

Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

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

The Prevention Network *Don't offend* Hintergrund

Abstract

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

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

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

Zusammenfassung

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

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

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

Schlüsselwörter: Präventionsnetzwerk, Pädophilie, Hebephilie, GKV-Spitzenverband

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entwicklung eines präventiven Versorgungskonzeptes

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Netzwerkarbeit und Ziele des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*

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

Angestrebte Primärziele

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

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

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

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

Generelle und spezifische Aspekte der therapeutischen Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

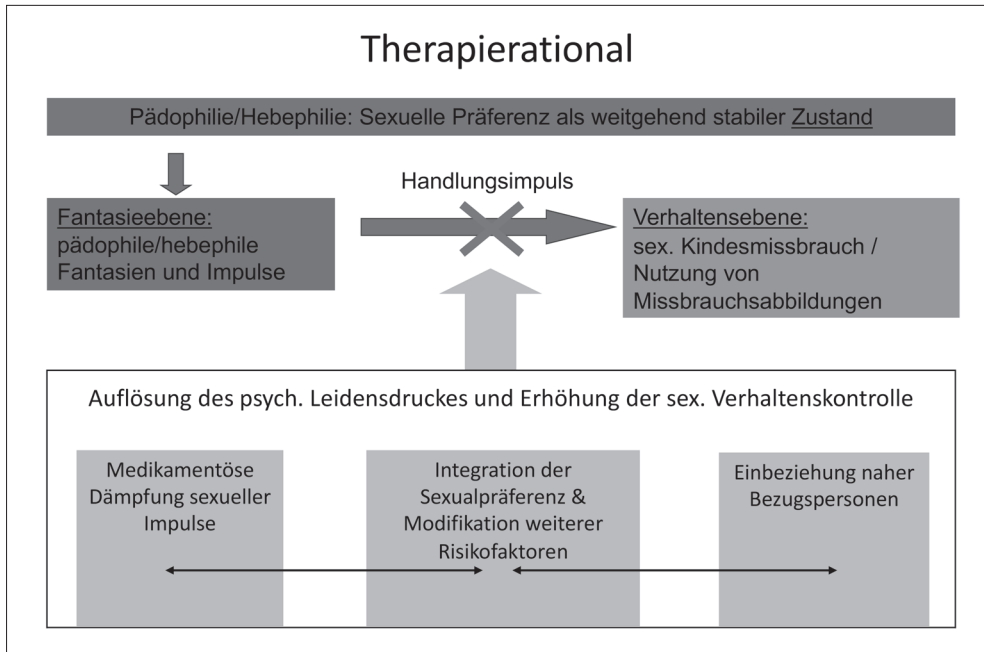


Abb. 2: Therapierational im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

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

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

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

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

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

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

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

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

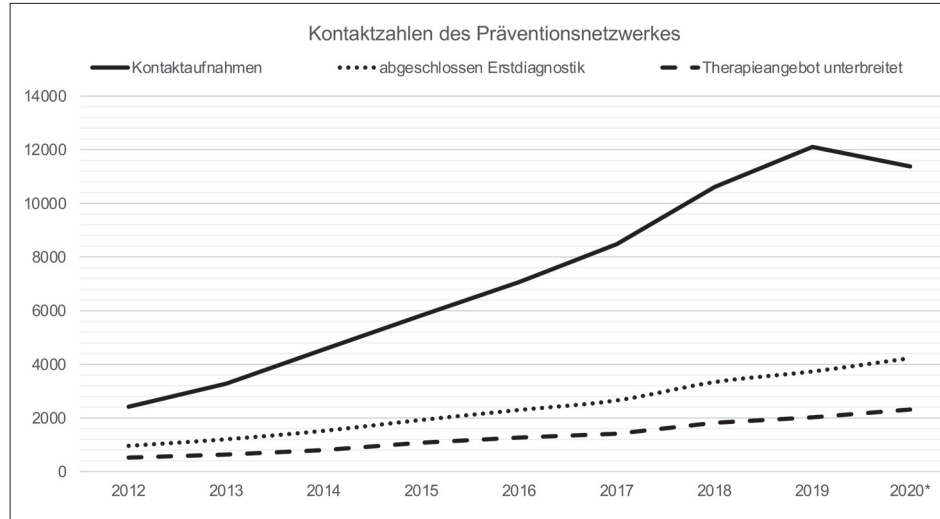
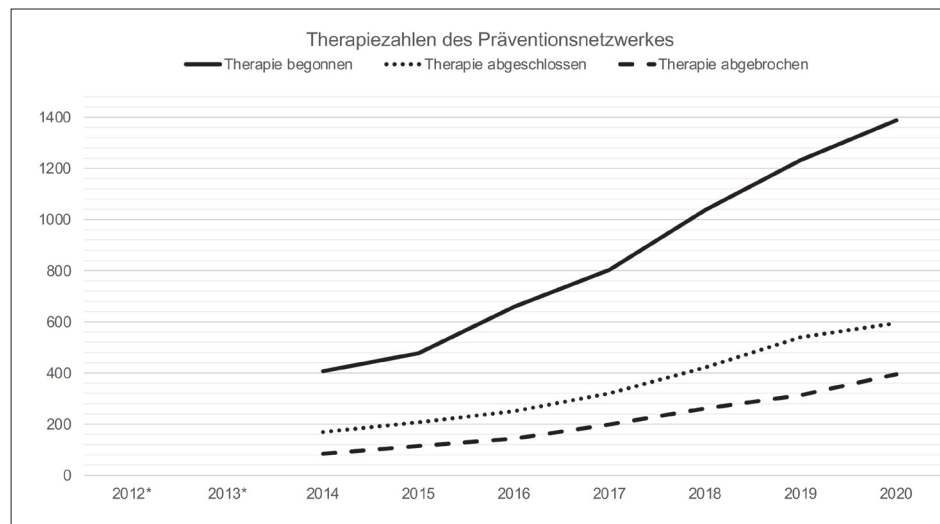


Abb. 4: Darstellung der Kontaktzahlen im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

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



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

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

Erste Ergebnisse zu den Behandlungseffekten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

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

Autor:innen

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