Präventive Behandlung nicht-justizbekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung:
Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD)

K.M. Beier, A. Konrad, T. Amelung, T.-D. Schneider, G. Scherner, J. Neutze

Sexueller Kindesmissbrauch im Dunkelfeld

Sexueller Kindesmissbrauch und die sexuelle Ausbeutung von Kindern durch Herunterladen, Sammeln und/oder Verbreiten kinderpornografischer Materialien stellen zweifelsohne international bedeutsame Probleme dar. Finkelhor (1994) fand in seiner zusammenfassenden Bewertung retrospektiver Befragungen von Erwachsenen aus 19 Ländern, dass durchschnittlich 20% der erwachsenen Frauen und 10% der erwachsenen Männer sich erinnerten, in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein. Laut einer jüngeren repräsentativen Befragung amerikanischer Kinder im Alter zwischen 12 und 17 Jahren wurde eines von 12 Kindern allein im Befragungsjahr Opfer eines stattgehabten oder versuchten direkten sexuellen Kontaktes oder exhibitionistischer Handlungen (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2005). Einer repräsentativen Umfrage in der deutschen Allgemeinbevölkerung nach wurden 8,6 % der Mädchen, 2,8 % der Jungen im Laufe ihres Lebens Opfer sexueller Übergriffe (Wetzels, 1997). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands zum Erhebungszeitpunkt ist damit von bis zu 60.000 Opfern jährlich auszugehen.

Setzt man hierzu die jährlich 12.000 bis 15.000 angezeigten Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs und etwa 3000 verurteilten Täter in Relation (*Polizeiliche Kriminalstatistik, PKS Zeitreihen 1987 bis 2008*, 2009), so ist davon auszugehen, dass diese im sogenannten *Hellfeld* erscheinenden Fälle lediglich „die Spitze des Eisberges“ darstellen und die Dunkelziffer um ein Vielfaches höher liegt. Die Mehrzahl der tatsächlich verübten sexuellen Übergriffe auf Kinder gelangt demnach nicht zur Anzeige, bleibt von Justiz und Strafverfolgung unerfasst und wird folglich auch in keiner Kriminalstatistik aufgeführt. In der Kriminologie wird dieser Bereich als *Dunkelfeld* bezeichnet.

Die Verbreitung kinderpornografischer Materialien und damit die Verbreitung von Bildern mit Darstellungen von sexuellem Missbrauch an Kindern haben mit der technologischen Entwicklung des Internet und dessen Anonymität erheblich zugenommen. Dies erschwert zusätzlich die Identifikation und den Schutz der Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs (Carr, 2004). So sind nach dem Child Victim Identification Program die Zahlen bekannter Darstellungen von 100.000 im Jahr 1998 auf über 15 Millionen Ende 2008 gestiegen (“BMFSFJ - Themen-Lotse - Fragen und Antworten zu Zugangssperren im Internet (Access Blocking),” 2009). Ebenso hat die Zahl der rechtskräftig verurteilten Kinderpornografienutzer

international in den vergangenen 10 Jahren erheblich zugenommen (Motivans & Kyckelhahn, 2007; Wolak, Finkelhor, & Mitchell, 2005). In den U.S.A. macht die Nutzung von Kinderpornografie bereits zwei Drittel aller verurteilten Fälle sexueller Ausbeutung von Kindern aus (Motivans & Kyckelhan, 2007). Gleichwohl muss bei 1.869 bis 8.832 polizeilich registrierten Fällen in den letzten zehn Jahren (*PKS Zeitreihen 1987 bis 2008 des BKA*, 2009) befürchtet werden, dass auch hier nur ein Teil der Fälle von Besitz und Verbreitung von Kinderpornografie justizbekannt wird und der größere Anteil im Dunkelfeld verbleibt.
Vor diesem Hintergrund besteht keinerlei Zweifel darüber, dass es vermehrter gesellschaftlicher Anstrengungen bedarf, sexuellem Kindesmissbrauch und einer Nutzung von Kinderpornografie langfristig vorzubeugen, um die Opfer zu schützen.

Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch

Die Entwicklung erfolgreicher präventiver Strategien, zuverlässiger Prognosekriterien und differenzierter therapeutischer Angebote erfordert eine Kenntnis der Faktoren, die einen sexuellen Kindesmissbrauch oder die Nutzung von Kinderpornografie begünstigen.
Als ein bedeutsamer Risikofaktor für den sexuellen Kindesmissbrauch und/oder ein regelmäßiges Betrachten, Herunterladen und Sammeln von Kinderpornografie konnte in Studien unter anderem das Vorliegen einer Pädophilie im Sinne einer sexuellen Ansprechbarkeit auf den kindlichen prä- und/oder peripubertären Körper identifiziert werden (Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Seto, Cantor, & Blanchard, 2006) [1].

Tatsächlich aber zeigen nur 25-50% der sexuellen Kindesmissbraucher im Hellfeld eine sexuelle Präferenz für Minderjährige (Marshall & Fernandez, 2003; Seto, 2008, 2009). Die Rückfallquoten dieser „Präferenztäter“ lagen in einer Studie von Beier (1998) zwischen 50% und 80%, während Täter ohne diagnostizierbare Präferenzabweichung nur in 10–30% der Fälle rückfällig wurden.

---

1 Unter Pädophilie wird die Ansprechbarkeit auf das vorpubertäre („prepubescent“) körperliche Entwicklungsschema verstanden (klassifizierbar nach ICD-10 unter „F 65.4“ sowie nach DSM-IV-TR unter „302.2“, hier auch mit der diagnostisch geforderten Unterteilung in einen ausschließlichen und nicht-ausschließlichen Typus). „Hebephilie“ ist definiert als sexuelle Ansprechbarkeit auf das peripubertäre („pubescent“) körperliche Entwicklungsalter. Empirisch lässt sie sich als von Pädophilie unterscheidbares Präferenzmuster nachweisen und spielt in der klinischen Arbeit eine wichtige Rolle. Da der Beginn der Pubertät für beide Geschlechter deutlich unter 14 Jahren liegt, ist eine Umsetzung sexueller Impulse gegenüber Pubertierenden auch juristisch relevant. ICD-10 und DSM-IV-TR sehen hierfür aber bislang keine eigenständige Codierung vor. Für das DSM-V wird dies aktuell diskutiert (Blanchard et al., 2009).

Es erscheint daher sinnvoll, zwei unterschiedliche Tatmotivationen zu differenzieren: (1) die direkte Umsetzung von sexuellen Fantasien und Impulsen, die aus der ausschließlichen oder nicht-ausschließlichen sexuellen Ansprechbarkeit für den vor- oder peripubertären Körper resultieren (paraphil motivierte Tat). (2) Die Umsetzung von sexuellen Impulsen, die aus einer sexuellen Ansprechbarkeit für ein erwachsenes Körperschema resultieren (nicht-paraphil motivierte Tat), die aber beispielsweise aufgrund einer Intelligenzminderung oder einer Persönlichkeitsstörung mit erwachsenen Partnern nicht adäquat realisiert werden können.
In diesem Zusammenhang ist die Männer hervorzuheben, die trotz pädophiler oder hebephiler Präferenz in der Lage ist, ihre Wünsche nach einem Sexualkontakt mit Kindern oder der Nutzung von Kinderpornografie auf die Fantasieebene zu beschränken und somit keine strafbaren Handlungen begeht (Fagan, Wise, Schmidt, & Berlin, 2002;).

Aus dieser Differenzierung aufgrund der Hintergrundproblematik ergibt sich die Notwendigkeit, Pädophilie und sexuellen Kindesmissbrauch als zwei unterschiedliche Phänomene zu betrachten. Während es sich bei Pädophilie um einen klinischen Terminus und eine als störungsrelevant eingestufte Diagnose handelt, bezieht sich sexueller Kindesmissbrauch auf eine juristisch relevante Straftat, die, wie oben dargelegt, nicht notwendigerweise auf eine pädophile Präferenzstörung zurückzuführen ist. Die Differenzierung zwischen paraphil (hier pädophil) motivierten und nicht-paraphil (hier nicht-pädophil) motivierten Tätern sowie potentiellen Tätern und zwischen Hellfeld und Dunkelfeld wird in Abbildung 1 verdeutlicht.

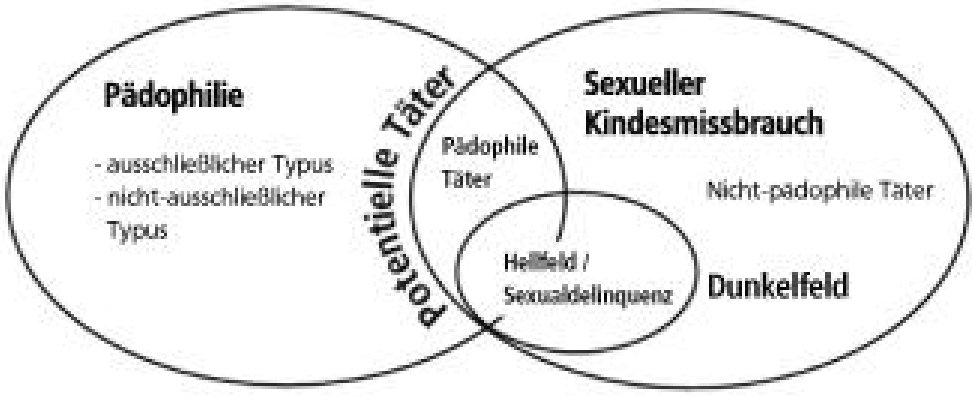

Abbildung 1: zum Zusammenhang zwischen Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld und Hellfeld

Besonders die Unterscheidung zwischen Präferenztätern und Nicht-Präferenztätern ist für Beratung und Therapie sowie für prognostische Fragestellungen von maßgeblicher

Bedeutung. Als therapeutische Implikationen ergeben sich daraus, dass das Therapieziel bei pädophilen Männer lautet, trotz entsprechender Wünsche auf sexuellen Kontakt zu Kindern verzichten zu müssen, während es bei nicht-pädophilien Tätern darum geht, die eigentlich gewünschten Sexualkontakte (mit Erwachsenen) realisieren zu können, bzw. zu hinterfragen, warum diese nicht realisiert werden können. Von prognostischer Relevanz ist diese Differenzierung aufgrund der in den aufgeführten Studien gefundenen erhöhten Rückfallwahrscheinlichkeit bei Präferenztätern (Beier, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Seto et al., 2006). Nach bisherigem Wissen manifestiert sich die sexuelle Ansprechbarkeit auf den prä-, peri- oder postpubertären Körper als Teil der sexuellen Präferenzstruktur eines Menschen spätestens mit der Pubertät und bleibt von da an unveränderbar bestehen, während Daten fehlen, die eine Veränderbarkeit der sexuellen Präferenzstruktur belegen könnten. (Harvard Medical School, 2004; Beier, Bosinski, & Loewit, 2005). Somit tragen Männer mit einer Ausrichtung auf prä- oder peripubertäre Kinder die besondere, lebenslange Verantwortung, auf die Realisierung ihrer sexuellen Wünsche und Fantasien zu verzichten.

Die Prävalenz der sexuellen Ansprechbarkeit für den kindlichen Körper in der männlichen Allgemeinbevölkerung liegt Schätzungen zufolge bei ca. 1%, während das Auftreten bei Frauen eine Seltenheit darstellt (Beier et al. 2005; Ahlers et al., accepted). Nach Money (1988) ist die sexuelle Präferenz „Schicksal und nicht Wahl“ (Money, 1988). Somit entfällt eine moralische Bewertung jedweder sexuellen Ausrichtung. Gleichzeitig müssen diejenigen zur Verantwortung gezogen werden, die eine potentiell fremdgefährdende sexuelle Präferenz (wie die Pädophilie) auf der Verhaltensebene ausleben.

Therapeutische Versorgung

Im Strafvollzug finden sich Therapieangebote für Männer, die sexuellen Kindesmissbrauch begangen haben und hierfür verurteilt wurden**,** vor allem in Sozialtherapeutischen Einrichtungen und im Maßregelvollzug. Außerdem sieht der Gesetzgeber für aus der Haft entlassene Sexualstraftäter das Angebot einer Nachsorge vor (§126 StVollzG). Nach Egg und Ellrich nimmt die Zahl der wegen sexuellem Kindesmissbrauch in Sozialtherapeutischen Anstalten Inhaftierten seit Beginn der Erhebungen 1997 kontinuierlich zu, während die Anzahl wahrgenommener ambulanter Nachsorgeplätze relativ konstant bleibt (Egg & Ellrich, 2008). Demnach waren zum Stichtag am 31.03.2008 621 Insassen wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilt, in der Nachsorge befanden sich 221 Personen. Zusätzlich gibt es von den Vollzugsanstalten unabhängige Einrichtungen, forensisch tätige Ambulanzen und Vereine, die Therapie und Nachsorge für verurteilte Sexualstraftäter anbieten (Berner, Briken, & Hill, 2007; Leygraf, 2006; Pfäfflin, 1999).

Krupinski und Mitarbeiter (1998) weisen eindrücklich darauf hin, dass diese Angebote nicht ausreichen, um Therapie- und Nachsorgebedarf selbst im Hellfeld zu decken. Dies gilt umso mehr für die Versorgung des Dunkelfeldes. Bedenkt man, dass die Betroffenen aus allen sozialen Schichten stammen, wird nachvollziehbar, dass es besonders für sozial integrierte Betroffene oder solche mit hohem beruflichen Status mit großen Hemmungen verbunden ist, sich an forensische Ambulanzen zu wenden. Berichte der Patienten aus dem PPD legen nahe, dass sich die Betroffenen eher an die Familien- und Jugendhilfe sowie an Opferverbände wenden.

Allen beschriebenen Ansätzen ist gemein, dass sie sich der Problematik des sexuellen Kindesmissbrauchs in erster Linie sekundärpräventiv annähern: Anlass für die Therapie bildet ein stattgefundener sexueller Übergriff. Damit bleibt eine Gruppe weitestgehend unversorgt, die aufgrund einer vorliegenden pädophilen oder hebephilen Präferenz ein hohes Übergriffsrisiko aufweist, aber noch keinen sexuellen Übergriff begangen hat. Eine suffiziente Prävention muss diese Gruppe mit einschließen (=Primärprävention), da davon auszugehen ist, dass pädophile Fantasien und Impulse auftreten bevor es zu entsprechendem Verhalten kommt (Dandescu & Wolfe, 2003; Harvard Medical School, 2004). Eine systematische Untersuchung zur Versorgung Pädophiler und Hebephiler als Patienten im öffentlichen Gesundheitssystem ist nicht zu finden.

Aus der klinischen Arbeit in sexualmedizinischen Ambulanzen ist bekannt, dass dort auch Männer vorstellig werden, die noch keinen sexuellen Übergriff begangen haben, aber befürchten, dies zu tun (potentielle Täter). So berichtet auch das Hamburger Institut für Sexualforschung über die Durchführung eines spezialisierten Therapieprogramms für pädophile Männer, an dem auch potentielle Täter teilnehmen (Berner et al., 2007). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigt für die Krankenhäuser von 2000 bis 2007 jährlich nur 29 bis 55 Fälle mit der Diagnose Pädophilie im Bundesgebiet an (“Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Behandlungsort (ICD10-4-Steller, ab 2000) F65.4 Pädophilie” www.gbe-bund.de). Angesichts der sensiblen Diagnose, die viele Betroffene nicht offiziell angegeben wissen wollen, liegt die Vermutung nahe, dass sich hier nur ein sehr kleiner Teil abbildet. Die Schilderung einiger Patienten aus dem PPD, dass sich niedergelassene ärztliche oder psychologische Therapeuten außerhalb der Forensik nicht selten von der Problematik überfordert sehen, deckt sich mit Angaben aus der Literatur (Krupinski, 2005; Pfäfflin, 1999). Dies mag auch daran liegen, dass Diagnostik und Therapie der sexuellen Präferenzstörungen weder im Medizin- oder Psychologie-Studium noch in der fachärztlichen oder psychotherapeutischen Weiterbildung zu den obligatorisch vermittelten

Lehrinhalten und Fertigkeiten gehören. Zudem herrscht oftmals Unsicherheit bezüglich der Schweigepflicht bei derartigen Fällen (siehe Abschnitt zu rechtlichen Rahmenbedingungen).

Neben diesen unzureichenden Versorgungsstrukturen insbesondere für potentielle und Dunkelfeld-Täter, stellt das häufige Fehlen einer standardisierten und detaillierten Diagnostik ein weiteres Problem dar. Wie oben dargstellt ist es von therapeutischer und prognostischer Bedeutung, ob einem sexuellen Missbrauch eine Präferenzstörung zugrunde liegt oder eine andere Hintergrundproblematik. Das Maß, in dem dieser Unterscheidung in der Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Rechnung getragen wird, lässt sich anhand der verfügbaren Literatur nur schwer ausmachen. Das Ausklammern der sexuellen Präferenz im therapeutischen Prozess birgt die Gefahr, den Anforderungen der Patienten nicht gerecht zu werden.

Das Präventionsprojekt Dunkelfeld hat es sich zum Ziel gesetzt, besonders der unterversorgten Gruppe potentieller und realer Dunkelfeld-Täter mit pädophiler und/oder hebephiler Präferenz eine Therapie anzubieten, um das Risiko eines erstmaligen oder fortgesetzten sexuellen Kindesmissbrauchs zu verringern.

Das Präventionsprojekt Dunkelfeld

Das Projekt wurde 2004 am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité in Berlin ins Leben gerufen. Finanziell gefördert wird es von der VolkswagenStiftung und seit 2008 auch – aufgrund des besonderen Engagements der früheren Bundesministerin für Justiz, Brigitte Zypries - durch Bundesmittel. Es wird zudem unterstützt von der Kinderschutzorganisation Stiftung Hänsel + Gretel sowie der international tätigen Medienagentur scholz & friends.

Problembewusste Männer der Zielgruppe konnten mit Hilfe einer Medienkampagne (vgl. Abb. 2) erfolgreich auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht werden, im Rahmen des „Präventionsprojektes Dunkelfeld (PPD)“ kostenlos und Schweigepflicht geschützt sowohl eine diagnostische Expertise als auch qualifizierte Beratung bzw. Therapie in Anspruch zu nehmen. Bei der Entwicklung des Spots und der Strategie zur Öffentlichkeitsarbeit wurde der nach klinischer Erfahrung erwartete Leidensdruck der pädophilen Männer berücksichtigt, indem die Kampagne (1) Empathie und Perspektivenwechsel erkennen lässt, (2) sich davon distanziert, jemanden aufgrund seiner sexuellen Präferenz zu diskriminieren, (3) vor Strafe durch die Justiz bei einer möglichen Projekteilnahme entängstigt, (4) Schweigepflicht und Anonymität in Bezug auf alle gesammelten Daten zusichert, und (5) Schuld- und

Schamgefühle durch die Vermittlung folgender Botschaft reduziert: „Du bist nicht schuld für deine sexuellen Fantasien, aber du bist verantwortlich für dein Verhalten. Es gibt Hilfe! Werde kein Täter!“

Das Ziel des Projektes besteht unter Anderem auch darin, die Wahrnehmung für die Thematik in der Allgemeinbevölkerung zu sensibilisieren und zu zeigen, dass es betroffene Männer gibt, die über ein Problembewusstsein verfügen und ihrerseits sexuelle Übergriffe verhindern wollen. Die Annahme, dass das Risiko sexueller Übergriffe bei fundiert durchgeführter Diagnostik und Therapie gesenkt werden kann und somit primärpräventive Maßnahmen direkten Opferschutz darstellen, wird wissenschaftlich untersucht.

Abbildung 2: Plakat der Medienkampagne des Präventionsprojektes Dunkelfeld

Rechtliche Rahmenbedingungen

In Deutschland gilt für Ärzte und Psychologen die Schweigepflicht (§ 203 StGB, „Verletzung von Privatgeheimnissen“). Verstöße werden mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit einer Geldstrafe geahndet. Dabei führen Kommentare zum StGB als geschütztes Rechtsgut nicht nur die informationelle Selbstbestimmung der Patienten, sondern auch den Schutz der Funktion der im Gesetz aufgeführten Berufsgruppen an (Cierniak, 2003; Lenckner, 2006). Gesetzliche Ausnahmen von der Schweigepflicht finden sich in §138 und §139 StGB für geplante Straftaten (u. a. bei Mord, Totschlag, Straftaten gegen die persönliche Freiheit) und bei der Behandlung bereits verurteilter Straftäter unter

Führungsaufsicht (§ 68a Abs. 8 StGB). §139 StGB stellt dabei die Nichtanzeige einzelner unter §138 StGB genannten Straftaten für Ärzte und psychologische Psychotherapeuten straffrei, wenn sie therapeutisch zur Verhinderung der in §138 StGB genannten Straftaten beizutragen versuchten.
Aufgrund der Voraussetzung, dass Therapieteilnehmer des PPD nicht unter gerichtlichen Auflagen stehen dürfen (s. u.) ist garantiert, dass deren Mitteilungen über vergangene sexuelle Missbrauchshandlungen durch die Schweigepflicht geschützt sind.
Um zukünftige sexuelle Übergriffe gegen Kinder zu verhindern, besteht die Möglichkeit, die Schweigepflicht unter Berufung auf §34 StGB (Rechtfertigender Notstand) zu brechen. Bei Lenckner (2006) und Cierniak (2003) findet sich aber, in Entsprechung der Kriterien des §139 StGB, der Hinweis, dass in Anbetracht „ernsthafter Bemühungen“, die Tat zu verhindern, auf ein Brechen der Schweigepflicht verzichtet werden kann. Eine polizeiliche Anzeige sehen sie in diesen Fällen als eine letzte Möglichkeit an. Mildere Mittel, wie unter anderem das Brechen der Schweigepflicht zur Anwendung der Unterbringungsgesetze (Psychischkrankengesetze, Freiheitsentziehungsgesetz) seien in solchen Fällen zu bevorzugen. Begünstigend für die Aufrechterhaltung der Schweigepflicht in diesem Sinne wirkt im Rahmen des PPD, dass die betroffenen Männer an dem Projekt teilnehmen, weil sie zukünftige Taten verhindern wollen. Zum Interessenkonflikt käme es nur dann, wenn unterschiedliche Einschätzungen bezüglich eines Impulsdurchbruchsrisikos bestünden und die vom Therapeuten empfohlenen Mittel zur Gefahrenabwendung nicht aufgegriffen würden.
Zusammenfassend bietet diese Rechtslage eine äußerst günstige Ausgangssituation für die therapeutische Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch. Der vom Gesetzgeber intendierte, durch die Schweigepflicht gewährte Schutzraum bietet potentiellen Tätern und realen Dunkelfeldtätern eine realistische Möglichkeit zur Wahrnehmung therapeutischer Hilfsangebote. Die insbesondere im angloamerikanischen Raum verbreitete Offenbarungspflicht für Therapeuten bei Verdacht auf drohenden oder Mitteilung über stattgehabten sexuellen Kindesmissbrauch dürfte demgegenüber für präventive Bemühungen hinderlich sein.

Die Voraussetzungen zur Therapieteilnahme

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) unter irgendeiner Form von Aufsicht durch die Justiz stehen. 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, um keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) zu begehen. Des Weiteren dürfen keine schweren psychiatrischen Erkrankungen (Psychosen, Süchte etc.) oder eine ausgeprägte Intelligenzminderung vorliegen.

Das Therapieprogramm

Der Behandlungsansatz des PPD ist über ein Manual (Berliner Dissexualitätstherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder und Jugendliche, BEDIT) definiert, das formal als Richtlinie bezüglich der Behandlungsinhalte, -prozesse und -ziele dient. Vorrangiges Therapieziel ist die Erhöhung der Verhaltenskontrolle. Das BEDIT orientiert sich an im Hellfeld evaluierten kognitiv-behavioralen Behandlungsprogrammen für Sexualstraftäter aus dem angloamerikanischen Sprachraum (z.B. „Sex offender treatment programme“ SOTP, vgl. Fuchs und Mann 2007), die an die Besonderheiten potentieller und realer Dunkelfeld-Täter angepasst wurden.

Eine Heilung im Sinne einer Löschung der auf Kinder bezogenen sexuellen Impulse ist nach bisherigem Wissensstand nicht möglich (Harvard Mental Health Letter 2004). Daher fokussiert das BEDIT die Integration der Ansprechbarkeit durch den kindlichen Körper in das Selbstkonzept und bearbeitet das Maß an Verantwortungsübernahme in kritischen Situationen. Damit sich Fantasien und Impulse nicht auf der Verhaltensebene etablieren und eine Verhaltenskontrolle dauerhaft möglich wird, muss im Verlauf der therapeutischen Arbeit für jeden Einzelfall wiederholt geprüft werden, wie hoch das Risiko eines Impulsdurchbruchs unter welchen Umständen ist, und mit welchen Methoden es sich gegebenenfalls verringern lässt. Dabei geht das Behandlungskonzept davon aus, dass bei gegebenen stabilen Risikofaktoren (Sexualpräferenz, Persönlichkeit, kriminelle Vorgeschichte, Bildungsstatus etc.), das Übergriffsrisiko des Einzelnen mit der Zunahme spezieller dynamischer (Kognitionen, Emotionen, Fertigkeiten) und situativer Risikofaktoren (Stimmung, Gelegenheit, Setting) steigt (Smallbone & Wortley, 2008).

Diese stabilen, dynamischen und situativen Risikofaktoren beeinflussen das individuelle Problemverhalten der Patienten, wie beispielsweise gezieltes „Aufsuchverhalten“, das oftmals nur zum Teil selbstkritisch reflektiert wird. Hierbei etablieren sich sexuelle Impulse

auf der Verhaltensebene, indem zunächst reale Orte (z.B. Schule, Kindergarten, Sportverein) oder virtuelle Räume (Chatrooms, soziale Netzwerke im Internet, Webseiten mit pornografischem Inhalt) aufgesucht werden, die der sexuellen Präferenz entsprechende Begegnungen erlauben. Die Wahl des Settings bestimmt dabei das Ausmaß an externer sozialer Kontrolle in der jeweiligen Situation. Zusätzlich zum Ausmaß der Kontrolle moderieren auch Intention (ich will nur gucken), Selbstwirksamkeit (wenn ich mir vornehme nur zu gucken, dann schaff ich das) und Inhalt (z.B. Schwimmunterricht) eine Begegnung mit Kindern im Präferenzalter das Risiko für die Umsetzung sexueller Impulse. Klinisch zeigt sich, dass mit abnehmender Kontrolle über Inhalt und sozialen Kontext der Begegnung mit Minderjährigen im Präferenzalter das Risiko für die Umsetzung sexuelller Impulse wächst. Begegnungen mit Minderjährigen in definierten und sozial kontrollierten Situationen (z. B. als Lehrer vor der Klasse, Erzieher in der Gruppe, Sporttrainer in der Mannschaft) senken das Risiko eines Impulsdurchbruchs, wohingegen Begegnungen mit Minderjährigen in definierten aber sozial unkontrollierten Situationen das Risiko steigern (z.B. als Lehrer/Erzieher allein mit dem Kind, Trainer in Einzelstunde). Situationen, die sich darüber hinaus sozialer Kontrolle weitgehend entziehen sind z.B. die Übernahme von Babysitterdiensten, Patenschaften oder die Nutzung von Online-Medien und virtuellen Räumen.

Insgesamt ruht die Therapie als Ausdruck einer bio-psycho-sozial fundierten Behandlung auf drei Säulen: *Sexualmedizinisch fundierte Grundhaltung, kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiemethoden und Pharmakotherapie* (siehe Abbildung 3). Der multimodale Ansatz unterstützt die Betroffenen dabei, ihre sexuelle Präferenz/Neigung als unveränderbar zu akzeptieren und in ihr Selbstkonzept zu integrieren. Einstellungsänderungen, verbesserte Perspektivenübernahme, Emotions- und Stressbewältigung sowie Konfliktbewältigung in Beziehungen ermöglichen darüber hinaus die Stärkung der Selbstregulationskompetenz der Betroffenen. Diese Faktoren bilden zudem die Grundlage für Akzeptanz und Compliance hinsichtlich der medikamentösen Dämpfung sexueller Impulse und Fantasien mit Hilfe von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern, Antiandrogenen vom Cyproteronacetat-Typ oder LHRH-Analoga. Eine entsprechende Medikation führt außerdem zu einer Reduktion der gedanklichen Beschäftigung mit sexuellen Inhalten, einer Abnahme der Masturbationsfrequenz und weniger sexuell motiviertem Aufsuchverhalten.

Die notwendige Differenzialindikation für die verschiedenen Medikamentengruppen zur sexuellen Impulsdämpfung hängt von der Risikoeinschätzung eines Impulsdurchbruches durch den Betroffenen, vor allem aber auch durch den Therapeuten ab. Wie in anderen klinischen Kontexten auch wird die Compliance, die Medikamente dauerhaft und ohne Manipulationsversuche einzunehmen, durch eine stabile und vertrauensvolle therapeutische Beziehung sowie klare, von der Therapiemotivation des Betroffenen getragene,

Therapieziele und eine offene Kommunikation der Risikoeinschätzung seitens des Therapeuten begünstigt.

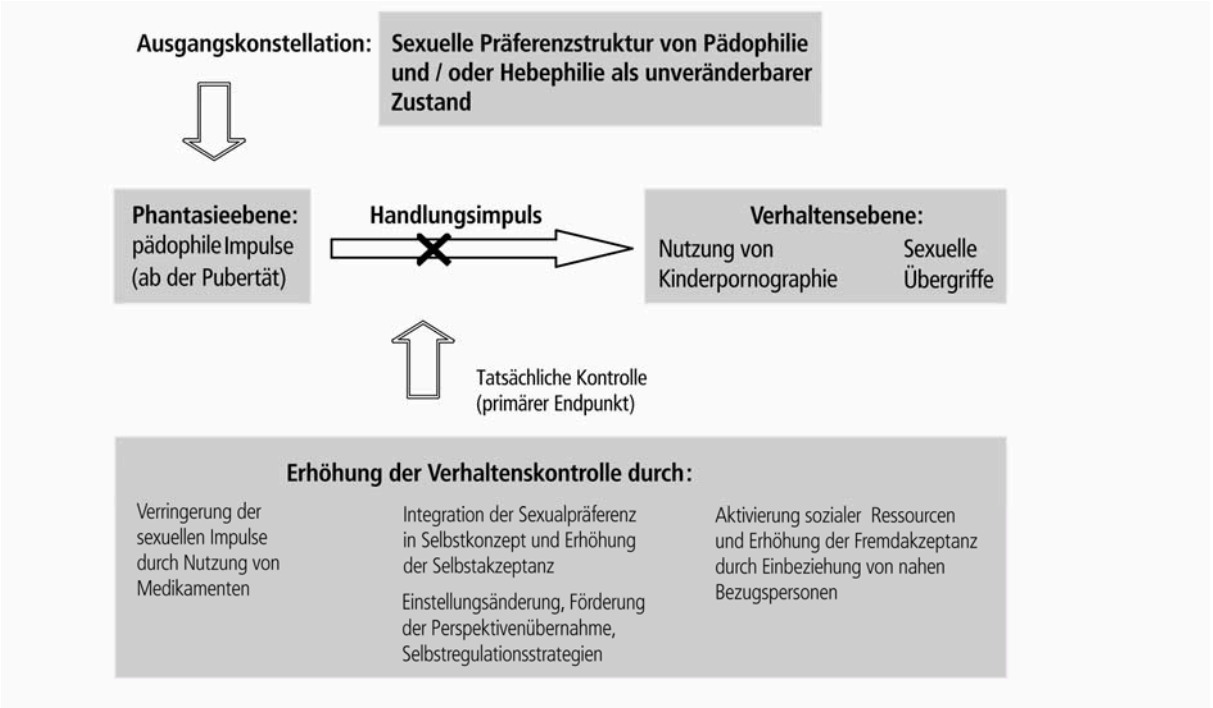

Abbildung 3: Konzept des Therapieprogramms BEDIT

Gemeinsam mit der Einbeziehung naher Bezugspersonen wirken die psychosozialen therapeutischen Prozesse hemmend auf die verschiedenen Formen sexuell motivierten Verhaltens, so dass über eine Verknüpfung aller Behandlungsansätze sicher gestellt werden soll, dass die aus der Sexualpräferenz resultierenden sexuellen Impulse auf der Fantasieebene belassen werden und deren Übergang auf eine Verhaltens- bzw. Interaktionsebene unterbunden bleibt (bei potentiellen Tätern) bzw. zukünftig verhindert wird (bei realen Dunkelfeld-Tätern).

Erste Ergebnisse

Bis zum 1. Juni 2009 hatten sich 936 Männer gemeldet, von denen 408 die Diagnostik vollständig abgeschlossen hatten. Die Betroffenen stammten aus allen sozialen Schichten, wussten im Schnitt seit dem 22. Lebensjahr um ihre sexuelle Neigung, kamen aber erst mit durchschnittlich 39 Jahren ins Projekt. Über die Hälfte hatte jedoch bis zu diesem Zeitpunkt bereits versucht, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. 48% der Interviewpartner waren mehr als 100 km angereist, um an der Studie teilzunehmen. Tatsächlich wiesen die meisten eine pädophile Präferenzstörung auf, wobei viele der Betroffenen zusätzliche psychische Belastungssymptome zeigten (insbesondere Depressivität und Ängstlichkeit), was als Ausdruck der oftmals bestehenden Komorbidität gewertet werden kann (Beier, K. M.,

Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A., Schaefer, G., 2009). Bis Ende März 2009 hatten 41 Patienten die Therapie abgeschlossen, 24 befanden sich noch in Therapie und 10 warteten auf einen Therapieplatz. 98 konnten einen angebotenen Therapieplatz nicht annehmen (insbesondere, weil sie nicht aus Berlin oder Brandenburg stammten und sich nicht in der Lage sahen, über ein Jahr jede Woche für den Therapietermin nach Berlin zu reisen). Auch die insgesamt 38 Therapie-Abbrecher verwiesen häufig auf ungünstige äußere Rahmenbedingungen (zu weite Entfernung vom Therapieort). Bezogen auf die 41 Teilnehmer, welche das Therapieprogramm vollständig durchlaufen hatten, war eine signifikante Abnahme kognitiver Verzerrungen sowie eine signifikante Zunahme der Opferempathie festzustellen, damit also ein Einfluss auf bekannte Risikofaktoren für die Begehung von sexuellem Kindesmissbrauch nachweisbar (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Etwa ein Fünftel der im PPD behandelten oder noch in Behandlung befindlichen Teilnehmer haben sich während der Therapie zur Einnahme von Antiandrogenen entschieden, um die Impulskontrolle durch zusätzliche Medikamenteneinnahme zu erhöhen.

Kinderpornografiekonsum

Wie eingangs aufgeführt, stellt neben sexuellen Übergriffen auf Kinder vor allem das Herunterladen, Sammeln und/oder Verbreiten von Kinderpornografie über das Internet ein ernst zu nehmendes Problem für den Kinderschutz dar. Der Begriff „Kinderpornografie“ stellt dabei eine Verharmlosung dar, da er impliziert, dass die beteiligten Kinder als „Pornodarsteller“ zu den dargestellten Inhalten einwilligungsfähig sind (Taylor & Quayle, 2003). Konsum von Kinderpornografie kann aber vielmehr als fortgeführter sexueller Missbrauch gewertet werden, da kinderpornografisches Material sexuelle Übergriffe gegen Kinder dokumentiert (sexuelle Handlungen an, durch oder in Gegenwart von Kindern). Die Beeinträchtigung der Selbstbestimmung der Opfer wird durch den Umstand verstärkt, dass sich die Bilder aus dem Internet kaum mehr entfernen lassen, was zu einer Fortdauer der Missbrauchssituation führt (Carr, 2004). Es steht zu befürchten, dass die Nutzung als Nachfrage nach weiterem Bildmaterial einen Faktor für die Zunahme angebotener Materialien darstellt. Die naheliegende Annahme, dass regelmäßige Nutzung kinderpornografischer Materialien die Wahrscheinlichkeit erhöht, einen direkten sexuellen Übergriff zu begehen, ist noch nicht abschließend diskutiert (Beech, Elliott, Birgden, & Findlater, 2008). Die Untersuchung von Bourke & Hernandez (2009), in der wegen Kinderpornografiedelikten verurteilte Inhaftierte zu 85% eine Koinzidenz von Kinderpornografienutzung und sexuellen Übergriffen in der Vorgeschichte aufwiesen, legt einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Delikten allerdings nahe. Seto, Cantor, &

Blanchard (2006) zeigen außerdem, dass die Nutzung von Kinderpornografie einen deutlichen Anhalt für das Vorliegen einer pädophilen oder hebephilen Neigung darstellt.
Wie bereits einleitend beschrieben wurde, zeigen Daten aus den USA, dass die Online-Verbreitung von kinderpornografischen Materialien in den letzten Jahren dramatisch zugenommen hat (Motivans & Kyckelhahn, 2007; Wolak et al., 2005) und es ist davon auszugehen, dass auch diese Delikte in vielen Fällen unentdeckt bleiben.
Technische Schutzmechanismen, wie das Access-Blocking, sind eine Möglichkeit, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und sowohl in Deutschland als auch in verschiedenen weiteren Ländern Europas Gegenstand gesetzlicher Bemühungen (Bundesregierung, 2009). Unabhängig von der Diskussion über die Effektivität dieser Maßnahmen bleibt ihre gesellschaftliche Signalwirkung. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, bei den „Konsumenten“ selbst präventiv anzusetzen. Da die Nutzer kinderpornografischer Materialien mit großer Wahrscheinlichkeit pädophil oder hebephil sind (Seto et al., 2006), muss auch hier ein primär- und sekundärpräventiver Ansatz lauten, diese Männer über ihre sexuelle Präferenz anzusprechen und ihnen therapeutische Unterstützung anzubieten.

Um die Öffentlichkeit für diese Problematik zu sensibilisieren und Männer, die Kinderpornografie konsumieren direkt anzusprechen, erfolgte im Juni 2009 eine Erweiterung des Präventionsangebotes auf potentielle und reale (aber nicht justizbekannte) Nutzer von Kinderpornografie. Dieses neue Präventionsprojekt Kinderpornografie (PPK) wurde mit Unterstützung der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Ursula von der Leyen durch Bundesmittel finanziert und geht zurück auf Erkenntnisse aus dem PPD, wonach die Hälfte jener Patienten, die keinen sexuellen Übergriff begangen hatten, Nutzer von Kinderpornografie waren und diesbezüglich ein eher geringes Problembewusstsein aufwiesen. Darüber hinaus gab es eine Gruppe, die sowohl Kinderpornografie genutzt als auch sexuelle Übergriffe begangen hatte, und eine weitere Gruppe, die ausschließlich letzteres in der Vorgeschichte einräumte und Kinderpornografiekonsum verneinte. Die Forschungsziele sind dabei der Nachweis, dass auch Kinderpornografienutzer über eine Medienkampagne erreichbar sind, die Beschreibung der Nutzer und ihres Verhaltens, die Identifikation von protektiven und Risikofaktoren sowie die Entwicklung neuer Methoden und die Optimierung von Prävention und Prognose.
Um auch denjenigen Männern ein präventives Angebot zu machen, die ihr Hauptproblem im Konsum kinderpornografischer Materialien sehen, wurde eine neue Medienkampagne entwickelt, die über Internetbanner die Zielgruppe insbesondere "im Netz" anzusprechen versucht. Auch diese Kampagne transportiert die Grundaussage, dass niemandem seine sexuellen Wünsche vorgeworfen werden, wohl aber deren Realisierung, wenn daraus fremdschädigende Handlungen resultieren. Die Kampagne vermittelt, dass dies bei der

Nutzung von Kinderpornografie der Fall ist, weil sie den Missbrauch von Kindern voraussetzt, unterstützt und weitere Missbrauchshandlungen zur Folge hat (Abb. 4). Die Botschaft lautet: „Der Wunsch, Kinderpornografie anzuklicken, ist kein Missbrauch. Aber das Anklicken ist Missbrauch. Du bist nicht schuld für deine sexuellen Wünsche, aber du bist verantwortlich für dein Verhalten. Es gibt Hilfe! Kein Täter werden. Auch nicht im Netz!“ Da in vielen Fällen Männer mit einer pädophilen Neigung nicht sozial isoliert sind, sondern sich in sozialen Netzwerken bewegen, Familienanschluss haben oder in Partnerschaften leben, soll das neue Projekt auch dazu dienen, allgemein über die Problematik Kinderpornografie zu informieren. Vertrauenspersonen sollen daher möglichst in Beratung und Behandlung einbezogen werden, denn auf der Suche nach Antworten und Unterstützung bleiben viele Angehörige mit ihren Fragen und Ängsten allein. Intendiert ist auch, gegebenenfalls mit Unterstützung der Angehörigen beim Nutzer ein Problembewusstsein für das eigene Verhalten zu befördern, um ihn so zu einer Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen zu motivieren.

Abbildung 4: Plakat der Medienkampagne des Präventionsprojektes Kinderpornografie

Zusammenfassung und Ausblick

Die bisherigen Erfahrungen des seit 2004 am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin laufenden „Präventionsprojektes Dunkelfeld“ zeigen, dass therapeutische Präventionsangebote von pädophilen und hebephilen Männern

wahrgenommen werden, sofern sie selbst verhindern möchten, dass es erstmalig (bei potentiellen Tätern) oder erneut (bei realen Dunkelfeldtätern) zu sexuellem Kindesmissbrauch kommt. Das über ein Jahr laufende Behandlungsprogramm kann im Gruppen- oder Einzelsetting durchgeführt werden und besteht aus einem speziellen sexualmedizinischen, verhaltenstherapeutischen und medikamentösen Behandlungsansatz. Da die pädophile Neigung selbst nicht verändert werden kann, ist das Behandlungsziel die Verbesserung des Umgangs mit dieser Neigung im Sinne einer maximalen Verhaltenskontrolle. Neben direkten sexuellen Übergriffen spielt der Konsum von Kinderpornografie eine bedeutende Rolle. Deshalb wurde das Projekt 2009 auf die Zielgruppe potentieller oder realer Nutzer von Kinderpornografie ausgeweitet, wobei vermutet wird, dass die Nutzung in vielen Fällen mit der pädophilen Präferenzstörung zusammenhängt (Seto et al., 2006).

Aufgrund der Unveränderbarkeit der pädophilen Präferenzstruktur muss für die Betroffenen von einem lebenslangen Risiko ausgegangen werden, ein Kind sexuell zu missbrauchen und/oder Kinderpornografie zu nutzen. Aus taxonomischer Sicht lassen sich die pädophile und die hebephile Präferenzstörung als chronische Erkrankungen verstehen, die durch das Gesundheitssystems (anstelle des Justizministeriums) im Sinne eines „Chroniker-Programms“ versorgt werden müssten. Die krankheitstheoretische Vergleichbarkeit mit anderen chronischen Erkrankungen (wie beispielsweise der Migräne, der Neurodermitis oder dem Morbus Crohn) liegt nahe: Wie bei diesen sind die Ursachen nicht bekannt, auch wenn gewisse Risikofaktoren identifizierbar sind, auch von einer Heilbarkeit kann ebenso wenig ausgegangen werden. In Parallelität zu anderen chronischen Erkrankungen muss in einem multimodalen Ansatz der Verlauf mit therapeutischen Maßnahmen zur Verhaltensveränderung sowie medikamentösen Therapieoptionen begleitet werden, um Risikofaktoren zu minimieren und somit Manifestationen der zu Grunde liegenden Erkrankung zu verhindern. Dass im Gegensatz zu den genannten chronischen Erkrankungen Manifestationen der Pädophilie und Hebephilie mit der Gefährdung Anderer, noch dazu von Kindern, einhergehen, kann eigentlich nur als Aufforderung für ein besonderes gesellschaftliches Engagement zur Etablierung präventiv wirksamer therapeutischer Maßnahmen gesehen werden.
Dementsprechend bedarf es für die Pädophilie und die Hebephilie auch nach Abschluss von Therapieprogrammen niedrigschwelliger Anlaufstellen für die Betroffenen im Sinne sexualmedizinischer Ambulanzen, welche die erforderlichen Therapieoptionen einschließlich sexuell Impuls dämpfender Medikamente bereithalten, um in Gefahrensituationen zeitnah und adäquat Hilfe leisten zu können.

Danksagung

Die hier vorgestellte Arbeit ist das Resultat der Bemühungen vieler Kolleginnen und Kollegen. Besonderer Dank gilt dem Team, das an der anfänglichen Etablierung des Präventionsprojektes Dunkelfeld beteiligt war (in alphabetischer Reihenfolge): Christoph J. Ahlers, Elena Hupp, Ingrid A. Mundt und Gerard A. Schäfer. Des Weiteren gilt der Dank all denjenigen, die in der Folgezeit durch ihr Engagement das Projekt weiter gefördert haben (in alphabetischer Reihenfolge): Stefan Faistbauer, Steven Feelgood, David Goecker, Michael Latka, Alfred Pauls, Martin Schmülling, und Horst Schütz.

Literatur

Ahlers, C. J.; Schaefer, G. A.; Mundt, I. A.; Roll, S.; Englert, H.; Willich, S.; Beier, K. M.: How unusual are the Contents of Paraphilias – Prevalence of Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns (PASAPs) in a Community–based Sample of Men. Journal of Sexual Medicine. Accepted for publication.

Beech, A.; Elliott, I., 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. (1998): Differential typology and prognosis for dissexual behavior--a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. Int J Legal Med. 111(3), 133-41.

Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Loewit, K. (2005): Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis. (2. Aufl.). Elsevier, Urban und Fischer. München.

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

Berner, W.; Briken, P.; Hill, A. (2007): Sexualstraftäter behandeln: Mit Psychotherapie und Medikamenten (1. Aufl.). Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.

Blanchard, R.; Lykins, A. D.; Wherrett, D.; Kuban, M. E.; Cantor, J. M.; Blak, T.; Dickey, R.; Klassen, P. E. (2009): Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. Archives of Sexual Behavior. 38(3), 335-350.

Bourke, M.; Hernandez, A. (2009): The ‘Butner Study’ Redux: A Report of the Incidence of Hands-on Child Victimization by Child Pornography Offenders. Journal of Family Violence. 24(3), 183-191.

Bundeskriminalamt. (2009): PKS Zeitreihen 1987 bis 2008 (Polizeiliche Kriminalstatistik). Polizeiliche Kriminalstatistik, Wiesbaden. Abgerufen 11 November 2009, von http://www.bka.de/pks/zeitreihen/index.html

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Juli 28 2009): BMFSFJ - Themen-Lotse - Fragen und Antworten zu Zugangssperren im Internet (Access Blocking). Abgerufen 13 November 2009, von http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/themen-lotse,did=119244.html

Bundesregierung. (2009): Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Kinderpornographie in Kommunikationsnetzen. Bundestagsdrucksache 16/13125. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/131/1613125.pdf

Carr, J. (2004): Child abuse, child pornography, and the internet. The children’s charity. London.

Cierniak. (2003): Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch §203, Verletzung von Privatgeheimnissen. In Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch (Bd. 1). Beck. München.

Dandescu, A.; Wolfe, R. (2003): Considerations on Fantasy Use by Child Molesters and Exhibitionists. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. 15(4), 297-305.

Egg, R.; Ellrich, K. (2008): Sozialtherapie im Strafvollzug 2008. Kriminologische Zentralstelle e.V.

Fagan, P. J.; Wise, T. N.; Schmidt, C. W.; Berlin, F. S. (2002): Pedophilia. JAMA: The Journal Of The American Medical Association. 288(19), 2458-2465.

Finkelhor, D. (1994): The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect. 18(5), 409-417.

Finkelhor, D.; Ormrod, R.; Turner, H.; Hamby, S. (2005): The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive, National Survey. Child Maltreat. 10(1), 5-25.

Fuchs, A.; Mann, R. (2007): Das Sex Offender Treatment Programme (SOTP) in England und Wales. In: Berner, W.; Briken, P.; Hill, A. (Hg): Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten. Köln.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2009): Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Behandlungsort (ICD10-4-Steller, ab 2000) F65.4 Pädophilie. Wiesbaden. Abgerufen 4 November 2009, von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/32309887/57073759

Hanson, K.; Morton-Bourgon, K. E. (2004): Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis. Public Safety and Emergency Preparedness. Ottawa.

Harvard Medical School (Hg). (2004): Pedophilia. Who are the men who "love" children in intolerable ways? And how can they be helped to change? The Harvard Mental Health Letter. 20(7), 1-4.

http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/131/1613125.pdf: Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Kinderpornographie in Kommunikationsnetzen. Abgerufen November 12, 2009.

Krupinski, M.; Schöchlin, C.; Fischer, A.; Nedopil, N. (1998): Annäherung an ambulante Therapie bei Straffälligen. In Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz: Verlauf - Behandlung - Opferschutz, Kriminalistik. Kriminalistik-Verlag. Heidelberg.

Krupinski, M. (2005): Forensische Aspekte sexueller Störungen. In: Nissen, G.; Csef, H.; Berner, W.; Badura, F. (Hg): Sexualstörungen. Heidelberg. S. 174-186.

Lenckner, T. (2006): § 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen. In: Schönke, A.; Schröder, H: Strafgesetzbuch (27. Aufl.). Beck. München.

Leygraf, N. (2006): Ambulante Behandlungsmöglichkeiten. In: Kröber, H.-L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Sass, H: Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Band 3. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. Heidelberg. S. 242-254.

Marshall, W. L.; Fernandez, Y. M. (2003): Sexual preferences: Are they useful in the assessment and treatment of sexual offenders? Aggression and Violent Behavior. 8(2), 131-143.

Money, J. (1988): Gay, straight, and in-between. Oxford University Press US.

Motivans, M.; Kyckelhahn, T. (2007): Federal Prosecution of Child Sex Exploitation Offenders, 2006 (S. 8). US Dept of Justice, Bureau of Justice Statistics. Rockville.

Pfäfflin, F. (1999): Issues, Incidence, and Treatment of Sexual Offenders in Germany. J Interpers Violence. 14(4), 372-395.

Seto, M. C.; Cantor, J. M.; Blanchard, R. (2006): Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. Journal of Abnormal Psychology. 115(3), 610-615.

Seto, M. C. (2008): Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. American Psychological Association. Washington, DC, US.

Seto, M. C. (2009): Pedophilia. Annual Review Of Clinical Psychology. 5, 391-407.

Smallbone, S.; Marshall, B.; Marshall, W. L.; Wortley, R. (2008): Preventing child sexual abuse : evidence, policy and practice. Willan Publishing. Cullompton Devon; Portland Or.

Statistisches Bundesamt. (2009): Strafverfolgung - Fachserie 10 Reihe 3 – 2007, Wiesbaden. Abgerufen 2 September 2009, von https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=00b0000100004av4sgHJ000000HHZb1XLVU4Idl8ShzhaLNQ--&cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1024061

Taylor, M.; Quayle, E. (2003): Child Pornography: An Internet Crime. Brunner-Routledge, Hove, London.

Wetzels, P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit - Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen (Bd. 1). NOMOS. Baden-Baden.

Wolak, J.; Finkelhor, D.; Mitchell, K. J. (2005): Child-Pornography Possessors Arrested in Internet-Related Crimes: Findings From the National Juvenile Online Victimization Study. National Ctr for Missing and Exploited Children. Alexandria, VA.