

Klaus M. Beier  
Gerard A. Schäfer  
David Goecker  
Janina Neutze  
Christoph J. Ahlers

## Präventionsprojekt Dunkelfeld

Der Berliner Ansatz zur therapeutischen  
Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch

Das »Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD)« wurde am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité initiiert und wird dort derzeit durchgeführt. Ziel dieses von der VolkswagenStiftung finanzierten Forschungsprojektes ist es, für Männer mit pädophiler Neigung präventive therapeutische Maßnahmen anzubieten, bevor sie ein Kind sexuell missbrauchen. Aus klinischen Erfahrungen ist bekannt, dass es (nicht-justizbekannte) Personen gibt, die auf Kinder gerichtete sexuelle Impulse verspüren und nun aus diesem Grund von sich aus und ohne rechtlichen Druck therapeutische Hilfe wollen, um keine sexuellen Übergriffe auf Kinder mehr zu begehen. Das übergeordnete Ziel des Projektes ist die Verhinderung sexuellen Kindesmissbrauchs durch Etablierung qualifizierter präventiver Therapieangebote für potentielle Täter und Dunkelfeld-Täter.

### Das Problem

Laut polizeilicher Kriminalstatistik werden in Deutschland jährlich etwa 16.000 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs angezeigt. Es herrscht Einigkeit darüber, dass die in der polizeilichen Kriminalstatistik erscheinenden Fälle lediglich »die Spitze des Eisberges« darstellen und dass die so genannte Dunkelziffer um ein Vielfaches höher liegt. Dies belegen auch Ergebnisse aus repräsentativen Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung (Wetzels, 1997; Dansky et al., 1997), nach denen 8,6 % der Mädchen, 2,8 % der Jungen und 13,3 % aller Frauen im Laufe ihres Lebens Opfer sexueller Übergriffe wurden.

Die Mehrzahl der tatsächlichen Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs gelangt demnach nicht zur Anzeige, bleibt von Justiz und Strafverfolgung damit unerfasst und taucht folglich auch in keiner Kriminalstatistik auf – dies ist das so genannte *Dunkelfeld*. Gleichzeitig richtet sich das gesellschaftliche Engagement (politisch und finanziell) nahezu ausschließlich auf die Bestrafung von und den (auch therapeutischen) Umgang mit rechtsbekannten und rechtskräftig verurteilten Sexualstraftätern, also auf Täter aus dem *Hellfeld*. Dabei zeigen klinische Erfahrungen aus dem Bereich der forensischen Sexualmedi-

Tab. 1  
Überblick über die wichtigsten Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien) nach DSM-IV-TR (APA, 2000) / ICD-10 (WHO, 1993).

Paraphilien bzw. Störungen der Sexualpräferenz nach ICD-10 und DSM-IV			
ICD-10: Störungen der Sexualpräferenz		DSM-IV: Paraphilien	
F65.0	Fetischismus	302.81	Fetischismus
F65.1	Fetischistischer Transvestitismus	302.3	Fetischistischer Transvestitismus
F65.2	Exhibitionismus	302.4	Exhibitionismus
F65.3	Voyeurismus	302.82	Voyeurismus
F65.4	Pädophilie	302.2	Pädophilie
F65.5	Sadomasochismus	302.83	Sexueller Masochismus
		302.84	Sexueller Sadismus
		302.89	Frotteurismus
F65.6	Multiple Störungen der Sexualpräferenz		
F65.8	Sonstige Störungen der Sexualpräferenz		
F65.9	nicht näher bezeichnete Störungen der Sexualpräferenz	302.9	nicht näher bezeichnete Paraphilie



zin, dass Hellfeld-Täter (rechtskräftig verurteilte Sexualstraftäter) für therapeutische Angebote schwerer zugänglich sind, da sie häufig ihr Innenleben aus Angst vor rechtlichen Nachteilen im Strafvollzug vor Therapeuten abschirmen.

### Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien)

Unter Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien) werden Störungsbilder verstanden, bei denen die betroffenen Personen unter normabweichenden sexuellen Impulsen leiden bzw. sich selbst oder andere durch ihre abweichenden sexuellen Bedürfnisse beeinträchtigen oder gefährden. Demzufolge werden Personen, welche abweichende sexuelle Neigungen aufweisen, jedoch nicht unter diesen leiden, auch nicht als krank oder behandlungsbedürftig angesehen, solange sie weder andere noch sich selbst durch ihre abweichenden sexuellen Bedürfnisse beeinträchtigen oder gefährden.

Auch die sexuelle Erregbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper (sog. »Pädophilie«) gehört zur Gruppe der Paraphilien (wenn es durch die entsprechenden Empfindungen zu realisierten sexuellen Handlungen mit Kindern kommt, liegt zusätzlich Dissexualität, d.h. eine sexuelle Verhaltensstörung vor, s.u.). Es handelt sich dabei um eine Besonderheit der sexuellen Präferenzstruktur, welche sich bei jedem Menschen grundsätzlich auf drei wesentlichen Achsen manifestiert: a) hinsichtlich des präferierten *Geschlechts* des Sexualpartners (männlich und / oder weiblich), b) hinsichtlich des präferierten *Alters* des Sexualpartners (Kinder, Pubertierende, Jugendliche, Erwachsene, Greise) und c) hinsichtlich der präferierten *Art und Weise* sexueller Betätigung (Typ, Objekt, Modus etc.; vgl. Ahlers et al., 2004). Dabei gilt, dass die endgültige Konstituierung der Sexualstruktur im Jugendalter erfolgt und dann in ihren grundsätzlichen Merkmalen lebensüberdauernd bestehen bleibt und nicht mehr veränderbar ist. Dies schließt eine Unveränderbarkeit spezieller sexueller



eben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?

Neigungen ein, die sich ebenfalls im Jugendalter manifestieren und die Sexualstruktur teilweise oder sogar vollkommen kennzeichnen können (vgl. Beier et al., 2005). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien) nach DSM-IV-TR (APA, 2000) / ICD-10 (WHO, 1993).

Ersten epidemiologischen Daten zufolge (vgl. Langström und Zucker, 2005; Beier et al., 2005) ist die Prävalenz paraphiler Neigungen höher als bisher angenommen wurde. Für den deutschen Sprachraum ergibt sich dies aus den Ergebnissen einer Teilstichprobe der »Berliner Männer-Studie«, welche zunächst eine nach Alter und Wohnbezirk repräsentative Auswahl von 6000 Männern im Alter zwischen 40 und 79 Jahren anscrieb, um sie hinsichtlich des Vorliegens einer Erektionsstörung und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Gesundheit und die Partnerschaft zu untersuchen. An diesem ersten Teil der Erhebung nahmen 1915 Männer teil (vgl. Schäfer et al., 2003), welche hiernach eingeladen wurden, an einer ausführlichen sexualwissenschaftlichen Fragebogenerhebung unter Einbeziehung der (dann auch untersuchten) Partnerinnen teilzunehmen. Die auf diese Weise entstandene Stichprobe umfasste 373 Männer, von denen 83% partnerschaftlich gebunden waren (darüber hinaus war es möglich, auch 108 Partnerinnen mit einzubeziehen). Die Daten ermöglichen eine Vorstellung von der möglichen Prävalenz paraphiler Neigungen in der Allgemeinbevölkerung, denn es wurden alle häufigeren bzw. bekannten sexuellen Erregungsmuster hinsichtlich ihres Auftretens in Sexualphantasien, bei der Masturbation (als Phantasieinhalte) und beim realen Sexualverhalten abgefragt, die sich thematisch überwiegend den bekannten Paraphilien in ICD-10 / DSM-IV zuordnen ließen (vgl. Beier et al., 2005).

57,6% der befragten Männer kannten eines dieser Erregungsmuster als Teil ihrer Phantasiewelt, 46,9%

nutzten diese zur Erregungssteigerung bei der Selbstbefriedigung und 43,9% lebten sie auf der Verhaltens-ebene aus. Selbst wenn wegen der (unvermeidbaren) Selektionseffekte eine Übertragung dieser Zahlen auf die Allgemeinbevölkerung unzulässig erscheint, ist doch eine Vorstellung über die mutmaßliche Verbreitung zu gewinnen, welche auch Umfang und Vielfalt entsprechender Angebote der pornographischen Industrie sowie des diesbezüglichen privaten Kontaktanzeigenmarktes nachvollziehbarer macht (vgl. Tab.2)

Dabei ist jedoch anzunehmen, dass die meisten »abweichenden« Impulse in der »normalen« sexuellen Ansprechbarkeit wurzeln und erst durch ihre Isolation und Generalisierung zur krankheitswerten Störung werden.

Darüber hinaus legen die Zahlen nahe, dass ein nicht geringer Teil (fast ein Drittel) dieser Männer die paraphilen Inhalte offenbar als inadäquat für sich empfinden und darauf verzichten, sie ausleben zu wollen – selbst wenn diese nicht mit einer Fremdgefährdung einhergehen (z.B. fetischistische Neigungen). Gleichwohl weist ein ebenfalls beachtlicher Anteil der Befragten ein sexuell übergriffiges Potential auf (z.B. exhibitionistische, voyeuristische, frotteuristische Impulse) oder hat bereits sexuelle Übergriffe (z.B. auch auf Kinder) begangen. Legt man jedenfalls diese Zahlen zugrunde und geht von 14 Männern aus, die – pädophil

Abb. 1 Plakat der Medienkampagne, mit der problembewusste, thematiemotivierte, potenzielle Täter und Dunkelfeld-Täter zur Teilnahme an dem Präventionsprojekt Dunkel-feld gewonnen wurden. Konzeption: Scholz & Friends.

Tab. 2 Häufigkeit sexueller Erregungsmuster bei Männern.

Häufigkeit verschiedener sexueller Erregungsmuster bei Männern (Teilnehmer der Berliner Männer-Studie II, N = 373)			
Erlebnisebenen	Allgemeine Sexualphantasien	Masturbationsphantasien	Realisiertes Sexualverhalten
Erregungsmuster	%	%	%
nicht-menschliche Objekte (z.B. Stoffe oder Schuhe)	29,5	26,0	24,1
Tragen von Frauenkleidung	4,8	5,6	2,7
Gedemütigtwerden	15,5	13,4	12,1
Quälen anderer Personen	21,4	19,6	15,3
Heimliches Beobachten von Intimsituationen	34,3	24,1	17,7
Präsentieren des Genitales gegenüber Fremden	3,5	3,2	2,1
Sexuelles Berühren fremder Personen in der Öffentlichkeit	13,1	7,0	6,4
Vorpubertäre Kinderkörper	9,4	5,9	3,8
	(n=35)	(n=22)	(n=14)
Sonstiges	6,2	6,2	4,6
Sexuelle Ansprechbarkeit auf mindestens ein Erregungsmuster	57,6	46,9	43,7

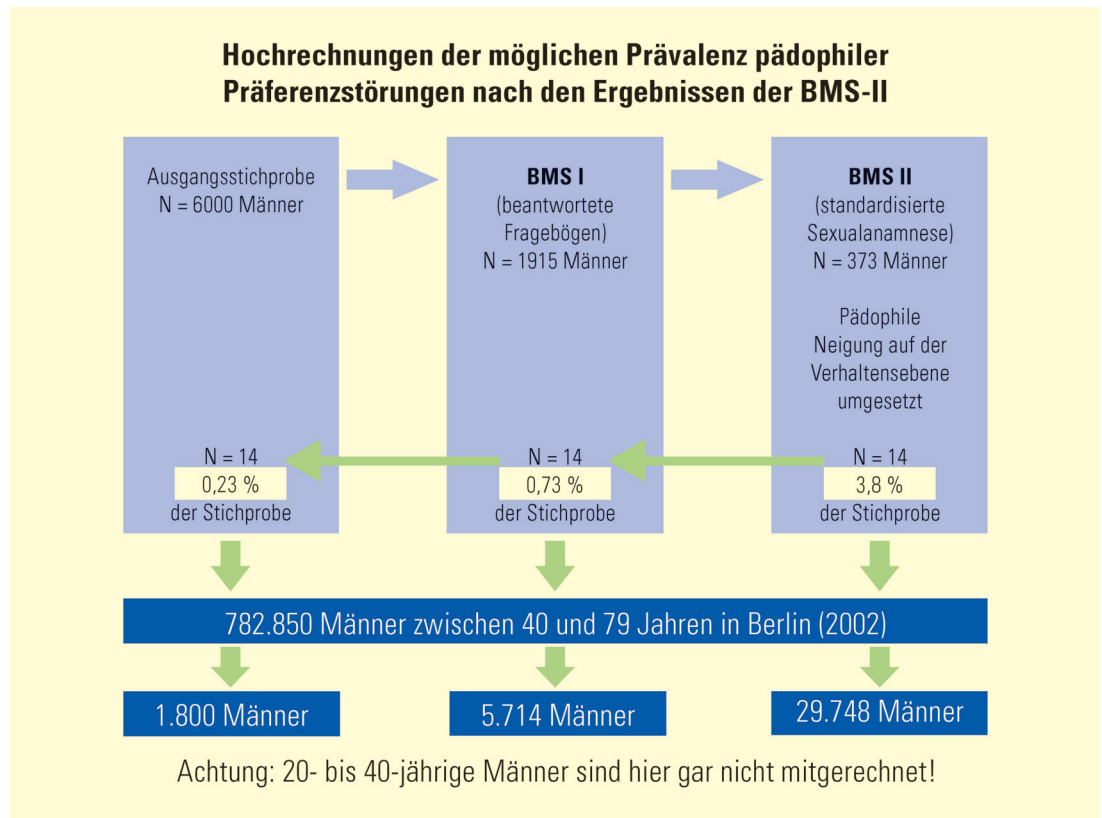


Abb. 2  
Hochrechnungen der möglichen Prävalenz pädophiler Präferenzstörungen nach den Ergebnissen der BMS-II

empfindend – sexuelle Kontakte mit einem Kind begangen hatten (vgl. Tab. 2), dann lassen sich hieraus Prävalenzen zwischen 0,23 % und 3,8 % errechnen (vgl. Abb. 2), wobei noch anzumerken ist, dass die sexuell und kriminell am meisten aktiven unter 40-jährigen Männer in dieser Untersuchung aus methodischen Gründen gar nicht miterfasst worden sind.

#### Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität)

Unter dieser Rubrik werden sämtliche sexuellen Verhaltensweisen subsumiert, bei denen das Wohl und die sexuelle Selbstbestimmung anderer Menschen beeinträchtigt oder geschädigt wird und die aus diesem Grunde strafrechtlich verfolgt werden können. Insgesamt sind mit dieser Störungsgruppe – unabhängig von ihrer strafrechtlichen Relevanz oder Verfolgbarkeit – sämtliche sexuellen Übergriffe (ob psychisch oder physisch) gegen die sexuelle Selbstbestimmung gemeint, die unter dem Begriff *Dissexualität* zusammengefasst werden (vgl. Beier, 1995). Zu den sexuellen Verhaltensstörungen zählen auch Versuche oder Durchführungen sexueller Handlungen vor, an oder mit Kindern (strafrechtlich: »Sexueller Missbrauch von Kindern«) oder Jugendlichen oder sonstigen Personen, die in die sexuellen Handlungen nicht einwilligen können.

Sexuelle Verhaltensstörungen können einerseits auf das Ausleben entsprechender Paraphilien zurückgehen, d.h., paraphile Impulsmuster können einen ursächlichen Hintergrund für gestörte sexuelle Verhaltensäußerungen darstellen und sind dann als *Neigungstaten* aufzufassen. Andererseits existieren auch dissexuelle Verhaltensweisen, die nicht das Ausleben eines paraphilen Impulsmusters darstellen, sondern auf eine andere Hintergrundproblematik zurückführbar sind (z.B. eine Persönlichkeitsstörung, eine Intelligenzminderung, eine Suchtproblematik etc.); Solche sexuellen Übergriffe sind dann als *Ersatzhandlungen* für eigentlich gewünschte sexuelle Interaktionen mit Partnern aufzufassen, die aus verschiedenen Gründen nicht sozial adäquat realisiert werden können. Dies bedeutet, dass im sexualdiagnostischen Prozess Störungen der sexuellen Präferenz und Störungen des sexuellen Verhaltens genau differenziert werden müssen und nicht verwechselt oder gar gleichgesetzt werden dürfen (vgl. Ahlers et al., 2005).

Abbildung 3 zeigt schematisch, dass in dem gesamten Spektrum der Paraphilien der größte Teil *nicht* mit sexueller Übergriffigkeit, also Dissexualität verbunden ist. Umgekehrt geht Dissexualität in den meisten Fällen nicht auf eine Paraphilie zurück. Vereinfacht: Die



große Menge der Männer mit sexuellen Präferenzstörungen (»Paraphilien«) ist nicht dissexuell, die große Menge Männer mit sexuellen Verhaltensstörungen (Dissexualität) nicht paraphil.

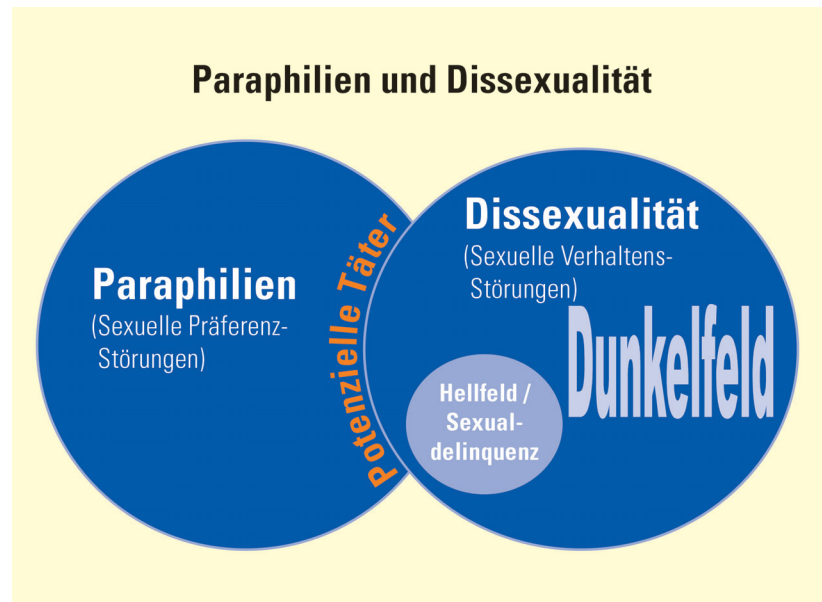
Einen besonderen Stellenwert hat in diesem Zusammenhang die Pädophilie. So gibt es Männer mit pädophiler Neigung, die in der Lage sind, ihre Wünsche nach Sexualkontakten mit Kindern auf die Phantasieebene zu beschränken, während bei anderen die Impulse auf die Verhaltensebene drängen (sog. *potentielle Täter*), die – wenn sie den drohenden Impulsdurchbruch vermeiden wollen – zum Teil therapeutische Hilfe suchen. Wieder andere haben bereits sexuelle Kontakte mit Kindern gehabt (meist ohne strafverfolgt worden zu sein) und zählen damit zur Gruppe der sog. *realen (Dunkelfeld-)Täter*.

**Das Forschungsprojekt**

Bisherige Maßnahmen zur Vorbeugung sexueller Übergriffe auf Kinder bestehen im Wesentlichen aus pädagogischen Präventionsprogrammen für potentielle Opfer (Kinder), Erzieher und Eltern. Wissenschaftlich fundierte Konzepte zu präventiven Therapiemöglichkeiten für potentielle Täter fehlen hingegen. Zur Vorbeugung von sexuellen Übergriffen auf Kinder muss es daher neben den pädagogischen Präventionsmaßnahmen für potentielle Opfer auch ein Ziel sein, therapeutische Präventionsmaßnahmen für potentielle Täter zu etablieren, die greifen bzw. wirksam werden, *bevor* es zu sexuellen Übergriffen kommt. Genau hier setzt das Forschungsprojekt »Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld« an, das am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführt wird.

Da jedem neigungsbedingten sexuellen Übergriff in der Phantasie Vorstellungen vorausgehen und zwischen den ersten Phantasien und realisierten sexuellen Übergriffen meistens längere Zeiträume (Jahre) liegen, sollte es ein vornehmliches Ziel sein, betroffene Männer zu erreichen, um ihnen eine präventive Therapie anzubieten, bevor aus Phantasien Taten werden. Angeknüpft werden muss folglich an die eigene Motivation potentieller Täter, die ein eigenes Anliegen darin sehen, keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) begehen zu wollen, und das, obwohl sie (noch) nicht unter dem Druck von Strafverfolgungsbehörden stehen.

Inwieweit bei dieser Zielgruppe Möglichkeiten präventiver Therapie zur Vorbeugung bzw. Verhinderung sexueller Übergriffe auf Kinder tatsächlich bestehen, soll in dem »Präventionsprojekt Dunkelfeld« (PPD) wissenschaftlich untersucht werden. Einbezogen in



das Therapieprogramm werden sowohl Personen, die bisher (noch) nicht übergriffig geworden sind, aber befürchten, sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen zu können (sog. »potentielle Täter«), als auch Personen, die bereits Kinder sexuell missbraucht haben, aber den Strafverfolgungsbehörden (noch) nicht bekannt sind (sog. »reale Dunkelfeld-Täter«).

Abb. 3 Paraphilien und Dissexualität.

Des Weiteren können Personen aufgenommen werden, die in der Vergangenheit wegen sexuellen Kindesmissbrauchs angezeigt und / oder rechtskräftig verurteilt wurden und eine ggf. gegen sie verhängte Strafe vollständig verbüßt haben. Diese Personen können jedoch nur dann einbezogen werden, wenn sie nicht (mehr) unter Bewährung und / oder Führungsaufsicht stehen und keine Therapieauflage (mehr) zu erfüllen haben (sog. »Ex-Hellfeld-Täter«). Das bedeutet, es können nur Personen teilnehmen, die nicht (mehr) unter irgendeiner Form von Aufsicht durch die Justiz stehen, d.h. nur nach vollständigem Abschluss aller rechtlichen Angelegenheiten.

Teilnahmewillige Personen müssen bezüglich ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse über ein Problembewusstsein verfügen und selbst (von sich aus) therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen, um keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) zu begehen. Alle Interessenten, die diese Einschlusskriterien erfüllen, werden, im Anschluss an eine eingehende Untersuchung (u.a. psychopathologische, persönlichkeitspsychologische und sexualmedizinische Diagnostik), entweder einer Einzeltherapie, einer Gruppentherapie oder einer Kontrollgruppe zugewiesen.

**Die Therapieform**

Der Behandlungsansatz (sog. »Dissexualitäts-Therapie«; vgl. Beier et al., 2005) besteht aus einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie, der sowohl verhaltenstherapeutische als auch spezielle sexualmedizinische Behandlungskonzepte zu Grunde liegen. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung werden z.B. die Aufdeckung systematischer Wahrnehmungs- und Interpretationsfehler und kognitiver Verzerrungen sowie die Fähigkeit zu Empathie und Perspektivenübernahme trainiert. Die sexualmedizinischen Behandlungsaspekte richten sich auf das konkrete sexuelle Erleben und Verhalten und führen u.a. zu vollständiger Klarheit über die Beschaffenheit und Perspektive der eigenen sexuellen Präferenzstruktur. Zusätzlich zu der zentralen psychotherapeutischen Behandlung bekommen alle Teilnehmer die Möglichkeit, unterstützende Medikamente zur Dämpfung sexueller Impulse einnehmen zu können.



Abb. 4  
Standbilder aus dem TV-Spot der Medienkampagne zum »Präventionsprojekt Dunkelfeld«.

Im Rahmen der Behandlung können und sollen die Teilnehmer lernen, mit ihren sexuellen Impulsen so umzugehen, dass sie weder Kinder noch sich selbst schädigen. Eine Heilung im Sinne einer Löschung des ursächlichen Problems (nämlich eine Veränderung der sexuellen Präferenzstruktur und damit der auf Kinder bezogenen sexuellen Impulse) ist – genau wie bei den meisten psychischen und Verhaltensstörungen, vielen organischen Krankheiten und allen chronischen Erkrankungen – nach derzeitigem Stand des sexualmedizinischen Wissens nicht möglich (vgl. Beier et al., 2005). Realistische Therapieziele lassen sich in folgende Unterpunkte aufschlüsseln:

1. Bewusstmachung / Realisierung der eigenen sexuellen Präferenz;
2. Akzeptanz der biografischen Persistenz der sexuellen Präferenz;
3. Integration der sexuellen Präferenz in das Selbstbild bzw. die sexuelle Identität;
4. Aufdeckung pathognomonischer Wahrnehmungsfehler;
5. vollständige Verantwortungsübernahme für das

eigene (insbesondere soziosexuelle) Verhalten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft;

6. Perspektivenübernahme und Empathie mit potentiellen oder realen Opfern;
7. Identifikation von Reiz- und Gefährdungssituationen und Konstellationen;
8. Erarbeiten und Erlernen systematischer Kontrollstrategien in Konfrontationssituationen;
9. vollständige Verhaltenskontrolle für das eigene Sexualverhalten in sämtlichen denkbaren Situationen und Konstellationen ohne (externalisierende) Verantwortungsdelegation.

**Die Medienkampagne**

Interessenten (d.h. problembewusste, terapiemotivierte, potentielle und reale Dunkelfeld-Täter) wurden mit Hilfe einer Medienkampagne (Poster und Plakate, Anzeigen, Kino- und TV-Spots, Internetauftritt, Banner; vgl. Abb. 1 und 4) auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, im Rahmen des »Präventionsprojektes Dunkelfeld (PPD)« am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Berliner Charité kostenlos und schweigepflichtgeschützt sowohl eine diagnostische Abklärung ihres Problems erhalten als auch Beratung und ggf. therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

Das Motto des Präventionsprojektes lautet: »Damit aus Phantasien keine Taten werden!«, der Leitsatz der Medienkampagne heißt: »lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?« und die vermittelte Botschaft ist: »Du bist nicht schuld an deinen sexuellen Gefühlen, aber du bist verantwortlich für dein sexuelles Verhalten. Es gibt Hilfe! Werde kein Täter!«. Auf der Projektwebsite [www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de) erhalten Interessenten alle nötigen Informationen und Kontaktdaten.

Die Erreichbarkeit terapiemotivierter potentieller Täter oder realer Dunkelfeld-Täter über Medien wurde mit Hilfe von Patienten erforscht, die wegen ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse in der Sexualmedizinischen Ambulanz der Charité behandelt wurden (vgl. Feelgood et al., 2002). Nach diesen Forschungsergebnissen sollte die Kampagne möglichst folgende Kriterien berücksichtigen:

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

Entwickelt wurde schließlich ein Plakatmotiv, auf dem ein in der U-Bahn sitzender Mann gezeigt wird, neben dem sich zwei Kinder auf dem Nachbarsitz in spielerischer Unbefangenheit die Zeit vertreiben. Das Motiv bedient sich eines einfachen Stilmittels, nämlich einem Haltegriff, der die Augen des Betroffenen verdeckt, um zu zeigen, dass die Tatgefährdeten bis dato in der Anonymität leben. Der Haltegriff spielt aber auch auf schwarze Balken an, die Täter auf Zeitungsfotos anonymisieren und damit auf die drohende Kriminalität hinweist, wenn es dem Betroffenen nicht gelingen sollte, die Befriedigung seiner pädophilen Impulse auf der Phantasieebene zu belassen.

Dies wird ergänzt durch den Slogan »lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?«, wobei die durchgängige Kleinschreibung mit der Doppeldeutigkeit von »ihnen« darauf abstellt, dass sich sowohl die Täter als auch die Kinder bei sexuellen Übergriffen schlecht fühlen. Sodann sind



auf dem Plakat die wichtigsten Kontaktdaten (Telefon, Website) aufgeführt, so dass Interessierten eine leichte Kontaktaufnahme ermöglicht wird (vgl. Abb. 1).

Die Möglichkeit zur Durchführung einer Medienkampagne verdankt das Projekt der Unterstützung der Opferschutzorganisation Stiftung Hänsel+Gretel ([www.haensel-gretel.de](http://www.haensel-gretel.de)). Die Konzeption, Gestaltung und Durchführung der Medienkampagne wurde kostenlos (pro-bono) durch die großzügige Unterstützung der Werbeagentur *Scholz & Friends* ([www.s-f.com](http://www.s-f.com)) gewährleistet. Die Öffentlichkeitsarbeit wurde dankenswerterweise von der PR-Agentur *Scholz & Friends Agenda* koordiniert; über 100 Medienkontakte wurden von Mitarbeitern des Instituts für Sexualmedizin absolviert, woraus über 300 Medienberichte resultierten.

Bis zum Juli 2006 hatten sich mehr als 400 Männer gemeldet, bei etwa der Hälfte (180) ist die Diagnostik vollständig abgeschlossen (sehr viele scheuen sich weiterhin aus Angst vor Diffamierung Vertrauen zu fassen und an der diagnostischen Phase teilzunehmen)

und mit 70 wurde Anfang des Jahres die Therapiephase begonnen.

Für die Öffentlichkeitsarbeit inklusive der Medienkampagne zum »Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD)« wurden bisher sieben Preise und Auszeichnungen verliehen:

1. »IATSO-Award 2002« für die inhaltliche Konzeption der Medienkampagne zur Erreichung therapiemotivierter, potentieller und realer Dunkelfeldtäter (IATSO = International Association for the Treatment of Sexual Offenders);
2. »Politikaward 2005« für die beste Medienkampagne 2005 einer öffentlichen Institution;
3. »Bscher-Medienpreis 2006« der Humboldt-Universität-Gesellschaft für erfolgreiche Vermittlung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse an die Öffentlichkeit und
4. Auszeichnung »Ausgewählter Ort« in der Rubrik Wissenschaft im Rahmen der Bundeskampagne »365 Orte im Land der Ideen« 2006;
5. »Comprix Finalist 2006« – Award for innovative Healthcare-Communication, Category: Non RX, Non OTC – Social Campaign TV;
6. Finalist bei »Der Deutsche PR-Preis 2006« der Deutschen PR-Gesellschaft e.V. sowie
7. Finalist beim »PR-Report Awards 2006« des FAZ-Instituts für Management, Markt und Medieninformation GmbH.

**Ausblick**

Das übergeordnete Ziel des Projektes ist die Senkung der Häufigkeit sexueller Übergriffe auf Kinder durch Etablierung qualifizierter präventiver Therapieangebote für (potentielle und reale) Dunkelfeld-Täter und die Reduktion von Schwellenängsten, solche Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Hierzu ist es von Bedeutung, im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit darauf hinzuweisen, dass Pädophilie nicht mit sexuellem Missbrauch und daher nicht mit einem Straftatbestand gleichzusetzen ist. Infolgedessen muss der Gedanke primärer Prävention viel stärker in den Blickpunkt gerückt werden: Denjenigen zu helfen, die auf Kinder gerichtete sexuelle Impulse verspüren und selbst motiviert sind, sexuelle Missbrauchshandlungen an Kindern zu vermeiden. Dies ist ein effektiver Beitrag zum Kinderschutz.





**Prof. Dr. med. Dr. phil.  
Klaus M. Beier**

Jg. 1961, studierte Medizin (ab 1979) und Philosophie (ab 1980) an der FU Berlin. Ab 1988 wissenschaftlicher Assistent für Sexualmedizin an der Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel. Nach Habilitation für Sexualmedizin 1994 Berufung an die Humboldt-Universität zu Berlin auf die Professur für Sexualwissenschaft/ Sexualmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahre 1996. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zusatzbezeichnung Psychoanalyse. Seine Forschungsinteressen gelten der Grundlagenforschung, Präventionsforschung, klinischen Epidemiologie und klinischen Forschung. In diesem Zusammenhang Entwicklung neuer Therapieverfahren (Syndyastische Sexualtherapie, Dissexualitätstherapie).

**Dipl.-Psych.  
Gerard A. Schäfer**

Jg. 1969, Studium der Psychologie und Sexualwissenschaft in Mannheim, Frankfurt, New York (USA) und Sydney (Australien). Seit 1998 freier, seit 2002 wissenschaftlicher und klinischer Mitarbeiter am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité, dort von 2001–2003 curricular fundierte sexualmedizinische Fortbildung.



Tätigkeitsbereiche: Konzeption, Planung und Durchführung sexualwissenschaftlicher Forschungsprojekte; Diagnostik und Therapie bei Sexualstörungen; Mitarbeit an forensisch-sexualmedizinischen Begutachtungen. Forschungsschwerpunkte: Epidemiologische Sexualforschung, Methodenforschung.



**Dr. med. David Goecker**

Jg. 1971. Studium der Humanmedizin in Bochum, postgraduales Curriculum »Sexualmedizin« in Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Sexualmedizinische Behandlung bei sexuellen Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen sowie bei sexuellen Präferenz- und Verhaltensstörungen; Begutachtung zu Transsexualität und Dissexualität.

**Dipl.-Psych. Janina Neutze**

Jg. 1969. Studium der Musikwissenschaft des klassischen Gesangs und der Psychologie in Hamburg und Berlin. Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten im Schwerpunkt Verhaltenstherapie und sexualmedizinische



Fortbildung. Seit 2003 Mitarbeiterin am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité. Forschungsschwerpunkte: Sexualität und Partnerschaft bei chronischer Erkrankung; Sexualität, Geschlechtlichkeit und Stimme; Verhalten und Veränderungsmotivation bei sexuellen Präferenz- und Verhaltensstörungen.



**Dipl.-Psych.  
Christoph Joseph Ahlers**

Jg. 1968. Studium: Psychologie (Diplom) in Mannheim und Berlin. Seit 1998 wissenschaftlicher und klinischer Mitarbeiter am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité. Psychotherapeutische Ausbildung in Verhaltens- und Sexualtherapie. Tätigkeitsbereich: Diagnostik und Behandlung bei Sexualstörungen.

Arbeitsschwerpunkte: Forensische Sexualdiagnostik im Rahmen von gerichtlichen Begutachtungen zu Transsexualität und Dissexualität; Syndyastische Sexualtherapie bei sexuellen Funktionsstörungen.

**Literatur**

Ahlers, Ch. J. / Schaefer, G. A. / Beier, K. M. (2004): Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis. *Sexuologie* 11 (3/4): S. 74–97.

Ahlers Ch. J. / Schaefer, G. A. / Beier, K. M. (2005): Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10. *Sexuologie* 12 (3/4), S. 120–152.

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th revised ed. (DSM-IV-TR) APA, Washington DC. Dt. Bearb.: *Saß, H./Wittchen, H. U./Zaudig, M./Houben, I.* (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Beier, K. M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Berlin: Springer.

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

Dansky, B. S. et al. (1997): National Women's Study. *Intern J Eating Disord* 21: 213–228.

Feelgood, S. R. / Ahlers, Ch. J. / Schaefer, G. A. / Ferrer, A. / Beier, K.M. (2002): Generation of concrete ideas for a media campaign to motivate undetected sexual offenders to seek treatment using the Marketing Psychology approach. Paper presented at the 7th International Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), September 11.–14. 2002, Vienna, Austria, EU. Awarded Second Prize by the expert panel.

Langström, N. / Zucker, K.J. (2005): Transvestic Fetishism in the General Population: Prevalence and Correlates. *Journal of Sex & Marital Therapy* 31: 87–95

Schaefer, G. A. / Englert, H. S. / Ahlers, Ch. J. / Roll, S. / Willich, S. N. / Beier K. M. (2003): Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse aus der Berliner Männer-Studie BMS-I. *Sexuologie* 10 (2/3): 50–60.

Wetzels, P. (1997): Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs. *Sexuologie* 4 (2): 89–107.

World Health Organisation (WHO) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

**Internet**

[www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de)  
[www.sexualmedizin-charite.de](http://www.sexualmedizin-charite.de)

<b>Kontakt</b>	
Humboldt-Universität zu Berlin	Luisenstraße 57 D–10117 Berlin
Charité – Universitätsmedizin Berlin	Tel.: +49 30 450–529302
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin	Fax: +49 30 450–529992
	E-Mail: klaus.beier@charite.de