



**Zur Pädophilie und Cybergrooming - Welche Präventionsmöglichkeiten für Menschen mit einer pädophilen Erkrankung sind bereits vorhanden und was muss noch ausgebaut werden?**

**Bachelorarbeit**

Zur Erlangung des akademischen Grades „Bachelor of Arts“

Lena Hellwig

Erstprüfer: Herr Giertz M. A.

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Bräutigam

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0736-8

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Theoretische Grundlagen .....</b>	<b>3</b>
1.1 Annäherungen an das Phänomen „Pädophilie“ .....	3
1.1.1 Begriffsdifferenzierungen .....	3
1.1.1.1 Pädophilie .....	3
1.1.1.2 Hebephilie .....	4
1.1.1.3 Paraphilie .....	5
1.1.2 Klassifikationssysteme .....	5
1.1.2.1 Klassifikation nach DSM5 .....	5
1.1.2.2 Klassifikation nach ICD 10 .....	6
1.1.3 Ätiologie / Erklärungsmodelle .....	6
1.1.3.1 Psychoanalytische Ansätze .....	6
1.1.3.2 Lerntheoretische Ansätze .....	7
1.1.3.3 Neurobiologische Ansätze .....	8
1.1.3.4 Bio-psycho-sozialer-Ansatz .....	10
1.2 Cybergrooming .....	10
1.2.1 Sexuelle Annäherungen im Internet .....	10
1.2.2 Strafrechtlicher Aspekt .....	11
1.3 Prävention .....	12
1.3.1 Prävention aus medizinischer Sicht .....	12
1.3.2 Prävention aus sozialpädagogischer Sicht .....	13
<b>2 Studien .....</b>	<b>15</b>
2.1 Polizeiliche Kriminalstatistik 2019 und 2020 .....	15
2.2 Das „MiKADO“ Projekt .....	18

---

<b>3</b>	<b>Präventionsmöglichkeiten</b> .....	<b>22</b>
3.1	Das »Präventionsprojekt Dunkelfeld « (PPD).....	22
3.1.1	Hintergrund.....	22
3.1.2	Therapie .....	24
3.1.2.1	Vor der Therapie .....	24
3.1.2.2	Während der Therapie .....	26
3.1.2.3	Die medikamentöse Therapie .....	28
3.1.3	„TROUBLED DESIRE“ .....	28
3.1.4	Befragung von pädophilen und hebephilen Teilnehmern des PPDs.....	30
3.1.5	Evaluation des Dunkelfeld-Projektes im Rahmen einer Pilotstudie .....	32
3.2	Behandlungsinitiative Opferschutz e.V. (BIOS-BW).....	34
3.2.1	Hintergrund.....	34
3.2.2	Behandlungsangebote für Gewalt- und Sexualstraftäter*innen .....	35
3.2.3	Das Präventionsprogramm "Keine Gewalt- oder Sexualstraftat begehen" .....	37
3.2.4	„Stopp-bevor-was-passiert“ .....	39
<b>4</b>	<b>Schlussfolgerungen und Fazit</b> .....	<b>40</b>
4.1	Zusammenfassung und Ergebnis.....	40
4.2	Ausblick und Limitation.....	42
<b>5</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>43</b>
A1:	Vorgehensweise Erwachsener bei sexueller Onlineannäherung an Kinder und Jugendlicher .....	43
A2:	Ziele und Maßnahmen des BEDIT-Programmes.....	44
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>45</b>

## Abkürzungsverzeichnis

DSM 5: Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen, 5. Auflage  
(engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ICD 10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

CG: Cyber-Grooming

PKS: Polizeiliche Kriminalstatistik

PPD: Präventionsprojekt Dunkelfeld

BEDIT: Berliner Dissexualität-Therapie

BIOS-BW: Behandlungsinitiative Opferschutz e.V. Baden-Württemberg

FAB: Forensische Ambulanz in Baden

PAKo: Psychotherapeutische Ambulanz in Koblenz

## Einleitung

Die digitale Welt bietet immer mehr Nutzungs- und Kommunikationsmöglichkeiten. Dabei können Freundschaften gepflegt werden und neue entstehen. Für Kinder und Jugendliche besteht das Risiko, im Internet mit Cyber-Grooming (CG) konfrontiert zu werden. CG ist eine spezielle Form von sexueller Online-Viktimisierung, in der die Heranwachsenden ungewollt pornografischen Schriften ausgesetzt sind, sexuell belästigt oder erpresst werden. Um Cyber-Grooming zu verhindern oder zu minimieren, gibt es bereits verschiedene Präventionsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche, z. B. unter: ‚safe-me-online.de‘, ‚make-it-safe.net‘ oder ‚juuport.de‘ (vgl. UBSKM, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2021). Dort können Kinder und Personensorgeberechtigte Medienkompetenz erlernen und über potenzielle Risiken aufgeklärt und somit geschützt werden. Um einen umfangreichen Opferschutz zu generieren, schlägt diese Arbeit vor, (potentielle) Täter\*innen in den Fokus zu stellen. Eine pädophile Präferenz verstärkt das Risiko, dass sich erkrankte Menschen Kindern im Internet sexuell nähern. Aufgrund dessen benötigt es präventive Maßnahmen, welche individuell auf (potentielle) Täter\*innen zugeschnitten sind. Dahingehend fokussiert sich die vorliegende Arbeit auf folgende Fragestellungen: Welche präventiven Maßnahmen sind bereits für Menschen mit einer pädophilen Präferenzstörung vorhanden und wie stehen die Maßnahmen in Bezug zu Cyber-Grooming? Ausgehend von dieser Fragestellung entwickelt sich die folgende abgeleitete Frage: Welche Möglichkeiten in der Präventionsarbeit lassen sich identifizieren?

In Bezug auf die Fragestellungen werden im ersten Kapitel die theoretischen Grundlagen dargestellt, um ein einheitliches Verständnis der Terminologien zu schaffen. Es werden die Begriffe ‚Pädophilie‘, ‚Hebephilie‘ und ‚Paraphilie‘ definiert. Dabei wird das Phänomen ‚Pädophilie‘ näher betrachtet. Anschließend wird Bezug auf die diagnostischen Klassifikationssysteme DSM5 (Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen, 5. Auflage) und ICD10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) genommen. Darin werden die diagnostischen Kriterien einer Pädophilie erläutert. Des Weiteren wird auf die ätiologischen Erklärungsmodelle der Pädophilie eingegangen. Im zweiten Teil des theoretischen Rahmens wird der Prozess des CGs erläutert. Dabei werden die verschiedenen Strategien und der rechtliche Aspekt dargestellt. Abschließend wird der Begriff ‚Prävention‘ aus medizinischer und sozialpädagogischer Sicht betrachtet.

Im zweiten Kapitel werden die aktuellen Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik 2019 und 2020 in Bezug auf Cybergrooming und sexuellen Missbrauch an Kindern herausgearbeitet. Des Weiteren werden Erkenntnisse vom MiKADO-Projekt im Bereich CG verdeutlicht und analysiert.

In Kapitel drei wird auf ausgewählte Präventionsmaßnahmen eingegangen. Dahingehend wird der therapeutische Verlauf des „Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD)“ dargestellt. Eine qualitative Befragung und eine Pilotstudie mit Teilnehmenden des PPDs sollen den Erfolg und die Möglichkeiten des Projektes darstellen. Anschließend werden die präventiven Maßnahmen von der „Behandlungsinitiative Opferschutz e.V. (BIOS-BW)“ für (potentielle) Täter\*innen vorgestellt. Abschließend werden die Erkenntnisse in einem Fazit zusammengefasst und die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt anhand der gewonnenen Erkenntnisse.

## 1 Theoretische Grundlagen

### 1.1 Annäherungen an das Phänomen „Pädophilie“

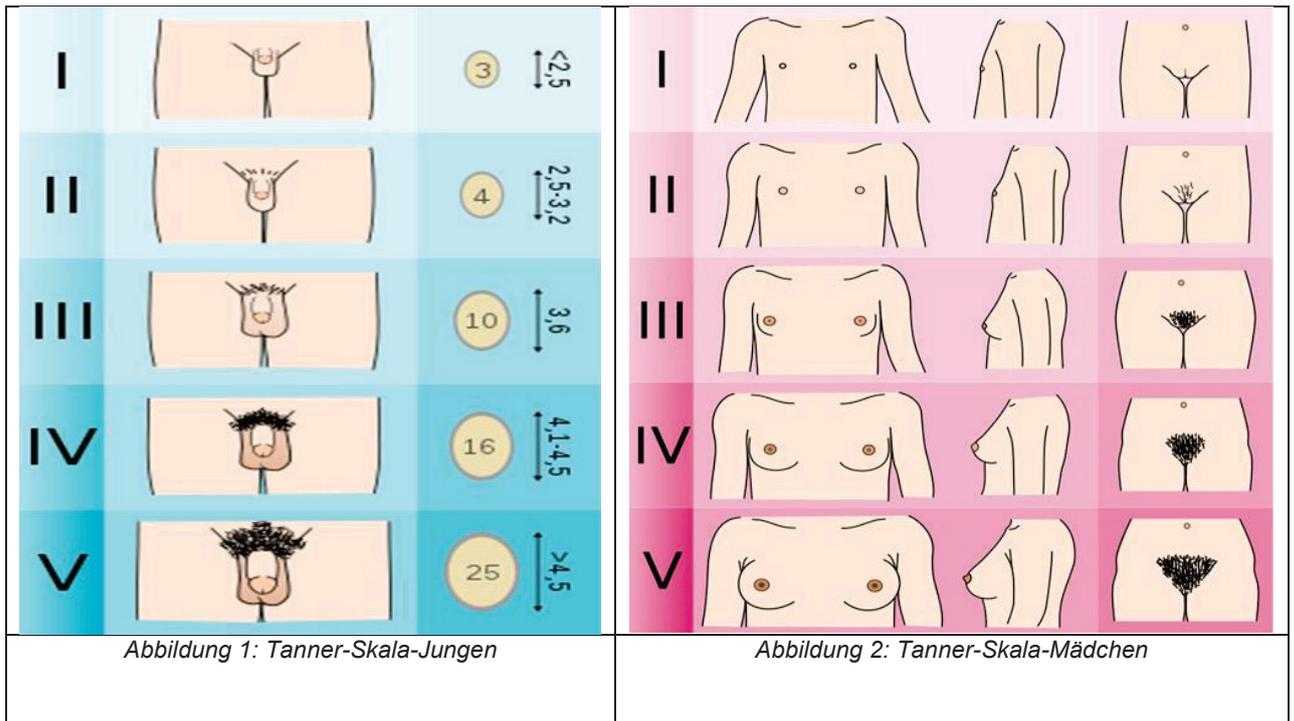
#### 1.1.1 Begriffsdifferenzierungen

##### 1.1.1.1 Pädophilie

Krafft-Ebing (1984) ist der Urheber für den Begriff ‚Pädophilie‘. In seinen Abhandlungen „Psychopathia sexualis“ etablierte er den Begriff „Paedophilia erotica“. Der Begriff wird in der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussion verwendet und entstand aus dem Altgriechischen und bedeutet „Liebe zu Kindern“. Unter dem Begriff wird die primäre sexuelle Neigung zu Kindern verstanden, mit einem vorpubertärem Körperschema (vgl. Bundschuh, 2001).

Die kindlichen Körper (aller Geschlechter) werden als sexuell erregend empfunden. Die sexuelle Neigung kann bei Menschen Leiden hervorrufen. Wodurch der Lebensalltag erschwert wird. Einige Pädophile gehen ihren sexuellen Impulsen nur in der Fantasie nach. Dementsprechend kann die Pädophilie nicht mit dem sexuellen Missbrauch an Kindern oder dem Konsum von Missbrauchsabbildungen gleichgesetzt werden (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité, 2021).

Die Tanner-Skalen wurden von Marshall und Tanner (Marshall & Tanner, Variations in pattern of pubertal changes in girls, 1969) (Marshall & Tanner, Variations in the pattern of pubertal changes in boys, 1970) entwickelt und zeigen die Entwicklungen der sekundären Geschlechtsmerkmale von Jungen und Mädchen. Das erste Stadium (siehe Abbildung 1: Tanner-Skala-Jungen und Abbildung 2: Tanner-Skala-Mädchen) ist kennzeichnend für eine pädophile Präferenz (Schwarze & Hahn, 2016). Die körperlichen Merkmale von einem vorpubertäre Körperschema sind bspw. keine Scham- und Achselhaare, keine oder minimale Brustansätze, ein kleiner Penis oder eine kleine Scheide. Häufig sind die Kinder dabei nicht älter als elf Jahre. Das Alter der Kinder lässt sich nicht genau festlegen, da die körperliche Entwicklung individuell verläuft (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité, 2021).



### 1.1.1.2 Hebeophilie

Im wissenschaftlichen und diagnostischen Bereich werden die sexuellen Präferenzen, durch die Bevorzugung eines bestimmten Körperschemas differenziert. Aufgrund dessen werden im folgenden Abschnitt die Unterschiede zwischen der pädophilen Präferenz und der hebephilen Präferenz verdeutlicht.

Hebephilie ist die sexuelle Präferenz auf ein frühpubertäres Körperschema. Das wird unter dem Tanner-Stadium II und III (siehe Abbildung 1: Tanner-Skala-Jungen und Abbildung 2: Tanner-Skala-Mädchen) kategorisiert. Dahingehend sind die Genitalien der Kinder bereits in der Entwicklungsphase und befinden sich im Wachstum. Ebenso entwickelt sich die Scham- und Achselbehaarung. Die Mädchen verfügen über einen sichtbaren Brustansatz. Das Stadium IV verweist auf ein spätpubertäres Körperschema und das Stadium V auf ein postpubertäres Körperschema (vgl. Scherner, Amelung, Schuler, Grundmann, & Beier, 2018, S. 2f).

Zusammenfassend ist der Unterschied von Hebephilie zur Pädophilie, dass die Kinder bereits in der pubertären Entwicklung sind. Bei der pädophilen Präferenz liegt das sexuelle Interesse bei Kindern, die noch keine oder wenige körperlichen Veränderungen aufweisen. Die hebephilen Menschen präferieren das pubertäre Körperschema. Dabei weist der Körper entwicklungsbedingte Merkmale der sekundären Geschlechtsmerkmale auf.

Die Hebephilie ist nicht in den Klassifikationssystemen ICD10 und DSM5 vermerkt (vgl. Beier, Amelung, Kuhle, Scherner, & Neutze, 2013, S. 129).

### 1.1.1.3 Paraphilie

Die Paraphilie ist die Abweichung von ‚normalen‘ sexuellen Neigungen und wird deshalb der sexuellen Präferenzstörung zugeordnet. Dabei spielen sich die sexuellen Bedürfnisse in der Fantasie ab oder werden mit Einverständnis der Sexualpartner\*innen praktiziert. Falls diese Neigung zu Beeinträchtigungen und Leiden führt oder, ohne Einverständnis anderer Personen praktiziert wird, wird sie der Kategorie ‚sexuelle Verhaltensstörung‘ zugeordnet. Zu der Paraphilie zählt unter anderem der Fetischismus, die sexuelle Präferenz gegenüber Objekten (z. B. Socken oder Wäsche). Des Weiteren wird der Exhibitionismus den paraphilen Störungen zugeordnet. Das Verlangen, die Genitalien zu entblößen und ggf. vor anderen Menschen, häufig Frauen oder Kindern, zu masturbieren. Die Pädophilie gehört ebenfalls zu den paraphilen Störungen (vgl. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2021).

## 1.1.2 Klassifikationssysteme

### 1.1.2.1 Klassifikation nach DSM5

Die pädophile Störung ist im DSM5 unter den paraphilen Störungen kategorisiert und hat die Nummer F65.4. Dabei werden die diagnostischen Kriterien in drei Aspekte (A-C) unterteilt. Kriterium A sagt aus, dass innerhalb von mindestens sechs Monaten, wiederholte intensive, sexuelle Fantasien mit einem präpubertierenden Kind (oder Kindern) auftreten. Dabei ist das Kind maximal 13 Jahre alt. Das Kriterium B beinhaltet, dass die sexuellen Fantasien ausgelebt werden oder, dass soziale Konflikte auftreten und damit ein eindeutiges Leiden verursacht wird. Im Kriterium C wird das Alter der Patient\*innen auf mindestens 16 Jahre beschränkt. Dabei muss das präferierte Kind mindestens fünf Jahre jünger sein oder das Alter von Kriterium A aufweisen. Des Weiteren wird beachtet, dass Spätadoleszenten, welche sich in einer dauerhaften sexuellen Beziehung mit einem\*r zwölf- bis dreizehn-jährigen Partner\*in befinden, nicht in die Diagnose einbezogen werden. Es besteht die Möglichkeit zwischen dem ausschließlichen (nur auf Kinder orientiert) und dem nicht ausschließlichen (nicht nur auf Kinder orientiert) Typus zu unterscheiden. Unter Anderem kann differenziert werden, ob die sexuelle Orientierung auf Jungen, Mädchen oder beiden Geschlechtern besteht (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 959f). Weitere Geschlechter finden im DSM5 keine Beachtung.

### 1.1.2.2 *Klassifikation nach ICD 10*

Die medizinische Diagnose der Pädophilie wird der Kategorie „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F60-F69) zugeordnet. Einige der Störungsbilder weisen multidimensionale Ursachen auf. Die Pädophilie hat die Kennzeichennummer F65.4 und zählt zu den „Störungen der Sexualpräferenz (F65.-)“. Pädophilie ist definiert, als eine sexuelle Präferenz an Kindern. Es wird differenziert, ob die Neigung speziell auf Jungen, Mädchen oder beide Geschlechter besteht (vgl. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2020, S. 190f). Weitere Geschlechter finden im ICD 10 ebenfalls keine Beachtung.

### 1.1.3 *Ätiologie / Erklärungsmodelle*

#### 1.1.3.1 *Psychoanalytische Ansätze*

Aus verschiedenen publizierten Berichten entwickelte sich die Erkenntnis, dass pädophile Menschen eine ausgeprägte Ambivalenz zur eigenen Mutter aufweisen (vgl. Freud, Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci, 1910). In zwischenmenschlichen Beziehungen entsteht dadurch, ein „Mutter-Kind-Autoritätsmuster“. Aufgrund dessen wird die Beziehung nicht gleichberechtigt gestaltet. Durch eine nicht-repräsentative Vaterfigur kann die ambivalente Beziehung zur Mutter nicht gelöst werden. Hinzu kommt, dass das Abstillen von der Mutterbrust zu spät erfolgt und dadurch traumatisierend wahrgenommen werden kann. Es findet kein innerlicher Objektwechsel statt. Das erklärt die signifikante Häufigkeit von Oralverkehr bei sexuellen Kontakten von Pädophilen. Es findet eine unbewusste Identifikation mit der Mutter statt. Dementsprechend besteht keine Möglichkeit eine eigenen Identität zu entwickeln. Das gewünschte Selbstbild wird, anhand von selbst angewandten Täuschungsstrategien, erzeugt. Damit wird das favorisierte Selbstbild auf das missbrauchte Kind projiziert. Das Kind wird benutzt, um die ambivalente Mutterbeziehung aufzuarbeiten. Die Gefühle von Schwäche und Angst werden bei den sexuellen Handlungen unterdrückt, wodurch sich ein Gefühl von Dominanz entwickelt (vgl. Berner, 1993). Diese Dominanz erzeugt die sexuelle Erregung. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass das Kind nach einem narzisstischen Selbstbild gewählt wird (vgl. Berner, 1985). Das soziale Umfeld, außer eventuell ein bis zwei Personen, wird nur als Objekt der eigenen Bedürfnisbefriedigung wahrgenommen (vgl. Lackinger, 2009, S. 264ff).

Pädophile Menschen berichten häufig von dem Gefühl einer inneren Leere (vgl. Glasser, 1989). Das resultiert aus einem fehlenden Identitätsgefühl. Die Persönlichkeiten des sozialen Umfelds werden nachgeahmt, um die innere Leere zu füllen. Dieser Prozess findet

unbewusst statt. Des Weiteren ist das Über-Ich (moralische Instanz) mangelhaft ausgeprägt (vgl. Freud, 1944). Es konnten keine Werte- und Normenvorstellungen entwickelt werden. Das Über-Ich wird als eine andere Person wahrgenommen. Pädophilie Menschen besitzen häufig kein Selbstwertgefühl. Das Über-Ich soll besiegt werden, was durch die Entwertung eines anderen Objektes (das Kind) erreicht wird (vgl. Lackinger, 2009, S. 266,268).

### 1.1.3.2 *Lerntheoretische Ansätze*

Dieser Abschnitt beschreibt die Ätiologie der Pädophilie aus lerntheoretischer Sicht. Dafür werden drei verschiedene Ansätze präsentiert. Zuerst wird die „Konditionierungstheorie“ erläutert (McGuire, Carlisle, & Young, 1964), dann die „Exotisch wird Erotisch“-Theorie nach Bem (1996) und abschließend der „Vom Opfer zum Täter“-Aspekt (Salter, et al., 2003).

Im Rahmen der Konditionierungstheorie wird davon ausgegangen, dass die pädophile Präferenz in Verbindung mit den klassischen und operanten Konditionierungsprozessen steht (vgl. Scherner, Amelung, Schuler, Grundmann, & Beier, 2018, S. 8). McGuire et. al. (1964) entwickelten die Theorie „sexuelle Devianz als konditioniertes Verhalten“. Es wird davon ausgegangen, dass die sexuelle Erregung vorerst eine unkonditionierte Reaktion ist. Wenn in der Kindheit, sexuelle Erfahrungen mit Gleichaltrigen gemacht werden, ist es zunächst ein neutraler Reiz. Wird der Reiz verstärkt (z. B. durch sexuelle Befriedigung), kann ein beständiges, sexuelles Interesse am kindlichen Körper entstehen. Der neutrale Reiz wird an die sexuelle Erregung gekoppelt. Das bedeutet, die Kinder werden darauf konditioniert, bei dem kindlichen Körperschema, sexuelle Erregung zu spüren. Es bleibt ungeklärt, warum bei einigen Menschen die pädophilen Fantasien nach der Pubertät weiterhin bestehen. Es gibt einige verstärkende Faktoren, welche die Konditionierung begünstigen können. Dazu zählen eigene Missbrauchserfahrungen, ein hohes Aggressionspotential und eine vernachlässigte Erziehung (vgl. Scherner, Amelung, Schuler, Grundmann, & Beier, 2018, S. 7).

Bem (1996) entwickelte die Theorie „Exotisch wird Erotisch“. Es wird davon ausgegangen, dass die sexuelle Präferenz von vorpubertärem Spielverhalten beeinflusst wird. Es wurde erfasst, dass Kinder sich ihren Neigungen nach entweder dem eigenen oder dem anderen Geschlecht des\*r Spielpartner(s)\*in verbunden fühlen. Wobei das andere Geschlecht als ‚exotisch‘ wahrgenommen wird. Diese Empfindung verursacht Gefühle wie

Angst oder Antipathie. Diese Gefühle sind mit einer höheren physiologischen Erregung verbunden. Die Erregung für das fremdartige Geschlecht wird durch den Einfluss von Hormonen sexualisiert und daraus entsteht die jeweilige sexuelle Orientierung. Infolgedessen entwickeln Kinder, die mit dem gleichen Geschlecht spielen, eine sexuelle Neigung zum anderen Geschlecht. Kinder, welche mit dem anderen Geschlecht spielen, entwickeln daher eine sexuelle Neigung zum gleichen Geschlecht.

In Forschungen konnte nachgewiesen werden, dass pädophile Männer in ihrer Kindheit problematische Beziehungen zu Gleichaltrigen hatten (vgl. Bundschuh, 2001). Die Dysfunktionalität der Peer-Beziehungen kann, durch eigene Traumatisierungen, einen verminderten Intelligenzquotienten und Missbrauchserfahrungen verstärkt werden (vgl. Banse, 2013). Diese Merkmale können mit dem pädophilen Interesse an Kindern in Verbindung gebracht werden. Es bleibt ungeklärt, warum manche pädophile Erwachsene nur durch Kinder (ausschließlicher Typus) und andere durch Kinder und Erwachsene (nicht-ausschließlicher Typus) sexuell erregt werden (vgl. Scherner, Amelung, Schuler, Grundmann, & Beier, 2018, S. 7f).

Die „Vom Opfer zum Täter“-Theorie ist in der wissenschaftlichen Debatte umstritten. In einigen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die eigene Erfahrung an sexuelle Gewalt bzw. Missbrauch, das Risiko Sexualstraftaten zu begehen, erhöht (vgl. Scherner, Amelung, Schuler, Grundmann, & Beier, 2018, S. 8). Salter et. al. (2003) führten eine Längsschnittstudie mit 224 Männern durch, die eigene Missbrauchserfahrungen in der Kindheit erlangten. Davon begingen 12% der Männer sexuelle Übergriffe, in den meisten Fällen an Kindern.

### *1.1.3.3 Neurobiologische Ansätze*

Die neurobiologischen Ansätze zur Entstehung von pädophilen Neigungen beziehen sich auf neuroanatomische und neurofunktionale Faktoren. Die Neurobiologie beschäftigt sich mit dem Bau des Nervensystems. Es werden Unterschiede von pädophilen Menschen, nicht-pädophilen Menschen und Sexualdelinquenten untersucht.

In publizierten, neuroanatomischen Berichten (vgl. Mohnke, et al., 2014) wurden Probanden erforscht, welche einen neuauftretenden, sexuellen Wunsch nach Kindern hatten. Mittels Magnetresonanztomographie-Scans (MRT) konnte aufgezeigt werden, dass Pädophilie und sexueller Missbrauch an frontozentrale, frontotemporale und orbitofrontale

Strukturen gebunden sind. Die veränderten Strukturen konnten nicht explizit mit übergriffigem Verhalten gegenüber Kindern erklärt werden (vgl. Mohnke, et al., 2014).

Der frontozentrale Bereich ist im Hirnstamm und zuständig für die Atmung und die Fortpflanzung. Der frontotemporale Bereich befindet sich in den Temporallappen. Das ist der Zuständigkeitsbereich für die auditorische Wahrnehmung und Analyse, das Langzeitgedächtnis und die kognitive-sprachliche Ebene. Der orbitofrontale Bereich ist für das emotionale und soziale Lernen (Liebe, Anerkennung, etc.) zuständig. Die Probanden wiesen zusätzliche Veränderungen auf. Die Veränderungen bezogen sich auf den sexuellen Verlust der Hemmung (Disinhibition), die Persönlichkeit, die Intelligenz und sie litten unter dem Krankheitsbild der Demenz (vgl. Mohnke, et al., 2014).

Die neuroanatomischen Befunde erklärten sexuelle Übergriffe, allerdings nicht die sexuelle Präferenz auf Kinder. In den bereits veröffentlichten Studien (Mohnke, et al., 2014) konnten jedoch Veränderungen in den frontotemporalen und orbitofrontalen Hirnrealen erfasst werden. Dabei konnten minimale Unterschiede zwischen übergriffigen pädophilen Probanden und nicht übergriffige Probanden ermittelt werden. Es zeigten sich Abweichungen der grauen Substanz im Gehirn. Die graue Substanz umfasst Teile des Zentralnervensystems (Groß- und Kleinhirn, Rückenmark und Hirnstamm). Bei pädophilen Nicht-Täter\*innen befand sich mehr graue Substanz. Durch die geringe Datenlagen werden noch keine Schlüsse der neuroanatomischen Faktoren gezogen (vgl. Scherner, Amelung, Schuler, Grundmann, & Beier, 2018, S. 8f).

Die neurofunktionalen Erkenntnisse sind in der Wissenschaft intensiver erforscht als die neuroanatomischen Faktoren. Die Datengrundlage wurde hauptsächlich von Sexualstraftäter\*innen erhoben. Es konnte ermittelt werden, dass sexueller Missbrauch an hirnfunktionelle Merkmale geknüpft ist. Die Probanden wiesen einige Auffälligkeiten auf. Sie verfügten über einen geminderten Intelligenzquotienten, waren häufig Linkshänder oder beidhändig veranlagt (Ambidextrie) und besaßen minimale Fehlbildungen, sowie Hinweise auf eine pränatale Entwicklungsstörung. Es ist nicht in jedem Fall möglich, zwischen der Präferenz ‚Pädophilie‘ und dem Verhalten ‚sexueller Missbrauch‘ zu unterscheiden. Des Weiteren wurden Einschränkungen hinsichtlich der Verhaltensregulierung sichtbar. Dabei zeigten die Probanden eine minimierte Impulskontrolle, eine geringere Konzentrationsfähigkeit und eine Einschränkung der verbalen Verarbeitung sowie des verbalen Gedächtnisses (vgl. Blanchard, Cantor, & Robichaud, 2008). In Studien (vgl. Tenbergen, et al., 2015) konnte nach gewiesen werden, dass diese Einschränkung

signifikant höher ist als bei nicht-pädophilen Sexualstraftätern. Die Differenzen zwischen pädophilen Sexualstraftätern und der Allgemeinbevölkerung sind gering. Bei einer pädophilen Präferenzstörung werden die Stimuli mit Kindern als sexuell verarbeitet. Dieser Aspekt wird bei diagnostischen Verfahren verwendet. Die Datengrundlage der neurofunktionalen Faktoren benötigt weitere Forschungen. Diese Forschung dient der objektiveren Diagnostik einer Pädophilie. In Zukunft könnte die Chance bestehen, mit MRT-Scans eine objektive Diagnose zu stellen (vgl. Scherner, Amelung, Schuler, Grundmann, & Beier, 2018, S. 9f).

#### 1.1.3.4 *Bio-psycho-sozialer-Ansatz*

Die bisherigen Ansätze lassen sich empirisch nicht explizit nachweisen. Somit konnte noch kein spezifisches ätiologisches Modell, zur Entstehung einer Pädophilie erstellt werden. Aufgrund dessen wird in der Behandlung und Diagnostik ein multidimensionaler Ansatz verwendet. Die Entstehung einer Pädophilie ist dementsprechend monokausal (vgl. Scherner, Amelung, Schuler, Grundmann, & Beier, 2018, S. 10f).

## 1.2 Cybergrooming

### 1.2.1 Sexuelle Annäherungen im Internet

Cyber-Grooming wird durch die Vorgehensweise charakterisiert, dass Vertrauen mit der Absicht auf sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen zu erlangen.<sup>4</sup> Dieser Prozess findet im Internet statt, z. B. auf Social Media Plattformen (Instagram, TikTok, etc.) oder in Online-Spielen (z.B. World of Warcraft). Während des Kontaktprozesses werden pornografische Schriften ausgetauscht und/oder verbaler Sex betrieben. Aufgrund der Anonymität im Internet besteht eine geringe Hemmschwelle sowohl bei den Täter\*innen als auch bei den Kinder und Jugendlichen. Die Intention hinter CG kann individuell sein. Manche Täter\*innen genießen die niedrige Hemmschwelle und fühlen sich wie in einem rechtsfreien Raum. Andere Motive könnten sein: Exhibitionismus, Offline-Treffen, eine reale Beziehung zu einem Kind oder Jugendlichen oder pornografische Schriften zu erhalten bzw. verbreiten (vgl. Weiler, 2011, S. 16ff).

Der Kontakt zwischen dem\*r Täter\*in und dem Kind oder Jugendlichen kann zufällig entstehen. CG wird nicht nur von Erwachsenen initiiert, sondern auch von Heranwachsenden. Es ist eine spezielle Variante von sexueller Gewalt im Internet. Mittels Anbahnungs- und Manipulationsstrategien sollen die Kinder und Jugendlichen zum sexuellen Missbrauch vorbereitet werden. Die Strategien müssen nicht bei jedem Kontaktversuch

angewandt werden. Manche Täter\*innen sind direkt und nehmen sofort sexuellen Kontakt zu den Kindern oder Jugendlichen auf, ohne Vertrauen aufzubauen (vgl. Wachs, 2014, S. 4f).

CG kann bei Kindern und Jugendlichen Traumatisierungen auslösen. Häufig täuschen Täter\*innen vor, so alt zu sein wie die Kinder und Jugendlichen. Auf diese Weise wollen sie an pornografische Schriften gelangen und/oder ein Offline-Treffen erhalten. Aufgrund einer Pädophilie oder Hebephilie verfolgen die Täter\*innen dabei eigene, sexuelle Interessen (vgl. Beier & Loewit, 2011, S. 150).

CG ist ein tageszeitunabhängiges Phänomen. Häufig sind die Täter\*innen zu den Zeiten online, in denen sich Kinder und Jugendlichen im Internet aufhalten. Im Internet können mehrere Opfer gleichzeitig kontaktiert werden. Deshalb bestehen häufig mehrere Kontakte. Zuerst wird getestet, wer empfänglich für die Strategien ist. Das sind meistens Kinder oder Jugendliche, die Bestätigung und Anerkennung suchen, weil sie es von ihrem sozialen Umfeld nicht erhalten. Der Kontakt kann bis zu mehreren Wochen erfolgen, ohne dass die Täter\*innen sexuelle Andeutungen tätigen. Häufig wird der Kommunikationsprozess auf andere Kommunikationsmedien (bspw. WhatsApp) verschoben. Dahingehend werden verschiedene Strategien genutzt (siehe Beispiel, S. 20) im Verlauf der Arbeit. Kindern oder Jugendlichen wird ein verständnisvoller Freund vorgetäuscht. Es wird auf die Sorgen und Nöte eingegangen, um Geheimnisse zu entlocken und ggf. gegen die Kinder und Jugendlichen zu verwenden. So wird vorgetäuscht ein\*e gute\*r Freund\*in zu sein. Damit wird die Identität der Täter\*innen verschleiert und Verständnis für ‚angeblich‘ gleiche Probleme vermittelt. Des Weiteren gibt es die „Model-Masche“. Es werden leere Versprechungen getätigt, um die Kinder zum Offline-Treffen zu verleiten. Die „hilfebedürftige Person“ soll Mitleid erregen und damit Sympathie anregen. Nachdem das Vertrauen aufgebaut wurde, wird direkt nach pornographischen Schriften gefragt. Die Täter\*innen fragen meistens direkt und äußern ihre eigenen sexuellen Fantasien (vgl. Weiler, 2011, S. 65ff).

### 1.2.2 Strafrechtlicher Aspekt

Cyber-Grooming ist strafbar und fällt in den Bereich des Sexualstrafrechts. Der § 176 Strafgesetzbuch (StGB) „Sexueller Mißbrauch von Kindern“ regelt im Abschnitt 4 Nummer 3 und 4 die rechtlichen Bestimmungen von CG. Daraufhin ist es verboten, mittels

Informations- und Kommunikationsmedien, Kinder und Jugendliche zu sexuellen Handlungen zu verleiten.

„(4) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer

1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt,
2. ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen vornimmt, soweit die Tat nicht nach Absatz 1 oder Absatz 2 mit Strafe bedroht ist,
3. auf ein Kind mittels eines Inhalts (§ 11 Absatz 3) einwirkt, um
  - a) das Kind zu sexuellen Handlungen zu bringen, die es an oder vor dem Täter oder einer dritten Person vornehmen oder von dem Täter oder einer dritten Person an sich vornehmen lassen soll, oder
  - b) eine Tat nach § 184b Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 184b Absatz 3 zu begehen, oder
4. auf ein Kind mittels eines pornographischen Inhalts (§ 11 Absatz 3) oder durch entsprechende Reden einwirkt“ (Strafgesetzbuch, 2021)

Am 26. Juni 2019 wurde der Gesetzestext zu CG geändert. Der Strafbestand vom Gesetz wurde erweitert, sodass der Versuch von CG bereits strafbar ist (Vorbereitungshandlungen). Das Gesetz tritt nicht in Kraft, wenn potenzielle Täter\*innen glauben mit einem Kind zu kommunizieren, obwohl in Wirklichkeit mit verdeckten Ermittler\*innen oder den Personensorgeberechtigten kommuniziert wird („Scheinkind“). Dementsprechend ist der Versuch von CG nicht strafbar. Zukünftig sollen die Scheinkind-Fälle rechtskräftig belangt werden (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2021).

### 1.3 Prävention

#### 1.3.1 Prävention aus medizinischer Sicht

Die Präventivmedizin dient der Vorbeugung von gesundheitlichen Schädigungen, unter anderem „Volkskrankheiten“. Damit soll das Gesundheitssystem entlastet werden. Im Rahmen der Präventivmedizin sollen gesundheitsbezogene Risikofaktoren (z.B. familiäre Lebensumstände oder genetische Faktoren) erkannt und individuelle Maßnahmen erarbeitet werden. Die Patient\*innen sind aufgefordert, im gesundheitsfördernden Prozess aktiv mitzuarbeiten (vgl. Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e. V., 2021).

Die Präventivmedizin wird in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterteilt. Innerhalb der drei Differenzierungen findet eine individuelle Gesundheitsrisiko-Analyse statt, um Risikofaktoren zu erkennen und zu minimieren. Die primären Maßnahmen sollen Krankheiten verhindern, bevor es zu einer Schädigung, einer Krankheit oder zu einem

rechtswidrigen Verhalten kommen kann. Die sekundären Maßnahmen orientierten sich auf Patient\*innen, welche wieder gesund werden wollen. Es soll ein schlimmer Krankheitsverlauf verhindert werden. Die tertiären Maßnahmen fokussieren sich auf eine bestehende Erkrankung. Es sollen Folgeerkrankungen, rechtswidriges Verhalten und Chronifizierungen vermieden werden (vgl. Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e. V., 2021).

### 1.3.2 Prävention aus sozialpädagogischer Sicht

Aufbauend auf der medizinischen Sicht wird an dieser Stelle der Arbeit der Begriff Prävention aus sozialpädagogischer Sicht erläutert. Prävention als Begriff bedeutet übersetzt „Zuvorkommen“. Mit Hilfe der Prävention sollen mögliche problematische, unerfreuliche oder ungerechte Entwicklungen bzw. Vorkommnisse vermieden werden. Es soll ein sensibler Blick auf zukünftige Ereignisse gelegt werden, um dahingehend zu intervenieren (Ziegler, 2006). Der Mediziner G. Caplen (1964) publizierte die Abhandlung „Principles of Preventive Psychiatry“. Die Abhandlung wird als Vorlage für die Begriffsdefinition genutzt. Es wird nach primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. Die primäre Prävention soll die Inzidenzrate einer schlechten Entwicklung minimieren. Die sekundäre Prävention dient der rechtzeitigen Erkennung und Behandlung des Ereignisses. Bei der tertiären Prävention ist das schlechte Ereignis bereits eingetreten. Dahingehend soll verhindert werden, dass sich das Problem chronifiziert und, dass Folgeschäden und Rückfälle entstehen. Die einzelnen Präventionsschritte können aufeinander bezogen werden (vgl. Ziegler, 2006, S. 146ff).

Die primäre Prävention soll ein konkretes Problem verhindern, bevor es entsteht. Anhand von statistischen Belegen kann bspw. eine potenzielle Risikogruppe vorhergesehen werden. Für die gefährdete Gruppe sollen Angebote oder Maßnahmen gestaltet werden, z.B. Aufklärungsangebote (vgl. Mennemann & Dummann, 2018, S. 224f).

Während der sekundären Prävention wird eine Diagnose über ein ‚Problemrisiko‘ erstellt. Daraufhin sollen individuelle Maßnahmen erarbeitet werden. Die Maßnahmen sollen das erkannte Problem verhindern und ggf. eine weitere Ausweitung stoppen (ebd.).

Im Rahmen der tertiären Prävention ist das Problem bereits eingetreten. Es sollen individuelle Maßnahmen oder Angebote erfolgen, um die Chronifizierung der Probleme verhindern (ebd.).

Demnach ist Prävention ein zeitlicher Ablauf von Eingriffen (Intervention). Es zielt darauf ab, unerwünschte Phänomene zu verhindern oder zu minimieren. Die Prävention fokussiert sich nicht direkt auf die Probleme, sondern auf die Wahrscheinlichkeit ihrer Entstehung. Prävention ist eine „risikokalkulatorische Antizipation“ von zukünftigen Entwicklungen, welche vermieden werden sollen (vgl. Ziegler, 2006, S. 147f).

## 2 Studien

### 2.1 Polizeiliche Kriminalstatistik 2019 und 2020

Im folgenden Abschnitt werden die Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik von 2019 und von 2020 zusammenfassend dargestellt. Die folgenden Zahlen richten sich nach den Paragrafen 176, 176a, 176b Strafgesetzbuch (StGB) „Sexueller Mißbrauch“, sowie dem Paragrafen 176 Abs. 4 Nr. 3 und 4 StGB „Einwirken auf Kinder“ (siehe S.12).

Die polizeiliche Kriminalstatistik bezieht sich auf die Kriminalitätsraten insgesamt. Dabei werden einzelne Deliktarten berücksichtigt. Anschließend sollen die Veränderungen der Kriminalitätsgruppen dokumentiert und der Umfang, sowie die Zusammensetzung der Tatverdächtigungskreise beobachtet werden. Infolgedessen werden Erkenntnisse gesammelt und der Kriminalität präventiv vorzubeugen. Die erlangten Feststellungen dienen der organisatorischen Planung, soziologischen und kriminologischen Forschung und sind Grundlage für kriminalpolitische Maßnahmen. Die PKS ist eine Ausgangsstatistik. Sie repräsentiert nur Kriminalfälle, welche bei der Polizei endbearbeitet und bekannt geworden sind (Hellfeld). Die PKS verweist auf Straftat(s)versuche und vom Zoll bearbeitete Rauschgiftdelikte. Die statistische Erfassung der Taten erfolgt erst bei der Übergabe an die Staatsanwaltschaft. Des Weiteren sind Delikte nicht enthalten, welche nicht in die Polizeizuständigkeit (z.B. Finanz- und Steuerdelikte) fallen. Die PKS macht Angaben über die Art und Anzahl der Straftaten, Tatort und -zeit, Opfer und Schäden, Aufklärungsergebnisse, sowie demographische und andere Eigenschaften über die Tatverdächtigen. Es werden jährliche Viktimisierungssurveys erstellt, um eine Relation zwischen dem Hell- und Dunkelfeld zu schaffen. Die Viktimisierungssurveys dienen der Dunkelfeldforschung. Die Bevölkerung wird anhand von Umfragen zu ihren Opfererfahrungen, Sicherheitsempfinden und ihrer Lebenssituation innerhalb von Deutschland befragt. (vgl. Bundeskriminalamt, 2021).

	PKS 2019		PKS 2020	
	§ 176, 176a und 176b StGB „Sexueller Mißbrauch“	§ 176 Abs. 4 Nr. 3 und 4 „Einwirken auf Kinder“	§ 176, 176a und 176b StGB „Sexueller Mißbrauch“	§ 176 Abs. 4 Nr. 3 und 4 „Einwirken auf Kinder“
Opfer insgesamt (versucht und vollendet)	15.701	3.667	16.686	4.393
Opfer männlich	3.823	826	4.500	1.138

Opfer weiblich	11.876	2.841	12.186	3.256
Täter*innen insgesamt	10.259	2.103	10.929	2.567
Täter männlich	9.632	1.948	10.334	2.405
Täterinnen weiblich	627	155	595	162
Täter*innen unter 21 Jahren	4.397	1.205	4.096	1.431
Täter*innen über 21 Jahren	10.041	898	6.833	1.136

*Tabelle 1: Erfasste Fälle und Täter\*innen nach § 176, 176a, 176b und §176 Abs. 4 Nr. 3 und 4 der polizeilichen Kriminalstatistik 2019 und 2020; Eigene Darstellung in Anlehnung an die PKS 2019/2020*

Die Tabelle 1 dient der Übersichtlichkeit und differenziert die Daten der PKS 2019 und 2020. Es werden die Zahlen von sexuellem Missbrauch an Kindern (§ 176, 176a und 176b) und dem Einwirken auf Kinder (§ 176 Abs. 4 Nr. 3 und 4) präsentiert. Die Opferanzahl wird hinsichtlich des Geschlechts differenziert. Die Tatverdächtigen werden ebenfalls nach Geschlecht und nach Alter differenziert.

Gemäß § 176, 176a und 176b konnten 2019 insgesamt 15.701 Opfer (versucht und vollendet) erfasst werden. Von der Opferanzahl sind 75,7% Mädchen und 24,3% Jungen betroffen (vgl. Opfer nach Alter und Geschlecht Altersklassen analog Tabelle 20, 2020). Insgesamt gab es 10.259 Tatverdächtige. Davon sind 93,9% (9.632) männliche Tatverdächtige und 6,1% (627) weibliche Tatverdächtige. Von den 10.259 Tatverdächtige sind 21,2% Jugendliche (zwischen 14 und 18 Jahre alt) und 60% Erwachsene (ab 21 Jahren) (vgl. PKS Jahrbuch 2019. Einzelne Straftaten /-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität, 2020) (vgl. Bundeskriminalamt, 2020).

Gemäß § 176 Abs. 4 Nr. 3 und 4 konnten 2019 insgesamt 3.667 Opfer verzeichnet werden. Von der Opferanzahl waren 2.841 weibliche Opfer und 826 männliche Opfer betroffen (vgl. Bundeskriminalamt, Opfer nach Alter und Geschlecht Altersklassen analog Tabelle 20, 2020). In dem Jahr wurde das Internet als Tatmittel 1.754-mal genutzt (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2019. Grundtabelle "Tatmittel Internet" V1.0, 2020). Es konnten insgesamt 2.103 Tatverdächtige dokumentiert werden. Von den Tatverdächtigen waren 1.948 männliche und 155 weibliche Personen. Bei den heranwachsenden Tatverdächtigen wurden 1115 männliche und 90 weibliche Personen erfasst. Von den Erwachsenen Tatverdächtigen waren 833 männliche und 65 weibliche Personen (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2019. Grundtabelle V1.0, 2020).

Die Fälle von sexuellem Missbrauch an Kindern sind von 2019 zu 2020 um +7% gestiegen (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Ausgewählte Zahlen im Überblick, 2021). Unter dem § 176, 176a und 176b StGB konnten insgesamt 16.686 versuchte und vollendete Opfer erfasst werden. Dabei war es 4.500 männliche Opfer und 12.186 weibliche Opfer (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Opfer nach Alter und Geschlecht V1.0, 2021). Es wurden 10.929 Tatverdächtige verzeichnet. Von der Gesamtanzahl der Tatverdächtigen waren 10.334 Täter und 595 Täterinnen. In 4.096 der Fällen waren Jugendliche die Tatverdächtigen und 6.833 Erwachsene Täter\*innen (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Tatverdächtige nach Alter und Geschlecht V1.0, 2021).

Im Rahmen des § 176 Abs. 4 Nr. 3 und 4 wurden 4.394 Opfer erfasst, darunter 1.138 Jungen und 3.256 Mädchen (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Opfer nach Alter und Geschlecht V1.0, 2021). Innerhalb der Tatverdächtigen wurden 1.431 männlich und 104 weiblich unter 21 Jahren erfasst. Es gab 1.136 erwachsene Tatverdächtige (davon 55 weiblich Personen). Dementsprechend gab es insgesamt 2.567 Tatverdächtige, davon waren 2.405 männliche Personen und 162 weibliche Personen (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Tatverdächtige nach Alter und Geschlecht V1.0, 2021).

Zusammenfassend sind die Zahlen der Opfer und Tatverdächtigen im Jahr 2020 zum Vorjahr 2019 angestiegen. Es konnte ein Anstieg von +6,9% verzeichnet werden. Täterinnen sind in der Statistik unterrepräsentiert. Es sind fast ausschließlich Männer als Tatverdächtige erfasst worden. In Bezug auf den § 176, 176a und 176b StGB „Sexueller Mißbrauch“ ist die Zahl der Täterinnen minimal gesunken. Dafür den § 176 Abs. 4 Nr. 3 und 4 „Einwirken auf Kinder“ betreffend, geringfügig gestiegen. Es besteht die Annahme, dass Täterinnen das Internet vermehrt als Tatort oder -mittel verwenden und dadurch nicht in der Statistik erfasst werden (Dunkelfeld). Des Weiteren sind weibliche Opfer mit ca. 75% überrepräsentiert, im Gegensatz zu den männlichen Opfern. Es könnte davon ausgegangen werden, dass Jungen im Hellfeld deutlich unterrepräsentiert sind (im Gegensatz zum Dunkelfeld). In Bezug auf § 176 Abs 4 Nr. 3 und 4 sind die Zahlen ebenfalls gestiegen. Es ist hervorzuheben, dass die Anzahl der heranwachsenden Tatverdächtige höher als erwachsenen Täter\*innen. Das deckt sich mit aktuellen Studien, in denen die Täter\*innen häufig männlich und jung sind (Pressestelle Universität Regensburg, 2021). Zusätzlich fällt auf, dass die Zahl der Tatverdächtigen über 21 Jahren unter dem § 176, 176a und 176b um mehr als 3.000 Fälle gesunken ist. Es besteht die Möglichkeit, dass die Covid-19 Pandemie die Zahlen beeinflusst. Aufgrund dessen haben Fremdtäter\*innen

oder Täter\*innen aus dem fernerem sozialen Umfeld (z.B. aus pädagogische Einrichtungen) seltener die Möglichkeit, Kinder zu missbrauchen. Es ist zu vermuten, dass der Missbrauch im näheren sozialen Umfeld (z.B. zu Hause) ansteigen könnte und durch die Ausgangsbeschränkungen nicht auffällt. Dementsprechend ist zu vermuten, dass die Zahl der Täter nicht gesunken, sondern im Dunkelfeld zu verzeichnen ist.

## 2.2 Das „MiKADO“ Projekt

Das Forschungsprojekt „MiKADO“ fasste insgesamt 13 Studien in Deutschland und Finnland zusammen. Der folgende Abschnitt befasst sich einerseits mit den Erkenntnissen der Studie „Sexualisierte Gewalt in den digitalen Medien“ und andererseits mit den allgemeinen Erkenntnissen des gesamten Forschungsprojektes „MiKADO“. Es wird sich hauptsächlich mit den Ergebnissen auseinandergesetzt, welche im Bezug zu Cybergrooming stehen.

Das Wort „MiKADO“ ist ein Akronym und bedeutet „Missbrauch von Kindern, Ätiologie, Dunkelfeld, Opfer“. Das internationale und interdisziplinäre Projekt bestand aus deutschen und finnischen Forscher\*innen. Das gesamte Projekt lief von September 2010 bis September 2014. Ziel dieses Forschungsprojektes war es, herauszufinden, welche Risiken, Folgen und Ursachen an Kindern bestehen, welche von sexueller Gewalt betroffen sind. Des Weiteren wurden die Häufigkeit und die Bedingungen von sexueller Gewalt in Bezug auf die digitalen Medien untersucht. Mit den Ergebnissen wurden Empfehlungen für spezifische Präventionsmaßnahmen erarbeitet. Die Erkenntnisse und Ergebnisse konnten aus 13 Studien extrahiert werden und bestehen aus drei Forschungsbereichen. (1) Die Häufigkeit von sexualisierte Gewalt in Deutschland. (2) Die bio-psycho-sozialen Bedingungen, welche sexualisierte Gewalt begünstigen. (3) Welche konkreten Formen von sexualisierter Gewalt in den neuen digitalen Medien auftreten (vgl. Pressestelle Universität Regensburg, 2021).

Die Daten der vorliegenden Studie „Sexualisierte Gewalt in den digitalen Medien“ wurden mittels drei Onlinebefragungen erhoben. Die Datenerhebung fand April – Juni 2013 und März – Mai 2014 statt. Es wurden 38.404 junge Erwachsene (18-30 Jahre) und 17.107 Heranwachsende (13-17 Jahre) per E-Mail über Marktforschungsinstitute aufgefordert, an einer Onlinebefragung teilzunehmen. Eine Teilnahme der Minderjährigen konnte nur mit Erlaubnis der Personensorgeberechtigten erfolgen. An der ersten Onlinebefragung nahmen 2.238 Heranwachsende teil. Sie wurden über ihre Erfahrungen mit sexuellen Grenzverletzungen, einschließlich digitaler Medien, befragt. Während der zweiten

Onlinebefragung nahmen 7.909 junge Erwachsene teil. Sie wurden über ihre Erfahrungen mit sexuellen Grenzverletzungen in ihrer Kindheit befragt. An der dritten Onlinebefragung beteiligten sich 2.234 Internetnutzer\*innen zwischen 18 und 80 Jahren. Sie wurden zu sexuellem, sozialem und grenzverletzendem Verhalten in digitalen Medien befragt. Die Fragestellungen konnten vier Schwerpunkten zugeordnet werden (vgl. Neutze, Schuhmann, Petry, Osterheider, & Sklenarova, 2018).

Der erste Themenbereich befasste sich mit der Konfrontation von Onlinepornografie. Die zweite Kategorie untersuchte die sexuellen Onlineannäherungen. Im dritten Bereich wurde das Offlinetreffen nach einer sexueller Onlineannäherung untersucht. Im vierten Themenschwerpunkt wurden die Zusammenhänge zwischen sexuellen und nicht-sexuellen Onlineerfahrungen sowie Offlineerfahrungen und dem Internetnutzungsverhalten erforscht. Die Daten wurden nach Alter und Geschlecht differenziert (vgl. Neutze, Schuhmann, Petry, Osterheider, & Sklenarova, 2018).

28,7% der Heranwachsenden berichteten von mindestens einer sexuellen Onlineannäherung. Dabei waren die Kontaktpersonen in 48% der Fälle bekannt. Zu Unbekannten hatten die Heranwachsenden in 33% der Fälle Kontakt und in 19% der Fälle waren die Kontakte sowohl bekannt als auch unbekannt. Bei der Onlineannäherungen kam es hauptsächlich zu Gesprächen über sexuelle Themen (86%), zu Cybersex (21,6%) und zum Verschicken (21,6%) oder Erhalten (29,3%) von erotischen bzw. Nacktdarstellungen (vgl. Neutze, Schuhmann, Petry, Osterheider, & Sklenarova, 2018).

Die Gesamtstichprobe der Heranwachsenden ergab, dass 98,8% mindestens eine unerwünschte Erfahrung mit sexuellen Onlineannäherungen hatten. In 45,9% der Fälle wurden die Heranwachsenden von Gleichaltrigen kontaktiert. Von 37,9% wurden die Heranwachsenden sowohl von Erwachsenen als auch von Heranwachsenden kontaktiert. Erwachsene kontaktierten Heranwachsende zu 17% und Kinder (unter 14 Jahren) zu 6%. Mädchen gaben an mehr von männlichen Personen kontaktiert zu werden als von weiblichen Personen. Im Gegensatz zu Jungen, die in 42,5% der Fälle von weiblichen Personen kontaktiert wurden. In 37,9% der Fälle von männlichen Personen und bei 19,6% von beiden Geschlechtern. Die Heranwachsenden gaben an, dass 15% der Offlinetreffen mit einem\*r Unbekannten stattfand (vgl. Neutze, Schuhmann, Petry, Osterheider, & Sklenarova, 2018).

35% der Befragten Internetnutzer\*innen, die sich Kindern und Jugendlichen online sexuell näherten, nutzten Täuschungsstrategien (siehe A1: Vorgehensweise Erwachsener bei sexueller Onlineannäherung an Kinder und Jugendlicher). Um Kinder und Jugendliche strategisch zu manipulieren wurden beispielweise finanzielle Anreize und Geschenke (33,6%) genutzt. Des Weiteren aktivierten die Internetnutzer\*innen Scham- und Schuldgefühle (ca. 33%) der Kinder und Jugendlichen. Es wurde ein Bezug auf die emotionalen Befindlichkeiten genommen (2,6%) oder Druckmittel verwendet (ca. 1%) wie z.B. die Geheimhaltung oder versandt von (erotischer) Nacktdarstellungen an anderen Bekannte. Dabei konnte ein erheblicher Anteil von ca. 47% an Frauen und Mädchen als Täterinnen erkannt werden. Jeder zehnte Jugendliche brach den Kontakt nach einer unerwarteten Erfahrung ab. Bei fast 25% der Jugendlichen kam es zu einem Offlinetreffen. Davon hatten 10,5% der Jugendlichen sexuellen Kontakt mit der Person (vgl. Neutze, Schuhmann, Petry, Osterheider, & Sklenarova, 2018).

Neutze und Osterheider (2015) fassten einige Erkenntnisse und Ergebnisse des internationalen und interdisziplinären Forschungsprojektes „MiKADO“ zusammen. Innerhalb der Zusammenfassung nutzten die Autor\*innen, Erkenntnisse aus zwölf der dreizehn Studien.

Die Prävalenz von Menschen, die sexuelle Fantasien mit Kindern haben, kann auf 4,4% der Bevölkerung geschätzt werden. Unter 1% der Personen erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Pädophilie. Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass sexuelle Fantasien mit Kindern nicht zwangsläufig in einem sexuellen Missbrauch enden. 44% der Sexualstraftäter\*innen missbrauchen aus anderen Motiven (bspw. Macht oder Ersatzobjekt). Es wurde erforscht, welche Charakteristika Männer aufweisen, die ein sexuelles Interesse an Kinder haben. Die Männer weisen antisoziale Merkmale auf, haben häufig eine minimale Beziehungsspanne, sind jung und haben einen starken sexuellen Trieb. Die Mehrheit der Männer empfindet kein Leiden gegenüber dem sexuelle Verlangen nach Kindern (vgl. Neutze & Osterheider, 2015).

Onlinekontakte gab es überwiegend zu unbekanntem Jugendlichen. Dabei fand zu 3% ein Offlinetreffen statt. Während dieser Treffen kam es bei 2% zu einem sexuellen Kontakt. Des Weiteren konnte herausgefunden werden, dass es sowohl bei den sexuellen Onlinekontakten als auch bei den nicht sexuellen Onlinekontakten, in 33,3% der Fälle zu einer sexuellen Begegnung kam. Jungen und Mädchen wurden in diesem Kontext gleichhäufig kontaktiert. Die erwachsenen Cybergoomer wiesen einige charakteristischen

Merkmale auf. Die Erwachsenen besaßen häufig ein hohes Bildungsniveau, waren jung und männlich. Frauen hatten zu 25% über digitale Medien Kontakt zu Minderjährigen. Die Personen, welche ein pädophiles Interesse an Kindern oder Jugendlichen hatten, hielten deutlich mehr Onlinekontakte (59% zu Jugendlichen und 79% zu Kindern). Hinzu kam, dass mehr Jungen kontaktiert wurden und es häufiger zu sexuellem Kontakt, während der Offlinetreffen kam. Täuschungsstrategien wurden in 33% der Fälle genutzt. Dabei gaben sich die Täter\*innen häufig jünger aus. Die Geheimhaltung wurde als Druckmittel verwendet, was auf ein Problembewusstsein der Täter\*innen hindeuten kann (vgl. Neutze & Osterheider, 2015).

Zusammenfassend kann dokumentiert werden, dass Personen, welche sich Kindern oder Jugendlichen online sexuell nähern (Cybergoomer), spezifische Strategien nutzten. Am häufigsten werden Täuschungsstrategien genutzt. Eventuell, weil es sich als bewährte Taktik für die Täter\*innen herausgestellt hat, da Kinder und Jugendliche Gleichaltrigen mehr Vertrauen gegenüber bringen. Es ist hervorzuheben, dass jeder zehnte Jugendliche, nachdem es einen unerwarteten sexuellen Kontaktversuch gab, die Kommunikation abbrach. Das neun von zehn Heranwachsende den Kontakt aufrecht hielten, könnte mit der pubertären Entwicklung zusammenhängen. Die Jugendlichen könnten aus Interesse und Neugier die Unterhaltung fortgeführt haben. Mit 47% ist der Anteil von Frauen und Mädchen als Täterinnen im Gegensatz zum Hellfeld deutlich höher. Das könnte einerseits damit zusammenhängen, dass Frauen als Täterinnen in der Gesellschaft kaum betrachtet werden und, es deshalb zu einer hohen Differenz zwischen Hell- und Dunkelfeld kommt. Des Weiteren wird ersichtlich, dass Jugendliche häufiger von Gleichaltrige, als von Erwachsenen kontaktiert werden. Damit stellt sich heraus, dass die Jugendlichen untereinander eine Gefahr darstellen.

### 3 Präventionsmöglichkeiten

#### 3.1 Das »Präventionsprojekt Dunkelfeld « (PPD)

##### 3.1.1 Hintergrund

Das „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ (PPD) wurde im Juni 2004 vom Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, des Universitätsklinikums Charité Berlin, etabliert. Das Therapieangebot ist für Menschen entwickelt worden, welche sich sexuell zu vor- und pubertären Kindern hingezogen fühlen (Pädophilie/Hebephilie). Dabei ist die Behandlung an justizbekannte Täter\*innen und (potenzielle) Dunkelfeld – Täter\*innen gerichtet (vgl. Wagner, 2011). In Deutschland gibt es zum aktuelle Zeitpunkt dreizehn Therapiestandorte und eine Onlineselbsthilfe. In fast allen Bundesländern ist eine Anlaufstelle vorhanden, außer in Brandenburg, Bremen, Thüringen und im Saarland. Das PPD wird aktuell vom Bundesjustizministerium, von der Kinderschutzstiftung „Hänsel und Gretel“ und vom GVK-Spitzenverband Bund der Krankenkassen gefördert (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité, 2021).

Das Therapieangebot kann freiwillig, anonym und kostenlos in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass die Teilnehmenden eine sexuelle Präferenz zu Kindern besitzen oder Leiden gegenüber ihren sexuellen Fantasien empfinden. In der Therapie soll erarbeitet werden, dass die Teilnehmenden ihre sexuelle Präferenz anerkennen und in ihr Selbstbild integrieren. Die Teilnehmenden werden dazu befähigt, ihre sexuellen Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen und zu bewerten. Dazu gehört es, fremdgefährdete Situationen zu identifizieren und zu bewältigen. Die Teilnehmenden sollen Strategien entwickeln, um einen sexuellen Übergriff zu verhindern. Diese Ziele werden anhand eines strukturellen Therapieplans erarbeitet. Der Therapieplan wird den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmenden stetig angepasst und weiterentwickelt. Das PPD erarbeitet und integriert psychotherapeutische, sexualwissenschaftliche, medizinische und psychologische Konzepte. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eine medikamentöse Behandlung in Anspruch zu nehmen. Seit 2004 haben sich ca. 11.000 Personen an das Präventionsprojekt gewendet. Die Kontaktaufnahme findet anonym per Telefon oder E-Mail statt (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité, 2021).

Die Teilnahme an dem Projekt ist an Rahmenbedingungen geknüpft. Die Therapie findet vorrangig in Gruppensitzungen statt. In Zusammenarbeit mit den Angehörigen, haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, auch Einzelsitzungen wahrzunehmen. Die Gruppentherapie findet wöchentlich statt und die Einzelsitzungen sind alle ein bis zwei Wochen. Die Therapie findet nur ambulant statt. Die Gruppenstärken bestehen aus mindestens fünf Teilnehmenden bis maximal zehn Teilnehmenden (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité, 2021).

Um an dem Projekt teilnehmen zu können, müssen bestimmte Teilnahmevoraussetzungen gegeben sein. Die Beteiligung muss eigenmotiviert sein und ohne juristische Auflagen erfolgen. Des Weiteren sollen die Teilnehmenden relevante Probleme einbringen, regelmäßig mitarbeiten und offen gegenüber den Themeninhalten und der Gruppe sein. Während der Therapie dürfen keine missbrauchsabbildenden Inhalte (z.B. Bilder oder Filme) konsumiert werden und keine sexuellen Übergriffe auf Kinder stattfinden. Teilnahmeberechtigt sind Personen, die (noch) nicht straffällig oder übergriffig geworden sind, allerdings die Angst besitzen, zukünftige Straftaten dahingehend zu begehen (potenzielle Täter\*innen) oder den Strafverfolgungsbehörden (noch) nicht bekannt sind (Dunkelfeld Täter\*innen). Die Teilnehmenden müssen mindestens 18 Jahre alt sein und über gute Deutschkenntnisse verfügen. Falls es dazu kommt, dass nicht alle Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind, werden die Interessierten zu andere Therapieeinrichtungen vermittelt (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité, 2021).

Die Mitarbeiter\*innen und Therapeut\*innen verfolgen fünf Qualitätsstandards. (1) Das primäre Ziel ist es, sexuelle Übergriffe sowie den Konsum von Missbrauchsabbildungen zu verhindern. Den Teilnehmenden wird keine Heilung in Bezug auf ihre sexuelle Präferenz in Aussicht gestellt. Die Therapeut\*innen nehmen keine moralischen Bewertungen vor und äußern eine klare Position gegenüber sexuellem Missbrauch an Kindern. (2) Das PPD untersteht der Schweigepflicht und der Anonymität. Dabei wird garantiert, dass die Behandlung unter der gesetzlichen Schweigepflicht verläuft. Alle Daten, welche innerhalb der therapeutischen Behandlung gesammelt werden, sind anonymisiert gespeichert und werden zu Forschungszwecken und Qualitätssicherungen ausgewertet. (3) Das PPD garantiert an allen Standorten eine einheitliche Basisdiagnostik. Um eine zuverlässige Optimierung der Präventionsarbeit zu garantieren, finden fortlaufende Therapieevaluationen statt. Es erfolgen wissenschaftliche Begleitforschungen und Prüfungen der Ein- und

Ausschlusskriterien. (4) Innerhalb des therapeutischen Vorgehens werden psychotherapeutische, medizinische, sexualwissenschaftliche und psychologische Ansätze integriert und eine (mögliche) medikamentöse Behandlung bereit gestellt. Die Therapeut\*innen und die Teilnehmenden erarbeiten gemeinsam Therapieziele. Die formulierten Ziele dienen dem Vorsatz, den Konsum von Missbrauchsabbildungen und sexuelle Übergriffe zu verhindern. Die Ziele werden in wöchentlichen Gruppensitzungen oder Einzelsitzungen gemeinsam erarbeitet. Der strukturierte Therapieplan erfolgt in Absprache mit den Teilnehmenden und berücksichtigt die individuellen Bedürfnisse, dementsprechend besteht die Möglichkeit den\*die Partner\*in mit einzubeziehen. (5) Die Therapeut\*innen benötigen psychotherapeutische und sexualmedizinische Qualifikationen. Es werden sexualwissenschaftliche Weiter-, Fort- und Ausbildungen gefordert. Die Therapeut\*innen müssen Fähigkeiten und Kenntnisse, über therapeutische und diagnostische Verfahren von sexuellen Störungen und sexuellen Präferenzstörungen, vorweisen (vgl. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité, 2021).

### 3.1.2 Therapie

#### 3.1.2.1 *Vor der Therapie*

Die Aufnahme und Diagnostik findet nach einem bestimmten Ablauf statt. Das therapeutische Vorgehen erfolgt diagnostisch und besteht aus diversen methodischen Ansätzen. Zuerst müssen die Teilnehmenden, im Rahmen eines Fragebogens, an einem klinischen Interview teilnehmen. Danach findet eine Risikoprognose und eine Psychoedukation statt. Die Psychoedukation dient als Vorbereitung für die Therapie. Auf dieser Grundlage erfolgen die Gruppen- oder Einzelsitzungen. Abschließend findet eine Nachsorge statt. Anhand von Fragebögen wird erfasst, wie sich das sexuelle Erleben bzw. Verhalten und die Risiko- und Schutzfaktoren im Laufe der Behandlung verändern. Zur abschließenden klinischen Beurteilung und Risikoprognose werden regelmäßige Selbstberichtsverfahren angewendet. Datenerhebungen begleiten den diagnostischen und therapeutischen Prozess (vgl. Grundmann, Konrad, & Scherner, 2015, S. 165).

Das klinische Interview dient der Erfassung der Sexualpräferenzstruktur, der Risikoprognose und der Anamnese. Folgende Themen sind für die Anamnese relevant: (1) der aktuelle Anlass, (2) die Sozialanamnese, (3) die Sexualanamnese, (4) die juristische Anamnese, (5) die psychiatrische Anamnese, (6) die somatischen Vorerkrankungen und Medikation, (7) die Fremdbeurteilung, (8) die Behandlungs- und Veränderungsmotive und (9) die Therapieprognose (vgl. Grundmann, Konrad, & Scherner, 2015, S. 166).

Der Themenkomplex CG ist im Fragebogen ebenfalls enthalten und wird in der Kategorie „(sexuelles) Internetverhalten“ erfasst. Die Therapeut\*innen haben regelmäßige klinische Fallbesprechungen. Während der letzten Besprechung wird entschieden, ob die Teilnehmenden aufgenommen werden. Nach Abschluss des klinischen Interviews, findet eine klinische Fremdbeurteilung der Therapeut\*innen statt. Es werden die Risiko- und Schutzfaktoren eingeschätzt, sowie eine erste Behandlungsplanung und Therapieprognose erstellt. Diese beinhaltet die Intensität, Dringlichkeit, sowie Darreichungsform der therapeutischen Intervention im PPD. Die therapeutische Einschätzung beinhaltet das individuelle Risikoprofil, die kriminogenen Bedürfnisse und die kognitiven Voraussetzungen. Dabei werden die Behandlungs- und Veränderungsmotivation berücksichtigt (vgl. Grundmann, Konrad, & Scherner, 2015, S. 158ff).

Nach Abschluss der Diagnose und der Aufnahme wird den Teilnehmenden ein Therapieplatz angeboten. Wenn die Teilnehmenden das Therapieangebot annehmen, werden sie quartalsweise in einer Psychoedukationsgruppe eingeladen. Die Sitzungen der Psychoedukation finden vor der Therapie statt. Nach der Zusage finden verpflichtende (halboffene) Sitzungen statt. Die Sitzungen erfolgen wöchentlich (vier bis fünf aufeinanderfolgende Wochen) und in Blöcke von zwei Mal 50 Minuten. Die Gruppen werden anhand der Risikoprofilen heterogen konstruiert. Die Versammlungen der Psychoedukation sind thematisch kategorisiert. In der ersten Sitzung werden die organisatorischen Informationen der Behandlung besprochen. Während der zweiten Sitzung wird über das Thema Sexualität gesprochen. Dementsprechend werden Themen wie Lust, Beziehung und Fortpflanzung besprochen, um ein erstes Verständnis für die Sexualpräferenz zu entwickeln. Während der dritten Sitzung geht es um die Dissexualität. Dabei werden von den Teilnehmenden erlebte Situationen von dysfunktionalem sexuellem Verhalten zusammengetragen und differenziert betrachtet. Der Fokus liegt auf dem Umstand, wie problematisch die Situationen waren und welche rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. §176 oder §184 StGB „Verbreitung pornographischer Inhalte“) überschritten wurden. Die vierte Sitzung thematisiert die Risiko- und Schutzfaktoren. Dabei sollen die Teilnehmenden ermitteln, welche Faktoren zur Entstehung bzw. Aufrechterhaltung ihres dissexuellen Verhaltens geführt haben könnten. Abschließend werden die Erkenntnisse gemeinsam zusammengetragen. Innerhalb der fünften Sitzung werden die medikamentösen Therapieoptionen besprochen. Die Therapeut\*innen erklären die Vor- und Nachteile der Medikation und informieren ausführlich über die Medikationsvarianten (vgl. Grundmann, Konrad, & Scherner, 2015, S. 163f).

Zwischen der Psychoedukation und dem Therapiebeginn findet eine erste individuelle Evaluation statt. Innerhalb des Gespräches werden erste Zielvereinbarungen getroffen und es wird das weitere Vorgehen besprochen. Es besteht die Möglichkeit bereits die Therapievereinbarung zu unterzeichnen (vgl. Grundmann, Konrad, & Scherner, 2015, S. 164).

### 3.1.2.2 *Während der Therapie*

Das Therapieprogramm des PPDs integriert verschiedene wissenschaftlich-fundierte Ansätze miteinander. (1) Der „Relapse-Prevention“-Ansatz soll dazu dienen, dass die Teilnehmenden die Fähigkeit erlernen sich selbständig zu regulieren. Damit sollen Rückfälle vermieden werden. (2) Der „Good-Live“-Ansatz wird verfolgt, damit die Teilnehmenden lernen, mit ihrer sexuellen Präferenz, ein individuell glückliches Leben zu führen. (3) Des Weiteren wird mit dem „Risk-Need-Responsivity“-Ansatz gearbeitet. Dabei steht das „Risk“ für intensive Betreuung. Es soll geklärt werden, ob eine intensive Betreuung nötig ist. „Need“ steht für die Klärung von Probleme innerhalb der Behandlung. Im „Responsivity“-Teil wird geklärt, wie die erfolgversprechendste Behandlung für den Teilnehmenden aussieht. (4) Unter anderem wird mit der „kognitiv“-Therapie gearbeitet. Dabei sollen die Denk- und Verhaltensmuster modifiziert werden, so dass eine Verhaltensänderung erfolgt. (5) Im Rahmen der „behaviorale“-Therapie wird, anhand von Konditionierungsprozessen, das bestehende Verhalten verändert. (6) Des Weiteren besteht die Möglichkeit eine ‚Bio-medizinische‘-Behandlung zu nutzen. Die Behandlung mit selektiven Wiederaufnahmehemmern (SSRI), Androgenrezeptorblockern (Antiandrogen Therapie) und anderen Medikamenten wird in der Praxis nur im Zusammenhang mit anderen Therapieansätzen verfolgt. Die Medikation dient der Impulskontrolle (vgl. Scherner, Konrad, & Grundmann, 2015, S. 165f).

Im Rahmen des PPDs wurde das integrative Modell „BEDIT - Berliner Dissexualität-Therapie“ entwickelt. Das ist ein multidimensionaler (bio-psycho-sozial) Therapieansatz. Dabei werden verschiedene Ansätze miteinander kombiniert. Das ‚Bio‘ steht für die pharmakologische Behandlung. Der ‚Psycho‘-Ansatz bedeutet, die Kombination aus der kognitiv- und behavioralen Intervention. Der ‚soziale‘-Anteil ist die Auseinandersetzung und Anerkennung der eigene sexuellen Präferenz (vgl. Scherner, Konrad, & Grundmann, 2015, S. 166).

In der Tabelle sind die Behandlungsziele des BEDIT - Programmes beschrieben (siehe Anhang: A2: Ziele und Maßnahmen des BEDIT-Programmes). Das BEDIT differenziert sich in sechs Zielsetzungen. Es wird beschrieben, welche Aspekte therapeutisch bearbeitet werden müssen, um die Ziele zu erfüllen. Die Ziele und thematischen Inhalte, dienen dem präventiven Opferschutz und sollen sexuelle Missbrauch und den Konsum von Missbrauchsabbildungen verhindern.

Das BEDIT ist in zwölf Module unterteilt und findet ursprünglich in einem geschlossenen Gruppendesign statt. Die Teilnehmenden beginnen und beenden gemeinsam das Programm. Die Gruppentherapie dauert dabei ungefähr zwölf Monate. Während der Sitzungen sind immer zwei Therapeut\*innen anwesend. Derzeit verfügen einige Standorte über halboffene Therapiegruppen, diese bieten den Teilnehmenden einen flexiblen Therapiebeginn und -abschluss. Die Teilnehmenden verfügen über verschiedene Stadien der Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Präferenz. Die halboffenen Gruppen haben den Vorteil, dass ein Gruppeneinstieg jederzeit möglich ist und Wartezeiten auf einen Therapieplatz verkürzt werden können. Des Weiteren können die Teilnehmenden voneinander profitieren. Die neu Einsteiger\*innen haben die Chance, Vorbilder zu finden und die älteren Mitglieder\*innen können ihre Fortschritte reflektieren. Ebenso können einige Inhalte der Module wiederholt und somit verstärkt werden. Für die Therapeut\*innen besteht die Herausforderung, die individuellen Bedürfnisse der Gruppenmitglieder\*innen zu berücksichtigen. Daher kann es vorkommen, dass nicht alle Bedürfnisse in einer Sitzung Beachtung finden können. Ebenso müssen die Therapeut\*innen die einzelnen Fortschritte der Gruppenmitgliedern erkennen und dokumentieren (vgl. Scherner, Konrad, & Grundmann, 2015, S. 169f).

Am Anfang und am Ende der Sitzungen haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, im Rahmen eines „Blitzlichtes“, ihre Bedürfnisse/Probleme zu artikulieren. Die persönlichen Themen der Teilnehmenden werden in die Sitzungen integriert. Durch offene Fragen sollen die Therapeut\*innen einzelne Bereiche, wie Wahrnehmung und Interpretation der Situationen aufschlüsseln. Es soll erreicht werden, dass die Teilnehmenden ihre kognitive Aufnahme und Interpretation kritisch hinterfragen. Im Rahmen der Verhaltensanalyse kann herausgefunden werden, ob es kognitive Verzerrungen gibt. Infolgedessen können alternative Perspektiven bzw. Handlungsoptionen entwickelt werden (vgl. Scherner, Konrad, & Grundmann, 2015, S. 172).

Nach Abschluss der Therapie (ca. 50 Sitzungen) findet eine Evaluation statt. Diese erfolgt individuell durch den Bezugstherapeuten\*in. Im Falle der Weiterführung einer Therapie wird ein neuer Plan erstellt, in dem neue Zielformulierungen integriert sind. An dem Nachsorgeprogramm kann freiwillig teilgenommen werden. Es dient zur Stabilisierung und Konsolidierung der Therapieziele. Die Nachsorge findet ebenfalls in Gruppen statt und wird von einem\*r Therapeuten\*in geleitet (vgl. Scherner, Konrad, & Grundmann, 2015, S. 173).

### 3.1.2.3 *Die medikamentöse Therapie*

Im Rahmen der medikamentösen Behandlung wird in drei Kategorien unterschieden. (1) Die androgene Therapie dient der Steuerung des Hormons Testosteron. Damit wird das sexuelle Verlangen reduziert. (2) Die selektiven Wiederaufnahmehemmer (SSRI) verändern das innere Erleben und die Gefühlszustände. Die Erhöhung des Botenstoffes Serotonin beeinflusst die sexuelle Erregbarkeit. In der Psychotherapie wird die SSRI-Therapie gegen Depression oder Angstzustände verwendet. (3) Innerhalb der dritten Kategorie wird, mit Hilfe von Medikamenten, das dopaminerge Belohnungssystem beeinflusst. Damit kann zwanghaftes Verhalten kontrolliert werden. Die Anwendung einer medikamentösen Behandlung erzielt einige positive sowie negative Wirkungen. Dabei können sich die Patient\*innen auf andere Themen fokussieren und erleben die sexuelle Präferenz nicht als Einschränkung ihres Alltags. Durch die befreite Haltung im Alltag, kann die persönliche Autonomie gefördert werden. Die eigene Sexualität wird nicht mehr als schadhaft erlebt. Ebenso können die sexuellen Fantasien minimiert werden. Dahingehend ist das Risiko, eine Straftat zu begehen, ebenfalls reduziert. Des Weiteren wird die Interaktion zu anderen Menschen als stressfreier wahrgenommen. Der Einsatz von Medikamenten hat jedoch auch negative Folgen. Aufgrund der minimierten Erektions- und Orgasmusfähigkeit, kann das Masturbationsinteresse beeinträchtigt sein. Ebenso wird Sexualität als uninteressant empfunden. Das sexuelle Interesse an Erwachsenen wird ebenso minimiert. Die Medikamente können einige körperliche Nebenwirkungen haben, wie zum Beispiel Müdigkeit, Gewichtszunahme und Gynäkomastie (schmerzhafte Vergrößerung der Brustdrüsen des Mannes) (vgl. Siegel, Kuhle, & Amelung, 2015, S. 175f).

### 3.1.3 „TROUBLED DESIRE“

„Troubled desire“ ist ein Online-Selbsthilfeprogramm, welches für Menschen gedacht ist, die ein sexuelles Interesse an Kindern haben. Das Projekt basiert auf den erlangten Kenntnissen des PPDs. Seit 2017 besteht die Möglichkeit, an diesem

Selbsthilfeprogramm teilzunehmen. Das Therapieangebot wird in verschiedenen Sprachen (Deutsch, Englisch, Spanisch, Marathi, Portugiesisch, Französisch und Türkisch) angeboten (vgl. Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, KöR, 2019).

„Troubled desire“ bedeutet übersetzt ‚aufgewühlter Wunsch‘ oder ‚brennendes Verlangen‘. Das Programm bietet pädophilen Personen die Möglichkeit auf ein anonymes, diagnostisches und therapeutisches Angebot. Die Teilnehmenden sollen dazu befähigt werden, ihr sexuelles Interesse an Kindern zu kontrollieren. Des Weiteren soll die Nutzung von Missbrauchsabbildungen und sexuellen Übergriffen minimiert werden. Dahingehend werden wirksame Strategien entwickelt. Die Therapeut\*innen des Online-Selbsthilfeprogrammes unterstehen der rechtlichen Schweigepflicht. Die Plattform richtet sich weltweit an alle Menschen, die Unterstützung im Umgang mit ihrer sexuellen Präferenz benötigen. Im Rahmen der Basisdiagnostik wird untersucht, ob eine sexuelle Präferenz für ein vor- oder frühpubertäres Körperschema vorliegt. Des Weiteren wird geprüft, ob in der Vergangenheit bereits ein straffälliges Verhalten vorlag. Die Interessierten haben die Wahl, das Selbsthilfeprogramm in Anspruch zu nehmen oder direkten Kontakt mit einem\*r Therapeuten\*in aufzunehmen, beispielsweise über eine Chatfunktion (vgl. Institute of Sexology and Sexual Medicine at the Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2020).

Session	Inhalt
„Ich bin“	→ Schulbildung, Familie, Beruf und Umgang mit Kindern
„Ich fühle“	→ sexuelle Fantasien
„Ich mache“	→ (nicht) sexuelles Verhalten
Persönliches Feedback	→ individuelle Einschätzung der Sexualpräferenz und problematischen Sexualverhalten
Sexuelle Präferenzstruktur	→ Zusammensetzung der sexuellen Präferenzstruktur → Einblick in die (eigenen) sexuellen Vorlieben
Problematisches Sexualverhalten	→ problematisches sexuelles Verhalten (gegenseitigen Einverständnis sexuellen Handlungen zwischen min. zwei Menschen)
Mythenjäger	→ Mythen und Fakten über Liebe, Sexualität und Kinder (die Übergriffe erlebt haben) falschen Annahmen revidieren
Die rosarote Brille	→ Beeinflussung der Wahrnehmung (Situation gedanklich durchspielen)
Die Entstehung sexueller Vorlieben	→ Sinnhaftigkeit, Diversität von sexuellen Vorlieben
Akzeptanz	→ Förderung von Akzeptanz (Verständnis und Bedeutung) → Anwendung auf die Sexualpräferenz
Auszeit nehmen	→ Entspannungsverfahren (Alltagsstress)
Fantasie und Verhalten	→ Unterschied zwischen Fantasie und Verhalten → Verständnis der Fantasien und Verhaltensweisen
Selbstwahrnehmung	→ problematisches Sexualverhalten identifizieren → Bewältigungsstrategien
Persönliche „Trigger“	→ Identifizierung

Situationsanalyse	→ Untersuchung der Begünstigungsfaktoren (zukünftig, gegenwärtig und vergangen) → Kontrollsystem etablieren
Impulskontrolle	→ Relevanz der Impulskontrolle → Strategien der Verbesserung im Alltag
Empathie	→ Relevanz von Empathie in Bezug auf die sozialen Umwelt
Opferbrief	→ Erfahrungen und Folgen von Opfern sexuellem Kindesmissbrauchs
Medikamente als Option	→ zusätzliche Erleichterung des Leidensdruck
Der Weg zum Wohlbe- finden	→ Schätzung der individuellen Bedürfnisse → Erfolgsgeschichte eines Teilnehmenden

Tabelle 2: Namen und Inhalte der Sessions von TROUBLED DESIRE, Eigene Darstellung in Anlehnung an (Institute of Sexology and Sexual Medicine at the Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2020)

Die Tabelle zeigt 20 Module („Sessions“) des Therapieangebots „Troubled desire“. In jedem Modul werden thematische Präventionsinhalte vermittelt, um sexuellen Missbrauch und den Konsum von Missbrauchsabbildungen zu verhindern. Die Teilnehmenden sollen lernen, ein Leben mit der sexuellen Präferenz zu führen.

Des Weiteren wird auf andere Webseiten, wie „kein-täter-werden.de“, „du-träumst-von-ihnen.de“ und „here2help.de“ verwiesen. Auf werden die Hilfsangebote von dem Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité (Universitätsmedizin Berlin) präsentiert (vgl. Institute of Sexology and Sexual Medicine at the Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2020).

#### 3.1.4 Befragung von pädophilen und hebephilen Teilnehmern des PPDs

Im folgenden Abschnitt wird eine qualitative Befragung von Teilnehmenden des Präventionsprojektes dargestellt. Die Erkenntnisse dienen der Evaluation des Therapieangebotes und der Forschung zu Möglichkeiten der therapeutischen Behandlung von Cybergroomer\*innen.

Die präsentierten Ergebnisse sind Anteile aus der Studienreihe „Pedophilia and online sexual grooming of children in the Dunkelfeld“. Die Erkenntnisse wurden anhand einer qualitativen Befragung gesammelt. Der Forschungszeitraum fand zwischen Juli und Oktober 2018 statt. Dabei wurden drei pädophile und vier hebephile Männer befragt. Während des Befragungszeitraumes nahmen die Befragten am Präventionsprojekt Dunkelfeld teil. Innerhalb der Befragung wurde erforscht, welche Grooming-Umgebungen pädophile und hebephile Männer nutzten. Die Erkenntnisse dienten der spezielleren Identifizierung von Grooming-Prozessen und der Unterstützung von juristischen sowie präventiven Maßnahmen und Behandlungsansätzen (vgl. Stelzmann, Amelung, & Kuhle, 2020) (vgl. Kuhle & Stelzmann, 2018).

Die Erhebung der Erkenntnisse entstand mittels mehrerer Tiefeninterviews. Diese dauerten ca. eine halbe bis eine Stunde und fanden per Telefon oder face-to-face statt. Der Fragenkatalog umfasste mehrere Kategorien zum Thema Grooming. Darin wurden unter anderem Strategien der Geheimhaltung oder Kontaktinitiierung erfragt. Die Antworten der Teilnehmer wurden mit einem Diktiergerät erfasst und anschließend transkribiert. Im Anschluss daran wurden die Transkripte inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Teilnehmer waren im Durchschnitt 41 Jahre alt. Dabei waren fünf der Teilnehmer Dunkelfeld-Täter und zwei spiegelten sich im Hellfeld wider (vgl. Stelzmann, Amelung, & Kuhle, 2020) (vgl. Kuhle & Stelzmann, 2018).

Im Rahmen der Befragung stellte sich heraus, dass die Männer sowohl in Online- als auch in Offline-Umgebungen agierten. Es wurden Unterschiede hinsichtlich der Art der sexuellen Präferenz und der gewählten Umgebung festgestellt. Innerhalb der Offline-Umgebung fokussierten sich die pädophilen Männer auf Alltagssituationen, den familiären Kontext und den Bekanntenkreis. Die hebephilen Männer näherten sich den Kindern im Freizeitbereich (Hobby). In Bezug auf Online-Umgebungen nutzten die Befragten soziale Medien, Online-Spiele und Erotikchats (-foren). Es wurden einige soziale Medien genannt, wie Instagram, Facebook, WhatsApp, Tumblr, YouNow und Snapchat. In Bezug auf Online-Spiele wurde Fortnite, Diabolo, Minecraft und World of Warcraft genannt. Es wurden keine spezifischen Erotikforen oder -chats genannt. Des Weiteren berichteten die Männer, dass einige Kontakte zufällig entstanden und die Kontaktpersonen nicht beabsichtigt kontaktiert wurden. Die Befragten sagten aus, dass das Groomen im Netz einfacher ist, anonym und unentdeckt zu bleiben. Die Hemmschwelle Kontakt zu Kindern aufzubauen ist geringer. Die angewandten Strategien sind erfolgreicher, weil die Kinder leichter zu manipulieren sind. Die Teilnehmer äußern, dass sie in Online-Umgebungen weniger Angst vor juristischen Konsequenzen haben. Die Antworten zeigten, dass die Präferenztäter genau wissen, wo sie potenzielle Kinder in der digitalen Welt antreffen. Im Rahmen der Befragung stellte sich heraus, dass hebephile Männer vermehrt im digitalen Bereich Groomen. Durch die materielle Ausstattung (z.B. Smartphone), ist die Chance höher, frühpubertäre Kinder anzutreffen (vgl. Stelzmann, Amelung, & Kuhle, 2020) (vgl. Kuhle & Stelzmann, 2018).

Aus den gewonnenen Erkenntnissen formulierten die Forscher\*innen einige Empfehlungen. Im Rahmen der präventiven Möglichkeiten sollten die Personensorgeberechtigten von Kindern, über ausreichende Informationen zu CG verfügen. Dahingehend sollten die

Personensorgeberechtigten den Anspruch auf präventive Maßnahmen wahrnehmen. Des Weiteren sollte der Fokus auf die Betreiber von Online-Plattformen gelegt werden. Die Betreiber sollen proaktiv gegen CG vorgehen. Im juristischen Bereich sollte eine Ausweitung der Strafbarkeit stattfinden und die Polizeipräsenz im digitalen Raum erhöht werden. In Bezug auf (potenzielle) Täter\*innen müssten erfolgreiche Behandlungsansätze generiert werden und präventive Maßnahmen erfolgen (vgl. Stelzmann, Amelung, & Kuhle, 2020) (vgl. Kuhle & Stelzmann, 2018).

### 3.1.5 Evaluation des Dunkelfeld-Projektes im Rahmen einer Pilotstudie

Die Pilotstudie erfolgte im Zeitraum zwischen 2005 und 2011. In diesem Zeitrahmen bekundeten 319 unentdeckte pädophile und hebephile Menschen ihr Interesse am Therapieangebot. Das Ziel dieser Studie war es, das einjährige Behandlungsprogramm der Teilnehmenden zu evaluieren. Im Rahmen eines nicht-randomisierten-Wartelisten-Kontroll-Designs wurden die Teilnehmenden in zwei differenzierte Gruppen eingeteilt. Die behandelte Gruppe umfasste 53 Teilnehmende und die unbehandelte Kontrollgruppe umfasste 22 Teilnehmende. Es sollte eine Verbesserung der Verhaltenskontrolle und der dynamischen Risikofaktoren erfolgen. Die Forschenden stellten zwei Hypothesen auf. (1) Im Vergleich zur unbehandelten Gruppe sollte die behandelte Gruppe über geringere deliktunterstützende Defizite, kindliche Missbrauchsverhaltensweisen und über mehr sexuelle Selbstregulation verfügen. (2) Die behandelte Gruppe weist weniger (Häufigkeit und Schweregrad) Delikte auf. Die Teilnehmenden wurden hinsichtlich ihrer Delikte unterschieden. Teilnehmende, welche Kinder sexuell missbrauchten, wurden CSA („child sexual abuse“) genannt und die Teilnehmenden, welche kinderpornographische Materialien konsumierten, wurden CPO („child pornography offenses“) genannt (vgl. Beier, et al., 2015).

Die selbst identifizierten pädophilen und hebephilen Menschen kontaktierte das PPD. Das Interesse entstand aus ihrem Leidensdruck gegenüber ihrer sexuellen Präferenz. Im Rahmen des klinischen Interviews ermittelten die Therapeut\*innen die Ein- und Ausschlusskriterien (siehe oben). Die Teilnehmenden der Studie wurden vor und nach der Behandlung, mittels Fragebögen (Selbstauskünfte), befragt. Das gleiche Verfahren wurde bei den Kontrollgruppen angewandt. Die Angaben vor und nach den 12 Monaten Wartezeit oder Therapiezeit wurden analysiert und ausgewertet. Des Weiteren wurden Inter- und Intra-Gruppenanalysen durchgeführt. Die Inter-Gruppenanalyse wurde durchgeführt, um Veränderungen während der Therapie festzustellen. Die Inter-Analysen

wurden durchgeführt, um behandlungsspezifische Veränderungen abzuleiten. Innerhalb der behandelten Gruppen wurden zusätzlich explorative und deskriptive Untersuchungen durchgeführt, um das CPO- und CSA-Verhalten zu kennzeichnen (vgl. Beier, et al., 2015).

In Bezug auf die Pilotstudie wurden die Teilnehmenden auf unterschiedliche Faktoren untersucht. Unter Anderem lag der Fokus auf den deliktunterstützenden Defiziten. Darunter fiel Opferempathie, emotionale Defizite, Einsamkeit, Frauenfeindlichkeit, Kinderidentifikation und emotionale Bewältigungsstrategien. Des Weiteren wurde die sexuelle Selbstregulation untersucht. Darunter zählten die Bewältigungs- und Selbstwirksamkeitsdefizite, sexualisierte Bewältigung, sexuelle Präokkupation (Befangenheit) und das Eindrucksmanagement. Es wurden ebenfalls die Behandlungsabbrüche und die Missbrauchsverhaltensweisen dokumentiert und untersucht (vgl. Beier, et al., 2015).

Insgesamt durchliefen 319 Männer, mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren, das Therapieprogramm. Am Stichtag der Studie schlossen 69 Männer die Therapie ab. 202 Männer bekamen die Diagnose Pädophilie und 117 Männer die Diagnose Hebephilie. Die Mehrheit der Teilnehmer waren zu diesem Zeitpunkt berufstätig. 34 der Männer äußerten, dass sie noch keine Straftat begangen haben. 106 Männer konsumierten (nur) kinderporographische Abbildungen (CPO). 48 der Teilnehmer missbrauchten Kinder (CSA) und 103 Teilnehmer bestätigten beide Delikte. Frauen meldeten sich nicht für die Studie an (vgl. Beier, et al., 2015).

Es stellte sich heraus, dass es eine hohe Abbruchrate (29,6%) gab. Die Abbruchrate ist vergleichbar mit anderen ‚kognitiv-behavioralen‘-Therapien (bspw. bei der Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörung etc.). Daraufhin wurde veranlasst, dass Behandlungshandbuch zu überarbeiten, um die Abbruchrate zu minimieren. Im CSA- und CPO-Verhalten wurden keine statistisch-signifikanten Veränderungen festgestellt. Nach Beendigung der Therapie berichteten die Teilnehmenden von weniger Einsamkeit, mehr Opferempathie, weniger missbrauchsbegünstigender Einstellungen, einem höheren Selbstwirksamkeitsempfinden und einer geringeren sexuellen Präokkupation (Vorwegnahme oder Befangenheit) (vgl. Beier, et al., 2015).

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass es weniger Vermeidungsstrategien (Rechtfertigung und Verharmlosung) gab. In Bezug auf die Lebenszeitpräferenz konnten Unterschiede festgestellt werden. Die lebenslang-gemischten (CPO und CSA) Täter profitierten mehr von den therapiebedingten Veränderungen. Daraus ergab sich, dass

pädophile und hebephile Menschen aus dem Dunkelfeld, unterschiedliche Bedürfnisse aufweisen. Die lebenslang-gemischten Täter\*innen zählten zu den Hochrisikogruppen (vgl. Beier, et al., 2015).

In Bezug auf die aufgestellten Hypothesen konnte keine Verbesserung während der Behandlung hinsichtlich der kognitiven Opferempathie, sexuellen Bewältigungsstrategien und Selbstwertdefizite festgestellt werden. Innerhalb beider Tätergruppen kam es zu Rückfällen. Durch die Konfrontation mit der eigenen Persönlichkeit und dem Privatleben besteht die Vermutung, dass dadurch das Selbstwertgefühl sinkt (vgl. Beier, et al., 2015).

Während der Behandlungszeit kam es dazu, dass 24% der Männer, die keine strafrechtlichen Delikte aufwiesen, erstmals kinderpornographisches Material konsumierten. Das Gruppendesign wurde nicht differenziert. Daraus resultierte, dass Nicht-CPO-Täter das Verhalten von CPO-Tätern übernahmen. Aufgrund dieser Erkenntnis wurde das PPD erweitert und spezielle Präventionsmaßnahmen auf Konsumenten von Kinderpornographie modifiziert („Präventionsprojekt Kinderpornografie“). Weiterhin berichteten 20% der Teilnehmer, weitere Straftaten begangen zu haben. Für diese Männer wurde ein neuer, individueller Therapieplan erstellt (vgl. Beier, et al., 2015).

Die Behandlung fand außerhalb des Justizsystems statt. Durch die Anonymität und Schweigepflicht gab es mehr Zuspruch und Empfänglichkeit, das Angebot wahrzunehmen. Trotz dessen nahmen keine Frauen an dem Projekt teil. Die Medienkampagne zeigte einen Mann auf dem Cover. Daher könnten die Frauen sich nicht veranlasst gefühlt haben, das Angebot wahrzunehmen (vgl. Beier, et al., 2015).

Die Pilotstudie verwies im Anschluss auf einige Einschränkungen. Die Datengrundlage basierte auf subjektiven Selbstauskünften und wurden keine objektiven Maße verwendet. Um eindeutige Schlussfolgerungen zu erzielen, müsste der Beobachtungszeitraum verlängert und die Stichprobengröße erhöht werden. Ebenso besteht die Wahrscheinlichkeit auf eine Verzerrungen der klinischen Interviews (vgl. Beier, et al., 2015).

## 3.2 Behandlungsinitiative Opferschutz e.V. (BIOS-BW)

### 3.2.1 Hintergrund

Im Oktober 2008 wurde der Verein „Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V.“ in Karlsruhe gegründet. Der Verein wurde von einem interdisziplinären Zusammenschluss aus Richter\*innen, Journalist\*innen, Psychiater\*innen, Staatsanwälte\*innen,

Wissenschaftler\*innen, Rechtsanwälte\*innen, Vollzugsangehörigen, Psychotherapeut\*innen und Psycholog\*innen gegründet. Das primäre Ziel der Gründer\*innen ist ein zusätzliches Behandlungsangebot für (gefährliche) Gewalt- und Sexualstraftäter\*innen im Strafvollzug, zur Verfügung zu stellen. Bereits während der Hauptverhandlungen benötigt es eine frühzeitige Diagnostik. Durch eine intensive Betreuung soll das Rückfallrisiko minimiert werden (vgl. BIOS-BW Opferschutz, 2021a).

Das Präventionsangebot von BIOS-BW entwickelte mehrere Präventionsprojekte. Es wurde das Projekt „Hilfe für Opfer von Gewalttaten: Opfer-Trauma-Ambulanz (OTA)“ gegründet. Ebenfalls etablierte sich ein psychosoziales Projekt für geflüchtete Menschen, das „Psychosoziales Zentrum Nordbaden (PSZ-Nordbaden)“. Des Weiteren entstanden zwei Therapiestandorte für Täter\*innen. In Baden-Württemberg etablierte sich die „Forensische Ambulanz Baden (FAB)“ und in Rheinland-Pfalz die „Psychotherapeutische Ambulanz Koblenz (PAKo)“. Weiterhin konnte ein Projekt für Tatgeneigte (potenzielle Täter\*innen) entwickelt werden, sowie das Projekt „Keine Gewalt- oder Sexualstraftat begehen“. Die Mitarbeitenden des Präventionsprojektes arbeiten aktiv in der Öffentlichkeit und Rechtspolitik. Die Qualitätssicherung wird von forensischen Begutachtungen sichergestellt (vgl. BIOS-BW Opferschutz, 2021a).

### 3.2.2 Behandlungsangebote für Gewalt- und Sexualstraftäter\*innen

Die „Forensische Ambulanz Baden (FAB)“ und die „Psychotherapeutische Ambulanz Koblenz (PAKo)“ wurden im Februar 2008 gegründet. Beide Therapieangebote sind an mehreren Standorten, wie z.B. in Karlsruhe, Mannheim, Freiburg und Offenburg, zu finden. Ihr zentrale Anliegen ist der präventiven Opferschutz. Dahingehend wird Sexualstraftäter\*innen eine psychotherapeutische Behandlung angeboten. Es soll eine zusätzliche Behandlung zum bestehenden Angebot im Strafvollzug zur Verfügung gestellt werden. Es finden im Strafvollzug frühzeitige und deliktorientierte Psychotherapien statt, die nach der Entlassung weitergeführt werden können (Nachsorge). Seit 2008 wurden über 2.000 Straftäter\*innen betreut (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e. V., 2021a).

Im Rahmen der Therapie werden wissenschaftliche und begründete Ansätze verwendet. Dabei werden der kognitiv-verhaltenstherapeutische, der gesprächs-psychotherapeutische und der psychodynamische Ansatz verwendet. Die therapeutische Behandlung findet in einem Einzelsetting statt. Das Angebot wird unabhängig von der Einkommenslage

gestaltet. Notwendige Finanzierungshilfen für die Therapie werden von den Therapeut\*innen geprüft. Die Kosten trägt häufig die Führungsaufsicht des Landes, in dem die Teilnehmenden wohnen. Um eine Therapie zu beginnen, muss eine Behandlungsbereitschaft, seitens der Straftäter\*innen, bestehen. Die Teilnehmenden müssen eine Gewalt- oder Sexualstraftat aufweisen, das bedeutet, dass die Teilnehmenden im Hellfeld verzeichnet sind. Vor Therapiebeginn wird ein Behandlungsvertrag erstellt. Darin werden die Therapeut\*innen der gesetzlichen Schweigepflicht entbunden. Die Therapeut\*innen sind dazu berechtigt, in das Strafurteil, die Krankenakte, die Gefangenenpersonalakte und das psychiatrische Gutachten einzusehen. Eine ambulante Therapie erfolgt nur mit der Zustimmung des\*r Bewährungshelfers\*in, der Justizvollzugsanstalt und der zuständigen Justizbehörde. Zu der Zielgruppe gehören (häufig) Straftäter\*innen, welche bereits Haftlockerungen bekommen haben, entlassen werden/wurden (Strafvollzug oder Maßregelvollzug) oder über Behandlungsmaßnahmen im Vollzugsplan verfügen (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e. V., 2021a).

Im Aufnahmeverfahren wird ein umfangreiches Behandlungsgutachten erstellt. Zu Beginn der Therapie werden die individuellen Motive der Straftaten analysiert. Im Rahmen einer Deliktberatung werden die Ursachen und Abläufe der Straftaten besprochen. Des Weiteren wird das Risikomanagement und die Rückfallvermeidungsstrategien erarbeitet. Die Teilnehmenden werden auf ihrer individuellen Rückfallfaktoren sensibilisiert. Dabei können sich die Teilnehmenden, in kritischen Situationen, kurzfristig an die Therapeut\*innen wenden. Innerhalb der Therapie werden die deliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen betrachtet und bearbeitet. Je nach Bedarf, besteht die Möglichkeit an einer Soziotherapie mit einem\*r Sozialpädagogen\*in teilzunehmen. Die Angehörigen und Bezugspersonen können in die Therapie einbezogen werden. Falls die therapeutischen Ziele nicht erreicht werden, kann eine stationäre Wiederaufnahme veranlasst werden. Bei unentschuldigtem oder unbegründetem Fehlen an den Therapiesitzungen, wird die Führungsaufsicht informiert. Nach Abschluss der Behandlung, wird geprüft, ob eine Weiterbetreuung notwendig ist. Dabei wird hauptsächlich die Rückfallwahrscheinlichkeit geprüft (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V., 2015).

Im Jahr 2019 haben 560 Gewalt- und Sexualstraftäter\*innen das Therapieangebot der „Forensischen Ambulanz (FAB)“ wahrgenommen. Es kam gelegentlich zu Wartezeiten auf Therapieplätze. Durch eine Personalerweiterung von 21 Festangestellten konnten neue Aufnahme- Sicherheits- und Forschungsabteilungen implementiert werden. Die

Abteilungen widmen sich neuen, standardisierten Aufnahmeprozessen und der Entwicklung individueller Therapieplänen (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V, 2020).

Im Jahr 2019 haben 68 Straftäter\*innen an dem Behandlungsprogramm PAKo teilgenommen. Acht weitere Personen konnten an einem anderen Behandlungsstandort betreut werden (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V, 2020).

### 3.2.3 Das Präventionsprogramm "Keine Gewalt- oder Sexualstraftat begehen"

Das Präventionsprojekt „Keine Gewalt- und Sexualstraftaten begehen“ etablierte sich im Jahr 2010. Das Projekt richtet sich an „Tatgeneigte“ (potenzielle Täter\*innen). Das Behandlungsangebot kann an mehrere Standorte (in Karlsruhe, Mannheim, Freiburg, Offenburg, Heidelberg und Heilbronn) wahrgenommen werden (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V, 2020). Das Programm richtet sich nicht ausschließlich an Menschen mit einer pädophilen Präferenzstörung, sondern auch an Menschen, die auch aus anderen Motiven Kinder sexuell missbrauchen könnten. Personen, die (noch) nicht im Hellfeld in Erscheinung getreten sind, können ebenfalls an diesem Programm teilnehmen. Das psychotherapeutische Behandlungsprogramm dient dem präventiven Opferschutz (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e. V., 2021a).

Das kostenlose Erstgespräch findet in Karlsruhe statt. Weitere Termine können an anderen Standorten wahrgenommen werden. Die Interessenten müssen sich selbständig für das Projekt melden und bereit sein, an einer therapeutische Behandlung teilzunehmen. Falls es dazu kommt, dass die Teilnehmenden in einem Ermittlungsverfahren sind, kann die Therapie trotzdem erfolgen. Die Therapeut\*innen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und der Wahrung der Anonymität. Die Kosten für die Behandlung müssen die Teilnehmenden selbst tragen. In besonderen Fällen besteht die Möglichkeit, dass der Verein ein Teil der Kosten übernimmt. Das Präventionsprojekt wird vom Ministerium für Soziales und Integration und dem Bundesland Baden-Württemberg gefördert (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e. V., 2021a).

Das allgemeine Behandlungsangebot	Das GKV-Behandlungsangebot
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Psychotherapeutische Behandlung für „Tatgeneigte“</li> <li>→ Tatrisiko verringern</li> <li>→ Laufendes Ermittlungsverfahren (polizeilich Auffällige)</li> </ul> <p>Teilnahmevoraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ „reine Tatgeneigte“</li> <li>→ Selbständige Kontaktaufnahme</li> <li>→ Vermittlung durch, Behörden wie Polizei und Jugendamt, Ärzten, Rechtsanwälten und Jugendheimen</li> <li>→ Behandlungsbereitschaft</li> <li>→ Einhaltung der Schweigepflicht</li> <li>→ Eigenbeteiligung der Kosten oder ansonsten übernimmt der Verein (BIOS_BW)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Förderprogramm vom GKV-Spitzenverband für Maßnahmen zur Prävention und Behandlung pädophiler Sexualstörungen</li> <li>→ Modellvorhaben über einen Zeitraum von fünf Jahren</li> </ul> <p>Teilnahmevoraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Diagnose Pädophilie (Haupt- oder Nebenströmung)</li> <li>→ Kein Ermittlungsverfahren oder laufende Bewährungsstrafe bzw. Führungsaufsicht</li> <li>→ In der Vergangenheit strafrechtlich belangt wurden</li> <li>→ Täter*innen, welche nicht im sog. Hellfeld bekannt sind</li> <li>→ Konsum/Besitz von kinderpornographischen Materials</li> <li>→ Kostenfrei nur bei Teilnahme an der Forschung der Universität Chemnitz</li> </ul>

*Tabelle 3: Unterschiede der Bereiche vom BIOS-Präventionsprojekte "Keine Gewalt und Sexualstraftat begehen"; Eigene Darstellung in Anlehnung an (Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V, 2020)*

Seit 2019 differenziert sich das Präventionsprojekt, in das allgemeine Behandlungsprogramm und das GKV-Behandlungsprogramm. Innerhalb des allgemeinen Behandlungsprogrammes wurden im Jahr 2019 110 Personen behandelt. Dabei gaben 55 Teilnehmende an, kinderpornographisches Material konsumiert zu haben, 29 Teilnehmende gaben an, sexuellen Missbrauch an Kinder begangen zu haben, acht verwiesen darauf, keine Straftaten begangen zu haben und 12 gaben „Sonstiges“ an (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V, 2020).

An der Therapie vom GKV-Behandlungsprogramm nahmen 75 Menschen teil. Die Teilnehmenden wiesen folgende Straftaten/Deliktrichtungen auf:

- sexuelle Gewalt (ein\*e Teilnehmer\*in)
- sexuelle Nötigung (ein\*e Teilnehmer\*in)
- Misshandlung von Schutzbefohlenen (ein\*e Teilnehmer\*in)
- exhibitionistische Straftaten (vier Teilnehmende)
- sexueller Missbrauch an Kindern (15 Teilnehmende)
- sexuelle Fantasien (23 Teilnehmende)
- Konsum von Kinderpornographie (30 Teilnehmende) (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V, 2020).

### 3.2.4 „Stopp-bevor-was-passiert“

Das Präventionsprojekt „Keine Gewalt- und Straftaten begehen“ bietet, das Angebot „Stopp-bevor-was-passiert“ und unterstützt Menschen mit pädophilen Neigungen. Die Therapiestandorte sind Berlin, Karlsruhe, Koblenz, Mannheim, Offenburg, Heilbronn, Heidelberg, Rottweil und Reutlingen. Die Behandlung ist kostenlos, wenn die Teilnehmenden an den vereinsbezogenen Forschungen teilnehmen, ansonsten müssen die Kosten eigenständig übernommen werden. Die Teilnehmenden lernen darin verantwortungsvoll mit ihrer diagnostizierten Präferenz umzugehen. Sie sollen die Chance bekommen, ein Leben ohne Scham- und Schuldgefühle zu führen (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V., 2021b).

Zu Beginn der Therapie erfolgt eine diagnostische Einschätzung der sexuellen Präferenz. Anonymität und die gesetzliche Schweigepflicht sind wichtige Rahmenbedingungen der Therapeut\*innen. Falls die Teilnehmenden eine Krisenintervention benötigen, findet eine emotionale Stabilisierung statt. Es wird ein Non-Suizid-Kontakt festgelegt oder zu einer Rechtsberatung vermittelt. Je nach Notwendigkeit der Teilnehmenden, umfasst der Therapiezeitraum ein bis zwei Jahre und findet in Einzelsitzungen (keine Gruppensitzungen) statt. Die Teilnehmenden bekommen ein umfangreiches Repertoire an Informationen über ihre sexuelle Präferenz vermittelt. Mit den Therapeut\*innen werden Behandlungsziele vereinbart. In der Therapie werden Bewältigungsstrategien erarbeitet. Um einen erfolgreichen Therapieverlauf zu gewährleisten, soll eine tragfähige Therapeut\*in-Klient\*in-Beziehung aufgebaut werden. So wird die Behandlungsmotivation gestärkt und stabilisiert (vgl. Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V., 2021b).

## 4 Schlussfolgerungen und Fazit

### 4.1 Zusammenfassung und Ergebnis

Die Forschung zur Ätiologie einer pädophilen Präferenz ist noch zu gering, um ein spezifisches Modell aufzustellen. Daher wird in der Wissenschaft, Medizin und Therapie ein Modell genutzt, das die bisherigen Erkenntnisse integriert. Der Bio-psycho-soziale Ansatz verbindet die psychosozialen, lerntheoretischen und neurobiologischen Erkenntnisse miteinander. Das Krankheitsbild der Hebephilie ist nicht in den aktuellen Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-10 aufgenommen. Weiterhin werden in den beiden Systemen keine weiteren Geschlechter (neben Jungen und Mädchen) in die Definitionen integriert.

Im Jahr 2019 wurde der Gesetzestext in Bezug auf Cyber-Grooming geändert. Der Strafbestand wurde, um die Vorbereitungshandlung erweitert, sodass die Täter\*innen bereits in dieser Phase, bestraft werden kann. Der Einsatz sog. „Scheinkinder“ bleibt weiterhin nicht rechtskräftig. So können die Täter\*innen beim Einsatz polizeilichen Ermittler\*innen oder Personensorgeberechtigter („Scheinkinder“) rechtlich nicht belangt werden.

Die polizeiliche Kriminalstatistik aus dem Jahre 2020 verzeichnet einen Anstieg der Fälle von „Sexueller Mißbrauch an Kindern“ (§176, 176a, 176b) und das „Einwirken auf Kinder“ (§176 Abs. 4 Nr. 3 und 4) gegenüber dem Vorjahr 2019. Dabei sind die Tatverdächtigen vermehrt Männer.

Das MiKADO-Projekt erforschte die Prävalenzrate einer diagnostizierten Pädophilie und diese kann auf unter 1% der Bevölkerung geschätzt werden. Die Prävalenzrate von Menschen mit sexuellen Fantasien von Kinder wird auf 4,4% der Bevölkerung geschätzt. Dabei wurden männliche und weibliche Opfer gleichermaßen kontaktiert. 47% der Menschen, die sich Kindern online sexuell näherten, waren Frauen und zeigten damit einen deutlichen Unterschied zum Hellfeld.

An dem Präventionsprojekt Dunkelfeld haben bereits über 11.000 Menschen teilgenommen. Die Therapie findet in halboffenen oder geschlossene Gruppensettings statt. Die Therapeut\*innen arbeiten in der Therapie mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz. Das Online-Selbsthilfe-Programm „Troubled desire“ bietet ein mehrsprachiges, präventives Angebot, um Menschen mit einer pädophilen Präferenzstörung zu unterstützen und zu behandeln. Zusätzlich werden verschiedene Information auf Website zur Verfügung gestellt. Eine qualitative Befragung von sieben Cybergoomern lieferte neue Erkenntnisse, um präventiven Maßnahmen zu verbessern und an neue Phänomene anzupassen. Die

Forscher\*innen verwiesen auf die Notwendigkeit, dass die Personensorgeberechtigten über potenziellen Risiken in Kenntnis gesetzt werden sollten. Online-Betreiber sollten verpflichtet werden, präventiv gegen CG vorzugehen. Abschließend sollen erfolgreiche Präventionsmaßnahmen für Täter\*innen zur Verfügung gestellt werden.

Eine Pilotstudie von 2011 evaluierte das Behandlungskonzept vom PPD. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse wurde das Behandlungshandbuch überarbeitet und ein spezielles Präventionsangebot für Konsumenten\*innen von Kinderpornographie konzipiert („Präventionsprojekt Kinderpornografie“). An der Pilotstudie nahmen keine pädophilen Frauen teil.

Die Präventionsangebote von BIOS-BW richten sich an Gewalt- und Sexualstraftäter\*innen und bieten damit tertiäre Präventionsmaßnahmen. Die Behandlung wird individuell und deliktorientiert gestaltet. Das Präventionsangebot „Stopp-bevor-was-passiert“ bietet eine diagnostische Einschätzung und ist für Menschen mit einer pädophilen Neigung konzipiert. Das Therapieangebot ist kostenlos, wenn die Teilnehmenden an dem Forschungsprogramm teilnehmen, ansonsten müssen die Kosten eigenständig übernommen werden.

In Bezug auf die Fragestellung ist für Menschen mit einer pädophilen Präferenzstörung bereits deutschlandweite und digitale Präventionsmaßnahmen vorhanden. Es gibt primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen. Die Angebote sind nicht niederschwellig und verfügen über Teilnahmevoraussetzungen. Falls die Voraussetzungen nicht erfüllt werden, wird an andere Therapieeinrichtungen vermittelt. Die Therapiestandorte beider Präventionsprojekte sollten ausgeweitet werden, um Therapieabbrüche aufgrund weiter Anfahrtswege, zu minimieren. Mit dem Design von halboffenen Gruppen konnten Wartezeiten minimiert werden, diese sollten an allen Standorten angeboten werden. Das PPD bietet ein mehrsprachiges Online-Selbsthilfeangebot und kann damit eine große Reichweite erzielen.

In der qualitativen Befragung wird das Risikopotential von CG deutlich. Es wurde erkannt, dass spezielle Präventionsangebote für potentielle Täter\*innen angeboten und entwickelt werden sollten. Ein spezielles Projekt, welches sich explizit auf CG bezieht, konnte im Rahmen der Recherche dieser Arbeit nicht gefunden werden.

Es wird nicht ersichtlich, ob und wie viele Frauen an den Projekten teilnehmen. In der MiKADO-Studie wird deutlich, dass der Anteil von weiblichen Täterinnen, die sich Kindern und Jugendlichen online sexuell nähern, 47% beträgt. Aufgrund dessen sollten die präventiven Angebote differenzierter auf Frauen zugeschnitten werden.

#### 4.2 Ausblick und Limitation

Nicht jeder Mensch mit einer pädophilen Präferenzstörung missbraucht Kinder und nicht jeder Mensch der Kinder missbraucht, ist pädophil. Das Forschungsfeld der Pädophilie und des Cyber-Groomings sollte in Zukunft noch detaillierter untersucht werden. Präventionsangebote für (potentielle) Täter\*innen sollten von den Projektleitenden regelmäßig nach den Bedürfnissen und neuen Vorgehensweisen der Teilnehmenden angepasst werden. Im Verlauf der Arbeit hat sich herausgestellt, dass weibliche (potenzielle) Täter\*innen selten an den Präventionsangeboten teilnehmen. Es sollte daran gearbeitet werden, dass pädophile Frauen und Mädchen motiviert werden, eine therapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Abschließend wird festgehalten, dass diese Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Das Ziel, etablierte präventive Maßnahmen für (potenzielle) Täter\*innen zu verdeutlichen und ihre Möglichkeiten zu analysieren, konnte dabei jedoch erreicht werden. Das Ziel dieser Arbeit war es, einen Überblick über Pädophilie in Verbindung mit CG, sowie über ausgewählte Präventionsmaßnahmen zu geben. Limitiert wird diese Arbeit jedoch in ihrem Umfang. Zukünftig sollte sowohl qualitativ als auch quantitativ zum Thema Pädophilie und Cyber-Grooming geforscht werden, um die gewonnenen Ergebnisse zu verdichten und empirisch nachzuweisen. Aus den gewonnenen Ergebnissen sollten neue Therapien für die Praxis entwickelt werden.

## 5 Anhang

### A1: Vorgehensweise Erwachsener bei sexueller Onlineannäherung an Kinder und Jugendlicher

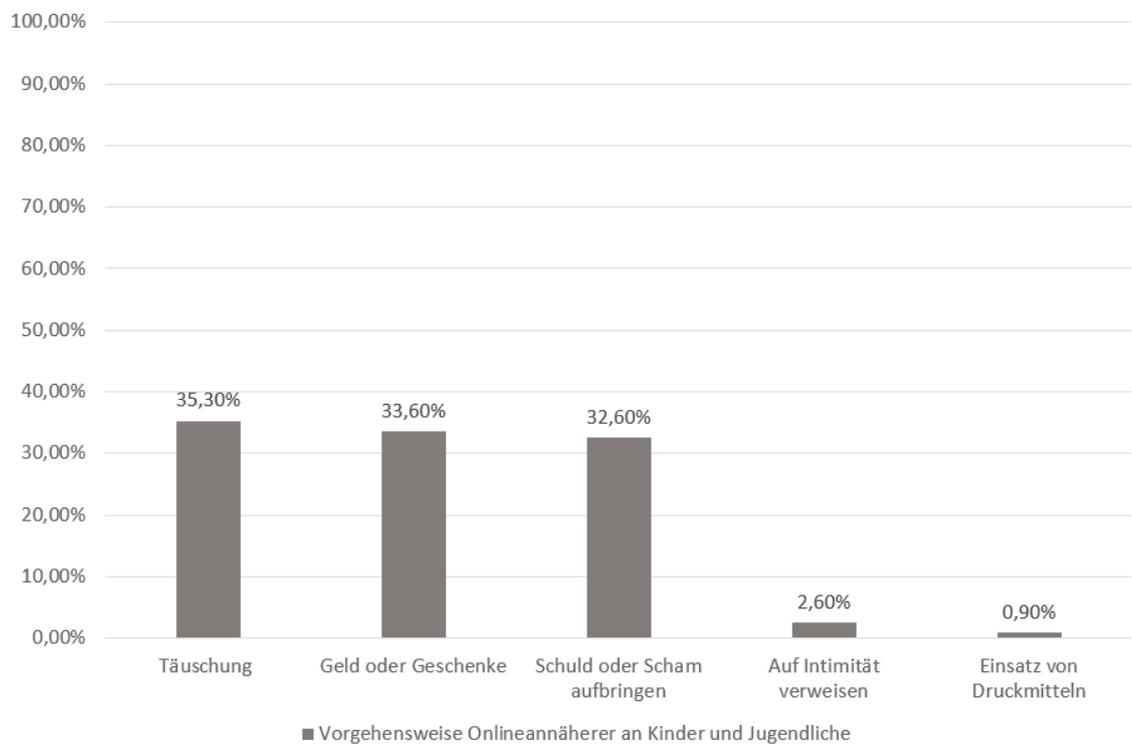


Abbildung 3: Vorgehensweise Erwachsener bei sexueller Onlineannäherung an Kinder oder Jugendliche (n = 116), Eigene Darstellung in Anlehnung an (Neutze, Schuhmann, Petry, Osterheider, & Sklenarova, 2018)

## A2: Ziele und Maßnahmen des BEDIT-Programmes

Ziel	Maßnahme
Erhöhung von Selbstwirksamkeitserleben und Verhaltenskontrolle (inklusive sexueller Fantasien und Interessen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Verbesserung der Selbstwirksamkeit und Selbstbeobachtung in Bezug auf sexuelle Fantasien und Interessen</li> <li>→ Information und Unterstützung hinsichtlich pharmakologischer Interventionsmöglichkeiten</li> <li>→ Verständnis erarbeiten von/über die Zusammenhänge/Interaktionen zwischen Wahrnehmung, Gefühlen und Verhalten</li> <li>→ Korrektur dysfunktionaler Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster</li> <li>→ Integration der Sexualpräferenz und ggf. vorhandener sexueller Verhaltensstörungen im bisherigen Lebensverlauf in die individuelle Selbstwahrnehmung (Realisierung, Bewusstseinsstärkung)</li> </ul>
Aufbau von Bewältigungsstrategien: emotions-, vermeidungs- und sexualorientiert	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Akzeptanz bzw. Auseinandersetzung mit der biografischen Entwicklung und Bedeutung der Sexualpräferenz</li> <li>→ Reduktion sexueller Bewältigungsstrategien, durch die Aneignung alternativer Bewältigungsstrategien</li> </ul>
Sozialkompetenz stärken (Fokus auf Beziehungsdimension von Sexualität)	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus, d.h. mit Fokus auf die Beziehungsdimension von Sexualität (z.B. durch den Einbezug von Partnern) oder ein Netzwerk, das soziale Unterstützung leistet</li> </ul>
Minimierung von Missbrauchsbegünstigende Einstellungen und Verhaltensweisen	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vollständige und radikale Verantwortungsübernahme für eigenes (insbesondere sozio-sexuelles) Verhalten in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft</li> <li>→ Identifizierung pathognomonischer Wahrnehmungsfehler (Leugnung und Bagatellisierung)</li> <li>→ Reduktion missbrauchsbegünstigender Auffassungen und Einstellungen</li> </ul>
Erhöhung der Opferempathie	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Verbesserung von Perspektivübernahme und Empathie in Bezug auf Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs und Opfer von Missbrauchsabbildungen</li> </ul>
Rückfallprophylaxe (Entwicklung von Maßnahmen und Ziele)	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Identifikation von Hochrisikosituationen, Risiko-konstellationen und Stimuli, die zu Risikoverhalten führen können</li> <li>→ Entwicklung eines umfassenden effektiven Repertoires an (Kontroll-/Rückfall-Präventions-) Strategien für bessere Bewältigung von problematischen Alltagssituationen und bei Konfrontationen mit Kindern</li> </ul>

Tabelle 4: Ziele und Maßnahmen vom BEDIT - Programm: Eigene Darstellung in Anlehnung an (Schermer, Konrad, & Grundmann, 2015)

## 6 Literaturverzeichnis

- Banse, R. (2013). Sexueller Missbrauch von Kindern. Was sind die Ursachen? Zürich. Abgerufen am 01. 06 2021 von <https://docplayer.org/45631469-Sexueller-missbrauch-von-kindern-was-sind-die-ursachen.html>
- Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e. V. (2021a). *BIOS-BW Opferschutz*. Abgerufen am 19. 05 2021 von <https://www.bios-bw.com/vereinsbeschreibung>
- Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V. (2020). *Jahresbericht 2019*. Karlsruhe.
- Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V. (02 2015). *BIOS-BW*. Abgerufen am 21. 05 2021 von <https://www.bios-bw.com/behandlungsangebote-fab>
- Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V. (2021b). *bevor-was-passiert*. Abgerufen am 20. 05 2021 von <https://www.bevor-was-passiert.de/>
- Beier, K. M., & Loewit, K. (2011). *Praxisleitfaden Sexualmedizin*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Beier, K. M., Amelung, T., Kuhle, L. G., Scherner, G., & Neutze, J. (2013). Hebephilie als sexuelle Störung. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*(81(03)), S. 128-137.
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images. *The journal of sexual medicine*(12(2)), 529-542.
- Bem, D. J. (1996). Exotisch wird erotisch: Eine Entwicklungstheorie der sexuellen Orientierung. *Psychological Review*(103 (2)), 320-335.
- Berner, W. (1985). Das Selbstvertauschungsgagieren Pädophiler. *Psychother Psychosom Med Psychol*(35), 17–23.
- Berner, W. (1993). Eine pädophile Masturbationsphantasie und ihre Bedeutung für die psychoanalytische Theorie. *Kinderpsychoanalyse*(3), 328–329.

- Blanchard, R., Cantor, J. M., & Robichaud, L. K. (2008). Biological factors in the development of sexual deviance and aggression in males. (H. E. Barbaree, & W. L. Marshall, Hrsg.) *The juvenile sex offender*, S. 77-105.
- Bundeskriminalamt. (30. 01 2020). Opfer nach Alter und Geschlecht Altersklassen analog Tabelle 20. *Polizeiliche Kriminalstatistik 2019*.
- Bundeskriminalamt. (2020). PKS Jahrbuch 2019. Einzelne Straftaten /-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität. 3(67), 2.0, 17-20.
- Bundeskriminalamt. (27. 01 2020). Polizeiliche Kriminalstatistik 2019. Grundtabelle "Tatmittel Internet" V1.0.
- Bundeskriminalamt. (21. 01 2020). Polizeiliche Kriminalstatistik 2019. Grundtabelle V1.0.
- Bundeskriminalamt. (28. 01 2020). Tatverdächtige nach Alter und Geschlecht. *Polizeiliche Kriminalstatistik 2019*. Deutschland.
- Bundeskriminalamt. (2021). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Ausgewählte Zahlen im Überblick*. Baden- Württemberg.
- Bundeskriminalamt. (21. 01 2021). Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Opfer nach Alter und Geschlecht V1.0.
- Bundeskriminalamt. (20. 01 2021). Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Tatverdächtige nach Alter und Geschlecht V1.0.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2021). *Aktuelle Gesetzgebungsverfahren*. Abgerufen am 25. 05 2021 von <https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Cybergrooming.html>
- Bundschuh, C. (2001). *Pädosexualität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. London/New York: Basic Books.
- Charité- Universitätsmedizin Berlin. (2021). *Sexualmedizin Charité*. Abgerufen am 24. 05 2021 von [https://sexualmedizin.charite.de/forschung/dissexualitaet\\_und\\_paraphilien/](https://sexualmedizin.charite.de/forschung/dissexualitaet_und_paraphilien/)

- Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e. V. (2021). *DGNP - Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e. V.* Abgerufen am 26. 05 2021 von <https://www.dgnp.de/wir-ueber-uns/definition-der-praeventionsmedizin.html#:~:text=Der%20Volksmund%20scheint%20es%20zu,Gesundheit%20von%20Gesunden%20und%20Kranken.>
- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). (20. 09 2020). ICD-10-GM Version 2020 Systematisches Verzeichnis. (10). Köln.
- Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2018). Diagnostisches und statistischen Manual psychische Störungen DSM-5. (*Deutsche Ausgabe*), 2. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Freud, S. (1910). *Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci.*
- Freud, S. (1944). Die Zerlegung der Psychischen Persönlichkeit. *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, 15. London: Imago.
- Glasser, M. (1989). The psychodynamic approach to understanding and working with the paedophile. (M. (. Farrell, Hrsg.) *Understanding the paedophile*, S. 1-11.
- Grundmann, D., Konrad, A., & Scherner, G. (2015). Diagnostik im Präventionsprojekt Dunkelfeld. (C. J. Ahlers, K. M. Beier, M. Dietrich, & A. Gauruder-Burmester, Hrsg.) *Sexologie*, 22(3-4), S. 155-164.
- Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité. (2021). *kein-täter-werden*. Abgerufen am 14. 05 2021 von <https://www.kein-taeter-werden.de/>
- Institute of Sexology and Sexual Medicine at the Charité – Universitätsmedizin Berlin. (2020). *Troubled desire*. Abgerufen am 17. 05 2021 von <https://troubled-desire.com/de/about.html>
- Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, KöR. (01. 11 2019). *Psychotherapeutenkammer Berlin*. Abgerufen am 17. 05 2021 von <https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/nachrichten/troubled-desire-online-selbsthilfe-app-fuer-menschen-die-sich-sexuell-zu-kindern>

- Krafft-Ebing, R. v. (1984). *Psychopathia sexualis*. München.
- Kuhle, L. F., & Stelzmann, D. (2018). *Pedophilia and online sexual grooming of children in the Dunkelfeld*. Vilnius: International Association for the Treatment.
- Lackinger, F. (2009). *Psychoanalytische Überlegungen zur Pädophilie*. Wien: Springer Medizin Verlag GmbH.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), S. 291–303.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1970). Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Archives of Disease in Childhood*, 45(239), S. 13–23.
- McGuire, R. J., Carlisle, J. M., & Young, B. G. (1964). Sexual deviations as conditioned behaviour: a hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*(2(2-4)), 185-190.
- Mennemann, H., & Dummann, J. (2018). *Einführung in die soziale Arbeit* (2. Ausg.). Baden-Baden: Nomos.
- Mohnke, S., Müller, S., Amelung, T., Krüger, T. H., Ponseti, J., Schiffer, B., & Walter, H. (2014). Brain alterations in paedophilia: a critical review. *Progress in Neurobiology*(122), 1-23.
- Neutze, J., & Osterheider, M. (2015). *MiKADO - Missbrauch von Kindern: Aetiologie, Dunkelfeld, Opfer*. Universität Regensburg.
- Neutze, J., Schuhmann, P., Petry, F., Osterheider, M., & Sklenarova, H. (2018). *sexualisierte Gewalt in digitalen Medien*. UBSKM.
- Pressestelle Universität Regensburg. (08. 05 2021). *mikado-studie.de*. Von [http://mikado-studie.de/tl\\_files/mikado/upload/data/mikado\\_presse\\_faqs.pdf](http://mikado-studie.de/tl_files/mikado/upload/data/mikado_presse_faqs.pdf) abgerufen
- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., & Skuse, D. (2003). *Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study*. London: Lancet.

- Scherner, G., Amelung, T., Schuler, M., Grundmann, D., & Beier, K. M. (2018). Pädophilie und Hebephilie. In K. M. Beier, *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch* (S. 3-10). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Scherner, G., Konrad, A., & Grundmann, D. (2015). Therapie im Präventionsprojekt Dunkelfeld. (C. J. Ahlers, K. M. Beier, M. Dietrich, & A. Gauruder-Burmester, Hrsg.) *Sexologie*, 22(3-4), S. 165-174.
- Schwarze, C., & Hahn, G. (2016). *Herausforderung Pädophilie*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Siegel, S., Kuhle, L. F., & Amelung, T. (2015). Medikamentöse Therapie im Präventionsprojekt Dunkelfeld. (C. J. Ahlers, K. M. Beier, M. Dietrich, A. Gauruder-Burmeister, F. Hausmann, F. M. Köhn, . . . D. Rösing, Hrsg.) *Sexologie*, 22(3-4), S. 175-180.
- Stelzmann, D., Amelung, T., & Kuhle, L. F. (2020). Grooming-Umgebungen von pädophilen und hebephilen Männern in Deutschland. Erste Ergebnisse einer qualitativen Befragung. In T. G. Rüdiger, & P. S. Bayerl (Hrsg.), *Cybercrime* (S. 475-485). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Strafgesetzbuch. (21. 05 2021). Strafgesetzbuch: StGB. § 176 Abs. 4 Nr. 3 und 4, 59. Auflage. Beck-Texte im dtv.
- Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., & Kruger, T. H. (24. 06 2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Frontiers in human neuroscience*(9).
- UBSKM, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. (01. 06 2021). *Gemeinsam gegen Missbrauch*. Von <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/sexuelle-gewalt-mittels-digitaler-medien/cybergrooming> abgerufen
- Wachs, S. (2014). Cybergrooming - Erste Bestandsaufnahme einer neuen Form sexueller Onlineviktimsierung. *Enzyklopädie Erziehungswissenschaften Online (EEO)*.

Wagner, J. (31. 10 2011). *Psychotherapeutenkammer Berlin*. Abgerufen am 05. 14 2021  
von [https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/das\\_praeventionsprojekt\\_dunkelfeld.pdf](https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/das_praeventionsprojekt_dunkelfeld.pdf)

Weiler, J. v. (2011). *Im Netz*. Freiburg: Kreuz.

Ziegler, H. (2006). Prävention und soziale Kontrolle. In A. Scherr (Hrsg.), *Soziologische Basics* (S. S. 146-153). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

