niedrigere Werte bezüglich des sexuellen Interesses und Verlangens sowie mehr Orgasmusschwierigkeiten, weniger sexueller Befriedigung und Aktivität im Vergleich zur Normstichprobe des Fragebogens (*Sexual Functioning Questionnaire*) (Smith, Madeira & Millard, 2015). Da es sich um eine Online-Studie handelte, war die Antwortrate nicht zu ermitteln.

Eine Studie in Malaysia an 150 Frauen und 119 Männern in einem Zentrum für assistierte Reproduktion ergab, dass gemäß dem Schwellenwert des *Female Sexual Function Index* (FSFI) bei etwa 11% der Teilnehmerinnen eine sexuelle Funktionsstörung vorlag (Yeoh et al., 2014). Auf der Grundlage desselben Fragebogens zeigte eine Studie an 75 infertilen Frauen in den USA – verglichen mit 210 Frauen ohne Fertilitätsstörung – bei beiden Gruppen ähnlich viele Frauen mit sexuellen Funktionsstörungen, jeweils bei etwa einem Drittel (Furukawa et al., 2012). Nach Einschätzung der Autoren seien soziodemographische Eigenschaften bezüglich des Auftretens sexueller Funktionsstörungen bedeutsamer als bisher angenommen. Höhere Prozentsätze wurde in einer Studie aus Polen berichtet. Hier berichteten etwa 40% der teilnehmenden Paare sexuelle Funktionsstörungen infolge ihrer Infertilität (Pawelec et al., 2011). Die Teilnahmequote dieser Umfrage betrug 37%. Eine multizentrische Studie mit 604 infertilen iranischen Frauen ergab eine Prävalenzrate von 56% sexueller Funktionsstörungen (Pakpour et al., 2012). Eine türkische Studie mit 122 primär und 75 sekundär infertilen Frauen erbrachte bezüglich sexueller Funktionsstörungen Prävalenzraten von 65% für die erste und 76% für die zweite Gruppe (Keskin et al., 2011). In einer weiteren türkischen Studie wurden alle 809 Fälle (174 infertile Frauen und 635 Frauen, die eine gynäkologische Ambulanz aufsuchten) aufgrund ihrer FSFI-Werte bezüglich sexueller Funktionsstörungen als klinische Fälle klassifiziert. Mit der Dauer der Infertilität sanken diese Werte signifikant. Der ausschlaggebende

Faktor sei nach Meinung der Autoren hierbei die Dauer der Partnerschaft gewesen und nicht die der Fertilitätsstörung (Iris et al., 2012). In der o. g. Studie von Smith und Kollegen wurden dagegen keine Zusammenhänge zwischen sexuellen Funktionsstörungen und der Dauer der Infertilität bzw. der Anzahl bisheriger IVF-Zyklen gefunden. Eine dritte Studie in der Türkei (eine qualitative Interviewstudie) wies darauf hin, dass bei manchen Frauen die Nebenwirkungen der Infertilitätsbehandlung (z.B. Ödeme oder Schmerzen) zu Dyspareunie führen können, allerdings war die Stichprobe eher klein (Onat & Beji, 2012).

Infertile Männer und Frauen und ihr Sexualleben wurden in einer italienischen Studie untersucht (Marci et al., 2012). Hier wurden drei Gruppen verglichen: 30 infertile Paare kurz nach Diagnosestellung, 30 infertile Paare bereits in Behandlung mit intrauteriner Insemination, und 52 Paare ohne bekannte Fertilitätsstörung bei Routineuntersuchungen im Krankenhaus. Männer der ersten Gruppen hatten niedrigere Werte auf der Subskala „erektile Dysfunktion“ im Vergleich zu den Männern der anderen beiden Gruppen. Infertile Männer gaben niedrigere Werte bei „Verlangen“ und „sexueller Befriedigung“ im Vergleich zur fertilen Kontrollgruppe an, während infertile Frauen niedrigere Werte auf den Subskalen „Erregung“, „Lubrikation“ und „sexueller Befriedigung“ zeigten. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Diagnosestellung „Infertilität“ die sexuelle Funktion beim Mann beeinträchtigen kann, und dass der Beginn einer reproduktionsmedizinischen Behandlung einen starken negativen Einfluss auf sexuelles Verlangen und sexuelle Erregung hat, bei Frauen noch stärker als bei Männern.

Ausschließlich Männer mit Fertilitätsstörungen untersuchten Lotti et al. (2012) in Italien sowie Gao et al. (2013) in China. Während in der italienischen Stichprobe von 244 Männern (Antwortrate nicht angegeben) bezogen auf Erektionsstörungen eine mit ca. 18% etwa doppelt so hohe Prävalenz im Vergleich zu Männern der Gesamtbevölkerung mit ähnlichem Alter gefunden wurde, erschien die Prävalenz von Ejaculatio praecox mit ca. 16% nicht erhöht. In der chinesischen Studie wurden an 1468 infertilen Männern (ca. 80% Antwortrate) mit den gleichen Fragebögen Prävalenzraten von ca. 18% bei Erektionsstörungen (ca. 8% in der Kontrollgruppe von 942 fertilen Männern) sowie ca. 19% bei vorzeitigem Samenerguss (11% in der Kontrollgruppe) ermittelt (beide Unterschiede statistisch signifikant). Gao et al. führten diese teilweise widersprüchlichen Ergebnisse der beiden Studien auf kulturelle und religiöse Unterschiede zwischen chinesischen und westlichen Patientengruppen zurück.

Die Prävalenz von verhaltensbedingten Fertilitätsstörungen – hier vermittelt über sexuelle Funktionsstörungen – wurde in der deutschen Studie von Schilling et al. (2012) ermittelt. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass ca. 2% der Frauen und ca. 1% der Männer unter einer Sexualstörung litten. Zudem gaben ca. 7% der Frauen und ca. 2% der Männer an, dass sie trotz ihres Kinderwunsches in weniger als der Hälfte der „fruchtbaren Tage“ der Frau miteinander Geschlechtsverkehr hatten. Da diese Prozentangaben ausschließlich aufgrund der Selbstanfragen der Paare ermittelt wurden, liegt die Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen möglicherweise tatsächlich höher. Die Antwortrate in dieser Studie war 67%. In der gleichen Studie wurde auch der *Self-Esteem and Relationship Questionnaire* (SEAR) eingesetzt (Wischmann et al., 2014). Hier zeigten die Ergebnisse, dass insbesondere der Verlust der sexuellen Spontaneität im Vergleich mit der Zeit vor dem Kinderwunsch von beiden Partnern als gravierendste Verschlechterung in der Sexualität eingeschätzt wurde. Zudem traten seit dem gemeinsamen Kinderwunsch Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf dem SEAR auf: Sowohl in den Bereichen „Zufriedenheit mit der Sexualität“ und „Selbstvertrauen“ als auch bei den Subskalen „allgemeine Zufriedenheit mit der Beziehung“ und – besonders deutlich – „Selbstwertgefühl“ waren bei den Frauen niedrigere Werte als bei ihren Partnern zu beobachten. Alle Werte waren in der Zeit vor dem Kinderwunsch für beide Partner gleichermaßen ausgeprägt gewesen.

Schlussfolgerungen

Implikationen für die Forschung: Bei infertilen Paaren scheint die Prävalenz sexueller Funktionsstörungen hoch zu sein, während die Prävalenz von Sexualstörungen vermutlich eher niedrig ist. Weil ein Sexualproblem als Störung erst in Erscheinung tritt, wenn es vom Paar als solches wahrgenommen wird, kann die Prävalenz von Sexualstörungen nur geschätzt werden. Überblicksstudien zur Sexualität sind wegen der Tendenz von Erinnerungsverzerrungen und insbesondere wegen der Antworttendenz der sozialen Erwünschtheit für Ungenauigkeiten bekannt (Furukawa et al., 2012). Da in den meisten Fällen standardisierte klinische Interviews und Fragebogen mit Selbsteinschätzung zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, müssen Forscher ihre Erhebungsinstrumente präzise beschreiben. Studienteilnehmern muss eindeutig zugesichert sein, dass das Angebot assistierter Reproduktion an sie als Patienten durch die Ergebnisse der Studien in keiner Weise beeinflusst sein wird. Entscheidender Faktor für zukünftige Studien wird die Mitteilung der

Teilnahmequoten sein: Für nahezu alle Studien dieser Übersichtsarbeit bleibt unklar, inwieweit deren jeweilige Ergebnisse generalisiert werden können. Demzufolge müssen sorgfältige „Responder-Nonresponder“-Analysen in allen zukünftigen Studien zu Sexualstörungen bei infertilen Paaren durchgeführt werden. Da Frauen und Männer mit ihren unterschiedlichen ethnischen, religiösen, gesellschaftlichen und kulturellen Hintergründen vermutlich unterschiedliche Wahrnehmungen ihres Körpers sowie ihres sexuellen Erlebens und Funktionierens haben, sollten diese moderierenden Faktoren in kommenden Studien sorgfältig dokumentiert werden.

Implikationen für die Praxis: Sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Kinderwunschberater sollten sich darüber im Klaren sein, dass Sexualstörungen im Zusammenhang mit einem unerfüllten Kinderwunsch ursächlich relevant sein können (Schilling et al., 2012). Demzufolge muss das Wissen des Paares über die Reproduktion erhoben werden. Speziell die „fruchtbaren Tage“, Lebensdauer von Spermien und Eizellen, und die im Sinne der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit beste(n) Zeit(en) für Sexualverkehr sollte(n) mit dem Paar besprochen werden. Weiterhin sollten die Fachkräfte detaillierte Fragen zur Sexualität stellen. Das beinhaltet, ob der Koitus immer möglich ist, ob die Ejakulation in der Scheide erfolgt, und ob das Paar irgendwelche sexuellen Probleme erlebt. Diese Fragen sollten nicht nur vor Beginn einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme gestellt werden, sondern auch während der ART selbst, insbesondere wenn ein Wechsel zu invasiveren Techniken erfolgt (bspw. von intrauteriner Insemination zu IVF) und wenn eine Schwangerschaft vorzeitig endet (Fehl- oder Totgeburt). Wenn es Hinweise auf gravierende Probleme mit der Sexualität während ART gibt, sollten diese seitens der Beratungsfachkraft akzeptiert und normalisiert werden. Falls notwendig, sollte eine Überweisung des Paares an einen Sexual- oder Paartherapeuten erfolgen. Häufig ist es sinnvoll, dem Paar eine Unterscheidung von „zweckorientierter Sexualität“ und „lustorientierter Sexualität“ zu empfehlen. Dies bedeutet, dass während der fruchtbaren Tage ein eher „zielgerichteter“ Ansatz in der Sexualität vertreten wird, während es zu anderen Zeiten mehr um Lust und Romantik in der sexuellen Begegnung geht (Wischmann, 2009). Nach Beendigung von ART – mit oder ohne Lebendgeburt – klingen sexuelle Störungen typischerweise ab. In seltenen Fällen können diese allerdings bestehen bleiben, was vom Gynäkologen bzw. vom praktischen Arzt dann aktiv angesprochen werden sollte.

Zusammenfassung

- Die Prävalenzraten von Sexualstörungen bei infertilen Paaren variieren enorm, abhängig von der Art der Erhebungsinstrumente und von der jeweils untersuchten Population (und deren Antwortraten).
- Zukünftige Forschung in diesem Bereich sollte methodisch anspruchsvolles Vorgehen anstreben, um die Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Studienergebnissen zu gewährleisten.

Literatur

- Furukawa, A.P., Patton, P.E., Amato, P., Li, H., Leclair, C. M., 2012. Dyspareunia and sexual dysfunction in women seeking fertility treatment. *Fertility and Sterility* 98 (6), 1544–1548. e1542.
- Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Shi, K., Hao, Z., Zhou, J., Liang, C., 2013. Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: A large observational study in China. *Journal of Sexual Medicine* 10 (8), 1935–1942.
- Iris, A., Aydogan Kirmizi, D., Taner, C., 2012. Effects of infertility and infertility duration on female sexual functions. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 1–4.
- Jumayev, I., Harun-Or-Rashid, M., Rustamov, O., Zakirova, N., Kasuya, H., Sakamoto, J., 2012. Social correlates of female infertility in Uzbekistan. *Nagoya Journal of Medical Science* 74 (3–4), 273–283.
- Keskin, U., Coksuer, H., Gungor, S., Ercan, C.M., Karasahin, K. E., Baser, I., 2011. Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertility and Sterility* 96 (5), 1213–1217.
- Lotti, F., Corona, G., Rastrelli, G., Forti, G., Jannini, E.A., Maggi, M., 2012. Clinical correlates of erectile dysfunction and premature ejaculation in men with couple infertility. *Journal of Sexual Medicine* 9 (10), 2698–2707.
- Månsson, M., Norström, K., Holte, J., Landin-Wilhelmsen, K., Dahlgren, E., Landén, M., 2011. Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 155 (2), 161–165.
- Marci, R., Graziano, A., Piva, I., Lo Monte, G., Soave, I., Giugliano, E., Mazzoni, S., Capucci, R., Carbonara, M., Caracciolo, S., Patella, A., 2012. Procreative sex in infertile couples: The decay of pleasure? *Health and Quality of Life Outcomes* 10, 140.
- Onat, G., Beji, N.K., 2012. Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability* 30 (1), 39–52.
- Pakpour, A.H., Yekaninejad, M.S., Zeidi, I.M., Burri, A., 2012. Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 286 (6), 1589–1596.
- Pawelec, M., Pietras, J., Watroba, D., Karmowski, A., Palczynski, B., Karmowski, M., Latkowski, K., Terpilowski, L., 2011. The Emotional Disorders of Infertile Couples. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 20 (5), 641–645.
- Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wischmann, T., 2012. Prevalence of behaviour-related fertility disorders in a clinical sample – Results of a pilot study. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 286, 1307–1314.
- Smith, N.K., Madeira, J., Millard, H.R., 2015. Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization. *Journal of Sexual Medicine* 12 (4), 985–993.
- Wischmann, T., 2009. Sexualstörungen bei Paaren mit Kinderwunsch. *Sexuologie* 16 (3–4), 111–121.
- Wischmann, T., Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K., Kentenich, H., 2014. Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 74 (8), 759–763.
- Yeoh, S.H., Razali, R., Sidi, H., Razi, Z.R.M., Midin, M., Jaafar, N.R.N., Das, S., 2014. The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: A pair of perfect gloves. *Comprehensive Psychiatry* 55, Supplement 1 (0), 1–6.

Autor

PD Dr. Tewes Wischmann, Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, D-69115 Heidelberg, e-mail: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de

Einseitig überwertig erlebter Kinderwunsch – Ausdruck nicht kommunizierter Trauer in der Partnerschaft*

Ingrid Prassel

The Unilateral Exaggerated Desire for Children – Expression of Sorrow Not Communicated in the Partnership

Abstract

Based on a case study, the article treats the unconscious reasons for a woman's unilateral exaggerated desire for children. The conflict is clarified by investigating the pair's history and their individual biographies. The similarity of unconscious conflicts in the pair's relationship and the projecting of unprocessed childhood experiences with primary caregivers onto the partner maintain the conflicts in the relationship and prevent conflict resolution.

Viewed from various perspectives, it becomes clear that wanting to have children entails dealing with one's own history, with one's own development, and why, in the case of painful experiences, an unconscious or unprocessed sadness is elicited which may adversely affect the couple's communication.

Keywords: Exaggerated desire for children, Anonymous oocyte donation, Couple communication, Unconscious conflicts, IVF, Family novel, Transgenerational narrative, Incest, Chromosome defect, Enuresis

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt anhand eines Fallberichtes die unbewussten Hintergründe für einen einseitig überwertig erlebten Kinderwunsch. Beleuchtet wird der Konflikt unter dem Gesichtspunkt der Paargeschichte und der individuellen Biografien des Paares. Die Ähnlichkeit unbewusster Konflikte in der Partnerschaft sowie die Übertragung nicht verarbeiteter Kindheitserfahrungen mit primären Bezugspersonen auf den jeweiligen Partner halten Konflikte in der Beziehung aufrecht und verhindern Konfliktlösungen. Aus verschiedenen Perspektiven wird deutlich, warum Kinder haben zu wollen immer eine Berührung mit der eigenen Geschichte, mit dem eigenen Gewordensein bedeutet und bei schmerz-

haften Erfahrungen eine Trauer in Gang setzt, die unbewusst oder unverarbeitet, die Paarkommunikation negativ beeinflussen kann.

Schlüsselwörter: Überwertiger Kinderwunsch, Fremdeizellspende, Paarkommunikation, unbewusste Konflikte, IVF, Familienroman, transgenerationales Narrativ, Inzest, Chromosomendefekt, Enuresis

Seitdem Empfängnisverhütung für die Frau möglich ist, hat sie die Option sich selbstbestimmt für oder gegen ein Kind zu entscheiden. Sie kann wählen, ob und wann sie Mutter werden möchte. Das Nein-Sagen-Können zu einer Schwangerschaft und Mutterschaft schafft die Voraussetzung, den Wunsch nach einem Kind aufzuschieben und aufgrund der Planbarkeit bewusster wahrzunehmen. Die Planbarkeit schließt jedoch ungewollte Schwangerschaften nicht aus. Ungewollte Schwangerschaft heißt nicht immer nicht gewünschte Schwangerschaft, sondern aufgrund vielfältiger Gründe zu diesem Zeitpunkt nicht willkommen geheizene Schwangerschaft. Der unbewusste Wunsch nach einem Kind setzt sich emotional durch und schaltet rationale Planbarkeit aus.

Neben den Möglichkeiten zur Empfängnisverhütung gestattet es der medizinische Fortschritt den Frauen zudem, den Kinderwunsch auf einen Zeitpunkt jenseits der früheren Reproduktionszeiten zu verschieben. Oft wird angegeben, sich im mittleren Lebensalter erst für ein Kind reif zu fühlen; die Vorstellung einer größeren Gelassenheit in diesem Lebensabschnitt wird gern idealisiert.

Wenn der Zeitpunkt dann gekommen ist, wird das Planen oder Warten auf den „richtigen“ Zeitpunkt als dringend und unaufschiebbar wahrgenommen. Man will die Möglichkeit, ein Kind zu haben, nicht verpassen, sieht sich dieser Option ansonsten beraubt und sorgt sich, es im Alter bereuen zu können. Ein seiner Natur gemäß nie ambivalenzfreier Kinderwunsch wird plötzlich zu einem überwertigen, weil ambivalenzlosen Wunsch nach einem Kind. Die Ambivalenzfreiheit überdeckt dabei ängstliche Befürchtungen, Bedenken wegen der veränderten Lebenssituation, wegen der gesteigerten Gefahr eines behinderten Kindes, wegen Abhängigkeiten von dem Partner, etc. An die Stelle der nicht wahrgenommenen Ängste tritt ein Machbarkeitswahn, ein Glaube an die Unfehlbarkeit

* Der Text basiert auf dem gleichnamigen Vortrag, der auf der Fallkonferenz *Sexuelle Gesundheit* am 29. März 2014 in Berlin gehalten wurde.

medizinisch technischer Möglichkeiten. Der überwertige und frei von Zweifeln wahrgenommene Wunsch nach einem Kind, der den gesamten Alltag und das gesamte Paarleben dominieren kann, verliert die Paardimension und vor allem die Perspektive des so geplanten Kindes aus dem Blick.

Eltern gehen davon aus, dass ein gewünschtes und nicht beiläufig entstandenes Kind die beste Voraussetzung für die seelische Gesundheit des Kindes sei. Der dominierende Wunsch überdeckt Zweifel an der Wunscherfüllung aus der Perspektive des ersehnten Kindes. Als alles beherrschender Gedanke gleicht der aufgeschobene Kinderwunsch gelegentlich einem wahnhaften Zustand. Ein Kind scheint nun die absolute Erfüllung; alle Bedenken und Konflikte, die bisher das Kinderkriegen haben aufschieben lassen, scheinen diesem Wunsch subsumiert zu werden. Zweifelsohne kann der gemeinsame Kinderwunsch eines Paares die Partnerschaft bereichern und beflügeln; die reproduktive Lust verstärkt ein Gefühl intimer Verbundenheit.

Ein einseitiger Kinderwunsch hingegen ist immer problematisch, denn es bedeutet, einer der Partner muss sich dem tonangebenden Wunsch des anderen unterordnen. Fühlt sich ein Partner zu einer Lebensentscheidung genötigt, hat dies langfristige Folgen für die Partnerschaft. Entweder die Partnerschaft kann nicht fortgeführt werden, oder der dem Wunsch des anderen „unterlegene“ Partner zeigt eine Neigung, sich auf die eine oder andere Weise am Partner zu rächen. In jedem Fall stürzen konträre Kinderwünsche Paare in eine tiefe Krise.

Eine Fallbeschreibung

Es handelt sich um ein Paar, beide Mitte 40. Sie kommen auf Anraten des Psychotherapeuten des Mannes zur Paarberatung bezüglich des einseitigen Kinderwunsches der Frau. Der Mann leide wegen des als zunehmend bedrängend erlebten Kinderwunsches seiner Frau unter Depressionen und einem Burnout und befinde sich deshalb in psychotherapeutischer Behandlung. Dort habe er immer wieder thematisiert, dass die Tatsache, den Kinderwunsch seiner Frau nicht teilen zu können, ihn unter enormen Druck setze. Er möchte kein Kind, möchte aber auch seine Frau nicht verlieren. Sie drohe ihm ihn zu verlassen und, sollte er sich ihrem Wunsch nicht beugen, ihm dies lebenslang nicht zu verzeihen. Der Psychotherapeut des Mannes sehe diesen Paarkonflikt als einen verstärkenden, wenn nicht gar ursächlichen Grund für die Erschöpfungsdepression des Mannes. Aufgrund des gegensätzlichen Kinderwunsches komme es nun täglich zu Streitereien, die den Mann so mitnähmen, dass er aktuell

unter einer Vielzahl psychosomatischer und vegetativer Symptome leide. Die nächtlichen Streitereien, die damit einhergehende Lustlosigkeit im Bett, die fehlende Zärtlichkeit begleitet von Frustrationswut und Verzweiflung ließen den Mann nicht schlafen. Er fürchte, wenn es so weiter gehe, in seinem Beruf als Manager in einer verantwortungsvollen Position nicht mehr die notwendige Konzentration aufbringen zu können. Als Vorgesetzter und von seinem Selbstbild her beschreibt der Mann sich als jemanden, der die Wünsche anderer sehr ernst nehme und nach Möglichkeit versuche, diese zu erfüllen. Im Falle des Kinderwunsches seiner Frau gelinge ihm dies nicht, denn zu groß sei seine Angst vor den Belastungen eines weiteren Kindes und der altersbedingt größeren Gefahr eines behinderten Kindes.

Die Unvereinbarkeit konträrer Wünsche

Der 46-jährige, deutlich vorgealterte Patient wirkt sehr müde und erschöpft, seine Bewegungen sind verlangsamt und schleppend, untermalen seine geschilderte Antriebslosigkeit. Entgegengesetzt wirkt seine 44-jährige Partnerin, eine erfolglose Grafikerin, forsch, vital und im Auftreten, in Sprache und Ausdruck wütend und aggressiv fordernd. Körpersprachlich fällt die Polarisierung des Konfliktthemas ins Auge und unterstreicht die gegenseitige Kompromisslosigkeit. Weil sich nur ein Interesse durchsetzen kann, sind einseitige Kinderwünsche unachgiebig; es kann kein Vergleich geschlossen werden, sie sind nicht verhandelbar oder medierbar, weil nicht beide bekommen können, was sie wollen. Eine einseitige Wunscherfüllung wird vom Partner als radikale Beschneidung seiner Autonomie erlebt und so werden Partner zu Gegnern in der Durchsetzung ihrer Lebensideale. Die Forderung nach Verzicht auf die Durchsetzung der eigenen Ziele lässt dem Paar keinen Verhandlungsspielraum. Ein empathisches Einfühlen in die Belange und Sichtweise des Partners ist dem Paar aufgrund der Angst, von gegensätzlichen Interessen dominiert zu werden, nicht möglich. Zu einem Perspektivwechsel scheint im vorliegenden Fall vor allem die temperamentvoll agierende Partnerin in keinster Weise bereit. Der sich passiv verweigernde Partner entzieht sich seiner Frau. Er fühlt sich von ihr in seinen Ängsten und Befürchtungen nicht angenommen. Sie fühlt sich in ihrem Wunsch nicht ernstgenommen und fordert die Einlösung eines Versprechens nach einem weiteren Kind, welches ihr Mann ihr nach der Geburt des gemeinsamen Sohnes gegeben habe.

Die Zögerlichkeit ihres Mannes habe sie viele wertvolle Jahre gekostet. Sie sehe nun die Gefahr, keine gesunden Ovarien mehr zur Verfügung zu haben, sie nähere sich der Menopause. Sie vermutet, darauf habe ihr Mann

in seiner Passivität nur gewartet. Ihr Mann habe beim ersten Kind schon sehr große Angst vor einer Behinderung gehabt und sich deshalb damals schon sexuell nur widerwillig engagiert. Der gemeinsame 6 Jahre alte Sohn sei mittels IVF gezeugt. Für ihn wünsche sich die Frau dringend ein Geschwister. Den Bedenken des Mannes, das Glück nach einem gesunden Kind im fortgeschrittenen Alter nicht ein zweites Mal herauszufordern, begegnet sie mit medizinischer Sachkenntnis. Das Altersrisiko sei mit einer Fremdeizellspende minimierbar. Da er ihr seit zwei Jahren den Koitus verweigere, käme nur eine In-vitro-Fertilisation der Fremdeizelle in Betracht.

Über seine Koitusverweigerung ist sie empört und gekränkt, weswegen sie ihn mittels technischer Möglichkeiten ihrerseits erpressen und ihm ihre Intimität verweigern möchte. Das Paar findet sich in einem symmetrischen Machtkampf. Voneinander enttäuscht schließen sie einander aus und können sich für die Bedürfnisse und Nöte des Partners im Verlauf der Paartherapie nur mühsam öffnen. Bei der weiteren Exploration schildert der Mann, mit dem gemeinsamen Kind und wegen seines anstrengenden Berufes, der Betreuung der kranken Mutter und einer geistig behinderten Tochter aus erster Ehe völlig überlastet zu sein. Der gemeinsame Sohn sei zudem ein Schreikind gewesen, das erste Jahr habe er als über seine Kräfte gehend in Erinnerung. Der Kinderwunsch seiner Frau habe ihn immer schon zu sehr unter Druck gesetzt und bedrängt. Mehr denn je fühle er sich aktuell zum Samenspender degradiert, denn er erhalte von seiner Frau keine Zuneigung oder Liebe.

Nach einer gescheiterten 15-jährigen Ehe, aus der die mit einer Chromosomenanomalie schwerst-behinderte Tochter hervorgegangen sei, habe er sich sehr nach Geborgenheit und einem gemeinsamen Zuhause gesehnt. Der Wunsch seiner jetzigen Frau nach einer Familie habe ihn in seiner Sehnsucht bestätigt. Deshalb habe er wohl zu „leichtfertig“ der Zeugung einer Mindestanzahl von zwei Kindern zugestimmt. Was ein Kind in seinem Alter bedeutet, sei ihm erst nach der Geburt des Sohnes bewusst geworden. Seitdem der Sohn da sei, habe er das Gefühl, überhaupt keinen Platz mehr an der Seite seiner Frau zu haben. Es gehe nur noch um den Sohn und um sein Sperma, nie um ihn. Nun solle er auch noch ärztlich „assistierten“ Sex mit einer fremden Eizelle eingehen. Er wolle sich aber mit keiner anderen Frau/Eizelle vereinigen. Ihm reiche seine jetzige Kleinfamilie und er möchte mit seiner Frau eine Partnerschaft statt eine ausschließliche Elternschaft leben.

Ähnlichkeit unbewusster Konflikte

Im Verlauf der biografischen Arbeit mit dem Paar fanden sich für die Paardynamik wichtige Gemeinsamkeiten, die als unbewusste Motive die Konfliktkollusion aufrechterhielten. Beide Partner haben unter einer als kalt und dominant erlebten Mutter bei einem emotional und physisch abwesenden Vater gelitten. Beide waren parentifizierte Kinder und haben schon früh Verantwortung für jüngere Geschwister und auch für die Mütter übernommen. Beide kennen die Bevorzugung von gegengeschlechtlichen Geschwistern und das Gefühl übersehen zu werden. Zudem teilt das Paar in seiner Paargeschichte Verluste wichtiger primärer Bezugspersonen. Die Väter verstarben jeweils nach langen und pflegeaufwendigen Erkrankungen, ebenso nahestehende Geschwister an Krebserkrankungen. Die Mutter der Patientin sei schon im jungen Erwachsenenalter der Patientin an einer Tumorerkrankung verstorben.

Die Patientin sei die einzige Überlebende ihrer Ursprungsfamilie. Die hochbetagte Mutter des Mannes lebe noch, sei pflegebedürftig und werde von ihm als ebenfalls einzig infrage kommendem Angehörigen versorgt. Die behinderte Tochter lebe in einem Heim, sie betreue er zweiwöchentlich zu Hause.

Im Verlauf der Gespräche fällt dem Paar auf, dass sie zwar keinen gemeinsamen Kinderwunsch haben, stattdessen aber gemeinsame Lebensthemen, die in ihrer Gefühlsqualität weder verstanden noch verarbeitet sind. Über die gemeinsamen Themen erkennen sie die Stärke ihrer bisher unbewussten Bindung und Verbundenheit. Verdrängte aber ständig unbewusst präsente Ängste und Verletzungen werden kommunizierbar und schaffen ein Klima der Intimität, wodurch das Paar sich nach langer Zeit wieder aufeinander beziehen kann. Unbewusst hatten beide gehofft, der Partner könne die mit dem eigenen Lebensthema verbundenen Ängste und die Trauer um die unerfüllte elterliche Zuneigung lindern. Die Erfüllung des Kinderwunsches oder der Verzicht auf ein Kind wäre dann der ersehnte Liebesbeweis. Das Paar realisiert, dass ihre Entscheidungsdivergenz sie zur Aufarbeitung intra- und interpersoneller Konflikte zwingt, sofern sie sich als Partner nicht verlieren wollen.

Eine Sexualtherapie aufgrund des fehlenden Sexualkontaktes seit zwei Jahren lehnen beide wegen der konflikthafter Partnerschaft ab. Zur Herstellung der emotionalen Intimität, die sie als Voraussetzung für die körperliche Intimität erachten, beschäftigt sich das Paar gemeinsam mit der eigenen Biografie. Das Paar präferierte nun Zeit für gemeinsame Gespräche, nachdem die beschleunigte Suche nach einer geeigneten Eizelle kein Agierfeld mehr bildete. Der Kampf ums Kind hatte für das Paar die Funktion der Trauerabwehr unverarbeiteter

Verlusterlebnisse und Liebesenttäuschungen. Aus Angst vor schmerzlicher Affektüberflutung versuchten beide durch den Dauerstreit die Schmerzschleusen geschlossen zu halten. Unbewusst war dies der gemeinsame Wunsch, der das Paar im Konflikt gefangen und zusammen hielt. Das Sprechen darüber in der Paartherapie machte die schmerzhaften Erfahrungen aushaltbar und erträglicher und öffnete dem Paar neue Perspektiven der Verständigung. Emotional nachvollziehbar wurde für beide, wie frühere Erfahrungen ihre jetzige Partnerschaft prägten und zugleich mit dem Eingehen der Partnerschaft frühere Erfahrungen reaktiviert wurden und in ihrer Gefühlsdimension in aller Heftigkeit aufbrachen. Die Bedeutung der Beziehung zu den Primärobjecten und die verinnerlichte und erlebte Partnerschaft der Eltern waren ebenso Thema, wie die individuelle Beziehung der Eltern zu ihnen. Die Patientin erahnte die Hintergründe der Unantastbarkeit ihres Kinderwunsches als Wiedergutmachung für eigene unerfüllt gebliebene Wünsche nach Einzigartigkeit, Exklusivität und narzisstischer Resonanz. Das Paar beleuchtete erneut und unter anderen Vorzeichen die Erwägung einer Fremdeizellspende. Ausgestattet mit einem Zugewinn an kommunikativer empathischer Kompetenz konnten beide diese Überlegung auch aus der Sicht des so gezeugten Kindes beleuchten.

Als erstes Zugeständnis willigte die Frau ein, nachdem sich der Mann nicht mehr so absolutistisch gegen ein Kind wehrte, die Eizellspende nicht anonym durchführen zu lassen. Dies entsprach der Mindestanforderung des Mannes, der die Auffassung vertrat, ein Kind habe das unbedingte Recht auf Kenntnis seiner Herkunft.

Sprechen über Sex

Im Verlauf der Behandlung ergaben vorsichtig zugelassene sexualanamnestische Fragen an das zerstrittene Paar weitere für die Konfliktodynamik wichtige Hinweise:

Der Mann gab an, aufgrund der Paarproblematik so wenig Lust zu haben, dass er nicht einmal masturbiere. Er sei viel zu down, die Antidepressiva und der Beta-Blocker, die er wegen stressbedingter Herzrhythmusstörungen und einer Hypertonie nehme, ließen die Libido auch nicht „grad aufblühen“. Er gab zu verstehen, wie sehr ihn der Paarkonflikt körperlich mitnahm. Früher sei er sehr an Sexualität interessiert gewesen, es habe für ihn Wärme, Geborgenheit, Anerkennung und Liebe bedeutet. Sie habe für ihn in der Partnerschaft dazu gehört. Aktuell sei Sex unwichtig, vielmehr sehne er sich nach Ruhe und Geborgenheit, weil er physisch und psychisch an seine Belastungsgrenze gekommen sei. Die Angst vor dem Scheitern der Ehe lähme ihn.

Die Frau beteuerte, sexuelle Lust spiele für sie bisher keine Rolle, früher habe sie gelegentlich masturbiert und sich dabei einen großen Penis, der in sie eindringe, vorgestellt. Sie habe erst mit ihrem jetzigen Mann, der sich liebevoll um sie bemüht habe, zum ersten Mal einen Orgasmus erlebt. Sie habe aber auch bis zu ihrem 35sten Lebensjahr unter einer Enuresis und einer Kleptomanie gelitten, diese seien durch eine frühere psychotherapeutische Behandlung „geheilt“ worden. Wegen der Enuresis seien Partnerschaften bis dahin schwierig gewesen. Die Etablierung einer vertrauensvollen und Sicherheit bietenden Atmosphäre in der Paartherapie eröffnete nun der Frau einen exklusiven Möglichkeitsraum, um mit ihrem Mann schamfreier über ihre frühere Symptomatik zu sprechen. Das Paar wurde neugierig aufeinander und es entstand Lust, sich mit den Gefühlen und Gedanken des anderen auseinanderzusetzen. So entstand auch das Interesse, sich mit Überlegungen aus der Kinderperspektive bei Fremdeizellspende zu beschäftigen.

Die Perspektive des Kindes

Der Begriff „Fremd“-eizellspende drückt in seiner Konnotation ein Befremden oder Fremdbleiben aus, ein Ei, ähnlich einem Kuckucksei, mit einem unbekanntem genetischen Programm.

Aus psychotherapeutischen Überlegungen besteht die Gefahr, dass das vitale mütterliche Objekt in der Fantasie des Kindes aufgrund seiner unromantischen Entstehungsgeschichte ein unbelebtes und technokratisches Fantasma bleibt, wodurch die narzisstische als auch die objektale Libidoentwicklung beeinflusst werden kann. Die Wünsche nach einer romantischen Liebesvereinigung der Eltern spiegeln im kollektiven Unbewussten Geschichten und Märchen wider, wonach ein Kind entsteht, nachdem der Prinz die Prinzessin gefunden hat. Die Vorstellung von der Urszene als Bedingung für die eigene Existenz ist nicht bedeutungslos. Das Kind wird bei Eizellspende in eine Dreier- nicht Zweierbeziehung hineingeboren, mit Implikationen, die möglicherweise im Kind, in den Eltern und im weiteren Umfeld ständig abgewehrt werden müssen. Sie sind in der Gefühlsatmosphäre und in der Gefühlsqualität abgelichtet, abgelegt, können aber nicht verbalisiert werden. Eine Folge könnte sein, dass von der genetischen Mutter bei Fremdeizellspende keine Bilder existieren und dennoch wird sich sowohl das Kind als auch die Eltern ein Bild von der Spenderin machen.

André Green hält die Urszene als Mythos der eigenen Herkunft für den zentralen Angelpunkt, um den herum sich nicht nur die je individuelle Lebensgeschichte, sondern der gesamte psychische Funktionsablauf strukturieren. Er hält die Fantasie einer lebendigen, den Vater

begehrenden Mutter für einen wichtigen Bestandteil des Entwicklungsprozesses (vgl. Green, 2011).

Weiterhin existieren für den transgenerationalen Erinnerungstrang der genetischen Mutter keine Narrative, die erzählt werden. Die genetische Mutter ist biologisch beispielsweise in der Physiognomie des Kindes repräsentiert, aber psychisch nicht darstellbar. Transgenerationale Spuren der genetischen Großeltern, von diesen oder von den Eltern vermittelnd erzählt, stehen ebenfalls nicht zur Verfügung, sie werden aber dennoch wirken. Außerdem existieren fantasierte oder reale Halbgeschwister. Da das Kind in seinem Erbgut die „fremde“ Mutter trägt, erfolgt eine Identifikation mit einem Fantasma, statt durch einen realen Umgang. Es folgen Identifikationsprozesse mit einem abwesenden Objekt. Das abwesende Objekt oder das Bild, welches man sich von ihm macht, wird identifikatorisch konserviert, da sich die Genetik der Mutter im Körper des Kindes findet. Somit gibt es eine devitalisierte Mutter-Imago oder einen Mutterobjekt, ein ehemals auf Eis gelegtes Mutterei, welches wie ein gefrorenes Substrat im Ich des Kindes wirken kann.

Dies kann besonders in Zeiten der Ablösung von den Eltern eine Rolle spielen. Eltern können Konflikte, die dann entstehen, auf fremdes Erbgut verschieben und bleiben dadurch für den Heranwachsenden auf Distanz. Ebenso kann das Kind oder der Heranwachsende, der in der Adoleszenz versucht, sich von den Eltern abzugrenzen, an der Vorstellung fixiert sein, von Eltern höheren Ranges abzustammen. Eine Fantasie, die Freud schon 1909 in *Der Familienroman der Neurotiker* beschrieb. Von ihren Eltern enttäuschte Heranwachsende und nicht nur Neurotiker, wie Freud später erkannte, haben oft die Fantasie, dass ihre in Kritik geratenen und gering geschätzten Eltern gar nicht die echten sind, und dass sie unter dramatischen Umständen von den leiblichen, viel mächtigeren und moralisch integrierteren, besseren Eltern getrennt wurden. Diese hoffen sie auf abenteuerliche Weise im Sinne einer frühkindlichen Elternidealisierung wiederzufinden. Idealisiert werden außenstehende Personen wie Lehrer, Trainer, andere Eltern an Eltern statt, da die Idealisierung eine dringend benötigte stabilisierende Funktion für das noch fragile Ich des Heranwachsenden übernimmt.

Schwierig wird es dann, wenn die Fantasie einen realen Nährboden hat, die dann der von Freud beschriebenen Befriedigung erotischer und ehrgeiziger Wünsche im Zusammenhang mit einer tadellosen Abstammung Vorschub leistet und eine aushaltbare und notwendige Frustration verhindert. Neben der Vorstellung idealer Eltern und bevorzugter Herkunft erfüllt der Familienroman den unbewussten Wunsch nach einer Regression in die Kinderzeit, in der der Vater dem Kind noch „als der tollste und stärkste Mann, die Mutter als die schönste und liebste Frau erschienen“ (Freud, 1909, 226). Jugendliche voller

Angst vor dem progressiven Schritt ins Erwachsenenleben, brauchen diese regressive Anleihe der idealen Eltern-Fantasie früherer Kinderjahre als basale Stütze, da es ein reales Zurück in die Kinderzeit nicht mehr geben kann.

Mit idealisierten Eltern im Gepäck, die die realen Eltern verrätseln, kann sich der Heranwachsende auf den Objektwechsel von den vertrauten Eltern zum fremden Liebesobjekt ohne Inzestangst vorbereiten. Da die erste Liebesbeziehung in Elternübertragung geschlossen wird, begleiten Inzestängste den Jugendlichen. Je gewisser die Abstammung, umso angstfreier das Einlassen auf ein fremdes Objekt, da realer Inzest nicht gefürchtet werden muss. Wenn allerdings die Abstammung ungewiss ist, dann können Inzestängste unbewusst wirksam bleiben. Max Frisch verarbeitet in seinem Roman *Homo faber* (1957) eine derartig auf Unkenntnis der Herkunft beruhende inzestuöse Liebesgeschichte.

Die Schwierigkeit, sich irgendwie fremd und anders zu fühlen, nicht dazuzugehören, verdeutlicht das bekannte Märchen *Das hässliche Entlein* von Hans Christian Andersen. In der Geschichte wird auch die Perspektive der Geschwister thematisiert. Denn das Küken leidet auf zweierlei Weise, zum einen spürt es die Distanziertheit der Mutter, aber auch die der Geschwister, es fühlt sich wegen seines Andersein ausgegrenzt. Die Vorstellung einer höheren Abstammung im Sinne des Familienromans rettet „das hässliche Entlein“ zum Schluss und macht erfahrene Kränkungen triumphal rückgängig. So sagt Anderson zum Schluss: „Es schadet nicht, in einem Entenhof geboren zu sein, wenn man nur in einem Schwanenei gelegen hat.“

Beendigung des Paarkonfliktes

Im Verlauf der Behandlung entwickelte das Paar ein korrespondierendes und nicht mehr gegenläufiges Lustprofil. Statt phallisch kontrollierender Lust der Frau bei dem widersprechenden zwanghaft überfürsorglichen Verhalten des Mannes entstand bei beiden die Lust, sich selbst und den anderen kennenzulernen. Der Kinderwunsch trat zurück und es ging um die eigentliche Problembearbeitung des dargestellten Konfliktes. Die bisherige bis zur Selbstaufgabe gehende Unterwerfungshaltung unter die Wünsche anderer verstand der Mann als Wiederholung einer enttäuschenden Muttererfahrung. Mit einem solchen Fürsorgeverhalten wollte er die anderen für sich erwärmen, er erlebte im Gebrauchtwerden seine Lebensberechtigung. Zugleich rebellierte er dagegen, da er spürte, darüber nie die ersehnte Zuneigung und Liebe zu erhalten.

Über die frühere Enuresis der Frau wurde deren Urethralerotik als Folge einer unaufgelösten Bruderrivalität thematisierbar. Der erfolgreiche Bruder wurde ihr von den Eltern vorgezogen. Sie hatte ihn oft beim lustvollen

Urinieren beobachtet, wodurch sie sich unweigerlich des Geschlechtsunterschiedes bewusst wurde. Im Vergleich zum Bruder und untermauert durch die elterliche Begehrlichkeit des männlichen Geschlechts hatte sie sich körperlich beschädigt gefühlt. Sie konnte darüber sprechen, wie sehr sie dem Bruder und ihrem Mann den Penis, symbolisiert auch in dem wirtschaftlichen Erfolg beider, neidet. Sie möchte den Penis oder ein Kind als Penisersatz, aber nicht den körperlichen Rest des dazugehörigen Mannes. Ihre mütterliche Potenz könnte den erlebten körperlichen Mangel wett machen. Statt Vaginalerotik hatte sich eine Urethralerotik fixiert, die sich auch im Umgang mit dem Partner zeigte. Verbal „pinkelte“ sie ihren Mann im Sinne einer Symptomverschiebung der früheren Enuresis immer wieder an und sie fühlte sich in ihrer dargebotenen Phallizität ihm überlegen. Für sie war er ein Mann ohne aggressiv männliche Potenz, sie war der fantasierte Mann in der Beziehung. Eine auch übernommene abgewehrte Maskulinität des Partners, die dieser an seine Frau delegiert hatte, um nicht in Konflikt mit seinem friedfertigen und femininen Ich-Ideal, einer ebenfalls elterlichen prägenden Zuschreibung, zu geraten. Das frühere nächtliche Urinieren der Frau wurde weiterhin als unbewusstes Äquivalent zur Masturbation verstanden. Verschobene Erregungsqualitäten hatte auch die Kleptomanie der Frau. Sich etwas zu holen oder zu klauen, was man nicht freiwillig bekam, wie beispielsweise die Liebe der Eltern, fand verschlüsselt im Symptom seinen Ausdruck. Der Mann hatte das Gefühl, seine Frau versuche immer noch, sich als Zuwendungersatz etwas unrechtmäßig anzueignen. Die geforderte Abgabe seines Spermas und Zustimmung zum zweiten Kind erlebte er wie ein Sperma- und Eizellen-Klauen, wobei er nicht mitwirken wollte.

Der Mann hatte einen ihn kalt abservierenden Vater und eine vom Vater bevorzugte Schwester und somit eine komplementäre Erfahrung zu der seiner Frau. Der Patient hatte Gewissens- und Strafängste bei aufkeimenden aggressiven Gefühlen. Stattdessen drückte er die Aggressionen mittels Verweigerung passiv aggressiv aus oder wendete sie gegen sich selbst, erlebte Depression statt Aggression.

Das Paar war über die Erfahrungen der Ablehnung der primären Bezugspersonen und der verweigerten elterlichen Anerkennung ihrer Geschlechtsrollen bei bevorzugten gegengeschlechtlichen Geschwistern zutiefst miteinander verbunden. Beide wechselten zwar nun die Objekte, aber nicht die Beziehungsform.

Die Wende in dem Paarkonflikt kam, als beide gemeinsam trauern konnten, sowohl um die unbefriedigte Beelterung als auch um die realen Verluste wichtiger Bindungspersonen in der jüngsten Vergangenheit. Sie fühlten die Ähnlichkeiten in ihren unerfüllten Bindungswünschen. Ein Kind sollte für die Frau auch die verlorenen Objekte ersetzen. Ihr Kinderwunsch verschwand mit der Erkenntnis, dass das Kind neben der Funktion als Ersatzobjekt für den Versuch stand, stellvertretend für sich selbst noch einmal als so sehr gewünschtes Kind zur Welt kommen zu können. Nach dem Nachlassen des überwertigen Kinderwunsches der Frau konnte sich das Paar auch wieder körperlich zuwenden und eine begleitende Sexualtherapie beginnen. Die aus der eigenen Kindheit unbewältigten Liebesansprüche und das in Besitz nehmen wollen von nicht erhaltener Liebe manifestierten sich in dem überwertigen Kinderwunsch der Frau und in der Ablehnung des Mannes, der sich dadurch erneut in einem früheren Dilemma wiederfand, Versorgungsansprüche und Fürsorgewünsche zu erfüllen und als Selbstobjekt für jemand anderes zu fungieren. Sein sexuelles Nein war seine progressive Verweigerung. Es machte Sinn und hatte für das Paar entwicklungsfördernde Funktion.

Literatur

- Freud, S., 1909. Der Familienroman der Neurotiker. Studienausgabe. Psychologische Schriften, 1970, Fischer, Frankfurt am Main, 221–226.
- Frisch, M., 1957. Homo faber. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Green, A., 2011. Die tote Mutter. Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus. 2. Auflage. Psycho- sozial Verlag, Gießen.

Autorin

Ingrid Prassel, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse, Paar- und Sexualtherapie, Wiener Platz 2, 51065 Köln, www.praxis-prassel.de, e-mail: i.prassel@gmx.de



Christian Füller, *Die Revolution missbraucht ihre Kinder. Sexuelle Gewalt in deutschen Protestbewegungen*, Carl Hanser Verlag, München 2015, 280 S., geb., 21,90 €

Es gibt Bücher, die sind so voller Fehler, jenseits jeder Stringenz und Logik, frei von wissenschaftlicher Arbeitsweise und mit einer ideologiegetränkten Feder geschrieben, dass man sich als Rezensent zwangsläufig fragt, wie es dem Autor überhaupt gelingen konnte, einen renommierten Verlag für sein Projekt zu gewinnen. Das vorliegende Werk gehört zu dieser relativ seltenen Kategorie von Büchern, mit denen man sich eigentlich nur deshalb auseinandersetzt, um davor zu warnen – oder sich totzulachen.

Christian Füller konstruiert in seinem Buch *Die Revolution missbraucht ihre Kinder* eine Traditionslinie des Kindesmissbrauchs von der griechischen Antike bis in die Reformpädagogik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Dabei versucht er Vorstellungen über Geschlechterverhältnisse, Mündigkeit, Gleichberechtigung und sexuelle Variationen, die Phasen des 20. Jahrhunderts entnommen sind, auf die Antike zu übertragen. Insgesamt bemüht sich Füller, sämtliche Formen von Missbrauch auf den so genannten „pädagogischen Eros“ abzuwälzen, ohne im gesamten Buch diesen genauer definieren zu können. So behauptet der Autor, in der griechischen Antike hätten die „freien Männer“ das Recht zum sexuellen Missbrauch gehabt (15). Obwohl den „Freien“ Sklaven und Frauen zur Verfügung gestanden hätten, hätten sie sich mit jungen Männern von Standeskollegen gegen deren Willen vergnügt (22). Warum sollen sie das getan haben? Aus Lust heraus? Füller übersieht, dass sexuelle Erniedrigung Teil von Politik gewesen sein könnte, dies aber mit Erziehung (pädagogischer Eros) nicht das Geringste zu tun hatte. Es scheint, als ob dem Autor nur eine oberflächliche altphilologische Bildung zuteil geworden wäre. Das von ihm als „pädosexuel-

les Skript“ (240) bezeichnete „Gastmahl“ Platons hat ihm in der Originalsprache wohl nicht vorgelegen. Doch aufgrund seiner Unkenntnis vermengt Füller Erniedrigung, Sex, Vergewaltigung, Homoerotik und Gesellschaftsspiele zu einem einzigen Konstrukt, in dem es übrigens exklusiv nur männliche Täter und Opfer gibt. Oder anders formuliert: Männliche Homosexualität ist das Problem. Frauen spielen im Denken Füllers nicht die geringste Rolle, sie können weder Täterinnen sein noch Opfer. Frauen steht bei Füller keine Sexualität zu, ein selbständiger Wille und die Artikulation desselben ist nicht vorgesehen, außer eine Akteurin schlägt sich zufällig auf seine Seite (43ff). Natürlich weiß Füller auch nicht zu sagen, ab welchem Alter in der jeweiligen Epoche ein „Mann“ oder ein „Knabe“ als erwachsen oder als Kind galt. 16? 18? 21? Zahlen sind nicht das Metier von Christian Füller.

Hinzu tritt das Problem, dass Füller sich zwar immer wieder auf namhafte Autoren bezieht (z.B., 20), aber keine Literaturangaben anführt, oder aber Aussagen einfließen lässt, die ganz augenscheinlich nicht seiner Feder ursprünglich entsprungen sind, doch fehlen auch hier Quellenangaben. So erklärt Füller (vgl. 11), dass Kindesmissbrauch schon allein deshalb ein falscher Ausdruck sei, da es keinen sanktionierten „Gebrauch“ von Kindern gebe – dies hatte der Sexualforscher Volkmar Sigusch bereits in den 1980er Jahren formuliert¹. Außerdem springt der Autor gerne von Epoche zu Epoche unter Auslassung von 1500 Jahren. So befindet er sich auf S. 24 noch bei dem vielfach dienlichen Söldnerführer Xenophon, den Füller als glaubwürdigen Zeitzeugen zu präsentieren sucht, um dann eine Seite weiter Hans v. Hentigs Vortrag im Stuttgarter Schloss im Jahre 2010 zu zitieren. Der Autor ist offenbar bemüht, aus einer Menge willkürlich zusammengestellter Fallbeispiele eine Art Beweisführung zu konstruieren – doch mit der empirischen Keule legt er nur die eigene Beschränktheit dar.

Neben Attacken auf Akteure der Antike konzentriert sich Füller auf die Wandervogelbewegung und behauptet, in ihr habe schon seit der Gründungsphase um die Jahrhundertwende ein „pädophiles Netzwerk“ geherrscht (S. 39). Füller springt von Stefan George zu Hans Blüher und weiter zur „Deutschen Jungenschaft vom 1. November 1929“ und zu den Balduinsteiner Prozessen im Jahre 2005. Immer hätten ältere Bundesführer unter dem Vorwand eines „pädagogischen Eros“ Jungen zu sexuellen Handlungen genötigt. Füller stützt sich hierbei auf zweifelhafte Zeugen. Als wichtigste zeitgenössische Bezugsperson und Quelle nutzt er den Kriminologen Hans Muser, der „Ende der 1920er Jahre“ seine Studien durchgeführt habe (40). Das Buch Musers allerdings stammt von 1933 und atmet den Geist der Zeit. Muser begriff sich als von Gott gesandter „Caritasjünger“,

¹ Zuletzt bei Volkmar Sigusch, *Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten*, 2. Aufl. Campus, Frankfurt/M. 2015, 296.

der Homosexuelle an ihrer „feminin-infantil psychischen Konstitution“ erkennen wollte². Muser zielte darauf ab, die Homosexualität zu beseitigen, indem er alle ihm verdächtig erscheinenden Jugendlichen zu Zwangsarbeit, Zwangserziehung im Heim und Entmündigung verurteilen wollte³.

Immerhin erkannte Muser, dass Prostitution häufig ein Armutsproblem war und in Zeiten der Weltwirtschaftskrise eine besondere Ausdehnung erfuhr – für Füller hingegen spielen soziale Aspekte nicht die geringste Rolle. Losgelöst von allen gesellschaftlichen Umständen agieren bei ihm quer durch die Jahrhunderte „Verführer“, vor denen gewarnt werden müsse. Füller kann nicht erkennen, dass ein „pädagogischer Eros“ Sinn machen kann, wenn in Schule und Elternhaus Sexualaufklärung völlig tabuisiert ist. Die erotische Komponente der Jugendbewegungen der 1910er und 1920er Jahre lässt sich leicht dadurch erklären, dass Heranwachsende hier erstmals ohne Schläge, Drohungen und Anti-Masturbationshetze auf ein selbstbestimmtes, den Gegenüber als gleichrangig begreifendes Sexualpartner anerkennendes Sexualleben vorbereitet wurden. Natürlich bot eine solche Subkultur auch den Boden für Missbrauch, doch war dieser erheblich größer ausgeprägt in der traditionellen Ausbildungskultur, die von Militarismus und kirchlichem Einfluss geprägt war. Hierauf hätte Füller für eine ausgewogene Darstellung rekurren müssen – stattdessen beschränkt er sich am Ende des Buches auf einen vagen Exkurs (246) auf den aktuellen Missbrauchsskandal in der katholischen Kirche. Man könnte konstatieren, dass Füller und manch heute vor Gericht stehender Pädophiler in der totalen Über- und Fehleinschätzung eines „pädagogischen Eros“, der seit den Tagen der sexuellen Revolutionen in den 1960er Jahren jede Relevanz eingebüßt hat, in einer gemeinsamen Argumentationssackgasse feststecken.

Als Verbündete im Kampf gegen den „pädagogischen Eros“ hat sich Füller seltsame Kooperationspartner erwählt. So stützt er sich auf Sven Reiß und die „Deutsche Gildenschaft“ (43) und den Nerother Bund (60). Dass die „Deutsche Gildenschaft“ vorrangig bestrebt ist, eine vage umrissene „nationale Identität“ zu befördern und dabei auf Bündnisse mit rechtslastigen Gruppierungen nicht verzichtet, verschweigt Füller. Der Kampf gegen den „pädagogischen Eros“ ist hier nur der Deckmantel für die Überwindung sexueller Gleichberechtigung. Und die von Füller überhöhte Führung der „Nerother“ machte aus diesen Bestrebungen nie den geringsten Hehl.

Ab etwa der Mitte des Buches wird Füller immer er-ratischer. So erklärt er das ikonographische Bild „Lichtge-

bet“ von Fidus zum pädophilen „Posing“-Bild (109) – dass man auf dem Bild weder Gesicht noch Genitalien sieht ist dem Autor offenbar entgangen. Der Skandal um den Schulgründer Gustav Wyneken in den 1920er Jahren wird erwähnt, aber die Aussagen von Anhängern, wonach sie sich freiwillig mit ihrem Lehrer sexuell vereint hätten, werden nicht einmal hinterfragt (89). Dann erfolgt ein Sprung zur Indianerkommune der 1970er und 1980er Jahre, die sich beständig aus dem Reservoir sozial benachteiligter, von Ämtern ignorierten und von Eltern gedemütigten Jugendlichen ergänzte – was Füller allerdings nicht erwähnt (142f). Natürlich dürfen in diesem Reigen der irrationalen Komposition auch Daniel Cohn-Bendit, Wilhelm Reich und *Bündnis 90/Die Grünen* nicht fehlen.

Schließlich wird als Feind jeder glücklichen Jugend das Internet demaskiert, weil hier die Heranwachsenden meist mehr Kenntnisse besäßen als die Erziehungsberechtigten (221). Gerade an dieser Stelle lässt sich erahnen, was die eigentlichen Intentionen und Ängste Füllers sind: er sieht sich als älteren Führer in eine bessere Welt, spricht Heranwachsenden jeden Alters – für ihn scheinen noch 17-Jährige Kinder zu sein – den Anspruch auf Selbstbestimmung ab und scheint in gelebter Sexualität jenseits der Reproduktion die zentrale Gefahr für die Zukunftsfähigkeit Deutschlands zu sehen. Schließlich versteigt er sich noch zu der Forderung, eine Art Radikalenerlass fürs Genitale einzuführen, selbsternannten Kinderschutzorganisationen staatliche Kompetenzen zu übertragen und Verjährungsfristen ins Unendliche zu verlängern (256). An anderer Stelle erscheinen ihm soziale Bewegungen und ihr Engagement als Feinde des Fortschritts, z.B. wenn sie sich gegen gesetzliche Kontrollen des Internets wehren (209).

Im ganzen Buch spielen die Forschungserkenntnisse der Sexualforschung nicht die geringste Rolle – außer eventuell als Steinbruch. Schließlich fehlt noch ein Register, wodurch es für einen Leser noch schwieriger wird, die wirren Fantasien und Geschichtskonstruktionen nachzuvollziehen. Die Lobeshymnen in der Presse, die das Buch erfahren hat, lassen erahnen, dass primitives Freund/Feind-Denken, Vernachlässigung aller sozialen Aspekte des menschlichen Daseins und die Propaganda gegen „äußere Feinde“ anstelle gesellschaftlicher Auseinandersetzungen einer gewissen Form des Zeitgeists dienlich sind. Mit Wissenschaftskritik, Sexualgeschichte, Wissenschaftsgeschichte oder Gesellschaftskritik hat das Buch allerdings nichts zu tun, es ist ein Appell an längst vergessen gewählte Vorurteile, die als Ideale verpackt wurden und wieder werden: Keuschheit, Homophobie, Kadavergehorsam, Unterwerfung und Geschichtsklitterung zugunsten einer in Auflösung begriffenen Gesellschaftsordnung. Aus der Emanzipation aus diesem Milieu heraus hatte sich um 1900 die Wandervogelbewegung gegründet. Füller weiß das offenbar nicht.

Florian G. Mildenberger (Frankfurt/Oder)

² Hans Muser, Homosexualität und Jugendfürsorge. Eine soziologische und fürsorgerische Untersuchung, Ferdinand Schöningh, Paderborn 1933 (zugleich phil. Diss. Hamburg 1933), 3, 40.

³ Hans Muser, Die Homosexuellenfürsorge des Hamburger Jugendamtes. In: Jahrbuch der Caritas-Wissenschaft 1932, 164–171, 169ff.



Insa Härtel, *Kinder der Erregung*. „Übergriffe“ und „Objekte“ in kulturellen Konstellationen kindlich-jugendlicher Sexualität. Unter Mitarbeit v. Sonja Witte. Edition Kulturwissenschaft, Bd. 54. transcript, Bielefeld 2014, 338 S., br., 22,99 €

Mit dem Bd. liegen die Ergebnisse eines DFG-finanzierten Forschungsprojektes vor. Er gliedert sich in eine umfangreiche „Einführung“, sechs Kapitel, von denen zwei von Sonja Witte verfasst wurden, und einen separaten, von Härtel geschriebenen Teil – „Stand der Dinge“.

In Form eines *close readings* kulturellen Materials aus Journalismus, Kunst und Popkultur versuchen die Autorinnen eine „Zustandsbeschreibung der derzeit westlich-repräsentationalen Verfasstheit von ‚Sexualität‘“ vorzunehmen (Härtel, 9). Sie zielen damit nicht auf die Bestätigung geläufiger Zeitdiagnosen – etwa auf die Rede von Verhandlungsmoral¹, von Neosexualitäten und dem Schwinden des Sexuell-Rauschhaften², oder der Pornographisierung der Gesellschaft bei gleichzeitiger Entsexualisierung bis hin zu Postsexualitäten. Vielmehr verstehen sich die Aufsätze als Versuch, die in soziokulturellen Zustandsbeschreibungen sich abzeichnenden Konfliktlinien lesbar zu machen. Dieser Zugang folgt aus einem psychoanalytischen Ansatz, wonach Abgewehrtes sich qua Konflikt artikuliert und der postulierte Pol der Non-Sexualität von einer sexuellen Triebhaftigkeit mitdeterminiert ist: „in einem psychoanalytischen Verständnis [kann] Sexualität kaum losgelöst von Sexualisierung begriffen werden [...]“; auch kann es mit ihr eben nicht allein um explizit sexuelle Erscheinungen gehen: So wie diese potentiell auch für

etwas anderes stehen, muss in ‚entsexualisiert‘ wirkenden Phänomenen Sexuelles keineswegs ‚verschwunden‘ sein“ (Härtel, 17).

Grundlage für diesen Zugang ist u.a. Laplanches Theorem der *rätselhaften Botschaften*³, dem zufolge Begehren aus der misslingenden Übersetzungsleistung des Begehrens eines Anderen resultiert. Von diesem Ansatz her, soll sich auch die Verleugnungstendenz infantiler Sexualität erschließen, was mit Steven Angelides⁴ These vom Fehlen „einer Sprache für infantile Sexualität – erst recht [...] für die Artikulation erotischer Dimensionen der Eltern-Kind-Beziehung“ (Härtel, 32) in der westlichen Kultur unterfüttert wird. Denn aus der verdoppelten Verdrängung/Verleugnung – zuerst subjektkonstitutiv, dann kulturell – folge im Sinne einer Reaktionsbildung die „gesellschaftliche Erregtheit rund um die Verknüpfung Kindheit/Sexualität, in der sich eine teils als ‚verloren‘ angenommene sprengende Kraft des Sexuellen [...] in spezifischer Form wieder einzustellen scheint“ (ebd.). Oder anders: „Gerade an [...] der Figur des Kindes taucht [...] eine Art negative gesellschaftliche Erregtheit auf, welche nicht zuletzt der Annahme eines Bedeutungsverlusts des Sexuellen durchaus entgegensteht“ (Härtel, 20).

Doch wie „werden u.a. sexuelle Grenzüberschreitungen [...] zu kindlich-jugendlicher Sexualität thematisiert“ (Härtel, 33) und wie können sie in ihren durch Abwehr geformten Ausprägungen erschlossen werden? Oder: „Wie arrangieren westliche Kulturen [...] ‚übergriffige‘ sexuelle Dimensionen? Was ist es, das [...] Erregtheit produziert und ‚fehl am Platz‘ erscheint?“ (ebd.). Kurz, es geht darum, zu untersuchen, wie in Übergriffen zum einen Objekte aktivisch hergestellt werden und zum anderen Subjekte passivisch zu solchen gemacht werden können. Härtel spricht von einem „Befall durch das Objekt“ (35) und spielt damit auf eine wiederkehrende Metaphorik der Ansteckung an, die letztlich auf das psychoanalytische Konzept der Übertragung abzielt. Dies sind nur einige der Argumentationslinien, aus denen die Leitfragen für die nachfolgend kurz vorgestellten Kapitel hervorgehen:

Fehlende Küsse – fehlende Grenzen: ‚Voll Porno!‘ (stern 2007) zeigt wie die Vorstellung einer sexuell verwahrlosten Jugend sowohl mit schicht- als auch genderspezifischen Stereotypen aufgeladen wird. Die ‚Unterschichtsjugend‘ lebe Genüsse aus, die der Leser/innenschaft als abhandengekommen suggeriert werden. Ursache dafür seien Mütter, deren ungezügelte Lüste es den Kindern erschwerten,

¹ Gunter Schmidt, 2007. Das neue Der Die Das. Über die Modernisierung des Sexuellen. 2. Aufl., Psychosozial, Gießen.

² Volkmar Sigusch, 2005. Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion. Campus, Frankfurt a.M.

³ Jean Laplanche, 2004. Die rätselhaften Botschaften des Anderen und ihre Konsequenzen für den Begriff des „Unbewußten“ im Rahmen der Allgemeinen Verführungstheorie. *Psyche – Z Psychoanal* 58, 898–913.

⁴ Steven Angelides, 2003. Historicizing affect, psychoanalyzing history: Pedophilia and the discourse of child sexuality. *Journal of Homosexuality* 46 (1–2), 79–109.

zu sexuell vernünftigen Subjekten heranzuwachsen. In einem die *stern*-Intentionen offenbar überschreitenden Sinne kehrt das Ausgeschlossene wieder: Denn zum Ausdruck gebracht wird die Persistenz einer Sexualmoral, deren Brüchigkeit sich über die Erregtheit der Reportage selbst andeutet.⁵

Im Kapitel *Panik vor Jedermann. Journalistische Beiträge zur Aufdeckung von Pädophilie*⁶ um eine Subkultur, die so mächtig und unauffällig sei, dass kein noch so gut informierter Blick den wahren Pädophilen ausmachen könne, was aber nicht von der Aufgabe der Errichtung von Schutzmaßnahmen befreie. Es stelle sich nur die Frage, wovor eigentlich? Diese Double-bind-Figur kulminiere in einer Aufforderung zur unbedingten Auseinandersetzung mit dem Thema bei gleichzeitigem Misstrauen jedweder Harmlosigkeit gegenüber. Damit werde die Hoffnung verbunden, an einen Punkt klarer „Konturen von Missbräuchlichem und Nicht-Missbräuchlichem“ (127) zu gelangen.

Das Kapitel *Nicht an Sexualität denken* analysiert die Photographie *Venus after School* (1992) von Sally Mann. Die Photoserie, der das Bild entstammt, hatte seinerzeit für Aufregung gesorgt, weil man in der Exposition der eigenen Kinder einen sexualisierten mütterlichen Blick vermutet hatte; dem hatte Mann u.a. widersprochen: „I don't think of my children, and I don't think anyone else should think of them, with any sexual thoughts“⁷. Dies wird analytisch gelesen, denn Verneinung setzt bekanntlich das Verneinte bereits voraus. In der Photographie würde dieser psychische Mechanismus als ein räumlich-materielles Einströmen inszeniert, über das seitlich vom Bildhintergrund her förmlich alles überziehende Licht, das „[...] wie ein Oxymoron, als das infantile Sexualität denkbar wäre – nicht mehr zu ‚etwas‘ bildräumlich Repräsentationalem [führe], vielmehr zieht es hier den Blick in das, was flächig-formlos, bildungswiss und das Licht zugleich ‚Rohstoff‘ der Photographie als Licht-Schrift ist“ (167).

Verlockende Zwischenzustände: Britney Spears untersucht die ambivalent angelegten Strategien der Grenzziehung sowie der Grenzverunsicherung anhand des Videos zum Megahit *...Baby One More Time* (1999), sowie einer Photoserie David LaChapelles und des Blockbusters *Crossroads* (2002). Spears verkörpere einerseits das Phan-

tasma einer jugendlichen Unschuld, andererseits sexualisiere sie die Figur der Kind-Frau, sodass ein Schwebestand irritierend sexueller Unschuld entstehe, der von den RezipientInnen sowohl sehnsüchtig herbeigesehnt als auch bedrohlich sexarm phantasiert werde.

Das Kapitel *Let's face it... normal left us long time ago* widmet sich Videoarbeiten der den *Young British Artists* zugerechneten Künstlerin Tracey Emin. Die vordergründig dominierende Bekenntnislust Emins, was Schamlosigkeiten, Demütigungserfahrungen und sexuelle Verwahrlosung betrifft, werden als künstlerische Strategien aufgenommen, jedoch als Authentizitätsgesten zurückgewiesen. Es handele sich dabei vielmehr um kommunikative Angebote: „Tracey Emin scheint den Betrachter/innen alles zu zeigen und dennoch wird ein an ‚uns‘ gerichtetes, zu entdeckendes bzw. zu entschlüsselndes Rätsel angenommen und unterstellt – das sich [...] genau als eine Form des Adressiertseins der Betrachtenden herausstellt [...]; ein narzisstisches Kreisen wäre damit potentiell aufgebrochen“ (224). Diese Aufbrechung einer ausgehärteten Rezeptionshaltung geschehe über eine übertriebene Geste der Echtheit zu Beginn der Videos, die sich als empathische Verfügbarkeitsfläche an die BetrachterInnen richte – bis es zu einem Umschlag triumphalen Selbstgenusses der Künstlerin komme, wodurch eine Situation jüher Libidofreisetzung erzeugt werde.

Kiss and stop and kiss and kiss and stop and kiss... von Witte beschließt den Bd. Es handelt sich dabei um eine Auseinandersetzung mit dem auf der documenta 12 gezeigten Video *Who's listening? No. 5, 2003-2004* des Taiwanesen Tseng Yu-Chin. Anstatt die Frage interkultureller Aneignungsprozesse künstlerischer Produktionen aufzuwerfen, geht es Witte darum, überhaupt ein Zugang zu diesem opaken Video zu finden, das ein nach anscheinend straffen Regeln abgespultes Mutter-Kleinkind-Geschehen zeigt. Ihre These ist, dass das künstlerische Arrangement das Problem nicht „ineinander übersetzbare Begehren“ (Witte, 303) thematisiere; das Gerangel des abgebildeten Paares sei statt dessen die Verkörperung einer unaufhebbaren Differenz, die sich konstativ deswegen nicht begreifen ließe, weil ihre Benennung ein performatives Entgleiten eben dieses signifizierenden Schlussaktes herbeiführe und so eine unabschließbare Suchbewegung in Gang komme.

Der Bd. verbindet psychoanalytisches Denken mit kontextspezifisch herangezogenem Material und will damit eine spezifische Form kultureller Erregtheit erschließen. In Zeiten von Edathy- und Schulbuch-Debatten scheint dies mehr als geraten, vor allem auch, weil sich in den methodisch avancierten wie unorthodoxen (Selbst)Verständigungsversuchen auch instruktive Muster für zukünftige Forschung über infantile Sexualität erkennen lassen.

B. Salfeld (Berlin)

⁵ Vgl. Insa Härtel, 2014. „Fundamentale Übergriffigkeit“ – Sexualität, Kinder, Wissen. *Sexuologie* 21 (3–4), 109–116.

⁶ Manfred Karremann, 2007. *Es geschieht am helllichten Tag – Wie wir unsere Kinder vor Missbrauch schützen*. DuMont, Köln; Alexander Haide, 2003. *Stoppt die Kinderschänder. Die Opfer – die Täter – das Millionengeschäft*. Kleindienst, St. Andrä-Wördern.

⁷ Woodward, R.B., 1992. *The Disturbing Photography of Sally Mann*. *The New York Times*, 27.9.1992.



Max Roth, *Uncle Sam's Sexualhölle erobert die Welt. Die neue Hexenjagd auf „Kinderschänder“ und die weltweite Enthumanisierung unter US-Diktat*, Ahriman-Verlag, Freiburg/B. 2013, 480 S., br., 29,80 €

Die Verschärfung des Sexualstrafrechts lässt sich seit einigen Jahren in Deutschland konstatieren. Spätestens während der Edathy-Affäre wurde auch einer breiteren Öffentlichkeit die Problematik vager, jedoch breit anwendbarer Strafvorschriften deutlich. Bisweilen wird in Diskussionen auf die erheblich problematischere Situation in den USA verwiesen. In Teilen der akademischen Literatur, nicht aber in den Populärmedien wird seit mehr als einem Jahrzehnt die häufig fragwürdige Haltung sozialer Bewegungen (Frauenbewegung) thematisiert.

Max Roth – Pseudonym eines Juristen – verbindet nun im vorliegenden Buch die Repressionsspirale gegen Jugendsexualitäten in den USA mit dem Agieren bzw. Schweigen sozialer Bewegungen, Aufmerksamkeitskampagnen forensischer Akteure und der zeitverzögerten Entwicklung in Deutschland. Diese komplizierte Aufschlüsselung der sexualpolitischen Ereignisse der letzten 20 Jahre erfolgt in mehreren, aufeinander abgestimmten Kapiteln, denen historische Einordnungen vorangestellt sind. Deren Anlehnung an dogmatisch marxistische Geschichtsinterpretationen erschwert die Lektüre allerdings erheblich. Erst ab S. 74 löst sich der Autor so weit von seinen selbst gewählten ideologischen Fesseln, dass es ihm gelingt, eine mit unzähligen Einzelbeispielen unterfütterte Darstellung des repressiven Diskursklimas in den USA zu präsentieren, wodurch dem Leser deutlich wird, wie sehr „Sexualität“ per se in weiten Teilen der US-amerikanischen Gesellschaft tabuisiert ist. Roth sieht in diesen Tabus ein zentrales Herrschaftsinstrument der nordamerikanischen Eliten, wodurch es diesen gelänge, die Bevöl-

kerung in permanenter Unfreiheit und Furcht vor den Augen von Gesetzeshütern und Nachbarn zu halten. In den letzten Jahren habe sich dies verschärft, so dass die Zahl von Sexualstraftätern permanent ansteigt. Dies wird u.a. durch eine Ausweitung der Straftatbestände erreicht, deren inflationäre und vom lokalen Verfolgungseifer der Behörden abhängige Anwendung als Herrschaftsinstrument angesehen werden kann. Insbesondere der Bezeichnung aller Minderjährigen als „Kinder“ und die daraus folgenden Konsequenzen, z.B. für 21-Jährige, die mit 17-Jährigen sexuell verkehren, wird gebührend Raum gewährt. Die einzelnen Paragraphen, Anwendungsbreiten und die Rolle von Gutachtern werden benannt.

Anschließend erfolgt in der zweiten Hälfte des Buches die Darlegung der Entwicklung in Deutschland. Die in ihrer Ergebnislosigkeit und medialen Aufbereitung kaum zu überbietenden Gerichtsverfahren der 1990er Jahre (Worms!) schildert Roth in schonungsloser Offenheit und lässt keinen Zweifel daran, dass Akteure aller im Parlament vertretenen politischen Parteien an dem sich zunehmend verschärfenden Diskursklima aktiv beteiligt waren. Ihnen sekundierten bereitwillig auf staatliche Alimentierung hoffende Sozialarbeiter, selbsternannte „Opferschützer“ und Feministinnen. Auch die sich seit Mitte der 1990er Jahre verstärkt in innerdeutsche Debatten einschaltenden Behörden der Europäischen Union werden nicht unerwähnt gelassen (vgl. 333). Doch alle Ausführungen Roths durchweht permanent eine kaum verhüllte, alle Alternativwege und ihm nicht ins Konzept passenden Entwicklungen ausblendende marxistische Ideologie in leninistischer Prägung.

Der historische Einführungstext rangiert im Niveau unter Hausarbeiten der gymnasialen Mittelstufe und ist nicht frei von Beleidigungen gegen herausragende Gelehrte (z.B. Dagmar Herzog), aber gänzlich unbeleckt von der neueren Forschungsliteratur. Penetrant ergeht sich der Autor in der Überhöhung der vorgeblichen sexuellemanzipatorischen Politik der kommunistischen Parteien, ohne die Sexualfeindlichkeit im Stalinismus auch nur zu streifen. Außerdem konzentriert sich Roth voll und ganz auf die Bundesrepublik – die DDR wird im ganzen Buch so gut wie nicht erwähnt.

Die Kernthese des Autors, wonach die USA mit ihrem Modell der Sexualfeindlichkeit Europa überschwemmen, insbesondere den „Vasallenstaat“ Deutschland wird nur insofern nachvollziehbar, als Roth die Situation in Russland, China, den afrikanischen Staaten oder Saudi-Arabien völlig ausklammert. Oder soll sich der phantasiebegabte Leser Wladimir Putin als getreuen Erfüllungsgehilfen der CIA vorstellen? Vermutlich fehlen Russland und China, weil sie als (post)kommunistische Staaten aus Sicht Roths per se gut sein müssen.

Die Auseinandersetzung mit weiteren Staaten jenseits der EU hätte die Rezeption von viel Fachliteratur erfordert, doch scheitert Roth schon an der Wahrnehmung der neueren sexualwissenschaftlichen Werke zum Thema Pädophilie. Es fehlen die Namen zahlreicher deutschsprachiger Sexologen, die sich in den vergangenen 20 Jahren mit der Thematik auseinandergesetzt haben. Auch die jahrelangen Diskussionen in und um das linke Journal „Gigi. Zeitschrift für sexuelle Emanzipation“ sind an Roth spurlos vorüber gegangen. Gänzlich übersieht Roth die Problematik des Rechtsrucks innerhalb der homosexuellen Emanzipationsbewegung, wodurch der Druck auf die Pädophilen – formal losgelöst von den „Schwulen“ – erst Akzeptanz in den grün-alternativen und linken Spektren erfahren konnte. Auch die Weiterentwicklung der Debatten um die Legalisierung der Prostitution findet keine Erwähnung.

Im Ganzen ist das vorliegende Werk eine ideologisch aufgeladene Aneinanderreihung von juristischen Ereignissen und politischen Debatten, die in allen schockierenden Details dargestellt werden. Die Kombination von juristischer Theorie und Praxis ist in Teilen gelungen. Dass der Trend zur Verschärfung des Sexualstrafrechts seit einigen Jahren besteht, ist allerdings nichts Neues und die Kerninhalte des Buches hätten sich auch auf 60 bis 80 Seiten darstellen lassen. Wer aber schon immer wusste, dass alles, was aus den USA kommt, böse sein muss und die ganze Welt von einigen wenigen Zirkeln beherrscht wird, der wird in Max Roths Buch Bestätigung erfahren. Als Nachschlagwerk à la „Blick zurück im Zorn“ auf die 1990er Jahre ist das Buch für durchhaltefähige Leser allerdings recht gut geeignet.

Florian G. Mildenerberger (Frankfurt/Oder)

Angelika Krebs
Zwischen Ich
und Du
 Eine dialogische
 Philosophie der Liebe
 suhrkamp taschenbuch
 wissenschaft

Angelika Krebs

Zwischen Ich und Du – Eine dialogische Philosophie der Liebe

Suhrkamp stw 2063, 2015

369 Seiten, zahlreiche Abbildungen, br., 18 €

Wo ist die Liebe? Sie befindet sich nicht im Ich und hat das Du nur zum Gegenstand – sie ist zwischen Ich und Du. Sie ist da, wo zwei miteinander fühlen und handeln; ihre geteilte Freude ist eine doppelte, ihr geteiltes Leid ein halbes. Aber wie kann man Gefühle teilen? Dieser Frage geht Angelika Krebs nach und bedient sich dabei der Methoden und Erkenntnisse sowohl der Analytischen Philosophie als auch der Phänomenologie. Im Zentrum stehen die Bedeutung des Miteinanderfühlers und seine Abgrenzung etwa von klassischem Mitleid und von Gefühlsansteckung. Das Buch liefert die erste umfassende Strukturanalyse des Phänomens der Gefühlsteilung und exemplifiziert das Phänomen an konkreten Beispielen: den Liebesgeschichten des Schriftstellers Henry James.