

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Präventionsangebote für Personen mit sexuellen
Interessen an Kindern und ihre Wirkung*

Forschungsbericht Nr. 4/20



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit» konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autoren/Autorinnen: Susanna Niehaus, Hochschule Luzern
Delia Pisoni, Hochschule Luzern
Alexander F. Schmidt, Johannes Gutenberg Universität Mainz
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Institut Sozialarbeit und Recht
Werftstrasse 1
CH-6002 Luzern
Tel. +41 (0) 41 367 48 69
E-Mail: susanna.niehaus@hslu.ch
Internet: www.hslu.ch

Auskünfte: Manuela Krasniqi
Geschäftsfeld Familie, Generationen und Gesellschaft
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern
Tel. +41 (0) 58 462 91 69
E-Mail: manuela.krasniqi@bsv.admin.ch

ISSN: 1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion)

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer: 318.010.4/20D

Schlussbericht

Präventionsangebote für Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und ihre Wirkung

Susanna Niehaus, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Delia Pisoni, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Alexander F. Schmidt, Johannes Gutenberg Universität zu Mainz

Unter Mitarbeit von: Regina Studer (Übersetzung des Fragebogens ins Französische)
Felix Zimmer (Programmierung des Online-Fragebogens)

Januar 2020

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Die Postulate Rickli Natalie (16.3637) und Jositsch Daniel (16.3644) «Präventionsprojekt «Kein Täter werden» für die Schweiz» beauftragen den Bundesrat, in einem Bericht darzulegen, welche Wirkung Präventionsprojekte für Personen mit einer pädophilen Neigung (d.h. Erwachsene und Jugendliche mit sexuellen Interessen an Kindern) haben, und ob sie sexuelle Übergriffe auf Kinder verhindern können. Es soll zudem untersucht werden, wie in der Schweiz ein zielführendes Präventionsangebot sichergestellt werden könnte und welche Rolle dabei dem Bund zukommen würde. Das federführende Bundesamt für Sozialversicherungen hat zur Erarbeitung der Grundlagen einen Forschungsauftrag an die Hochschule Luzern vergeben.

Der Forschungsbericht fasst die Erkenntnisse zur Entstehung von Sexualdelinquenz zusammen und zeigt auf, dass nicht alle Personen, die sich wegen sexuellen Handlungen mit Kindern strafbar machen, pädophil sind, und nicht alle Personen mit einer pädophilen Neigung sexuelle Handlungen mit Kindern begehen oder dies in Zukunft tun werden. Der Bericht beschreibt, welche Beratungs- und Behandlungsangebote für Betroffene im In- und Ausland existieren und welche Erkenntnisse es zu deren Wirksamkeit gibt. Zudem wurden über eine standardisierte Online-Befragung von in der Schweiz niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten deren Kenntnisse, Erfahrungen und Einstellungen gegenüber den Betroffenen erhoben.

Die Befunde zeigen, dass das Präventionsangebot in der Schweiz sehr lückenhaft ist: Insbesondere in der Deutschschweiz und im Tessin fehlen spezialisierte Beratungs- bzw. Behandlungsangebote. Die bestehenden Angebote sind schwer auffindbar, da sie kaum beworben werden. Niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten haben zudem Vorbehalte gegenüber Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und sind – auch mangels notwendiger Qualifikationen – wenig bereit, sie zu behandeln. Es fehlen eine schweizweite Koordination und eine Öffentlichkeitskampagne zur Bekanntmachung der Angebote. Zur Wirksamkeit der Präventionsangebote im Sinne einer Verhinderung sexueller Übergriffe liegen bisher weder im Ausland noch in der Schweiz aussagekräftige empirische Belege vor. Dies liegt vor allem daran, dass ein solcher Nachweis methodisch besonders schwierig ist. Nutzerbefragungen zeigen, dass die Betroffenen ein Bedürfnis nach solchen Angeboten haben und der Ansicht sind, dass diese ihre psychische Belastung mindern und ihnen Sicherheit im Umgang mit problematischen Alltagssituationen und für die Konfrontation mit Kindern geben.

Durch das Zusammentragen des aktuellen Wissensstands zur pädophilen Neigung und die Klarstellung, dass eine solche nicht zwingend mit sexuellen Handlungen an Kindern einhergeht, tragen die Forschenden zur Versachlichung des Themas bei. Zudem enthält der Forschungsbericht konkrete Handlungsempfehlungen für die Schweiz und ist damit eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des schweizerischen Präventionsangebots.

Ludwig Gärtner

Leiter Geschäftsfeld Familie, Generationen und Gesellschaft

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Dans leurs postulats « Mise en place en Suisse d'un projet de prévention du type "Kein Täter werden" » (Ne pas passer à l'acte), Natalie Rickli (16.3637) et Daniel Jositsch (16.3644) chargeaient le Conseil fédéral de présenter, dans un rapport, l'impact des projets de prévention destinés aux personnes ayant un penchant pédophile (à savoir, les adultes et les adolescents attirés sexuellement par les enfants) et d'examiner s'il est possible de prévenir les agressions sexuelles sur les enfants. Il s'agissait également de réfléchir à la mise en œuvre d'une offre de prévention ciblée en Suisse et au rôle éventuel de la Confédération. L'Office fédéral des assurances sociales, en charge du dossier, a confié à la Haute école de Lucerne un mandat de recherche visant à élaborer des bases de réflexion dans ce domaine.

Le présent rapport de recherche résume les connaissances relatives à la genèse de la délinquance sexuelle ; il montre que tous les coupables d'actes d'ordre sexuel sur des enfants ne sont pas pédophiles et que toutes les personnes ayant des penchants pédophiles ne portent pas atteinte à l'intégrité sexuelle d'enfants. Il présente les offres de conseil et de traitement destinées aux personnes concernées, en Suisse et à l'étranger, ainsi que les conclusions relatives à leur efficacité. De plus, une enquête en ligne standardisée a été menée auprès de thérapeutes établis en Suisse en vue de recueillir des informations sur leurs connaissances, leurs expériences et leur attitude à l'égard des personnes concernées.

Les résultats montrent qu'en Suisse, l'offre de prévention est très lacunaire : la Suisse alémanique et le Tessin ne proposent notamment aucune prestation spécialisée. Les offres existantes sont difficiles à trouver, car très peu mises en avant. Par ailleurs, les thérapeutes se montrent réservés vis-à-vis des personnes attirées sexuellement par les enfants et sont peu disposés à soigner ces derniers, aussi par manque de qualifications. Une coordination à l'échelle nationale et une campagne d'information publique permettraient de mieux faire connaître les offres disponibles. Pour l'instant, aucune preuve empirique, en Suisse ou à l'étranger, ne permet de conclure à l'efficacité des offres de prévention visant à prévenir les agressions sexuelles. De fait, une telle preuve est très difficile à fournir sur le plan méthodologique. Les enquêtes réalisées auprès des utilisateurs de ces offres de prévention montrent pourtant que les personnes concernées estiment que ces offres soulagent leur souffrance psychique et leur donnent l'assurance de pouvoir gérer les situations problématiques du quotidien et de se confronter aux enfants.

En compilant les connaissances récentes sur les penchants pédophiles et en mettant en évidence le fait que ces derniers ne se traduisent pas nécessairement par un passage à l'acte, les chercheurs contribuent à objectiver ce thème. Le rapport contient en outre une série de recommandations concrètes et constitue donc une importante base de développement pour l'offre de prévention en Suisse.

Ludwig Gärtner

Responsable du domaine Famille, générations et société

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Con i postulati Rickli 16.3637 e Jositsch 16.3644 "Progetto di prevenzione «Kein Täter werden» in Svizzera", il Consiglio federale è incaricato di elaborare un rapporto che illustri gli effetti di progetti di prevenzione destinati a persone con un'inclinazione di tipo pedofilo (ovvero adulti e giovani che provano attrazione per i bambini) e valuti se progetti del genere siano in grado di impedire abusi sessuali su minori. Nel rapporto va inoltre analizzato come si potrebbe garantire in Svizzera un'offerta di misure di prevenzione efficaci e quale ruolo dovrebbe assumere la Confederazione. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, cui è stata affidata la direzione dei lavori, ha conferito alla Scuola universitaria professionale di Lucerna un mandato scientifico per l'elaborazione delle basi del rapporto in questione.

Il rapporto di ricerca raccoglie le conoscenze disponibili sull'origine della delinquenza sessuale e spiega che non tutte le persone che si rendono perseguibili penalmente a causa di atti sessuali con minori sono pedofili o ebefili, così come non tutte le persone che provano un'attrazione di tipo pedofilo o ebefilo compiono o compiranno tali atti. Nel rapporto vengono descritti i servizi di consulenza e i trattamenti proposti in Svizzera e all'estero per le persone attratte sessualmente da minori (MAP) nonché presentate le conoscenze disponibili in merito alla loro efficacia. Inoltre è stata condotta un'inchiesta standardizzata online tra terapisti indipendenti in Svizzera in merito alle loro conoscenze, esperienze e opinioni nei confronti delle MAP.

I risultati mostrano che l'offerta di misure di prevenzione in Svizzera è molto lacunosa: in particolare nella Svizzera tedesca e in Ticino mancano servizi di consulenza e programmi di trattamento specializzati. Le misure esistenti sono difficili da reperire, in quanto praticamente non pubblicizzate. I terapisti indipendenti mostrano inoltre riserve nei confronti delle MAP e, anche a causa della mancanza delle qualifiche necessarie, sono poco disposti al trattamento di queste ultime. Mancano inoltre un coordinamento a livello nazionale e una campagna divulgativa per far conoscere le misure di prevenzione. In merito all'efficacia di queste ultime per evitare abusi sessuali su minori, ad oggi non esistono prove empiriche attendibili in grado di confermarla, né in Svizzera né all'estero. Questo è dovuto in particolare al fatto che una tale prova risulta particolarmente difficile a livello metodologico. Da indagini svolte presso gli utenti emerge che le persone interessate hanno bisogno di misure di questo genere, le quali a loro avviso riducono il carico psicologico a cui sono sottoposti e danno loro sicurezza nel gestire situazioni problematiche nella vita quotidiana in generale e il confronto con i minori in particolare.

Riunendo le conoscenze attuali in merito all'attrazione di tipo pedofilo o ebefilo e chiarendo che questa non va necessariamente di pari passo con il compimento di atti sessuali su minori, i ricercatori contribuiscono all'esame oggettivo del tema. Nel rapporto di ricerca formulano inoltre raccomandazioni concrete per la Svizzera circa la necessità d'intervento, fornendo così una base per lo sviluppo dell'offerta di misure di prevenzione a livello nazionale.

Ludwig Gärtner

Capo dell'Ambito Famiglia, generazioni e società

Foreword by the Federal Social Insurance Office

The Natalie Rickli (Po 16.3637) and Daniel Jositsch (Po 16.3644) postulates regarding the “Prevention project ‘Kein Täter werden’ [Don’t Become an Offender] for Switzerland” commission the Federal Council to outline in a report the impact that prevention projects have on individuals with a paedophilic tendency (i.e. adults and adolescents with a sexual interest in children) and whether they can prevent sexual assaults on children. It should also investigate how adequate prevention services could be established in Switzerland and the corresponding role of the Confederation. In its capacity as the lead office in this matter, the Federal Social Insurance Office commissioned the Lucerne University of Applied Sciences and Arts to carry out research into the fundamentals.

The research report brings together the findings regarding the development of sexual delinquency and shows that not all individuals who commit sexual offences against children are paedophilic, and not all individuals with a paedophilic tendency commit sexual acts or go on to commit sexual acts against children. The report describes the counselling and treatment options that exist in Switzerland and abroad, and sets out what is known regarding their effectiveness. In addition, a standardised online survey of community-based therapists in Switzerland allowed their insights, experiences and attitudes in respect of those concerned to be collected.

Findings show that prevention services in Switzerland are extremely patchy: specialised counselling and treatment offerings were particularly insufficient in German-speaking Switzerland and in Ticino. The existing offerings are difficult to find since they are hardly advertised. Moreover, community-based therapists have reservations towards persons with a sexual interest in children and – often due to a lack of necessary qualifications – are reluctant to treat them. There is a need for coordination between the various parts of Switzerland and for a public awareness campaign to advertise the offerings. As yet, no significant empirical evidence exists – either in Switzerland or abroad – concerning the effectiveness of prevention offerings when it comes to preventing sexual assaults. This is mainly due to the fact that it is particularly difficult to obtain such evidence methodically. User surveys show that those concerned have a need for such offerings and are of the view that these reduce their psychological burden and give them a sense of security when handling problematic everyday situations and in encounters with children.

By combining the latest understandings on paedophilic tendency with the clarification that this does not necessarily correlate with sexual offences against children, the researchers are helping to objectify discussion on the subject. The research report also contains specific recommendations for Switzerland and is therefore an important basis for the further development of Swiss prevention offerings.

Ludwig Gärtner

Head of Family, Generations and Society

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
Zusammenfassung	IX
Résumé	XXI
Riassunto	XXXV
Summary	XLVII
1. Ausgangslage	1
1.1 Fragestellungen	3
1.2 Definition zentraler Begriffe	5
1.3 Prävalenz und Entstehungsbedingungen sexuellen Kindesmissbrauchs	6
1.3.1 Prävalenz, Tätergruppen und Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs	6
1.3.2 Allgemeine Prävention von Sexualdelinquenz	7
1.3.3 Das Motivation-Facilitation Modell zur Erklärung von Sexualstraftaten an Kindern	9
1.3.4 Prävalenz sexueller Interessen an Kindern und Jugendlichen	10
1.3.5 Zum Zusammenhang zwischen pädo-/hebephilen sexuellen Interessen und Kindesmissbrauchsdelikten sowie der Nutzung von Missbrauchsabbildungen	12
1.3.6 Stigmatisierungsstress von MAPs als indirekter Risikofaktor für das Begehen von Delikten gegen die sexuelle Integrität von Kindern und Jugendlichen	14
2. Studiendesign	19
2.1 Systematische Internetrecherche	19
2.2 Systematisches Literaturreview	21
2.2.1 Datenbanken und Suchbegriffe	21
2.2.2 Such- und Selektionsstrategie	22
2.3 Dokumentenanalyse	24
2.4 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews	26
2.4.1 Auswahl der Expertinnen und Experten	26
2.4.2 Themen	27
2.5 Befragung von Psychotherapeut(inn)en, Psychiater(inne)n und Sexolog(inn)en	28
2.5.1 Fragebogenkonstruktion	28
2.5.2 Sampling	29

2.5.3	Skalenanalysen	30
3.	Ergebnisse	33
3.1	Internationale sekundärpräventive Angebote und deren Ausgestaltung	33
3.1.1	Sekundärpräventive Informations-/Beratungsangebote ohne Behandlungsoption	34
3.1.1.1	Das STOP IT NOW! Programm	34
3.1.1.2	Das Projekt PedoHelp	36
3.1.2	Sekundärpräventive Angebote mit Behandlungsoption	37
3.1.2.1	Das Berliner Modell des Präventionsprojekts Dunkelfeld	37
3.1.2.2	Das Präventionsnetzwerk Kein Täter werden	41
3.1.2.3	Das Hamburger Modell im Präventionsnetzwerk Kein Täter werden	43
3.1.2.4	Weitere sekundärpräventive Behandlungsprogramme ohne veröffentlichte Daten	46
3.1.3	Rolle niedergelassener Therapeut(inn)en bei der Prävention	48
3.2	Erkenntnisse zur Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote für MAPs	48
3.2.1	Empirische Erkenntnisse zu Informations- und Beratungsangeboten ohne Behandlungsoption	48
3.2.2	Empirische Erkenntnisse zu Angeboten mit Behandlungsoption	50
3.2.2.1	Forschungsergebnisse zum Programm des Präventionsprojekts Dunkelfeld	50
3.2.2.2	Forschungsergebnisse zu weiteren Standorten im Präventionsnetzwerk Kein Täter werden	53
3.2.3	Erkenntnisse hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppe	55
3.2.4	Zwischenfazit zur Wirkung und Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote für MAPs sowie zu deren Erreichbarkeit	57
3.3	Behandlungsbedarf und Erleben des Kontakts mit Therapeutinnen und Therapeuten aus der Perspektive von MAPs	58
3.3.1	Empirische Erkenntnisse zum subjektiven Erleben sexueller Interessen an Kindern und Jugendlichen und zum Behandlungsbedarf von MAPs	59
3.3.2	Empirische Erkenntnisse zur Wirkung therapeutischen Handelns aus der Perspektive hilfesuchender MAPs und zu Verbesserungsmöglichkeiten	60
3.3.3	Zwischenfazit zu Erkenntnissen zum Behandlungsbedarf und Erleben des Kontakts mit Therapeut(inn)en	62
3.4.	Versorgungssituation in der Schweiz	62
3.4.1	Historische Entwicklung	62
3.4.2	Aktuelle Angebotsstruktur	63
3.4.2.1	Deutschschweiz	63

3.4.2.2	Romandie	65
3.4.2.3	Tessin	67
3.4.3	Behandlungsangebot niedergelassener Schweizer Therapeut(inn)en: Selbsteinschätzung der Qualifikation, Einstellungen und Behandlungsbereitschaft	67
3.4.3.1	Beschreibung der Stichprobe	67
3.4.3.2	Spezifische Behandlungserfahrung	68
3.4.3.3	Spezifische Qualifikation und Kompetenzerleben	70
3.4.3.4	Einstellungen zu MAPs und deren Zusammenhänge mit der Behandlungsbereitschaft	72
3.4.4	Zwischenfazit zur Versorgungssituation von MAPs in der Schweiz und Handlungsbedarf aus Expertensicht	80
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	83
4.1	Schlussfolgerungen	83
4.1.1	Internationales Präventionsangebot	83
4.1.2	Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote für MAPs	84
4.1.3	Erreichbarkeit der Zielgruppe	86
4.1.4	Versorgungssituation in der Schweiz	88
4.1.5	Allgemeine Empfehlungen bzw. Idealmodell	89
4.2	Handlungsbedarf und abschliessende Empfehlungen für die Schweiz	92
4.2.1	Handlungsbedarf in der Schweiz	92
4.2.2	Empfehlungen für die Schweiz	93
4.2.2.1	Aufbau eines Beratungsangebots für MAPs in der Deutschschweiz	93
4.2.2.2	Bereitstellung regionaler Behandlungsangebote für MAPs	93
4.2.2.3	Aus- und Weiterbildung von Therapeut(inn)en	94
4.2.2.4	Gesamtschweizerische Koordination der Präventionsangebote	95
4.2.2.5	Systematische Evaluation der Behandlungsangebote	95
4.2.2.6	Öffentlichkeitswirksame Informationskampagnen	96
5.	Literatur	97
6.	Anhang	105
6.1	Ergänzende Informationen zur Internet- und Literaturrecherche	105
6.2	Verwendete Befragungsinstrumente	109
6.2.1	Leitfaden qualitative Experteninterviews	109
6.2.2	Fragebogen für Psychotherapeut(inn)en, Psychiater(innen) und Sexolog(inn)en (Beispiel: Deutschschweiz)	111

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Motivation-Facilitation Modell nach Seto (2019, S. 5)	9
Abbildung 2:	Die Effekte von Stigmatisierungsstress auf Risikofaktoren für Kindesmissbrauchsdelikte (Jahnke, Schmidt et al., 2015)	16
Abbildung 3:	Verknüpfung methodischer Zugänge und Forschungsfragen im Überblick	19
Abbildung 4:	Flussdiagramm Quellenauswahl zur Identifikation von Präventionsangeboten	20
Abbildung 5:	Flussdiagramm zum Suchprozedere und zur Anzahl identifizierter Publikationen	23
Abbildung 6:	Behandlungsprinzipien des Projektes Dunkelfeld (Kuhle, 2018)	39
Abbildung 7:	Übersicht therapierelevanter Problembereiche im Berliner Projekt Dunkelfeld (Beier, 2018, S. 49)	40
Abbildung 8:	Übersicht zum Erwerb spezifischer Kompetenzen	72
Abbildung 9:	Verteilung der Angaben zur Behandlungsbereitschaft von Schweizer Therapeut(inn)en im Hinblick auf nicht sexualdelinquente MAPs	73
Abbildung 10:	Verteilung der Angaben zur Behandlungsbereitschaft von Schweizer Therapeut(inn)en im Hinblick auf von Übergriffen berichtende MAPs	74
Abbildung 11:	Übersicht zu Bedenken bezüglich einer eigenen Behandlung von MAPs	75
Abbildung A1:	Überblick über die von Schweizer Therapeut(inn)en wahrgenommene Intensität von Problembereichen, die MAPs betreffen	119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über Reliabilitäten (Interne Konsistenzen; Cronbachs α) im Gesamtsample und innerhalb der Sprachversionen	31
Tabelle 2: Übersicht über Professionshäufigkeiten	68
Tabelle 3: Übersicht über Patientencharakteristika Behandler	69
Tabelle 4: Übersicht über Weiterverweisungspraktiken	70
Tabelle 5: Interkorrelationen (r) von Therapeutenfaktoren, Behandlungserfahrung und Einstellungen zu MAPs und deren Behandelbarkeit.	78
Tabelle 6: Multivariate Zusammenhänge mit den zusammengefassten stigmatisierenden Einstellungen	79
Tabelle A1: Suchbegriffe Literaturreview	106
Tabelle A2: Deskriptive Daten und Geschlechts- sowie Regionsunterschiede teilnehmender Psychotherapeut(inn)en, Psychiater(innen) und Sexolog(inn)en	118

Zusammenfassung

1. Ausgangslage und Fragestellungen

In den am 12. September 2016 eingereichten, gleichlautenden Postulaten von Ständerat Jositsch (16.3644) und Nationalrätin Rickli (16.3637) wurde ein Bericht verlangt zu Präventionsprojekten, die sich an Erwachsene und Jugendliche mit pädophilen Neigungen bzw. sexuellen Fantasien mit Kindern richten, welche keine sexuellen Übergriffe auf Kinder verübt haben. Es solle aufgezeigt werden, welche Wirkung Präventionsprojekte wie «Kein Täter werden» oder «DIS NO» auf potentielle pädosexuelle Straftäter(innen) hätten respektive wie erfolgreich diese in der Praxis seien, und ob ein ausgebautes Präventionsangebot für pädosexuelle Straftäter(innen) entsprechende Übergriffe verhindern könne. Für den Fall, dass ein ausgebautes Präventionsangebot zielführend sei, solle aufgezeigt werden, wie ein solches Angebot sichergestellt werden könne und welche Rolle dem Bund dabei zukäme. Nach Überweisung der Postulate an den Bundesrat wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) mit der Erstellung des Berichts beauftragt, die Federführung lag beim Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

Das BSV schrieb das Projekt zur Erarbeitung eines Überblicks über entsprechende Präventionsangebote in der Schweiz und im Ausland im November 2018 aus. Die Studie sollte Auskunft darüber geben, welche Erkenntnisse es zur Wirksamkeit von solchen Angeboten gibt, und erfolgsversprechende Praktiken identifizieren. Die bestehenden wissenschaftlichen Evaluationen, systematischen Reviews und Metaanalysen sollten zusammengetragen und systematisch dargestellt werden. Zudem sollten die Erkenntnisse zur Rolle und zur Wirksamkeit von Interventionen niedergelassener Sexolog(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und Psychiater(innen) dargelegt werden. Gestützt auf diese Befunde sollten Empfehlungen für die Schweiz abgeleitet werden.¹ Ende Februar 2019 erhielt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU) zusammen mit der Johannes Gutenberg Universität zu Mainz den Auftrag, das Projekt durchzuführen.

Der vorliegende Abschlussbericht gibt einen Überblick über die methodische Anlage des Projektes sowie über dessen Ergebnisse, auf Basis derer Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Schweiz abgeleitet werden.

2. Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden verschiedene methodische Zugänge verknüpft, deren Befunde abschliessend integriert wurden: eine systematische Internetrecherche und ein Literaturreview, eine Dokumentenanalyse (Programmbeschreibungen), halbstrukturierte Interviews mit nationalen und internationalen Expert(inn)en ($N=15$) sowie eine standardisierte Online-Befragung von Fachpersonen für psychologische und psychiatrische

¹ Die Fragestellungen werden in Abschnitt 1.1 des Berichts im Detail wiedergegeben.

Psychotherapie und für Sexologie ($N=427$). Durch dieses multiperspektivische und multimethodologische Vorgehen liessen sich die Befunde aus unterschiedlichen Datenquellen gegenseitig validieren.

3. Erkenntnisse und Schlussfolgerungen

3.1 Prävalenz, Folgen und Entstehungsbedingungen von Straftaten gegen die sexuelle Integrität von Kindern

3.1.1 Prävalenz und Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs

Sexuelle Handlungen mit Kindern unter 16 Jahren sind gemäss Schweizer Strafgesetzbuch (StGB) grundsätzlich strafbar, sofern der Altersunterschied zwischen den Beteiligten mehr als drei Jahre beträgt. Unter Strafe steht ebenso der Konsum von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs (sogenannte Kinderpornografie). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ist ein anhaltendes Problem. Gestützt auf internationale Meta-Analysen wird davon ausgegangen, dass weltweit etwa 15 bis 20 % der Mädchen und rund 8 % der Jungen von sexuellem Missbrauch betroffen sind. Vergleichbare Zahlen liegen auch für die Schweiz vor. Das Erleben sexuellen Missbrauchs verursacht grosses Leid und ist ein empirisch gut belegter Risikofaktor für die Beeinträchtigung der psychischen und allgemeinen Gesundheit. Die damit verbundenen gesellschaftlichen Kosten belaufen sich international auf vielfache Milliardenbeträge. Entsprechend kommt der Prävention sexuellen Missbrauchs eine hohe gesellschaftliche Priorität zu, es ist eine Pflicht des Staates, Kinder und Jugendliche vor Verletzungen ihrer physischen, psychischen und sexuellen Integrität zu schützen.

3.1.2 Entstehungsbedingungen sexuellen Kindesmissbrauchs

Für eine wirksame Prävention ist es wichtig, die Ursachen für das Begehen von Straftaten gegen die sexuelle Integrität von Kindern zu kennen. Das Motivation-Facilitation Modell² zur Erklärung von Sexualdelinquenz von Seto (2019) beschreibt für die Entstehung von Sexualdelinquenz zwei Gruppen von Risikofaktoren als wesentlich: motivationale und enthemmende Faktoren. Sexuelles Interesse an Kindern, d.h. eine pädophile oder hebephile Neigung³, ist einer von mehreren motivationalen Faktoren, welche die Anregung und damit das Risiko für die Ausübung einer Sexualstraftat zum Nachteil von Kindern steigern, jedoch keineswegs zwangsläufig zu einer solchen führen. Nicht alle Personen, die sich wegen sexueller Handlungen mit Kindern strafbar machen, sind pädophil oder hebephil, und nicht alle Personen mit einer pädophilen oder hebephilen Neigung nehmen sexuelle Handlungen an Kindern vor. Es wird zwar von einer weitgehenden Unveränderbarkeit der sexuellen Neigung ausgegangen, jedoch von einer grundsätzlichen Kontrollierbarkeit sexuellen Verhaltens. Al-

² Für eine ausführliche Beschreibung siehe Abschnitt 1.3.3 dieses Berichts.

³ Personen mit einer pädophilen Neigung fühlen sich sexuell von Kindern mit einem vorpubertären Körper angesprochen, Personen mit einer hebephilen Neigung fühlen sich sexuell von Kindern und Jugendlichen angesprochen, deren körperliche Entwicklung bereits Merkmale der Pubertät aufweist.

lerdings gehören Personen mit sexuellen Interessen an Kindern aufgrund des von der Öffentlichkeit und teilweise auch von Professionellen überschätzten Zusammenhangs zwischen dieser Neigung und dem sexuellen Missbrauch von Kindern zu den gesellschaftlich am meisten stigmatisierten Personengruppen. Aufgrund der starken Stigmatisierung stehen Betroffene unter einer hohen psychischen Belastung, welche wiederum ein indirekter Risikofaktor für das Begehen von sexuellen Handlungen an Kindern ist.

Hier setzen sekundärpräventive Massnahmen an. Sie richten sich an Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen (nachfolgend MAPs)⁴, die unter ihrer sexuellen Neigung leiden oder befürchten, zukünftig die Integrität von Kindern zu verletzen. Im vorliegenden Bericht wird auf sekundärpräventive Angebote für Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen fokussiert, weil diese aufgrund ihres Leidensdrucks oft von sich aus ein Interesse an Beratung und Behandlung haben und daher eine vergleichsweise gut erreichbare und intrinsisch motivierte Zielgruppe für präventive Massnahmen darstellen, wohingegen etwa potentielle Sexualstraftäter(innen) ohne entsprechende Neigung aber mit ausgeprägter Antisozialität mangels Leidensdrucks kaum motivierbar für entsprechende Angebote sein dürften.

3.2 Internationales Präventionsangebot für MAPs

Sekundärpräventive Angebote für MAPs lassen sich in erster Linie danach unterteilen, ob sie Angebote ohne direkte Behandlungsoption (Abschnitt 3.2.1) oder mit (Abschnitt 3.2.2) vorhalten. Da sich Personen mit sexuellen Interessen an Kindern nicht immer direkt an spezialisierte Präventionsangebote wenden, sondern auch niedergelassene Psychiater(innen), Psycholog(inn)en, Sexualtherapeut(inn)en oder andere Gesundheitsfachpersonen aufsuchen, kommt auch diesen Akteur(inn)en eine wichtige Rolle in der Prävention zu (Abschnitt 3.2.3).

3.2.1 Beratungsangebote für MAPs ohne Behandlungsoption

Die spezialisierten Beratungsangebote ohne direkte Behandlungsmöglichkeit bieten auf einer Homepage Informationen zum Themengebiet an, beraten Betroffene über eine Helpline und vermitteln sie bei Bedarf an Therapeut(inn)en weiter. Bekanntestes Beispiel ist das Präventionsprogramm *Stop it Now!*, das in den USA, Grossbritannien, Irland und Holland angeboten wird. Bei dem ursprünglich aus den USA stammenden Präventionsangebot handelt es sich um eine anonyme Helpline, die über Telefon, E-Mail oder eine Chatfunktion erreichbar ist. Das Beratungsangebot umfasst breite Informationen und weiterführende Beratung für alle Personen, die sich Sorgen machen hinsichtlich potentieller Opfer oder wegen eigener sexueller Interessen oder Handlungen. Im Hinblick auf Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs stellt das Programm verschiedene Selbsthilfe-Instrumente zur Verfügung, welche

⁴ In der englischsprachigen Literatur hat sich die Bezeichnung der *minor-attracted persons* (MAPs) für Personen mit sexuellem Interesse an Kindern und Jugendlichen im legalen Schutzalter durchgesetzt. Dieser Begriff wird auch von MAPs selbst verwendet.

Nutzende dabei unterstützen sollen, das eigene Online-Verhalten zu verstehen und zu verändern. Das Programm bietet auch Informationen und Beratungsmöglichkeiten für Fachpersonen, die in ihrer Arbeit mit dem Thema sexueller Übergriffe auf Kinder konfrontiert sind. Das Angebot kann anonym genutzt werden. Wenn aber die Nutzenden von sich selbst aus Informationen weitergeben, aufgrund welcher ein konkretes Kind identifiziert werden kann, das sexuell missbraucht wurde, missbraucht wird oder werden könnte, dann wird diese Information an die zuständigen Behörden weitergeleitet. Über diese Regel wird bei der ersten Kontaktaufnahme informiert.

3.2.2 Präventionsangebote für MAPs mit Behandlungsoption

Das weltweit wissenschaftlich bestdokumentierte und inzwischen am weitesten ausdifferenzierte Angebot mit Behandlungsoption sowie das einzige Angebot, für das ein detailliertes therapeutisches Behandlungsmanual zur genauen Beschreibung des Vorgehens vorliegt, ist das in Deutschland seit 2005 angebotene *Projekt Dunkelfeld* am Standort Berlin im Netzwerk *Kein Täter werden*. Dort, wie auch an den anderen Standorten des deutschen Netzwerks, können sich MAPs bei Krankenkassenübernahme der Kosten und gleichzeitiger Wahrung ihrer Anonymität (auch gegenüber dem Kostenträger) behandeln lassen. Die aktuell 12 Standorte des Präventionsnetzwerks sind in regelmässigen Austausch und haben sich gemeinsamen Standards verpflichtet, unter anderem bezüglich der fachlichen Qualifikation der Mitarbeitenden und der Möglichkeit der niedrighwelligen und anonymen Kontaktaufnahme. Zudem wurden gemeinsame Standards der Diagnostik und der therapeutischen Leitlinien festgelegt. Hinsichtlich der Schweigepflicht sind klare Regeln formuliert, und vom Netzwerk wurde ein strukturiertes Vorgehen bei vermuteter Kindeswohlgefährdung entwickelt, über welches alle Patient(inn)en zu Beginn der Therapie informiert werden.

Ziel des Präventionsnetzwerkes ist es, MAPs dabei zu helfen, ihre sexuelle Präferenz zu akzeptieren und in ihr Selbstbild zu integrieren. Darüber hinaus sollen u.a. das Wirksamkeitserleben und die Selbstbeobachtung erhöht sowie sexuelle Bewältigungsmechanismen durch die Aneignung alternativer Bewältigungsstrategien reduziert werden. Auch das soziale Funktionsniveau und die Möglichkeit der Perspektivenübernahme und Empathie in Bezug auf Opfer sollen verbessert werden. Durch die Therapie soll ein umfassendes und effektives Repertoire an Strategien zur besseren Bewältigung von problematischen Alltagssituationen im Allgemeinen und der Konfrontation mit Kindern im Speziellen entwickelt werden. Seit 2014 wird zudem ein spezielles Modul für Jugendliche angeboten, welches auf deren spezifische Bedürfnisse zugeschnitten ist. Auch ein Modul für Personen mit einer Intelligenzmin- derung ist vorgesehen.

Es gibt international kein vergleichbares Angebot und es ist das einzige, das bislang systematisch evaluiert worden ist. Strukturierte Präventionsangebote mit Behandlungsoption, wie es sie in einigen europäischen Ländern (z.B. Deutschland, Niederlande) gibt, existieren in Kanada und in den USA noch nicht, eine Umsetzung entsprechender Angebote wird dort u.a. durch rigide Meldepflichten von Therapeut(inn)en behindert.

3.2.3 Rolle niedergelassener Therapeut(inn)en bei der Prävention

Es ist davon auszugehen, dass sich MAPs aufgrund des Stigmatisierungsdrucks und der damit verbundenen psychischen Belastung (vgl. Abschnitt 3.3.1) nicht nur an spezifische Angebote, sondern auch an niedergelassene Therapeut(inn)en oder andere Gesundheitsfachpersonen wenden. Diese Fachpersonen nehmen daher in der Prävention von Straftaten gegen die sexuelle Integrität von Kindern ebenfalls eine wichtige Rolle ein. Um zielführend reagieren zu können, müssen diese mögliche Problemlagen erkennen, angemessen, d.h. verständnisvoll und nicht wertend auf die Offenlegung einer pädophilen Neigung reagieren und die Betroffenen bei Bedarf an ein spezialisiertes Beratungs- oder Behandlungsangebot weiterleiten können. Letzteres setzt voraus, dass Behandler(innen) solche Angebote kennen.

3.3 Schweizer Präventionsangebot für MAPs

3.3.1 Beratungsangebote für MAPs ohne Behandlungsoption

Mit *DIS NO* existiert in der Westschweiz seit 2014 ein Beratungs- und Vermittlungsangebot ohne Behandlungsoption. Das Angebot besteht aus einer anonym kontaktierbaren Helpline und einem Informationsangebot auf der Homepage. Es kann ein Termin für eine telefonische Beratung angefragt werden, es erfolgt aber keine therapeutische Behandlung, nötigenfalls werden die Anfragenden zur Behandlung an Therapeut(inn)en weitervermittelt, wobei sich die Suche nach geeigneten Therapeut(inn)en gemäss Auskunft von Vertreter(inne)n dieses Angebots schwierig gestaltet. Im Tessin wird gerade ein solches (*IO NO*) nach dem Vorbild von *DIS NO* implementiert. Die Helpline war bei Abfassung des vorliegenden Berichts noch nicht in Betrieb. Zum Angebot von *DIS NO* liegen Nutzungsdaten vor.

3.3.2 Präventionsangebote für MAPs mit Behandlungsoption

Schweizweit existieren vier Therapieangebote für MAPs, zwei davon in der Deutschschweiz und zwei in der Romandie, im Tessin gibt es aktuell kein spezialisiertes Behandlungsangebot. Vergangene Sexualdelikte und die Nutzung von Darstellungen sexueller Missbrauchshandlungen werden in keinem der Angebote gemeldet. Mit einer Ausnahme werden die Angebote nicht beworben. Programmbeschreibungen, Nutzungsdaten oder wissenschaftliche Auswertungen liegen für die Schweizer Angebote nicht vor.

3.3.2.1 Behandlungsangebote in der Deutschschweiz

Das *Forensische Institut Ostschweiz FORIO*, welches in erster Linie im Bereich der Begutachtung und der Therapie von Personen tätig ist, die Gewalt- oder Sexualdelikte begangen haben, bietet seit 2009 in Anlehnung an das Berliner Projekt «Dunkelfeld» zusätzlich ein Beratungs- und Therapieprogramm für Männer mit sexuellen Interessen an Kindern an. Das Angebot richtet sich sowohl an Männer, die keine sexuellen Übergriffe auf Kinder verübt haben, als auch an Männer, die solche verübt haben. Als Ausschlusskriterien für eine Therapie werden schwere psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder vorliegende

Selbst- und Fremdgefährdung benannt. Ziel des Therapieangebots ist es, die Kontrolle sexueller Impulse zu stärken und Männer in ihrem präventiven Engagement gegen sexuellen Kindesmissbrauch zu unterstützen. Die Behandlung erfolgt anhand eines selbst entwickelten Ansatzes, des *Deliktorientierten Risikomanagements*. Die Therapiekosten werden von der Krankenkasse übernommen; in Rechnung gestellt werden der effektive zeitliche Aufwand für die Therapie, das Aktenstudium, Zusatzabklärungen sowie Spesen. Teilnehmer, die anonym bleiben möchten, müssen selbst zahlen. Öffentlichkeitsarbeit erfolgt via Interviews im Rahmen von Medienbeiträgen. Nutzungsdaten waren bis zum Abschluss des vorliegenden Berichts nicht zugänglich.

An der *Forensisch-Psychiatrischen Klinik der UPK Basel* werden Personen behandelt, die wegen ihrer psychischen Störungen strafbare Handlungen begangen haben. Seit 2014 gibt es zudem ein Behandlungsangebot für nicht straffällige erwachsene Personen, die bei sich eine Abweichung der sexuellen Ausrichtung vermuten. Das Präventionsangebot richtet sich auch an Personen, die bereits strafbare Handlungen begangen haben, ohne strafrechtlich belangt worden zu sein, oder solche, die bereits einschlägig vorbestraft sind und befürchten, erneut straffällig zu werden. Ausschlusskriterium für die Teilnahme ist ein aktuelles Delikt bzw. ein deswegen laufendes Strafverfahren. Ziel des Behandlungsangebotes ist die Verhinderung sexuell motivierter Straftaten. Bei vorliegender Diagnose werden die Behandlungskosten über die Krankenkasse verrechnet, wer anonym bleiben möchte, muss die Behandlungskosten selbst tragen. Seit Beginn des Präventionsprojekts gab es 50 Anfragen, von denen 10 Personen an einer Einzeltherapie teilgenommen haben. Eine Gruppentherapie kam aufgrund der geringen Anzahl Personen bisher nie zustande.

3.3.2.2 Behandlungsangebote in der Romandie

Die *Consultation Claude Balier* ist am medizinisch-psychiatrischen Dienst für den Strafvollzug an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Lausanne angesiedelt und bietet vor allem Behandlungen für Straftäter(innen) an. 2013 wurde das Behandlungsangebot auf nichtdelinquente Personen mit sexuellen Interessen an Kindern ausgeweitet; es richtet sich an Erwachsene und an Jugendliche ab 15 Jahren. Es gibt keine Ausschlusskriterien für eine Behandlung. Seit Beginn haben sich gemäss Anbieter 3 bis 5 Personen für dieses Präventionsangebot gemeldet, davon ein Jugendlicher.

Die *Consultation spécialisée de sexologie* am Universitätsspital in Genf richtet sich grundsätzlich an alle erwachsene Personen mit sexuellen Problemen. Es werden jedoch überwiegend Männer behandelt, die wegen einer Sexualstraftat verurteilt wurden. Behandlungsziele sind in erster Linie die Vermeidung von Rückfällen, die Stärkung der Empathie für das Opfer und die gesellschaftliche Integration der zu Behandelnden. Personen, die sich ohne justizielle Auflage melden, sind gemäss Anbieter sehr selten, seit Beginn des Angebots (welcher nicht genau zu datieren sei) etwa 2 bis 3 Personen.

3.4 Behandlungsangebot niedergelassener Therapeut(inn)en

Von den schweizweit befragten Therapeut(inn)en ($N = 427$)⁵ gaben 58 % an, noch nie eine Person mit pädophilen Interessen behandelt zu haben, 14 % gaben an, bisher erst eine solche Person behandelt zu haben. Drei Viertel der befragten Fachpersonen gab an, MAPs im Falle einer Kontaktaufnahme weiterverweisen zu wollen, wobei jede fünfte bis sechste Person angab, kein entsprechendes Angebot zu kennen. Knapp 85 % der befragten Fachpersonen gaben zudem an, sich zum Themengebiet in keiner Weise spezifisch fortgebildet zu haben. Die Fachpersonen mit spezifischen Kenntnissen gaben an, diese in erster Linie via Supervision und Selbststudium und nicht im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung erworben zu haben. Insgesamt ist die Behandlungsbereitschaft niedergelassener Therapeut(inn)en als ausgesprochen gering zu bezeichnen. Lediglich 15 % der Befragten bejahten ihre Behandlungsbereitschaft im Hinblick auf nicht übergriffige MAPs eindeutig. Bei MAPs, die angeben, bereits einmal einen sexuellen Missbrauch begangen zu haben, reduzierte sich die klare Behandlungsbereitschaft auf 9 %. Stigmatisierenden Einstellungen, die sich beispielsweise in dem Wunsch nach sozialer Distanz zu MAPs oder dem Wunsch, diese zu bestrafen, äussern, scheint hierbei eine zentrale Rolle zuzukommen. Diese Einstellungen dürften grundsätzlich einer Veränderung durch einstellungsfokussierte Weiterbildungsmassnahmen zugänglich sein.

3.5 Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote

Obwohl sekundärpräventiven Angeboten eine hohe Augenscheinvalidität zu attestieren ist, lassen sich aus wissenschaftlicher Sicht nach dem aktuellen Stand der Forschung weder aussagekräftige empirische Belege für noch gegen eine spezifische kriminalpräventive Wirksamkeit sekundärpräventiver Programme mit oder ohne Behandlungsoption anführen. Ein solcher Nachweis ist in diesen Fällen auch methodisch besonders schwierig, der fehlende Nachweis daher bislang nicht mit einem Nachweis der Unwirksamkeit gleichzusetzen. Trotz methodischer Herausforderungen ist es jedoch aus sicherheitspolitischen wie auch aus ethischen Gründen erforderlich, die Wirksamkeit sekundärpräventiver Behandlungsangebote einer möglichst strengen empirischen Prüfung zu unterziehen, um deren Wirksamkeit bestätigen zu können. Denn zumindest für die Behandlung von verurteilten Straftätern zeigen einzelne Befunde, dass eine sehr intensive Behandlung von verurteilten Straftätern mit geringem Rückfallrisiko neben potentieller Wirkungslosigkeit auch die Möglichkeit⁶ negativer Effekte im Sinne erhöhter Kriminalitätsraten birgt. Da es sich bei MAPs, die von sich aus Behandlungsmöglichkeiten suchen, um eine selbstselektierte Personengruppe mit einem geringen Kriminalitätsrisiko handeln dürfte, sollten negative Effekte daher empirisch möglichst ausgeschlossen werden (vgl. Abschnitt 3.2.2.2).

⁵ Zum methodischen Vorgehen bei der Online-Befragung siehe Abschnitt 2.5 dieses Berichts.

⁶ Da dies vereinzelt nur bei verurteilten Straftätern gezeigt wurde, ist hier eher von einem theoretischen Risiko auszugehen, da die für diesen Effekt als ursächlich diskutierte Vermischung von Niedrig- und Hochrisikotätern innerhalb eines Straftäterbehandlungsprogrammes (Barnett & Fitzalan Howard, 2018) für sekundärpräventive Behandlungen nur in sehr geringem Ausmass gegeben sein dürfte, sofern keine hinsichtlich ihrer einschlägigen Erfahrung gemischten Therapiegruppen gebildet werden.

Während anonyme Beratungsangebote ohne Behandlungsoption hinsichtlich ihrer spezifischen Wirksamkeit im engeren Sinne nicht evaluiert werden können, da die Beratungsteilnehmenden nicht wiederholt befragt werden können, und es keine a priori identifizierbare sinnvolle Vergleichsgruppe gibt, ist eine Wirkungsevaluation von Behandlungsprogrammen zwar methodisch anspruchsvoll, jedoch grundsätzlich möglich. Bei der Implementation eines Behandlungsangebots müssten offizielle Kriminalitätsdaten unter Wahrung der Anonymität mit den behandelten Individuen in Verbindung gebracht werden können. Nur ein Vergleich dieser Gruppe mit den Rückfallraten einer sinnvollen Vergleichsgruppe lässt Schlüsse über eine spezifische Wirksamkeit⁷ sekundärpräventiver Programme zu. Idealerweise müsste eine Kontrollgruppe aus Personen bestehen, die auch Behandlung in diesen Programmen nachgesucht haben, aber aus Ressourcengründen erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt⁸ behandelt werden konnten (Wartelistenkontrollgruppe), oder die aus Gründen wie einer zu grossen Entfernung zum Behandlungsort nicht daran teilnehmen konnten. Nur so liessen sich die speziellen motivationalen Voraussetzungen bei freiwillig nachgesuchter Sekundärprävention wissenschaftlich kontrollieren und zwischen Experimental- und Kontrollgruppe vergleichen. Ist ein Wartelistendesign nicht umsetzbar, bietet eine systematische Prüfung der Wirksamkeit einzelner Behandlungselemente, welche jeweils in der Vergleichsgruppe nicht angewendet werden, eine alternative Evaluationsmöglichkeit (vgl. Abschnitt 2.3 des Berichts).

Im Hinblick auf vereinzelte Studien zu **Informations- und Beratungsangeboten ohne Behandlungsoption** ist zusammenfassend zu konstatieren, dass, basierend auf den vorliegenden Nutzungsdaten des *Stop it Now!* Angebotes, **ein Bedarf** speziell für diese Art von Helplines **zu bestehen** scheint. Über eine spezifische Wirksamkeit sagen vorliegende Befunde hingegen nichts aus, dies nicht nur mangels aussagekräftiger Kontrollgruppendesigns – bereits aufgrund der jeweils kleinen, nicht repräsentativen Stichproben selbstselektierter Nutzer(innen) lässt sich wegen naheliegender systematischer Verzerrungen **keine wissenschaftlich haltbare Aussage über die Wirksamkeit dieser Angebote** treffen.

Im Hinblick auf bislang vorliegende **Evaluationen von Behandlungsprogrammen** ist zum aktuellen Zeitpunkt zusammenfassend zu konstatieren, dass **aufgrund der verwendeten Evaluationsdesigns keine wissenschaftliche Evidenz für die spezifische Wirksamkeit** sekundärpräventiver psychotherapeutischer Behandlungsprogramme für Personen mit pädo-/hebephilen Interessen im Sinne einer Reduktion oder Verhinderung zukünftiger Sexualdelinquenz vorliegt, dies im Detail aufgrund von Studie zu Studie jeweils leicht variierender methodischer Probleme (vgl. Abschnitt 3.2.2). Es fehlen somit aktuell ganz grundsätzlich wissenschaftliche Erkenntnisse dazu, ob solche Angebote sexuelle Handlungen mit Kindern

⁷ Spezifische Wirksamkeit bezieht sich im Folgenden immer auf positive Effekte, die sich kausal durch die Intervention erklären lassen. Hierfür ist ein Kontrollgruppendesign notwendig, das statistisch abgesichert positivere Verläufe für die Interventionsgruppe zeigt. Mit reinen Prä-Post-Vergleichen innerhalb einer Gruppe lassen sich Alternativerklärungen für Behandlungseffekte wie spontane Verbesserungen oder normale Reifungsprozesse im Zeitverlauf nicht ausschliessen (Banse et al., 2013; Oberlader et al., 2018).

⁸ Sinnvolle Beobachtungszeiträume, die hier theoretisch notwendig erscheinen, erfordern Wartelisten, die mindestens etwa zwei Jahre umfassen sollten (besser mehr). Ob dies praktisch realisierbar ist, erscheint allerdings fraglich.

oder den Konsum entsprechender Darstellungen verhindern können bzw. welche Wirkung sie auf Risikofaktoren für die erstmalige Begehung dieser strafbaren Handlungen haben. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass ein solcher Nachweis insbesondere für eine Zielgruppe mit einem geringen Ausgangsrisiko für Delinquenz methodisch besonders schwierig ist.

3.6 Erreichbarkeit der Zielgruppe

Auf Basis der vorliegenden Befunde kann davon ausgegangen werden, dass bei MAPs aufgrund des Stigmatisierungsstressses grundsätzlich ein Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf besteht. Als Grund, entsprechende Angebote nicht in Anspruch zu nehmen, werden von Betroffenen vor allem Scham und fehlendes Wissen über Angebote genannt, auch eine grosse geografische Entfernung zwischen dem Wohnort und dem Angebot scheint ein wesentlicher Hinderungsgrund zu sein. Internationale Befragungen von MAPs weisen zudem darauf hin, dass die Suche nach qualifizierten Therapeut(inn)en für die Betroffenen ausgesprochen schwierig ist, da auch unter **Therapeut(inn)en ausgeprägte Ressentiments** gegenüber Personen mit sexuellen Interessen an Kindern existieren und die **Behandlungsbereitschaft dementsprechend gering** ist. Die Befunde der vorliegenden Untersuchung zeigen deutlich, dass auch unter Schweizer Therapeut(inn)en deutliche Ressentiments gegenüber MAPs festzustellen sind und stigmatisierende Einstellungen seitens Behandelnder ein erhebliches Behandlungshindernis darstellen. Diese Befunde lassen erwarten, dass MAPs auch in der Schweiz Schwierigkeiten haben, behandlungsbereite Therapeut(inn)en zu finden; Expertenberichte bestätigen diese Vermutung.

Schliesslich berichten MAPs international von einer **Inkompatibilität der Therapieziele der Betroffenen und der Behandelnden**: Betroffene scheinen vor allem daran interessiert, besser mit den beeinträchtigenden Alltagsfolgen ihrer stigmatisierenden Neigung umgehen zu lernen, während die Behandelnden eher die Kontrolle des potentiellen Risikos für die Ausübung sexueller Handlungen mit Kindern anzustreben scheinen. Entsprechend erlebten nur rund die Hälfte der Betroffenen die professionelle Hilfe, um die sie sich bemüht hatten, als hilfreich. Die Stigmatisierung der Betroffenen durch Therapeut(inn)en und die Risikofokussierung der Behandlungsangebote verringern bei per se behandlungswilligen MAPs die Bereitschaft, ihre Probleme gegenüber einer Fachperson offenzulegen. **Dies kann zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit führen, was wiederum zu einem erhöhten Risiko beitragen kann, Handlungen gegen die sexuelle Integrität von Kindern zu begehen.**

4. Handlungsbedarf und abschliessende Empfehlungen für die Schweiz

4.1 Handlungsbedarf in der Schweiz

Gem. Art. 7 des am 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Lanzarote-Abkommens muss die Schweiz sicherstellen, dass Personen, die befürchten, eine Straftat gegen die sexuelle Integrität von Kindern und Jugendlichen zu begehen, Zugang zu wirksamen präventiven Inter-

ventionsprogrammen oder -massnahmen haben, welche dazu beitragen, die Gefahr der Begehung einer solchen Straftat zu vermindern. Den Anforderungen von Art. 7 ist dann Genüge getan, wenn a) Hilfesuchende wissen, an wen sie sich mit ihrem Anliegen wenden können, wenn b) diese Fachkräfte über einschlägige Kenntnisse verfügen und dazu bereit sind, mit Personen dieser Zielgruppe zu arbeiten, und wenn c) diese Fachkräfte auf wirksame Interventionsansätze zurückgreifen. Die Befunde der vorliegenden Studie zeigen deutlich, dass diese Bedingungen in der Schweiz derzeit nicht erfüllt sind.

Das Westschweizer **Beratungsangebot ohne Behandlungsoption** (*DIS NO*) erscheint gemessen an internationalen Angeboten und zu empfehlenden Rahmenbedingungen (anonym, kostenfrei, zielgruppengerecht, explizite Ansprache von jugendlichen und weiblichen MAPs) vergleichsweise gut aufgestellt. Im Tessin wird gerade ein Angebot (*IO NO*) nach dem Vorbild von DIS NO implementiert, zum Abschluss des vorliegenden Berichts war die Hotline noch nicht in Betrieb. In der Deutschschweiz fehlt ein solches Angebot. Es zeigte sich zudem, dass solche Beratungsangebote **Schwierigkeiten haben, qualifizierte und zur Behandlung von MAPs bereite Therapeut(inn)en zu finden**, an welche anfragende, behandlungswillige Personen weitergeleitet werden können. Auch die Befragung Schweizer Psychiater(inne)n, Psychotherapeut(inn)en und Sexolog(inn)en zeigt, dass diese überwiegend eine **geringe Behandlungsbereitschaft** bezüglich MAPs aufweisen, eigener Einschätzung nach nicht über die notwendigen Kompetenzen verfügen und hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit unsicher sind.

In der Schweiz existiert derzeit **kein strukturiertes, alle Sprachregionen umfassendes Behandlungsangebot** für MAPs. Bei den bestehenden Angeboten handelt es sich um Einzelinitiativen und mit Ausnahme des Angebots des Forensischen Instituts Ostschweiz (FORIO) um wenig spezifische Therapieangebote, deren Anbieter(inn)en teilweise bilateral miteinander in Kontakt stehen, jedoch nicht systematisch vernetzt sind. Es **fehlen gemeinsame prozedurale Standards** hinsichtlich Zielgruppen, Rahmenbedingungen der Behandlung, Umgang mit Anonymität und Meldungen an Behörden. Es fehlt eine gesamtschweizerische Koordination der Angebote. **Keines der Schweizer Präventionsangebote wurde bisher wissenschaftlich evaluiert**. Zudem sind die Angebote teilweise nur schwer auffindbar, Massnahmen zur Bekanntmachung der Angebote in der Öffentlichkeit fehlen bisher weitgehend.

Alle **Angebote mit Behandlungsoption** sind der theoretischen Ausrichtung des Behandlungsansatzes nach **primär in der Straftäterbehandlung verortet**, was die Eingangsschwelle für nicht delinquente MAPs erheblich erhöhen dürfte. Die Therapien zielen in erster Linie auf die Verhinderung der Begehung einer Straftat, sie orientieren sich kaum am Leidensdruck der Betroffenen. **Jugendliche werden nur von einem Angebot** («Consultation Claude Balier») explizit angesprochen, Frauen von keinem. Im Tessin gibt es kein Präventionsangebot mit direkter Behandlungsmöglichkeit. Die Anonymität ist bei keinem der Behandlungsangebote gewährleistet, was bedeutet, dass **nur finanziell besser gestellte Personen in der Schweiz anonym bleiben** können, indem sie die Kosten des Angebots selbst tragen.

4.2 Empfehlungen für die Schweiz

4.2.1 Aufbau eines Beratungsangebots für MAPs in der Deutschschweiz

Auch in der Deutschschweiz sollte es eine anonyme Helpline mit Triage-Funktion geben, die kostenfrei aus allen Netzen erreichbar ist. Das Angebot muss gut mit den regionenspezifischen Behandlungsangeboten vernetzt sein. Wegen der grossen Ressentiments gegenüber MAPs in der Bevölkerung dürfte eine staatliche Subventionierung notwendig sein.

4.2.2 Bereitstellung regionaler Behandlungsangebote für MAPs

Es sollte ein strukturiertes, nach Möglichkeit vom Bund koordiniertes und vom Bund und den Kantonen subventioniertes Behandlungsangebot mit regionalen Behandlungszentren in allen Sprachregionen bereitgestellt werden. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Bedürfnissen von MAPs empfiehlt es sich, spezifische Behandlungsmodulare für unterschiedliche Zielgruppen (z.B. Jugendliche, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung) und Risikokonstellationen anzubieten. Eine Vermengung forensisch zugewiesener mit nicht im Hellfeld⁹ delinquenten MAPs in Therapiegruppen ist zu vermeiden. Die Behandlungsformen sollten innerhalb des Netzwerks der regionalen Behandlungsangebote aufeinander abgestimmt sein und wichtige Rahmenbedingungen (bspw. Aufnahmebedingungen, Vorgehen bei Bekanntwerden von mutmasslichen Straftaten) über alle Standorte hinweg gleich gehandhabt werden. Zu empfehlen ist eine klinische statt einer forensischen Anbindung. Die Behandlungskosten sollten von den Krankenkassen übernommen werden. Das Behandlungsangebot sollte vollkommen anonym¹⁰ in Anspruch genommen werden können.

4.2.3 Aus- und Weiterbildung von Therapeut(inn)en

Therapeut(inn)en, die mit MAPs arbeiten möchten, benötigen neben einer anerkannten Therapieausbildung eine spezifische Weiterbildung. Ihr Ziel sollte sein, a) nicht nur zu verstehen, dass Pädophilie nicht mit Kindesmissbrauch gleichzusetzen ist, und b) sich darüber klar zu werden, dass stigmapbezogener Stress psychische Probleme nach sich zieht, welche zu einem erhöhten Missbrauchsrisiko beitragen können, sondern c) sich auch Kenntnisse zum therapeutischen Umgang mit atypischen sexuellen Interessen anzueignen (z.B. Stresserleben aufgrund des Verheimlichens der eigenen sexuellen Identität, Umgang mit Scham). Therapeut(inn)en sollten sich d) dessen bewusstwerden, dass Stigmatisierung die Behandlungsbereitschaft sowohl auf Seiten der Behandelnden als auch auf Seiten der Betroffenen verringert und sich in diesem Zusammenhang intensiv mit ihren eigenen stigmatisierenden Einstellungen auseinandersetzen.

⁹ Das sog. Hellfeld bezieht sich hier auf alle offiziell in der Kriminalitätsstatistik erfassten sexuellen Kindesmissbrauchshandlungen. Demgegenüber bezeichnet das sog. Dunkelfeld alle sexuellen Kindesmissbrauchshandlungen, die nicht offiziell gemeldet wurden.

¹⁰ Das Berliner Projekt Dunkelfeld zeigt, dass eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse grundsätzlich auch anonym (d.h. auf Vertrauensbasis gegenüber der Institution, welche Behandlungen anbietet) möglich ist, wenn dies politisch mitgetragen wird.

Auch niedergelassene Therapeut(inn)en und andere Fachpersonen des Gesundheitswesens sollten zumindest über Basiswissen bezüglich Pädophilie als sexuelle Ausrichtung verfügen, das sie in die Lage versetzt, mögliche Problemlagen zu erkennen, angemessen mit Betroffenen in Kontakt zu treten und diese an geeignete Expert(inn)en weiterzuverweisen. Letzteres macht eine systematische Aufnahme entsprechender Lehrinhalte in die jeweiligen Aus- und Fortbildungscurricula erforderlich.

4.2.4 Gesamtschweizerische Koordination der Präventionsangebote

Alle Angebote sollten landesweit einheitlich und aufeinander abgestimmt umgesetzt und es sollten gemeinsame Standards bezüglich Aufnahmebedingungen, Behandlungsformen, Qualitätssicherung, Anonymität, Vorgehen bei Bekanntwerden mutmasslichen Straftaten etc. festgelegt werden. Eine Koordination von Angeboten und Standards - wie auch die Bekanntmachung der Angebote und die Öffentlichkeitsarbeit - sollten sinnvollerweise durch den Bund sichergestellt werden. Es sollte eine unabhängige wissenschaftliche Begleitung eingesetzt werden (siehe Abschnitt 4.2.5). Die Anschubfinanzierung der Angebote, der Medienkampagnen (4.2.6) und der Evaluation sollte durch den Bund und die Kantone erfolgen.

4.2.5 Systematische Evaluation der Behandlungsangebote

Aus sicherheitspolitischen wie auch aus ethischen Gründen sollte die Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote einer möglichst strengen empirischen Prüfung unterzogen werden. Um eine Grundlage für eine aussagekräftige Wirkungsevaluation zu schaffen, sollte die Vorbereitung einer methodisch sauberen Erhebung der notwendigen Daten vor der Implementation der Behandlungsangebote erfolgen. Eine vom Bund zentral eingesetzte, unabhängige Evaluationsstelle sollte EDV-gestützt systematisch Behandlungsdaten anonymisiert erheben, archivieren und auswerten, um die u.a. im Hinblick auf Fallzahlen notwendigen Voraussetzungen für eine aussagekräftige Wirkungsevaluation zu schaffen.

4.2.6 Öffentlichkeitswirksame Informationskampagnen

Zur Bekanntmachung der Angebote ist eine öffentlichkeitswirksame Medienkampagne zu empfehlen, die zugleich als Anti-Stigma-Intervention wirkt. Eine solche Medienkampagne sollte sehr sorgfältig erarbeitet und umgesetzt werden, um nicht intendierte Nebeneffekte zu vermeiden. Die Wahl des Namens sollte mit Bedacht und möglicherweise unter Einbezug Betroffener erfolgen, um sicherzustellen, dass sich diese dann auch mit dem Angebot identifizieren können. Dabei ist zu erwägen, dass der Begriff «Täter» im Projektnamen einerseits für nicht delinquente MAPs problematisch, für die gesellschaftliche Akzeptanz des Programms andererseits wichtig sein könnte. Da eine Medienkampagne sehr kostenintensiv ist und es aufgrund der starken Ressentiments in der Bevölkerung kaum eine realistische Option darstellt, von privater Seite ausreichende Mittel zu erhalten, solange Organisationen einen Image-Schaden fürchten müssen, wenn sie solche Präventionsmassnahmen finanziell unterstützen, bedarf es einer Anschubfinanzierung durch den Bund und die Kantone.

Résumé

1. Contexte et problématique

Le 12 septembre 2016, le conseiller aux États Daniel Jositsch et la conseillère nationale Natalie Rickli ont déposé chacun un postulat de teneur identique (respectivement 16.3644 et 16.3637), demandant un rapport sur les projets de prévention visant les adultes et les jeunes qui ont des penchants pédophiles ou des fantasmes sexuels avec des enfants, mais n'ont jamais commis d'abus sexuels sur des enfants. Le rapport devait mettre en évidence les effets des projets du type « Kein Täter werden » (Ne pas passer à l'acte) ou DIS NO sur les auteurs potentiels d'infractions pédosexuelles, montrer dans quelle mesure ces programmes de prévention sont efficaces dans la pratique et déterminer si la mise en place d'un vaste programme destiné aux auteurs potentiels d'infractions pédosexuelles serait de nature à prévenir de tels actes. Si un vaste programme de prévention devait s'avérer efficace, le rapport devrait également exposer les moyens à mettre en œuvre pour assurer une offre de ce type et expliciter le rôle de la Confédération en la matière. Le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de rédiger le rapport demandé, plaçant le projet sous la responsabilité de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

En novembre 2018, l'OFAS a lancé un appel d'offres pour la réalisation d'une étude faisant l'inventaire des offres de prévention disponibles dans ce domaine en Suisse et à l'étranger. Cette étude devait montrer quels constats ont été faits sur l'efficacité des offres et identifier les pratiques prometteuses. Les évaluations, revues systématiques et méta-analyses existantes devaient être réunies et présentées de manière systématique. En outre, l'étude devait faire état des connaissances actuelles concernant le rôle et l'efficacité des interventions des sexologues, des psychothérapeutes et des psychiatres établis en cabinet. Sur ces bases, elle devait permettre de formuler des recommandations pour la Suisse¹¹. Fin février 2019, l'OFAS a confié l'exécution de ce projet conjointement à la Haute école de Lucerne – travail social (HSLU) et à l'Université Johannes Gutenberg de Mayence.

Le présent rapport fournit un aperçu des méthodes utilisées ainsi que les résultats, sur la base desquels des conclusions et des recommandations sont formulées pour la Suisse.

2. Conception de l'étude

Afin de répondre aux questions posées, les auteurs ont appliqué différentes méthodes : recherche systématique sur Internet, revue de la littérature scientifique, analyse de documents (descriptions de programmes), entretiens semi-structurés avec des experts nationaux et internationaux ($n = 15$), et enquête en ligne standardisée, adressée aux psychiatres, aux psychologues et aux sexologues ($n = 427$) ; ils ont ensuite relié entre eux les résultats obtenus.

¹¹ Les questions à traiter dans le cadre du projet sont précisées au ch. 1.1 du présent rapport.

Cette pluralité des méthodes et des points de vue permet de valider mutuellement les résultats issus de différentes sources.

3. Résultats et conclusions

3.1 Prévalence, conséquences et conditions favorisant la perpétration d'infractions portant atteinte à l'intégrité sexuelle d'enfants

3.1.1 Prévalence et conséquences des abus sexuels commis sur des enfants

De manière générale, les actes sexuels commis sur un enfant de moins de 16 ans sont punissables conformément au code pénal suisse (CP), sauf si la différence d'âge entre les participants ne dépasse pas trois ans. Est également punissable la consommation de représentations ayant comme contenu des actes d'ordre sexuel commis sur des enfants (pédopornographie). Les abus sexuels commis sur des enfants ou des adolescents sont un problème persistant. Des méta-analyses internationales laissent supposer qu'à l'échelle mondiale, 15 à 20 % des filles et près de 8 % des garçons sont victimes d'abus sexuels. Les chiffres disponibles pour la Suisse sont comparables. Être victime d'abus sexuels engendre de grandes souffrances et constitue un facteur de risque, empiriquement bien documenté, d'atteintes à la santé psychique et générale. À l'échelle mondiale, les coûts qui en découlent pour la société représentent plusieurs milliards. Par conséquent, la prévention des abus sexuels revêt une priorité manifeste sur le plan social. Il est du devoir de l'État de protéger les mineurs de l'atteinte à leur intégrité physique, psychique et sexuelle.

3.1.2 Abus sexuels commis sur des enfants : conditions favorisant le passage à l'acte

Pour une prévention efficace, il est important de connaître les causes des infractions contre l'intégrité sexuelle des enfants. Le modèle motivation-facilitation servant à expliquer la délinquance sexuelle selon Seto (2019)¹² décrit deux groupes de facteurs de risque déterminants pour le passage à l'acte : les facteurs motivationnels et les facteurs désinhibants. L'attirance sexuelle pour les enfants, à savoir des penchants pédophiles ou hétérophiles¹³, constitue un facteur motivationnel parmi d'autres qui fait croître le risque de porter atteinte à l'intégrité sexuelle des enfants, mais elle est loin de conduire inévitablement à une infraction sexuelle. Toutes les personnes qui se rendent coupables d'actes pédosexuels ne sont pas pédophiles ou hétérophiles, et que toutes les personnes ayant des penchants pédophiles ou hétérophiles ne portent pas atteinte à l'intégrité sexuelle d'enfants. Bien que l'on suppose que le fait d'être attiré sexuellement par les enfants soit une caractéristique quasi immuable, il est en principe possible de contrôler son comportement sexuel. Toutefois, étant donné que le public et une partie des professionnels ont tendance à surestimer le lien de causalité entre l'attirance

¹² Une description détaillée de ce modèle se trouve au ch. 1.3.3 du présent rapport.

¹³ Les personnes ayant des penchants pédophiles se sentent attirées par des enfants dont le corps ne présente encore aucune trace de la puberté, tandis que celles avec des tendances hétérophiles sont attirées par des enfants ou des adolescents dont le développement physique porte déjà les marques de la puberté.

sexuelle pour des enfants et le fait de porter atteinte à l'intégrité sexuelle des enfants, les personnes attirées sexuellement par les enfants font partie des groupes les plus stigmatisés au sein de la société. Cette stigmatisation marquée occasionne une forte pression psychologique chez les personnes concernées, ce qui constitue à son tour un facteur de risque indirect pour commettre des abus sexuels sur des enfants.

C'est là qu'interviennent les mesures de prévention secondaire. Elles s'adressent aux personnes attirées sexuellement par les enfants ou les adolescents (désignées par le terme MAPs dans ce qui suit)¹⁴, et qui en souffrent ou qui craignent de passer à l'acte à un moment donné. Le présent rapport met l'accent sur les offres de prévention secondaire axées sur les MAPs. En raison de leur souffrance, ces personnes s'intéressent souvent spontanément à des conseils, des échanges et un traitement et constituent ainsi un groupe cible relativement facile à atteindre et intrinsèquement motivé pour participer à des mesures de prévention secondaire. Par contre, les délinquants sexuels potentiels qui ne présentent pas un tel penchant, mais qui ont un caractère fortement antisocial risquent d'être difficiles à motiver pour de telles offres, car ils n'éprouvent pas la même souffrance.

3.2 Offres internationales de prévention destinée aux MAPs

Les projets de prévention secondaire visant les MAPs peuvent être classés en deux catégories, à savoir les offres de conseil sans option de traitement direct (ch. 3.2.1) ou avec (ch. 3.2.2). Comme les personnes éprouvant une attirance sexuelle pour les enfants ne recourent pas toujours d'emblée à des offres de prévention spécifiques, mais se rendent aussi chez des psychiatres, des psychologues, des sexologues ou d'autres professionnels de la santé établis en cabinet, ces acteurs jouent un rôle important pour ce qui est de la prévention (ch. 3.2.3).

3.2.1 Offres de conseil sans option de traitement destinées aux MAPs

Les offres de conseil spécialisées sans option de traitement direct mettent à disposition sur un site Internet des informations sur le sujet, donnent des conseils par le biais d'une permanence téléphonique et redirigent, au besoin, les personnes concernées vers un thérapeute. L'exemple le plus connu de ce type d'offre est le programme de prévention *Stop it Now !* disponible aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en Irlande et aux Pays-Bas. Cette offre de prévention créée à l'origine aux États-Unis consiste en une permanence anonyme atteignable par téléphone, mais aussi par courriel ou par tchat. Elle comprend une large palette d'informations et des conseils plus poussés pour toute personne qui s'inquiète au sujet de victimes potentielles ou de ses propres penchants ou actes sexuels. En ce qui concerne les consommateurs de représentations d'abus sexuels commis sur des enfants, le programme met à disposition plusieurs outils destinés à les aider à mieux comprendre leur comportement en ligne et à le modifier. *Stop it now !* propose aussi des informations et des offres de conseil

¹⁴ Dans la littérature spécialisée anglo-saxonne, le terme de *minor-attracted persons* (MAP) s'est établi pour désigner les personnes attirées sexuellement par les enfants et les adolescents n'ayant pas atteint la majorité sexuelle admise par la loi. Le terme est également utilisé par les personnes en question.

destinées aux spécialistes confrontés à des situations d'atteinte à l'intégrité sexuelle d'un enfant dans le cadre de leur travail. L'offre peut être utilisée de manière anonyme. Toutefois, si l'utilisateur fournit volontairement des informations permettant d'identifier un enfant en particulier qui est, a été ou pourrait devenir victime d'un abus sexuel, ces informations sont transmises aux autorités compétentes. Les utilisateurs de l'offre sont informés de cette règle dès la première prise de contact.

3.2.2 Offres de conseil avec option de traitement destinées aux MAPs

L'offre de prévention avec option de traitement la plus complète et la plus étudiée par la recherche scientifique dans le monde et la seule qui dispose d'un manuel de traitement thérapeutique détaillé avec une description précise de la manière de procéder est le projet allemand *Dunkelfeld* proposé à Berlin depuis 2005 dans le cadre du réseau de prévention *Kein Täter werden*. À Berlin et à d'autres endroits de ce réseau national allemand, les MAPs peuvent bénéficier de thérapies prises en charge par les caisses maladie. L'anonymat leur est garanti (même vis-à-vis des agents payeurs). Les douze antennes actuelles du réseau sont en contact régulier les unes avec les autres et se sont engagées à respecter des normes communes notamment en ce qui concerne les qualifications du personnel et la possibilité de prise de contact simple et anonyme. La pose d'un diagnostic et les grands axes thérapeutiques reposent eux aussi sur des normes définies en commun. Des règles claires ont été formulées concernant le secret professionnel et la procédure à suivre en cas de soupçon de mise en danger du bien d'un mineur. Les patients en sont informés dès le début de la thérapie.

Le réseau de prévention a pour objectif d'aider les MAPs à accepter leurs penchants sexuels et à les considérer comme faisant partie d'eux-mêmes. Il vise en outre à réduire le sentiment d'impuissance et à affiner l'observation de soi des patients, mais aussi à réduire les mécanismes d'adaptation sexuels grâce à l'adoption de stratégies de gestion plus adéquates. Un autre objectif est d'améliorer le comportement social du patient, ainsi que sa capacité à se mettre à la place de la victime et à ressentir de l'empathie à son égard. La thérapie doit permettre au patient de développer un répertoire stratégique large et efficace afin qu'il puisse mieux affronter des situations problématiques du quotidien ou plus spécifiquement la confrontation avec des enfants. Depuis 2014, le réseau propose également un module à part, destiné aux adolescents, qui répond à leurs besoins spécifiques. Il est par ailleurs prévu de créer un module pour les personnes affectées d'un retard mental.

Il n'existe à l'échelle internationale aucune offre comparable et c'est aussi la seule qui a fait l'objet d'une évaluation systématique. Les offres de prévention structurées avec option de traitement qui sont proposées dans certains pays d'Europe (en Allemagne et aux Pays-Bas par ex.) n'existent pas encore au Canada et aux États-Unis, pays où la stricte obligation d'annoncer faite aux thérapeutes est l'une des principales raisons qui en empêchent la mise en œuvre.

3.2.3 Rôle des thérapeutes établis en ce qui concerne la prévention

On peut supposer qu'en raison de leur stigmatisation et de la charge psychique qui en découle (voir ch. 3.3.1), les MAPs ne se tournent pas seulement vers des offres spécifiques, mais aussi vers des thérapeutes établis ou vers d'autres spécialistes de la santé. De ce fait, ces spécialistes jouent également un rôle déterminant dans la prévention des infractions contre l'intégrité sexuelle des enfants. Il importe donc qu'ils soient à même de reconnaître des situations problématiques, qu'ils sachent réagir de manière adéquate, c'est-à-dire en se montrant compréhensifs et en évitant de juger le patient lorsqu'il évoque son penchant pédophile, et qu'ils soient capables, en cas de besoin, d'aiguiller le patient vers une offre de conseil ou de traitement spécialisée. Ceci prérequiert une connaissance de ces offres et traitements de la part des thérapeutes.

3.3 Offres suisses de prévention visant les MAPs

3.3.1 Offres de conseil sans option de traitement destinées aux MAPs

Depuis 2014, *DIS NO* propose en Suisse romande des conseils sans option de traitement, mais avec la possibilité d'orienter les personnes intéressées. L'offre comprend une permanence téléphonique respectant l'anonymat et des informations sur un site Internet. Il est possible de fixer un rendez-vous pour une consultation téléphonique, mais aucun traitement n'est dispensé. En cas de besoin, les personnes peuvent être orientées vers un thérapeute expérimenté. Selon les représentants de *DIS NO*, il est toutefois difficile d'en trouver. Une offre est actuellement mise en place au Tessin sur le modèle de *DIS NO (IO NO)*. Au moment de la rédaction du présent rapport, la permanence téléphonique tessinoise n'était pas encore opérationnelle. Il existe des données d'utilisation de l'offre *DIS NO*.

3.3.2 Offres de conseil avec option de traitement destinées aux MAPs

En Suisse, il existe quatre offres de traitement destinées aux MAPs, dont deux en Suisse alémanique et deux en Suisse romande, mais aucune au Tessin. Ces offres ne dénoncent ni les infractions sexuelles commises ni la consommation de représentations d'actes d'ordre sexuel commis sur des enfants. À une exception près, elles ne font pas de publicité. Il n'existe pas de description des offres, de données d'utilisation ni d'études scientifiques portant sur les offres disponibles en Suisse.

3.3.2.1 Offres de traitement en Suisse alémanique

L'institut des sciences forensique de Suisse orientale (FORIO) est principalement actif dans le domaine de l'expertise et de la thérapie des personnes ayant commis des actes violents ou des infractions sexuelles. S'inspirant du projet berlinois *Dunkelfeld*, il propose par ailleurs depuis 2009 un programme de traitement et de conseil visant les hommes attirés sexuellement par les enfants. Ce programme s'adresse à tous les hommes, qu'ils aient déjà commis un abus sexuel sur un enfant ou non. Sont toutefois exclues de la thérapie les personnes souffrant de dépendance ou d'une maladie psychique grave et celles pouvant présenter un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L'objectif de cette offre thérapeutique est d'aider

les hommes concernés à contrôler leurs pulsions sexuelles et de les conforter dans leurs efforts préventifs pour éviter de commettre un abus sexuel sur un enfant. Le traitement est conçu selon une approche développée par l'institut dans laquelle la *gestion du risque est centrée sur l'infraction*. Les coûts de la thérapie sont pris en charge par les caisses-maladie. Ils incluent les heures effectivement investies dans les séances de thérapie, l'étude des dossiers et d'autres examens supplémentaires ainsi que les frais annexes. Les participants qui souhaitent garder l'anonymat doivent assumer eux-mêmes ces coûts. Le programme se fait connaître essentiellement par des interviews publiées dans les médias. À la date de publication du présent rapport, il n'existait pas de données d'utilisateurs accessibles.

La clinique de psychiatrie légale des cliniques psychiatriques universitaires de Bâle, propose des traitements aux personnes qui ont commis une infraction pénale en raison d'un trouble psychique. En 2014, elle a mis sur pied une offre s'adressant aux adultes qui ont le sentiment d'avoir des penchants sexuels divergeant de la norme sans jamais avoir commis d'infraction. L'offre de prévention est aussi ouverte aux personnes qui ont déjà commis des infractions sans avoir été poursuivies en justice ou qui ont subi des peines pénales pour avoir commis ce type d'actes et qui craignent de récidiver. Le seul critère d'exclusion est une infraction actuelle respectivement une procédure pénale en cours. L'offre de traitement a pour objectif d'empêcher les infractions d'ordre sexuel. En cas de diagnostic psychiatrique, les coûts du traitement sont facturés à la caisse-maladie. Les participants qui souhaitent préserver leur anonymat doivent cependant assumer eux-mêmes ces coûts. Depuis le lancement du projet, 50 demandes de traitement ont été déposées, parmi lesquelles dix personnes ont suivi une thérapie individuelle. En raison du faible nombre d'intéressés, aucune thérapie de groupe n'a été réalisée à ce jour.

3.3.2.2 Offres de traitement en Suisse romande

La *Consultation Claude Balier* fait partie du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), à Lausanne, et propose surtout des traitements s'adressant aux délinquants. En 2013, l'offre de traitement a toutefois été élargie afin d'inclure les adultes et les adolescents à partir de 15 ans non délinquants. Il n'existe aucun critère d'exclusion pour participer à la thérapie. Depuis sa création et selon le prestataire, trois à cinq personnes se sont annoncées pour cette offre de prévention, dont un adolescent.

La *Consultation spécialisée de sexologie* des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) s'adresse en principe à tous les adultes souffrant de troubles de la sexualité. Les traitements sont toutefois principalement prodigués à des hommes condamnés pour infraction sexuelle. Le traitement vise avant tout à éviter les récidives, à renforcer le sentiment d'empathie envers la victime et l'intégration sociale du patient. Les personnes qui prennent contact avec la consultation spécialisée sans injonction légale de soins sont très rares ; deux à trois personnes environ depuis la création de l'offre (dont la date précise n'est pas connue).

3.4 Offres de traitement émanant de thérapeutes établis

Parmi les thérapeutes en Suisse qui ont été interrogés dans le cadre de l'étude ($N = 427$)¹⁵, 58 % ont indiqué n'avoir jamais traité de personne présentant des penchants pédophiles, tandis que 14 % n'en avaient traité qu'une seule au fil de leur carrière. Trois quarts des spécialistes interrogés ont déclaré qu'en cas de prise de contact, ils souhaiteraient réorienter les MAPs vers une offre correspondante, mais un cinquième à un sixième des personnes ont admis ne pas connaître de telle offre. En outre, près de 85 % des professionnels interrogés ont indiqué qu'ils n'avaient suivi aucune formation spécifique dans ce domaine. Les spécialistes ayant acquis des connaissances spécifiques ont déclaré l'avoir fait principalement dans le cadre de supervisions et par auto-apprentissage, et non dans le cadre de leur formation de base ou de leur formation postgrade. Dans l'ensemble, la disposition des thérapeutes établis à traiter des MAPs peut être qualifiée de très faible : seuls 15 % des personnes interrogées sont expressément disposées à traiter des MAPs n'ayant jamais commis d'abus. S'agissant des MAPs qui déclarent avoir commis un abus, seuls 9 % des thérapeutes sont clairement disposés à les traiter. Cette réalité s'explique principalement par une attitude stigmatisante qui se reflète par exemple dans la volonté de se distancier socialement des MAPs ou de les voir condamnées. En principe, des mesures de formation ciblant ces attitudes devraient permettre d'obtenir des changements à cet égard.

3.5 Efficacité des offres de prévention secondaire

Bien que la validité des offres de prévention secondaire semble grande au premier regard, du point de vue scientifique, l'état actuel de la recherche ne fournit pas de preuves empiriques concluantes confirmant ou infirmant une efficacité spécifique des programmes de prévention secondaire (avec ou sans option de traitement) au sens d'actes criminels évités. Dans ces cas, il est particulièrement difficile sous l'angle méthodologique d'obtenir une preuve d'efficacité et il faut donc se garder d'interpréter l'absence de preuve comme une preuve d'inefficacité. En dépit des difficultés méthodologiques, il est néanmoins nécessaire, tant pour des raisons de politique de sécurité que pour des raisons éthiques, de soumettre l'efficacité des traitements de prévention secondaire à un examen empirique des plus rigoureux, afin de pouvoir la corroborer. Du moins en ce qui concerne le traitement de délinquants condamnés pour des infractions d'ordre sexuel, certains résultats montrent qu'un traitement très intense des délinquants peu susceptibles de récidiver pourrait non seulement s'avérer inefficace, mais aussi faire croître la possibilité d'effets négatifs¹⁶ en entraînant une hausse du taux de criminalité. Étant donné que les MAPs qui recherchent de leur plein gré des possibilités de traitement sont un groupe de personnes auto-sélectionnées ne présentant qu'un

¹⁵ S'agissant de la méthode adoptée pour l'enquête en ligne, voir ch. 2.5 du présent rapport.

¹⁶ Ces effets négatifs n'ayant été démontrés que dans des cas isolés de délinquants condamnés, il semble s'agir d'un risque plutôt hypothétique. Le facteur de causalité (évoqué par Barnett & Fitzalan Howard, 2018) serait le mélange de délinquants à haut et à faible risque au sein d'un même programme, ce qui devrait être très rare dans le contexte de traitements de prévention secondaire et ne pourrait être vérifié qu'au sein de groupes de thérapie mixtes.

faible risque de commettre une infraction, il importe d'éviter dans la mesure du possible les effets négatifs (voir ch. 3.2.2.2).

Comme il n'est pas possible d'évaluer l'efficacité spécifique au sens propre des offres de conseil anonymes sans option de traitement, en raison de l'impossibilité d'interroger plusieurs fois des personnes qui y recourent et de l'absence d'un groupe cible comparable identifiable a priori qui fasse sens, l'évaluation de l'efficacité des programmes de traitement est difficile sur le plan méthodologique, sans pour autant être impossible. Lors de la mise en œuvre d'une offre de traitement, il faudrait pouvoir rattacher les données officielles des infractions sexuelles aux individus traités tout en garantissant leur anonymat. Seule une comparaison entre le groupe des délinquants et les cas de récidive au sein d'un groupe témoin approprié peut permettre de tirer des conclusions sur l'efficacité spécifique¹⁷ des programmes de prévention secondaire. Dans l'idéal, le groupe témoin devrait être composé de personnes qui ont aussi sollicité un traitement auprès du programme concerné, mais qui, faute de ressources suffisantes, n'ont pu être traitées que bien plus tard¹⁸ (groupe témoin sur liste d'attente), ou qui n'ont pas pu participer à ce programme par exemple en raison d'un trop grand éloignement du lieu de traitement. Ce serait là la seule manière possible de contrôler scientifiquement les conditions de motivation spécifiques des personnes recourant de leur propre initiative à des offres de prévention secondaire et de comparer groupe expérimental et groupe témoin. S'il n'est pas possible de recourir à une méthode d'évaluation fondée sur les listes d'attente, un contrôle systématique de l'efficacité de certains éléments de traitement utilisés dans un groupe, mais pas dans un autre, pourrait constituer un mode d'évaluation alternatif (voir ch. 2.3).

Certaines études portant sur des **offres d'information et de conseil sans option de traitement** permettent de constater en résumé, notamment sur la base des données d'utilisateur de l'offre *Stop it Now !*, que ce type de permanence téléphonique **répond à un besoin**. Les résultats disponibles ne permettent cependant pas d'évaluer l'efficacité spécifique de ces offres, et pas seulement à cause de l'absence d'un groupe de contrôle approprié ; les petits échantillons d'utilisateurs qui ont choisi eux-mêmes de recourir à l'offre ne sont pas représentatifs et ne permettent **pas de formuler d'hypothèse défendable du point de vue scientifique sur l'efficacité des offres**.

Il peut donc être constaté en résumé que, compte tenu des **évaluations disponibles de programmes de traitement**, il n'est actuellement pas possible **sur la base des types d'évaluations utilisées de fournir la preuve scientifique de l'efficacité spécifique** des pro-

¹⁷ Dans ce qui suit, l'efficacité spécifique porte toujours sur les effets positifs ayant un lien de causalité avec l'intervention. Il faut donc disposer d'un groupe de contrôle permettant de prouver statistiquement une évolution plus positive au sein du groupe d'intervention. Des comparaisons reposant uniquement sur un examen avant-après au sein du groupe d'intervention ne permettent pas d'exclure d'autres facteurs comme des améliorations spontanées ou un processus de maturation normal (Banse et al., 2013 ; Oberlader et al., 2018).

¹⁸ D'un point de vue théorique, la période d'observation doit être suffisamment longue ; il faudrait donc que ces personnes soient sur liste d'attente depuis au moins deux ans (davantage serait souhaitable). On peut toutefois se demander si une telle étude est réalisable.

grammes de prévention secondaire avec traitement psychothérapeutique de personnes présentant des penchants pédo- ou hétérophiles pour ce qui est du passage à l'acte, notamment à cause de difficultés méthodologiques qui peuvent aussi varier légèrement d'une étude à une autre (voir ch. 3.2.2). Il manque donc à l'heure actuelle des connaissances scientifiques de nature générale pour savoir si ces offres de prévention peuvent empêcher la perpétration d'abus sexuels sur des enfants ou la consommation de représentations à caractère sexuel impliquant des enfants, ou pour connaître les effets qu'elles ont sur les facteurs de risque pour un premier passage à l'acte. Cela s'explique en particulier par le fait qu'une telle preuve est particulièrement difficile à fournir sur le plan méthodologique dans un groupe cible de personnes ayant un faible risque initial de délinquance.

3.6 Accessibilité du groupe cible

Selon les résultats de l'étude, il est vraisemblable que les MAPs ont un besoin de conseil et de traitement en raison du stress engendré par leur stigmatisation. Sont cités comme obstacles à la participation à une offre de soutien par les personnes concernées avant tout la honte et le manque de connaissances sur les offres, mais aussi l'éloignement géographique entre le domicile et le lieu du traitement. Des enquêtes internationales réalisées auprès de personnes concernées indiquent par ailleurs qu'il est très difficile de trouver un thérapeute qualifié, car les **thérapeutes éprouvent eux aussi souvent de forts ressentiments** à l'égard des MAPs et sont **par conséquent peu disposés à les traiter**. Les résultats de la présente étude indiquent clairement qu'il existe aussi parmi les thérapeutes suisses une répulsion marquée à l'égard des MAPs, et qu'une attitude stigmatisante de leur part constitue un obstacle considérable au traitement. Ces constats invitent à penser – et les rapports d'experts le confirment – que les MAPs ont des difficultés en Suisse aussi à trouver des thérapeutes prêts à les traiter.

Enfin, on observe chez les MAPs du monde entier une certaine **incompatibilité entre leurs objectifs thérapeutiques et ceux des thérapeutes** : si les MAPs recherchent surtout de l'aide pour mieux gérer les conséquences au quotidien de la stigmatisation qu'ils subissent en raison de leurs penchants sexuels, les thérapeutes semblent plutôt avoir pour objectif de réduire le risque que leurs patients passent à l'acte. De ce fait, la moitié seulement des MAPs qui ont suivi un traitement professionnel ont estimé que l'aide obtenue leur avait été utile. La stigmatisation que ressentent les personnes concernées de la part des thérapeutes et le fait que les thérapies se concentrent sur les risques éveillent chez ces personnes, même celles qui seraient en soi prêtes à suivre un traitement, certaines réticences à exposer leur problème à un thérapeute. **Cela peut entraîner une détérioration de la santé psychique qui peut, à son tour, exacerber le risque qu'une MAP porte atteinte à l'intégrité sexuelle des enfants.**

4. Nécessité d'agir et recommandations pour la Suisse

4.1 Nécessité d'agir en Suisse

En vertu de l'art. 7 de la Convention du Conseil de l'Europe sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (convention de Lanzarote), entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2014, la Suisse doit veiller à ce que les personnes qui craignent pouvoir porter atteinte à l'intégrité sexuelle d'un enfant ou d'un adolescent puissent accéder à des programmes ou mesures d'intervention efficaces destinés à prévenir les risques de passage à l'acte. Les exigences de l'art. 7 sont satisfaites si a) les personnes cherchant de l'aide savent à qui s'adresser, b) les professionnels à qui elles s'adressent disposent des connaissances nécessaires et sont prêts à travailler avec des personnes de ce groupe cible, et c) ils recourent à des méthodes d'intervention efficaces. Les résultats de la présente étude indiquent clairement qu'à l'heure actuelle, la Suisse ne répond pas à ces exigences.

Par rapport aux offres proposées à l'étranger et aux conditions recommandées (anonymat, gratuité, adaptation aux groupes cibles, communication explicite aux MAPs jeunes ou/et femmes), l'**offre romande de conseil sans option de traitement (DIS NO)** paraît relativement bien positionnée. Au Tessin, une offre similaire (*IO NO*) est en train d'être mise en place sur le modèle de DIS NO, mais la permanence téléphonique n'était pas encore en service au moment de la rédaction du présent rapport. Il n'existe pas d'offre similaire en Suisse alémanique. Il s'est également avéré que les offres de prévention ont des **difficultés à trouver des thérapeutes qualifiés et disposés à traiter les MAPs** afin de pouvoir rediriger vers des spécialistes les personnes qui souhaitent être traitées. L'enquête auprès des psychiatres, psychologues et sexologues installés en cabinet en Suisse a également montré que la plupart d'entre eux n'étaient que **peu disposés à traiter** des MAPs, estimant ne pas disposer des compétences ou des qualifications nécessaires et étant incertains du cadre juridique dans lequel ils évolueraient.

Actuellement, il n'existe **pas d'offre structurée de traitement des MAPs disponible dans toutes les régions linguistiques** de la Suisse. Les offres existantes sont des initiatives individuelles et, à l'exception des services offerts par l'Institut de science forensique de Suisse orientale (FORIO), les thérapies sont peu spécifiques et leurs prestataires ne sont pas réunis au sein d'un réseau global, même si certains d'entre eux ont des contacts bilatéraux. Il **n'existe pas de normes procédurales communes** concernant les groupes cibles, les conditions-cadres du traitement, la garantie de l'anonymat et l'information des autorités concernées. En outre, il manque une coordination des offres à l'échelle nationale. **Aucune des offres suisses de prévention n'a fait à ce jour l'objet d'une évaluation scientifique.** En outre, une partie des offres n'est que difficilement repérable, des mesures pour faire connaître les offres au grand public faisant encore largement défaut.

Toutes les **offres avec option de traitement**, conformément à l'orientation théorique de l'approche thérapeutique, sont conçues **essentiellement à l'intention des auteurs d'infractions**, ce qui risque de diminuer la motivation à participer à ces offres pour les MAPs non délinquantes. Ces thérapies ont pour but premier d'empêcher un passage à l'acte et

sont très peu axées sur la souffrance des personnes concernées. **Une seule offre s'adresse ouvertement aux adolescents**, la Consultation Claude Balier, et aucune ne concerne expressément les femmes. Au Tessin, il n'existe pour l'instant aucune offre de prévention avec option de traitement direct. L'anonymat n'est garanti pour aucune des offres de traitement, ce qui signifie que **seules les personnes disposant de suffisamment de ressources financières peuvent rester anonymes en Suisse** en supportant elles-mêmes les coûts d'une thérapie.

4.2 Recommandations pour la Suisse

4.2.1 Mise sur pied d'une offre de conseil destinée aux MAPs en Suisse alémanique

Il faudrait que la Suisse alémanique se dote aussi d'une permanence téléphonique avec une offre de conseil anonyme, gratuite et accessible à partir de tous les réseaux permettant d'orienter les personnes vers les services adaptés. L'offre doit être mise en réseau avec les offres de traitement régionales. Étant donné les forts préjugés négatifs envers les MAPs, ces offres auront probablement besoin d'être cofinancées par l'État.

4.2.2 Mise à disposition d'offres de traitement régionales spécialisées destinée aux MAPs

Il faut mettre en place une offre de traitement structurée, coordonnée dans la mesure du possible au niveau fédéral et subventionnée par la Confédération et les cantons, avec des centres de traitement dans toutes les régions linguistiques. Les MAPs ayant des besoins et des profils de risque très divers, il convient de proposer des modules thérapeutiques spécifiques pour les différents groupes cibles (par ex. les jeunes, les personnes présentant un retard mental) et pour les différentes constellations de risques. Il faut également éviter de mêler dans les groupes thérapeutiques des personnes traitées sur décision de justice à celles qui ne sont pas enregistrées comme délinquantes (pas de criminalité apparente)¹⁹. Les formes de traitement devraient être coordonnées au sein du réseau d'offres régionales et des conditions-cadres clairement définies devraient être appliquées de manière uniforme partout (par ex. conditions d'admission, procédure en cas d'infraction présumée). Elles devraient aussi relever davantage de l'approche clinique que de celle fondée sur la médecine légale. Les frais de traitement devraient être pris en charge par les caisses-maladie. Il est important que l'offre de traitement soit accessible dans un anonymat absolu²⁰.

¹⁹ Par criminalité apparente, on entend les abus sexuels commis sur des enfants qui figurent dans la statistique policière officielle de la criminalité. Les chiffres noirs (ou zone d'ombre) concernent, quant à eux, les abus sexuels commis sur des enfants qui n'ont pas été officiellement enregistrés.

²⁰ Le projet berlinois *Dunkelfeld* prouve qu'il est possible, sous condition d'un soutien politique, de faire supporter les frais par la caisse-maladie tout en garantissant l'anonymat ; une telle solution se fonde sur une relation de confiance avec l'institution dispensant le traitement.

4.2.3 Formation et formation postgrade des thérapeutes

Les thérapeutes disposés à se spécialiser dans le traitement des MAPs doivent disposer d'une formation thérapeutique reconnue et d'une formation postgrade spécifique. L'objectif d'une telle formation doit être que les participants a) comprennent qu'un penchant pédophile n'est pas synonyme d'abus sexuel commis sur des enfants, b) réalisent que le stress lié à la stigmatisation entraîne des problèmes psychiques susceptibles d'accroître le risque de passage à l'acte, c) acquièrent des connaissances sur la façon de traiter les personnes ayant une paraphilie (par ex. le ressenti du stress provoqué par le fait de garder secrète sa propre identité sexuelle, la gestion de la honte éprouvée). Enfin, les thérapeutes doivent d) prendre conscience que la stigmatisation réduit la disposition au traitement aussi bien chez les thérapeutes que chez les personnes concernées, et réfléchir intensément, dans ce contexte, à leurs propres tendances à la stigmatisation.

Les thérapeutes établis en cabinet et d'autres spécialistes de la santé devraient au moins disposer de connaissances de base en matière de penchants pédophiles pour être à même de reconnaître des situations problématiques, d'entretenir des contacts adéquats avec les personnes concernées et de les orienter vers des spécialistes appropriés. Pour cela, il faudrait systématiquement intégrer ce thème dans le cursus et dans les programmes de formation postgrade et de formation continue.

4.2.4 Coordination à l'échelle nationale des offres de prévention

Les offres de prévention devraient être mises en œuvre à l'échelle nationale de manière uniforme et harmonisée, avec des normes communes en matière de conditions d'admission, de formes de traitement, de garantie de la qualité, d'anonymat, de procédure à suivre en cas d'infraction présumée, etc. Il semble opportun que la coordination des offres et des standards, mais aussi le fait de faire connaître les offres et l'information du public soient assumés par la Confédération. Il faudrait aussi mettre en place un accompagnement scientifique indépendant (voir ch. 4.2.5). Le financement incitatif des offres, des campagnes publiques (ch. 4.2.6) et de l'évaluation devraient être confiés à la Confédération et aux cantons.

4.2.5 Évaluation systématique des offres de traitement

Tant pour des motifs de politique de sécurité que pour des raisons éthiques, il faudrait soumettre l'efficacité des offres de prévention secondaire à un contrôle empirique aussi strict que possible. Afin de jeter les bases d'une évaluation significative des effets des offres, il faudrait dresser *avant* même de mettre en place les offres de traitement un plan méthodologique clair pour le recensement des données. Un centre d'évaluation centralisé, indépendant et mandaté par la Confédération devrait se charger de recenser systématiquement par voie électronique les données de traitement anonymisées, de les archiver et de les analyser, afin de remplir les conditions nécessaires, notamment en termes de volume de données, pour procéder à une analyse significative des effets de la prévention.

4.2.6 Campagnes d'information efficaces auprès du publiques

Pour faire connaître les offres de prévention, il est recommandé d'organiser une campagne médiatique efficace auprès du public qui permette aussi de réduire la stigmatisation. Une telle campagne doit être préparée et implémentée avec le plus grand soin afin d'éviter des effets secondaires indésirables. Une attention particulière devrait être accordée à son nom, qui devrait éventuellement être choisi en consultant des personnes concernées, afin qu'elles puissent mieux s'identifier à l'offre. Il faut considérer entre autres que le terme « délinquants » serait problématique pour les MAPs qui ne passent pas à l'acte, alors qu'il pourrait favoriser l'acceptation du programme par la société. Une campagne médiatique est très coûteuse et, en raison des forts préjugés nourris par la population, il paraît peu réaliste de compter sur des donateurs privés tant que les organisations doivent craindre un dégât d'image si elles soutiennent des mesures de prévention de ce type. De ce fait, il faut prévoir un financement incitatif de la Confédération et des cantons.

Riassunto

1. Contesto e questioni oggetto dello studio

Con due postulati dello stesso tenore depositati il 12 settembre 2016, il consigliere agli Stati Jositsch (16.3644) e la consigliera nazionale Rickli (16.3637) chiedevano al Consiglio federale di elaborare un rapporto sui progetti di prevenzione destinati ad adulti e giovani che provano attrazione sessuale per i bambini o indulgono a fantasie pedofile, ma che non hanno mai abusato di minori. L'incarico era di illustrare gli effetti di progetti come «Kein Täter werden» o «DIS NO» su potenziali autori di reati pedosessuali, in altre parole quanto sono efficaci questi progetti nella pratica e se una vasta offerta preventiva per gli autori di reati pedosessuali sarebbe in grado di impedirne gli eventuali abusi. Per il caso in cui una simile offerta risultasse efficace, il rapporto doveva inoltre illustrare come la si potrebbe garantire e quale ruolo dovrebbe assumere la Confederazione. Dopo l'adozione dei postulati, il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di elaborare il rapporto richiesto.

Nel novembre del 2018, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), competente per la direzione dei lavori, ha messo a concorso il progetto volto a delineare una panoramica delle misure di prevenzione esistenti in questo ambito, in Svizzera e all'estero. Lo studio doveva rilevare le conoscenze in merito all'efficacia di tali misure e identificare pratiche promettenti. Andavano raccolti e presentati in modo sistematico i risultati delle valutazioni scientifiche, revisioni sistematiche e meta-analisi condotte. Occorreva inoltre presentare le conoscenze in merito al ruolo e all'efficacia dell'intervento di sessuologi, psicoterapeuti e psichiatri indipendenti. Sulla base di questi risultati dovevano essere infine formulate raccomandazioni per la Svizzera²¹. Alla fine di febbraio del 2019, il progetto è stato affidato alla Scuola universitaria professionale per il lavoro sociale di Lucerna (HSLU) in collaborazione con l'Università Johannes Gutenberg di Magonza.

Il presente rapporto finale fornisce una panoramica sull'impostazione metodologica e sui risultati dello studio, in base ai quali vengono formulate conclusioni e raccomandazioni per la Svizzera.

2. Impostazione dello studio

Per affrontare le questioni oggetto dello studio, sono stati combinati diversi approcci metodologici, i cui risultati sono stati infine integrati: ricerche sistematiche su Internet, analisi bibliografica e documentale (descrizione dei programmi), interviste semistrutturate con esperti nazionali e internazionali ($N=15$), inchiesta standardizzata online tra specialisti di psicoterapia psicologica e psichiatrica e di sessuologia ($N=427$). Questo approccio diversificato in

²¹ Per l'esposizione dettagliata delle questioni oggetto dello studio, v. cap. 1.1 del rapporto.

termini di metodi e prospettive ha permesso di validare tra loro i risultati ottenuti da fonti di dati differenti.

3. Risultati e conclusioni

3.1 Prevalenza, conseguenze e condizioni che portano a commettere reati contro l'integrità sessuale di minori

3.1.1 Prevalenza e conseguenze degli abusi sessuali sui minori

In base al Codice penale svizzero (CP), gli atti sessuali con minori di età inferiore a 16 anni sono per principio punibili, se la differenza d'età tra le persone coinvolte eccede i tre anni. È passibile di pena altresì il consumo di rappresentazioni di abusi sessuali su minori (cosiddetta pedopornografia). Gli abusi sessuali su bambini e giovani sono un problema persistente. Sulla base di meta-analisi internazionali si suppone che a livello mondiale ne siano vittime il 15-20 per cento delle ragazze e l'8 per cento dei ragazzi circa. Le cifre disponibili per la Svizzera mostrano un quadro analogo. Subire un abuso sessuale provoca grande sofferenza ed è ampiamente provato a livello empirico che costituisce un fattore di rischio per l'integrità della salute psichica e dello stato di salute in generale. I costi che ne derivano per la società a livello internazionale ammontano a diversi miliardi. Ne consegue che alla prevenzione degli abusi sessuali va data un'elevata priorità sociale: lo Stato ha il dovere di proteggere l'integrità fisica, psichica e sessuale dei bambini e dei giovani.

3.1.2 Condizioni che portano a commettere abusi sessuali su minori

Per una prevenzione efficace è importante innanzitutto conoscere le ragioni per cui vengono commessi reati contro l'integrità sessuale di minori. Secondo il *motivation-facilitation model*²² di Seto (2019) per spiegare la delinquenza sessuale, due gruppi di fattori di rischio risultano fondamentali: i fattori motivazionali e i fattori disinibitori. L'interesse sessuale per i minori, vale a dire un'attrazione di tipo pedofilo o ebeffilo²³, è uno dei molti fattori motivazionali che aumentano la motivazione e dunque il rischio di commettere un reato sessuale ai danni di minori, ma che non portano necessariamente al suo compimento. Inoltre, non tutte le persone che si rendono perseguibili penalmente a causa di atti sessuali con minori sono pedofili o ebeffili, così come non tutte le persone che provano un'attrazione di tipo pedofilo o ebeffilo compiono tali atti. Sebbene si parta dal presupposto che l'attrazione sessuale sia un carattere sostanzialmente inalterabile, il comportamento sessuale è invece ritenuto di per sé controllabile. Ciononostante, le persone con interessi sessuali nei confronti dei minori rappresentano uno dei gruppi socialmente più stigmatizzati a causa della sopravvalutazione, da parte dell'opinione pubblica e anche di alcuni professionisti del settore, del nesso tra questo tipo di attrazione e gli abusi sessuali sui minori. A causa di questa forte stigmatizzazione, le

²² Per una spiegazione dettagliata del modello, v. cap. 1.3.3 del rapporto.

²³ Le persone con un'inclinazione pedofila provano attrazione sessuale per i minori con uno sviluppo fisico pre-puberale, mentre quelle con un'inclinazione ebeffila sono attratte da bambini e giovani il cui corpo presenta già i primi segni della pubertà.

persone attratte da minori (di seguito «MAP»)²⁴ sono sottoposte a una notevole pressione psichica, la quale a sua volta rappresenta indirettamente un fattore di rischio per il compimento di atti sessuali su minori.

È in questo contesto che si collocano le misure di prevenzione secondaria, rivolte alle MAP, che soffrono a causa della propria attrazione sessuale o che temono di violare in futuro l'integrità di minori. Il presente rapporto è incentrato sulle misure di prevenzione secondaria per le MAP, le quali a causa del peso della loro sofferenza si interessano spesso di propria iniziativa a consulenze e trattamenti e risultano dunque ben raggiungibili e intrinsecamente motivate per misure preventive, rispetto per esempio a potenziali autori di reati sessuali senza una specifica attrazione ma che presentano una spiccata asocialità e che in mancanza del peso di una sofferenza non possono essere praticamente motivati a ricorrere a un'offerta adeguata di questo tipo.

3.2 Misure di prevenzione per le MAP a livello internazionale

Le misure di prevenzione secondaria per le MAP si possono innanzitutto suddividere tra misure che prevedono (cap. 3.2.2) o meno (cap. 3.2.1) l'opzione di trattamento diretto. Dato che le MAP non si rivolgono sempre direttamente a fornitori di misure preventive specializzati, ma in alcuni casi cercano l'aiuto di psichiatri, psicologi, sessuologi o altri specialisti indipendenti del settore sanitario, anche questi attori assumono un ruolo importante nell'ambito della prevenzione (cap. 3.2.3).

3.2.1 Misure di prevenzione per le MAP senza opzione di trattamento

Per quanto concerne le misure di prevenzione senza opzione di trattamento, si tratta di servizi di consulenza specializzati che forniscono su portali online informazioni inerenti all'attrazione per i minori e offrono consulenza alle MAP attraverso una helpline, mettendole, se del caso, in contatto con terapisti. L'esempio più noto in tal senso è il programma di prevenzione «Stop it Now!» nato negli Stati Uniti e proposto anche in Gran Bretagna, in Irlanda e nei Paesi Bassi. Si tratta di una helpline anonima, raggiungibile telefonicamente, per e-mail o tramite un servizio chat. Il servizio di consulenza comprende un ampio ventaglio di informazioni e di approfondimenti destinati a tutte le persone che si preoccupano per le potenziali vittime oppure a causa dei propri interessi sessuali o dei propri atti. Riguardo alle rappresentazioni di abusi sessuali su minori, il programma mette a disposizione degli utenti diversi strumenti di autoaiuto per sostenerli nel comprendere e cambiare il proprio comportamento online. Esso propone inoltre informazioni e consulenza per specialisti confrontati nel loro lavoro con il tema delle aggressioni sessuali su minori. Al programma si può accedere in forma anonima. Se però gli utenti forniscono di propria iniziativa informazioni dalle quali è possibile identificare un minore che ha subito, sta subendo o potrebbe subire abusi sessuali,

²⁴ Dal termine inglese *minor-attracted person*, affermato nella letteratura specialistica anglofona per indicare le persone con interessi sessuali nei confronti dei bambini e dei giovani in età protetta legale. Il termine è utilizzato anche dalle stesse MAP.

allora queste informazioni vengono trasmesse alle autorità competenti. Gli utenti vengono informati di questa regola al momento della prima presa di contatto.

3.2.2 Misure di prevenzione per le MAP con opzione di trattamento

La misura di prevenzione con opzione di trattamento meglio documentata al mondo in termini scientifici, e nel frattempo anche la più differenziata, è il progetto «Dunkelfeld», proposto in Germania dal 2005, su iniziativa della sede berlinese della rete *Kein Täter werden*. Si tratta dell'unica misura per la quale esiste un manuale che descrive in modo preciso e dettagliato la procedura del trattamento terapeutico. Le MAP possono sottoporsi al trattamento in tutte le 12 sedi della rete tedesca, facendosi rimborsare i costi dalla cassa malati e mantenendo al contempo l'anonimato (anche nei confronti dell'istituzione finanziatrice). Le sedi della rete di prevenzione, regolarmente in contatto tra loro, si sono impegnate a rispettare standard comuni, concernenti tra l'altro le qualificazioni specialistiche dei propri collaboratori e l'accessibilità a bassa soglia e in forma anonima. Ulteriori standard sono stati fissati nell'ambito della diagnostica e delle linee direttive per la terapia. Sono inoltre state formulate chiare regole per quanto concerne l'obbligo del segreto e la rete ha sviluppato una procedura strutturata per i casi di presunte minacce per il benessere di un minore, in merito alla quale tutti i pazienti vengono informati all'inizio della terapia.

L'obiettivo della rete di prevenzione è di aiutare le MAP ad accettare le proprie preferenze sessuali e a integrarle nell'immagine di sé. Inoltre vanno potenziate l'esperienza della riuscita e l'autoriflessione e ridotti i meccanismi di sopraffazione sessuale mediante l'apprendimento di strategie di superamento. Occorre migliorare anche il livello della funzione sociale e la capacità di assumere la prospettiva della vittima e di sviluppare empatia nei suoi confronti. Attraverso la terapia si vuole sviluppare un'ampia gamma di strategie efficaci per riuscire a superare meglio situazioni problematiche nella vita quotidiana in generale e nel confronto con i minori in particolare. Dal 2014, inoltre, viene messo a disposizione un modulo per le persone giovani, impostato in base ai loro bisogni specifici, ed è previsto anche l'allestimento di un modulo per persone con problemi cognitivi.

Non esiste a livello internazionale un programma simile. Inoltre ad oggi è l'unico a essere stato valutato sistematicamente. Misure di prevenzione strutturate con opzione di trattamento come quelle presenti in alcuni Paesi europei (p. es. Germania e Paesi Bassi) non esistono ancora in Canada e negli Stati Uniti, dove l'attuazione di misure corrispondenti è ostacolata tra l'altro dal rigido obbligo di segnalazione cui sono soggetti i terapeuti.

3.2.3 Ruolo dei terapeuti indipendenti nell'ambito della prevenzione

Considerata la pressione psicologica dovuta alla stigmatizzazione cui sono sottoposte (v. cap. 3.3.1), è presumibile che le MAP si rivolgano non solo ai servizi specifici esistenti, ma anche a terapeuti o ad altri specialisti indipendenti nel settore della sanità. Anche questi attori rivestono dunque un ruolo importante nell'ambito della prevenzione dei reati contro l'integrità sessuale di minori. Al fine di reagire in modo efficace, essi devono poter riconoscere le situazioni problematiche, rispondere adeguatamente (vale a dire mostrando comprensione e

senza giudicare una persona che ammette apertamente un'attrazione sessuale di tipo pedofilo) e, se del caso, mettere in contatto le persone interessate con servizi di consulenza o di trattamento specializzati. Quest'ultimo aspetto presuppone che i terapeuti ne siano a conoscenza.

3.3 Misure di prevenzione per le MAP in Svizzera

3.3.1 Misure di prevenzione per le MAP senza opzione di trattamento

Nella Svizzera occidentale, dal 2014 l'associazione *DIS NO* propone un servizio di consulenza e di messa in contatto, che mette a disposizione una helpline usufruibile anonimamente e fornisce informazioni sul proprio sito Internet. Le persone interessate possono richiedere un appuntamento per una consulenza telefonica, ma non viene effettuato alcun trattamento terapeutico. Se del caso, i richiedenti sono messi in contatto con terapeuti, sebbene, in base a quanto affermato dai rappresentanti dell'associazione, la ricerca di un terapeuta adeguato risulta difficile. Nel Cantone Ticino è attualmente in corso lo sviluppo di un servizio sul modello di quello proposto da *DIS NO* («io-NO!»). Al momento dell'elaborazione del presente rapporto la helpline non era ancora in funzione. Nel caso di *DIS NO* si dispone invece di dati sull'utilizzo.

3.3.2 Misure di prevenzione per le MAP con opzione di trattamento

A livello nazionale sono proposte quattro terapie destinate alle MAP, due nella Svizzera tedesca e due nella Svizzera romanda, mentre in Ticino non esiste al momento alcun tipo di trattamento specializzato. I fornitori dichiarano che in nessuno dei casi trattati è stato segnalato che sia stato commesso un delitto sessuale o consumato materiale contenente rappresentazioni di abusi sessuali. Con un'unica eccezione, i servizi non sono pubblicizzati. Non sono inoltre disponibili descrizioni dei programmi, dati sull'utilizzo né valutazioni scientifiche.

3.3.2.1 Trattamenti nella Svizzera tedesca

L'istituto forense della Svizzera orientale *forio*, attivo prevalentemente nel settore delle perizie e delle terapie con persone che hanno commesso atti di violenza o delitti sessuali, propone dal 2009 anche un programma di consulenza e terapia per uomini con interessi sessuali nei confronti dei minori, sul modello del progetto berlinese «Dunkelfeld». Il programma si rivolge sia a coloro che non hanno mai commesso un'aggressione sessuale su minori che a quelli che lo hanno fatto. Quali criteri di esclusione dalla terapia vengono elencati gravi malattie psichiche, dipendenze o una minaccia per l'incolumità della persona in questione e quella di terzi. L'obiettivo della terapia è di rafforzare il controllo degli impulsi sessuali e di sostenere gli uomini nell'impegno per prevenire gli abusi sessuali sui minori. Il trattamento si svolge in base a un proprio approccio *di gestione dei rischi incentrata sui delitti*. I costi della terapia sono coperti dalla cassa malati; vengono fatturati l'onere di tempo effettivo per il trattamento, lo studio degli atti, gli accertamenti supplementari e le spese. I partecipanti che

desiderano mantenere l'anonimato devono assumere da soli i costi. L'informazione del pubblico avviene sotto forma di interviste nel quadro di contributi nei media. Al momento della conclusione del presente rapporto non erano ancora disponibili dati sull'utilizzo.

Alla *clinica di psichiatria forense delle Cliniche psichiatriche universitarie di Basilea* vengono eseguiti trattamenti con persone che hanno compiuto atti punibili a causa dei loro disturbi psichici. Dal 2014 viene inoltre proposto un trattamento destinato alle persone adulte che non hanno commesso reati, ma che sospettano di avere interessi sessuali devianti. La misura preventiva si rivolge anche a persone che hanno già commesso atti punibili ma non sono state perseguite penalmente, oppure a persone già pregiudicate che temono di commettere un altro reato. Costituiscono criteri di esclusione un delitto recente e/o una relativa procedura penale aperta. L'obiettivo del trattamento è di impedire che i soggetti commettano reati a sfondo sessuale. In caso di diagnosi accessibile i costi del trattamento sono coperti dalla cassa malati; chi desidera mantenere l'anonimato deve assumere da solo i costi. Dall'inizio del progetto di prevenzione hanno presentato domanda 50 persone, di cui 10 hanno preso parte a una terapia individuale. A causa dell'esiguo numero non è stato possibile finora organizzare una terapia di gruppo.

3.3.2.2 Trattamenti proposti nella Svizzera romanda

La «Consultation Claude Balier», che fa parte del servizio di medicina e psichiatria penitenziarie della Clinica psichiatrica universitaria di Losanna, propone principalmente trattamenti destinati ad autori di reati. Rivolto ad adulti e giovani a partire dai 15 anni, nel 2013 il trattamento è stato esteso anche alle MAP che non hanno commesso reati. Non sono previsti criteri di esclusione. I fornitori hanno indicato che dall'avvio della misura preventiva si sono annunciate tra le tre e le cinque persone, di cui un giovane.

Il servizio «Consultation spécialisée de sexologie» degli Ospedali universitari di Ginevra si rivolge di base a tutte le persone adulte con problemi sessuali. Tuttavia vengono trattati prevalentemente uomini che sono stati condannati per un reato sessuale. Il trattamento mira principalmente a impedire la recidiva, rafforzare l'empatia nei confronti della vittima e promuovere l'integrazione sociale delle persone in terapia. Secondo quanto dichiarato dai fornitori, le richieste presentate da persone senza imposizione giudiziaria sono molto rare: dall'inizio del servizio (che non può essere determinato con esattezza) si tratta di due o tre persone circa.

3.4 Trattamenti proposti da terapisti indipendenti

Tra i terapisti intervistati a livello nazionale ($N = 427$)²⁵, il 58 per cento ha indicato di non aver mai trattato una persona con interessi pedofili, mentre il 14 per cento ha dichiarato di averne trattata solo una fino a questo momento. Tre quarti degli specialisti interpellati hanno spiegato che, se contattati da una MAP, intenderebbero metterla in contatto con fornitori di servizi

²⁵ In merito alla procedura metodologica dell'inchiesta online v. cap. 2.5 del rapporto.

specializzati per questi casi, ma tra un quinto e un sesto di loro ha affermato di non conoscerne. Quasi l'85 per cento ha indicato inoltre di non aver mai seguito un perfezionamento specifico su questo ambito tematico. I terapeuti con conoscenze specifiche hanno dichiarato di averle acquisite prevalentemente attraverso supervisione e studio autonomo e non nel quadro della propria formazione o di un perfezionamento. Complessivamente, la disponibilità dei terapeuti indipendenti a trattare le MAP che dichiarano di non aver commesso reati sessuali è molto scarsa: solo il 15 per cento degli intervistati ha indicato in modo univoco di essere pronto a farlo. Per i casi delle MAP che dichiarano di aver già commesso una volta un abuso sessuale, la disponibilità si riduce al 9 per cento. In questo ambito sembrano avere un ruolo fondamentale posizioni stigmatizzanti che si esprimono nel desiderio di distanziarsi socialmente dalle MAP o di punirle. In linea di principio, un cambiamento di queste posizioni è possibile operando attraverso misure di perfezionamento che lavorano sull'atteggiamento.

3.5 Efficacia delle misure di prevenzione secondaria

Sebbene le misure di prevenzione secondaria siano a prima vista molto valide, dal punto di vista scientifico, in base allo stato attuale della ricerca non è possibile fornire prove empiriche attendibili né a favore né contro un'efficacia preventiva specifica in ottica criminale dei programmi di prevenzione secondaria, con o senza opzione di trattamento. Considerato che per questo tipo di casi produrre dati sull'efficacia è particolarmente difficile anche dal punto di vista metodologico, la mancanza del riscontro non va equiparata a una prova d'inefficacia. Nonostante le difficoltà metodologiche, per motivi di sicurezza e per questioni etiche è però necessario sottoporre i trattamenti di prevenzione secondaria a una valutazione empirica il più rigorosa possibile per poterne confermare l'efficacia. Almeno nel caso degli autori di reato condannati, infatti, alcuni risultati indicano che un trattamento molto intensivo di queste persone con un rischio marginale di recidiva cela, oltre a una potenziale inefficacia, anche la possibilità di effetti negativi in termini di tassi di criminalità²⁶. Poiché nel caso delle MAP che cercano autonomamente una terapia si può supporre che si tratti di un gruppo di persone autoselezionate, con un basso rischio di criminalità, si dovrebbe poter escludere il più possibile effetti negativi a livello empirico (v. cap. 3.2.2.2).

Se i servizi di consulenza anonima senza opzione di trattamento non possono essere valutati in termini di efficacia specifica in senso stretto, poiché non è possibile interpellare a più riprese le persone che vi ricorrono e non vi è alcun gruppo di confronto adeguato identificabile a priori, una valutazione dell'efficacia dei programmi di trattamento risulta impegnativa dal punto di vista metodologico, ma per principio possibile. Per l'implementazione di un trattamento specifico occorrerebbe collegare i dati ufficiali sulla criminalità con gli individui sottoposti al trattamento, nel rispetto dell'anonimato. Soltanto paragonando questo gruppo con i

²⁶ Poiché ciò è stato dimostrato sporadicamente e soltanto tra gli autori di reato condannati, in questo contesto va piuttosto presunto un rischio teorico, dato che nel caso dei trattamenti di prevenzione secondaria la commissione di soggetti a basso e ad alto rischio in uno stesso programma per il trattamento degli autori di reati, discussa come causa di questo effetto (Barnett & Fitzalan Howard 2018), dovrebbe essere molto esigua, se non vengono costituiti gruppi di terapia misti dal punto di vista delle esperienze in materia.

tassi di recidiva di un gruppo di confronto adeguato si possono infatti trarre conclusioni sull'efficacia specifica²⁷ di programmi di prevenzione secondaria. Idealmente un gruppo di controllo dovrebbe essere composto da persone che hanno cercato anch'esse un trattamento in questi programmi, ma che per motivi di risorse hanno potuto sottoporvisi soltanto in un momento molto più tardo²⁸ (gruppo di controllo in lista di attesa) o non hanno potuto sottoporvisi affatto per motivi quali la notevole distanza dal luogo in cui viene proposto il trattamento. Solo così è possibile controllare scientificamente le condizioni specifiche che spingono a cercare volontariamente la prevenzione secondaria e confrontare il gruppo di controllo con quello sperimentale. Se non è realizzabile una lista di attesa, una possibile alternativa è costituita da una valutazione sistematica dell'efficacia di singole componenti del trattamento non adottate per il gruppo di confronto (v. cap. 2.3).

Considerati alcuni studi concernenti **servizi d'informazione e di consulenza senza opzione di trattamento**, si può constatare, in sintesi, che dai dati sull'utilizzo di «Stop it Now!» emerge apparentemente un **bisogno** particolare per questo genere di helpline. I risultati disponibili non dicono tuttavia nulla sull'efficacia specifica, e non solo per la mancanza di gruppi di controllo attendibili: anche la dimensione ridotta dei campioni e la scarsa rappresentatività degli utenti autoselezionati **impediscono**, per via di logiche distorsioni sistematiche, **di giungere a solide constatazioni scientifiche sull'efficacia di queste misure**.

Considerate le **valutazioni di programmi di trattamento** finora disponibili, al momento si può constatare, in sintesi, che **a causa dell'impostazione delle varie valutazioni non vi sono prove scientifiche di un'efficacia specifica** dei programmi di trattamento psicoterapeutici di prevenzione secondaria per le persone con interessi pedofili o ebefili tale da ridurre o evitare la delinquenza sessuale futura, più nello specifico per via di problemi metodologici leggermente diversi a seconda degli studi in questione (v. cap. 3.2.2). Attualmente mancano dunque sostanzialmente conoscenze scientifiche sulla possibilità che tali misure consentano di evitare atti sessuali con minori o il consumo di rappresentazioni di questo genere e sull'effetto che producono per quanto concerne i fattori di rischio di commettere per la prima volta questi atti perseguibili. Questo è dovuto non da ultimo al fatto che una tale prova risulta particolarmente difficile a livello metodologico soprattutto per un gruppo target con un rischio di base di delinquenza minimo.

²⁷ Con «efficacia specifica» di seguito ci si riferisce sempre ad aspetti positivi che presentano un nesso causale con l'intervento. A tal fine è necessario impostare un gruppo di controllo che mostri sviluppi più positivi statisticamente comprovati per il gruppo d'intervento. Se ci si limita a confrontare la situazione antecedente e quella successiva all'interno di un gruppo, non si possono escludere spiegazioni alternative per effetti del trattamento quali miglioramenti spontanei o processi di maturazione normali nel corso del tempo (Banse et al. 2013, Oberlader et al. 2018).

²⁸ Periodi di osservazione adeguati, che appaiono necessari in questa sede a livello teorico, richiedono liste di attesa che comprendano almeno due anni circa (preferibilmente di più). Non è tuttavia certo che questo sia fattibile concretamente.

3.6 Raggiungibilità del gruppo target

In base ai risultati dello studio si può presumere che a causa dello stress da stigmatizzazione le MAP presentino in generale un bisogno di consulenza e/o trattamento. Tra i motivi per cui non ricorrono a misure in tal senso, i diretti interessati adducono in primo luogo la vergogna e la mancanza di conoscenze al riguardo; anche la notevole distanza delle stesse dal luogo di domicilio pare essere particolarmente rilevante. Indagini internazionali condotte presso le MAP indicano inoltre che la ricerca di specialisti qualificati è estremamente difficile per loro, in quanto anche tra i **terapisti è presente un marcato atteggiamento di astio** verso le persone con interessi sessuali nei confronti dei minori e **la disponibilità al loro trattamento è conseguentemente scarsa**. I risultati del presente studio mostrano con chiarezza che anche tra i terapeuti svizzeri si constata un evidente astio nei confronti delle MAP e che gli atteggiamenti stigmatizzanti dei primi costituiscono un notevole ostacolo al trattamento. In base a queste constatazioni si può presumere che anche in Svizzera le MAP abbiano difficoltà a trovare terapeuti disposti al trattamento, il che viene confermato dai rapporti degli esperti.

Infine, a livello internazionale le MAP fanno notare l'**incompatibilità tra i propri obiettivi e quelli dei terapeuti per quanto concerne il trattamento**: le MAP sembrano interessate soprattutto a imparare a gestire meglio le conseguenze quotidiane negative delle proprie inclinazioni, che causano stigmatizzazione, mentre i terapeuti sembrano mirare a controllare il potenziale rischio di passaggio ad atti sessuali con i minori. Di conseguenza, soltanto la metà circa dei diretti interessati ha trovato utile l'aiuto professionale che aveva cercato. La stigmatizzazione da parte dei terapeuti e l'impostazione dei trattamenti proposti, incentrata sui rischi, rendono le MAP che di per sé vorrebbero sottoporsi a un trattamento meno propense a parlare dei propri problemi con uno specialista. **Questo può comportare un peggioramento della salute psichica, il che a sua volta può contribuire ad accrescere il rischio di commettere atti contro l'integrità sessuale di minori.**

4. Necessità d'intervento e raccomandazioni conclusive per la Svizzera

4.1 Necessità d'intervento in Svizzera

Conformemente all'articolo 7 della Convenzione di Lanzarote, entrata in vigore il 1° luglio 2014, la Svizzera deve provvedere affinché le persone che temono di commettere un reato contro l'integrità sessuale di minori possano accedere a programmi o misure d'intervento efficaci che concorrono a ridurre il rischio di concretizzare l'atto. I requisiti dell'articolo 7 sono soddisfatti se a) le persone in cerca di aiuto sanno a chi possono rivolgersi, b) i professionisti in questione dispongono di conoscenze pertinenti e sono disposti a lavorare con questo gruppo target, e c) essi adottano approcci d'intervento efficaci. I risultati dello studio mostrano con chiarezza che ad oggi in Svizzera queste condizioni non sono adempiute.

Il **servizio di consulenza senza opzione di trattamento** della Svizzera romanda («DIS NO») appare relativamente ben impostato, considerati i servizi esistenti a livello internazionale e le condizioni quadro raccomandate (anonimato, gratuità, offerta adeguata al gruppo

target, esplicito appello alle MAP giovani e a quelle di sesso femminile). In Ticino un servizio di questo genere («io-NO!») è in fase di sviluppo secondo il modello di «DIS NO»; al momento della conclusione del presente rapporto, la helpline non era ancora attiva. La Svizzera tedesca non dispone invece di un servizio di questo tipo. Si rileva inoltre che i servizi di consulenza **incontrano difficoltà a trovare terapisti qualificati e disposti a procedere al trattamento delle MAP**, con i quali mettere in contatto le persone che chiedono aiuto e intendono sottoporsi a un trattamento. Anche dall'inchiesta svolta presso gli psichiatri, gli psicoterapeuti e i sessuologi svizzeri emerge che questi mostrano prevalentemente una **scarsa disponibilità al trattamento** delle MAP, stimano di non disporre delle competenze necessarie e sono incerti circa le condizioni quadro giuridiche della loro attività.

Attualmente in Svizzera **non esiste un programma di trattamento strutturato per le MAP che copra tutte le regioni linguistiche**. Le misure esistenti sono singole iniziative e, fatta eccezione per il programma di forio, terapie specifiche i cui fornitori sono talvolta in contatto bilaterale tra loro, ma non in modo sistematico. **Mancano standard procedurali comuni** per quanto concerne i gruppi target, le condizioni quadro del trattamento, la garanzia dell'anonimato e le segnalazioni alle autorità. Manca anche un coordinamento delle misure a livello nazionale. **Finora nessuna delle misure di prevenzione svizzere è stata oggetto di una valutazione scientifica**. Inoltre, le misure proposte sono talvolta difficili da trovare e mancano sostanzialmente iniziative per farle conoscere al pubblico.

Tutte le **misure con opzione di trattamento** hanno un'impostazione teorica dell'approccio terapeutico **improntata principalmente al trattamento degli autori di reato**, il che rischia di rendere notevolmente più difficile l'accesso alle MAP non delinquenti. Le terapie sono prioritariamente tese a evitare che sia commesso un reato e non sono praticamente mai incentrate sulla sofferenza delle persone interessate. Per quanto riguarda i destinatari, **i giovani sono considerati esplicitamente soltanto in un caso** («Consultation Claude Balier»), mentre le donne in nessuno. In Ticino non esiste alcuna misura di prevenzione con possibilità di trattamento diretto. Nessuno dei trattamenti proposti inoltre garantisce il rispetto dell'anonimato, il che significa che **soltanto le persone con una buona situazione economica in Svizzera possono restare anonime**, assumendosi i costi del trattamento.

4.2 Raccomandazioni per la Svizzera

4.2.1 Predisposizione di un servizio di consulenza per le MAP nella Svizzera tedesca

Anche nella Svizzera tedesca dovrebbe essere disponibile una helpline anonima che operi una prima selezione e sia raggiungibile gratuitamente da qualsiasi rete. Questo servizio deve essere ben connesso con i trattamenti proposti nelle singole regioni. Considerato l'astio della popolazione nei confronti delle MAP, sarà necessario un sovvenzionamento statale.

4.2.2 Predisposizione di un programma di trattamento per le MAP a livello regionale

Andrebbe predisposto un programma di trattamento strutturato, possibilmente coordinato dalla Confederazione e sovvenzionato da Confederazione e Cantoni, con centri di trattamento regionali in tutte le regioni linguistiche. Considerata la notevole eterogeneità dei bisogni delle MAP, si raccomanda di proporre moduli di trattamento specifici per diversi gruppi target (p. es. giovani, persone con problemi intellettivi) e situazioni di rischio. Occorre evitare la commistione, nei gruppi di terapia, di MAP segnalate in ambito forense e MAP non registrate come criminali²⁹. Le forme di trattamento dovrebbero essere coordinate tra loro all'interno della rete dei trattamenti proposti a livello regionale e le condizioni quadro principali (p. es. criteri di esclusione, procedura per la comunicazione di presunti reati) dovrebbero essere uguali dappertutto. Si raccomanda un approccio clinico piuttosto che forense. I costi dei trattamenti dovrebbero essere assunti dalle casse malati. Dovrebbe essere possibile ricorrere ai trattamenti proposti in forma completamente anonima³⁰.

4.2.3 Formazione e perfezionamento dei terapisti

I terapisti che intendono lavorare con le MAP necessitano non solo di una formazione terapeutica riconosciuta ma anche di un perfezionamento specifico. Questo dovrebbe essere teso a consentire di a) comprendere che la pedofilia non va equiparata all'abuso su minori e b) rendersi conto che lo stress legato alla stigmatizzazione causa problemi psichici che possono concorrere ad accrescere il rischio di abusi, nonché c) acquisire conoscenze sull'approccio terapeutico in caso di interessi sessuali atipici (p. es. stress vissuto a causa del fatto di mantenere segreta la propria identità sessuale, gestione del senso di vergogna). I terapisti dovrebbero inoltre d) rendersi conto che la stigmatizzazione riduce la disponibilità al trattamento sia degli specialisti stessi che delle persone che vi si dovrebbero sottoporre, e che in questo contesto andrebbero accuratamente affrontati i propri atteggiamenti stigmatizzanti.

Anche i terapisti e altri specialisti del settore sanitario indipendenti dovrebbero disporre almeno di conoscenze di base sulle inclinazioni pedofile, tali da metterli in condizione di riconoscere la problematica, entrare adeguatamente in contatto con i diretti interessati e indirizzare questi ultimi verso esperti competenti nel caso specifico. Quest'ultimo elemento rende necessario l'inserimento sistematico di pertinenti contenuti didattici nei cicli di formazione e perfezionamento in materia.

4.2.4 Coordinamento delle misure di prevenzione a livello nazionale

Tutte le misure di prevenzione dovrebbero essere attuate in modo uniforme e coordinato a livello nazionale e andrebbero fissati standard comuni per quanto concerne ad esempio i

²⁹ In questo caso ci si riferisce a tutti gli abusi sessuali commessi su minori ufficialmente registrati nella statistica della criminalità. A essi si contrappongono tutti gli abusi sessuali commessi su minori che non vengono denunciati ufficialmente (casi sommersi).

³⁰ Il progetto berlinese «Dunkelfeld» mostra che in linea di principio è possibile una presa a carico da parte della cassa malati anche nel rispetto dell'anonimato (ovvero basata sulla fiducia nei confronti dell'istituzione che propone il trattamento), se vi è una volontà politica in tal senso.

criteri di esclusione, le forme di trattamento, la garanzia della qualità, il rispetto dell'anonimato e la procedura per la comunicazione di presunti reati. Sarebbe inoltre ragionevole che il coordinamento fosse affidato alla Confederazione, anche per quanto concerne la divulgazione e le pubbliche relazioni. Andrebbe poi predisposto un accompagnamento scientifico indipendente (v. cap. 4.2.5). Il finanziamento iniziale delle misure, delle campagne mediatiche (cap. 4.2.6) e la valutazione dovrebbero essere di competenza federale e cantonale.

4.2.5 Valutazione sistematica dei trattamenti proposti

Per motivi di sicurezza e per questioni etiche, l'efficacia delle misure di prevenzione secondaria andrebbe sottoposta a una valutazione empirica il più rigorosa possibile. Per creare le basi per una valutazione dell'efficacia attendibile, la preparazione di una rilevazione dei dati necessari metodologicamente precisa dovrebbe *precedere* l'implementazione dei trattamenti. Un organo di valutazione indipendente istituito dalla Confederazione a livello centralizzato dovrebbe rilevare sistematicamente e in forma anonimizzata (per via informatica), archiviare e analizzare i dati relativi al trattamento, al fine di creare i presupposti necessari, tra l'altro in termini di numero di casi, per una valutazione dell'efficacia attendibile.

4.2.6 Campagna informativa e divulgativa

Per far conoscere le misure proposte si raccomanda una campagna mediatica divulgativa che funga al contempo da intervento antistigmatizzante. Tale campagna dovrebbe essere avviata con molta cautela, per evitare effetti collaterali non auspicati. Il nome andrebbe scelto con particolare accortezza e se possibile coinvolgendo i diretti interessati, in modo da garantire che questi ultimi si possano poi identificare con la misura in questione. A questo proposito va considerato che, se da un lato il termine «delinquente» nei nomi di progetti risulta problematico per le MAP che non passano all'atto, dall'altro potrebbe essere importante per garantire l'accettazione sociale del programma. Poiché una campagna mediatica è molto costosa e dato il forte astio della popolazione, è scarsamente realistico pensare di ottenere abbastanza fondi dai privati: fintantoché le organizzazioni dovranno temere un danno in termini d'immagine in caso di sostegno finanziario di tali misure di prevenzione, occorrerà un finanziamento iniziale da parte della Confederazione e dei Cantoni.

Summary

1. Background and issues examined

Identical postulates submitted on 12 September 2016 by member of the Council of States Jositsch (16.3644) and National Councillor Rickli (16.3637) requested a report on prevention projects directed at adults and adolescents with paedophilic tendencies or sexual fantasies involving children who have not committed sexual offences against children. The report was to show the effect that prevention projects such as “Kein Täter werden” [Don’t Become an Offender] or “DIS NO” [Say No] have on potential paedosexual offenders and how successful they are in practice, and whether a wider prevention offering for paedosexual offenders could prevent offences of this kind. Were a wider prevention offering to be considered beneficial, the report was to show how an offering of this kind could be ensured and what role the Swiss Confederation would play. After the postulates had been submitted to the Federal Council the Federal Department of Home Affairs (FDHA) was mandated to draw up the report, led by the Federal Social Insurance Office (FSIO).

In November 2018 the FSIO invited tenders for the development of an overview of corresponding prevention offerings in Switzerland and abroad. The study was to set out the insights available as regards the efficacy of such offerings and identify promising practices on the ground. Existing scientific evaluations, systematic reviews and meta-analyses were to be collated and presented systematically. In addition, the study was to describe the available findings on the role and efficacy of interventions by sexologists, psychotherapists and psychiatrists in community practice. This was in turn to provide a basis for deriving recommendations for Switzerland.³¹ At the end of February 2019 the Lucerne University of Applied Sciences and Arts – Social Work (HSLU) was commissioned to carry out the project in conjunction with Johannes Gutenberg University in Mainz.

This final report provides an overview of the methodological approach taken by the project and the results that will be used as a basis for deriving conclusions and recommendations for Switzerland.

2. Design of the study

In order to answer the questions on which the project was based, the following methodological approaches were combined and the results were then integrated: a systematic internet search and a literature review, document analysis (descriptions of programmes), semi-structured interviews with national and international experts ($N = 15$) and a standardised online survey of experts in psychological and psychiatric psychotherapy and in sexology ($N = 427$). This approach based on multiple perspectives and methods enabled the findings from various sources to be validated reciprocally.

³¹ The questions to be studied in the project are shown in detail in section 1.1 of the report.

3. Findings and conclusions

3.1 Prevalence and consequences of and conditions conducive to offences against the sexual integrity of children

3.1.1 Prevalence and consequences of sexual abuse of children

Sexual acts with children under 16 years of age are punishable offences according to the Swiss Criminal Code (SCC) if the age difference between those involved is more than three years. Consumption of depictions of child sexual abuse (child pornography) is also a punishable offence. Sexual abuse of children and adolescents is a persistent problem. It is assumed on the basis of international meta-analyses that worldwide some 15 to 20 % of girls and roughly 8 % of boys are victims of sexual abuse. The available figures for Switzerland are comparable. Victims of sexual abuse endure great suffering, and it is an empirically well-documented risk factor for impairment of mental and general health. On an international scale the associated costs to society run into the billions. The prevention of sexual abuse is a correspondingly high priority in society; it is the duty of the State to protect children and adolescents from harm to their physical, mental and sexual integrity.

3.1.2 Conditions conducive to sexual abuse of children

If prevention is to be effective, it is important to know the reasons why offences against the sexual integrity of children are committed. Seto's motivation-facilitation model³² to explain sexual delinquency (2019) describes two groups of risk factors as being fundamental in the development of sexual delinquency: motivational factors and disinhibiting factors. Sexual interest in children, i.e. a paedophilic or hebephilic tendency³³, is one of several motivational factors that increase motivation and thus the risk of committing a sexual offence against children, yet in no way lead inevitably to an act of this kind. Not all individuals who commit sexual offences against children are paedophilic or hebephilic, and not all individuals with a paedophilic or hebephilic tendency commit sexual acts against children. It is assumed that sexual inclination is largely unalterable, yet that sexual behaviour can fundamentally be controlled. However, individuals with a sexual interest in children are among the most highly stigmatised groups in society because the public, and in some cases professionals too, overestimate the relationship between this inclination and sexual abuse of children. This powerful stigmatisation places a heavy psychological burden on those affected, and this in turn is an indirect risk factor for committing sexual acts against children.

This is where secondary prevention measures seek to intervene. They are directed at individuals with a sexual interest in children and adolescents (referred to in the following as

³² See section 1.3.3 of this report for a detailed description.

³³ Individuals with a paedophilic inclination feel sexually attracted by children whose bodies have not yet entered puberty; individuals with a hebephilic inclination are sexually attracted by children and adolescents whose bodies are already showing signs of puberty.

MAPs³⁴) who suffer as a result of their sexual inclination or who are afraid of harming the integrity of children in the future. The report focusses on secondary prevention offerings for individuals with a sexual interest in children and adolescents because they are often interested in counselling and treatment to relieve their suffering and are therefore a comparatively accessible and intrinsically motivated target group for preventive measures; potential sex offenders without a corresponding inclination but with marked antisocial characteristics, on the other hand, are unlikely to be motivated to make use of such offerings since they do not perceive themselves to be suffering.

3.2 International prevention offering for MAPs

Secondary prevention offerings for MAPs can basically be divided into those with (Section 3.2.2) and those without (Section 3.2.1) a direct treatment option. Since individuals with a sexual interest in children do not always seek out specialised prevention offerings directly, but may also consult psychiatrists, psychologists, sex therapists or other healthcare professionals in the community, these stakeholders also play an important role in prevention (Section 3.2.3).

3.2.1 Counselling for MAPs with no treatment option

The specialised counselling offerings with no direct treatment option offer information on the subject on a website, counsel clients via a helpline and refer them to therapists as necessary. The best-known example is the *Stop it Now!* prevention programme offered in the USA, the United Kingdom, Ireland and the Netherlands. This prevention offering that originated in the USA is an anonymous helpline accessible by telephone, e-mail or a chat function. The advice available comprises wide-ranging information and in-depth counselling for anyone concerned about potential victims or their own sexual interests and acts. Where depictions of sexual abuse of children are concerned, the programme offers various self-help tools that support users in understanding and changing their own online behaviour. The programme also offers information and counselling options for experts confronted with the subject of sexual offences against children in their work. The offering can be used anonymously. If, however, users volunteer information that enables a specific child to be identified that has been, is being or could be sexually abused, then this information is passed on to the competent authorities. Users are informed of this rule when they first make contact.

3.2.2 Counselling for MAPs with a treatment option

The world's best scientifically documented and currently the most widely differentiated offering with a treatment option – and the only offering for which a detailed therapy manual that describes the approach exactly is available – is the *Dunkelfeld project* in Berlin that has been available in Germany since 2005 through the *Kein Täter werden* network. In Berlin, as at the

³⁴ In the English-language literature the term *minor-attracted persons* (MAPs) has become established for individuals with a sexual interest in children and adolescents under the legal age of consent. This term is also used by MAPs themselves.

other locations in the German network, MAPs can receive treatment paid for by their health insurance providers while maintaining their anonymity (including towards the payer). The current 12 locations in the prevention network are in regular contact with each other and have undertaken to observe shared standards covering, among other things, the professional qualification of their employees and the availability of low-threshold and anonymous contact. Common standards for diagnosis and therapeutic guidelines have also been established. There are clear rules regarding professional confidentiality, and the network has developed a structured approach to presumed threats to child welfare that all patients are informed about at the start of therapy.

The aim of the prevention network is to help MAPs to accept their sexual preference and integrate it into their self-image. In addition, patients should experience the efficacy of the treatment to a greater degree, increase their self-observation and improve their sexual coping mechanisms by learning alternative management strategies. Their level of social functioning and their chance of understanding the victim's perspective and feeling empathy with the victim should also be improved. The therapy should enable patients to develop a comprehensive and effective repertoire of strategies for coping better with problematic everyday situations in general and confrontations with children in particular. A special module for adolescents has also been offered since 2014 and is tailored to their specific needs. A module for individuals with low intelligence will be offered in the future.

There is no comparable offering in the international arena, and it is the only one that has been evaluated systematically to date. Structured prevention offerings with a treatment option of the kind available in some European countries (e.g. Germany, the Netherlands) do not yet exist in Canada and the USA, where their implementation is hindered by rigid reporting obligations on the part of therapists.

3.2.3 Role of community-based therapists in prevention

It can be assumed that the pressure of stigmatisation and the associated psychological burden (cf. Section 3.3.1) lead MAPs to seek out not only specific offerings but also therapists in community practice or other healthcare professionals. These professionals therefore also play an important role in the prevention of offences against the sexual integrity of children. In order to react effectively, these professionals must recognise possible problematic situations, respond appropriately, i.e. with understanding and not judgementally, to the disclosure of a paedophilic tendency, and be able to refer the individual to a specialised counselling or treatment facility if required. The latter point presupposes that therapists are aware of available offerings.

3.3 Swiss prevention offerings for MAPs

3.3.1 Counselling for MAPs with no treatment option

DIS NO is a counselling and referral service that has been available in western Switzerland since 2014. The offering comprises a helpline that can be contacted anonymously and information presented on a website. Individuals can request an appointment for counselling by phone, but no therapy is provided. If necessary, individuals are referred to therapists for treatment, although the people providing this service report difficulty in finding suitable therapists. A similar project (*IO NO* [Not Me]) is currently being implemented in Ticino on the basis of *DIS NO*. The helpline was not yet operational when this report was written. Usage data for *DIS NO* are available.

3.3.2 Prevention offerings for MAPs with a treatment option

There are four therapy offerings for MAPs in Switzerland, two in the German-speaking part and two in the French-speaking part. There is currently no specialised therapy offering in Ticino. Past sexual offences and consumption of images of sexual abuse are not reported to the authorities by any of the offerings. The offerings are not publicised, with one exception. No programme descriptions, usage data or scientific evaluations are available for the Swiss offerings.

3.3.2.1 Treatment offerings in German-speaking Switzerland

Since 2009, the *Forensic Institute of Eastern Switzerland FORIO*, the primary focus of which is the assessment and therapy of individuals who have committed violent or sexual offences, has additionally offered a counselling and therapy programme for men with a sexual interest in children that draws on the Berlin *Dunkelfeld* project. The programme is aimed both at men who have not committed sexual offences against children and at men who have done so. The exclusion criteria for therapy are serious psychiatric disorders, addictions or the potential for harm to self or others. The aim of the therapy offering is to reinforce control over sexual impulses and to support men in their preventive efforts to avoid sexual abuse of children. Therapy follows an approach developed by the Institute and known as *offence-oriented risk management*. The cost, comprising the actual time required for the therapy, studying records, additional research and expenses, is borne by the health insurance provider. Participants who wish to remain anonymous must bear the costs themselves. The programme is publicised through interviews given to the media. Usage data was not available by the time this report had been completed.

The *Forensic Psychiatric Unit at Basel University Psychiatric Hospital* treats individuals who have committed punishable offences because of their psychiatric disorders. Since 2014 it has also offered therapy for adults who have not committed an offence and who believe they have a deviant sexual preference. The prevention offering is also designed for individuals who have already committed punishable offences without having been charged, and those who already have a criminal record and are afraid of re-offending. The exclusion criterion for participation is a current offence or ongoing criminal proceedings as a result of one. The aim

of this therapy offering is to prevent sexually motivated offences. If a diagnosis has been made, the cost of therapy is charged to the health insurance provider; individuals who wish to remain anonymous must pay the cost themselves. The Unit has received 50 inquiries since the prevention project was launched, and ten of these persons have received individual therapy. Group therapy has not taken place so far because of the small number of people.

3.3.2.2 Treatment offerings in French-speaking Switzerland

The *Consultation Claude Balier* [Claude Balier Unit] is part of the psychiatric medical service for the penal system at the University Psychiatric Hospital in Lausanne and mainly provides therapy for criminal offenders. In 2013 the therapy offering was expanded to include non-offenders with a sexual interest in children, and it is designed for adults and adolescents from 15 years of age. There are no exclusion criteria for therapy. According to the Unit, between three and five people have registered for this prevention offering since it became available, one of them an adolescent.

The *Consultation spécialisée de sexologie* [Sexology Unit] at Geneva University Hospital provides a service for all adults with sexual problems. However, most of the patients are men who have been convicted of a criminal sexual offence. The goals of therapy are primarily to avoid recurrences, reinforce empathy with the victim and promote the social integration of patients. According to the Unit, it is very rare for people to get in touch unless this has been required by a court; there have been only two or three spontaneous enquiries since the service started (the exact starting date is not known).

3.4 Therapy offered by community-based therapists

Of the therapists surveyed throughout Switzerland ($N = 427$)³⁵, 58 % said that they had never treated a person with paedophilic interests and 14 % said that they had only treated one such person to date. Three-quarters of the professionals surveyed stated that they would want to refer MAPs on for counselling were they to get in touch, although between 17 % and 20 % of these said that they were not aware of any corresponding offerings. Almost 85 % of the professionals surveyed also stated that they had undergone no specific training in this field. The professionals with specific experience said that they had gained this mainly through supervision and self-study and not during their initial or further training. On the whole, the willingness of therapists in community-based practice to provide therapy can be viewed as extremely low. Just 15 % of those surveyed stated that they would definitely be willing to treat MAPs who had not offended. This clear willingness to provide therapy dropped to 9 % with respect to MAPs who state that they have already committed sexual abuse. Stigmatising attitudes expressed, for example, as a wish for social distance from MAPs or a wish to punish them, appear to play a central role here. Such attitudes ought fundamentally to be open to change through attitude-focused further training activities.

³⁵ See Section 2.5 of this report for the methodical approach adopted for the online survey.

3.5 Efficacy of secondary prevention offerings

Although secondary prevention offerings appear to be very valid, from a scientific perspective the current state of research does not permit reliable empirical evidence to be identified either for or against a specific effect of secondary prevention programmes with or without a therapy option in preventing crime. Evidence of this kind is also particularly difficult in methodological terms in such cases, and the absence of evidence to date cannot be viewed as an absence of effectiveness. Despite the methodological challenges, however, both public safety and ethical considerations make it necessary to evaluate the efficacy of secondary prevention therapy offerings using as stringent empirical methods as possible so that their efficacy can be confirmed. This is because individual findings for the therapy of convicted offenders, at least, show that very intensive therapy of convicted offenders with a low recidivism risk is associated both with a risk of being potentially ineffective but also with the possibility³⁶ of negative effects in the form of increased rates of criminality. Since MAPs who spontaneously look for therapy options are likely to be a self-selected group of individuals with a low risk of criminality, negative effects of this kind should be excluded empirically as far as possible (cf. Section 3.2.2.2).

While it is not possible to evaluate in the strict sense the specific efficacy of anonymous counselling offerings with no therapy option because the participants cannot be questioned repeatedly and there is no sensible comparison group that can be identified a priori, it is basically possible to evaluate the efficacy of therapy programmes, albeit with complex methods. When a therapy offering is implemented, it would have to be possible to link official data on criminality to the individuals being treated, while maintaining their anonymity. The only way to identify the specific efficacy³⁷ of secondary prevention programmes is to compare this group with the recurrence rates of an appropriate comparison group. Ideally, a control group should consist of individuals who have also sought therapy in these programmes but who could not be treated until a substantially later date³⁸ for lack of resources (waiting list control group), or who could not take part for reasons such as living too far away from the therapy centre. This is the only way to control scientifically for the specific motivational conditions associated with secondary prevention that is sought voluntarily and to draw a comparison between the experimental and the control group. If it is not possible to implement the waiting list design, an alternative approach to evaluation consists in systematically evaluating the

³⁶ Since this has been demonstrated only in isolated cases for convicted offenders, the risk should be assumed to be more theoretical here since the mixture of low-risk and high-risk offenders within an offender therapy programme that has been under discussion as the cause of this effect (Barnett & Fitzalan Howard, 2018) is likely to exist to only a very small extent in secondary prevention therapies provided therapy groups do not comprise participants with different levels of criminal experience.

³⁷ Specific efficacy always refers in the following to positive effects that can be explained by a causal relationship with the intervention. This requires a control group design that statistically confirmed more positive outcomes for the intervention group. Simple pre/post comparisons within a group cannot exclude the possibility of alternative explanations for therapy effects such as spontaneous improvements or normal maturation processes over time (Banse et al., 2013; Oberlader et al., 2018).

³⁸ Appropriate observation periods that seem to be theoretically necessary here require waiting lists that cover at least two years (and preferably longer). However, it is questionable whether this is achievable in practical terms.

efficacy of individual elements of therapy that are not employed in the respective comparison group (cf. Section 2.3 of the report).

Looking at individual studies of **information and counselling offerings with no treatment option**, it can be said in summary that the available usage data from the *Stop it Now!* programme show that there appears to **be a need** specifically for this kind of helpline. However, the available findings say nothing about specific efficacy, not only because a robust control group design was not used. The fact that small, non-representative samples of self-selected users were used make it **impossible to draw any scientifically sound conclusions about the efficacy of these offerings** because of the obvious systematic biases.

Looking at the available **evaluations of therapy programmes**, it can currently be summarized that **the evaluation designs employed imply that there is no scientific evidence for the specific efficacy** of secondary preventive psychotherapeutic therapy programmes for individuals with paedophilic/hebephilic interests that aim to reduce or prevent future sexual delinquency, the underlying reason being methodological problems that vary slightly from one study to the next (cf. Section 3.2.2). There are therefore fundamentally no recent scientific findings about whether offerings of this kind can prevent sexual acts against children or the consumption of corresponding depictions or what effect they have on risk factors for committing a first punishable offence of this kind. This is not least because evidence of this kind is particularly difficult to obtain in methodological terms for a target group with a low initial risk for delinquency.

3.6 Accessibility of the target group

It can be assumed on the basis of the available findings that MAPs fundamentally have a need for counselling and therapy as a result of the stress of stigmatisation. The main reasons given by individuals for not taking advantage of such offerings are shame and lack of knowledge about available offerings; a large geographical distance between their place of residence and the offering also seems to be a major reason. International surveys of MAPs also indicate that it is exceptionally difficult for individuals to find qualified therapists since some **therapists are also strongly resentful** of individuals with a sexual interest in children and their **willingness to provide therapy is correspondingly low**. The findings from this study show clearly that distinct resentment of MAPs is also present among Swiss therapists, and that a stigmatising attitude on the part of the therapist represents a substantial obstacle to therapy. These findings make it likely that MAPs in Switzerland also have difficulty finding therapists willing to treat them, a supposition confirmed by expert opinions.

And finally, MAPs report internationally that the **therapy goals of clients and therapists are not compatible**. The clients seem to be interested above all in learning how to cope better with the debilitating everyday consequences of their stigmatised tendencies, while the therapists seem to be aiming more for control over the potential risk of committing sexual acts against children. Against this background, only about half of the individuals found the professional help that they had sought helpful. The stigmatisation of MAPs by therapists and the focus on risk within the therapy offerings reduces per se the willingness of MAPs seeking

therapy to reveal their problems to a professional. **This can lead to deterioration of the individual's mental health, which in turn can represent an elevated risk for committing acts against the sexual integrity of children.**

4. Need for action and concluding recommendations for Switzerland

4.1 Need for action in Switzerland

Article 7 of the Lanzarote Convention that entered into force on 1 July 2014 requires Switzerland to ensure that persons who believe they are in danger of committing an offence against the sexual integrity of children and adolescents have access to effective preventive intervention programmes or measures that help to reduce the danger of such an act being committed. The requirements of Article 7 are satisfied if a) those seeking help know whom to contact with their concerns, b) these professionals have relevant knowledge and are willing to work with individuals in this target group and c) these professionals employ effective interventional approaches. The findings of this study show clearly that these conditions are currently not fulfilled in Switzerland.

The **counselling offering with no therapy option** available in western Switzerland (*DIS NO*) seems to be comparatively well positioned compared with international offerings and in terms of the recommended framework conditions (anonymous, free of charge, target group-appropriate, explicitly designed to include adolescent and female MAPs). A programme modelled on *DIS NO* is currently being implemented in Ticino (*IO NO*); the hotline was not yet operational at the time this report was completed. There is no offering of this kind in German-speaking Switzerland. It is also evident that counselling offerings of this kind **have difficulty in finding qualified therapists willing to treat MAPs** to whom they can refer individuals who contact them requesting treatment. The survey of Swiss psychiatrists, psychotherapists and sexologists also shows that these professionals are largely **not very willing to provide therapy** for MAPs, do not feel they have the necessary skills and are uncertain about the legal framework governing their activity.

In Switzerland there is currently **no structured therapy offering** for MAPs **that covers all the country's language regions**. The existing offerings are isolated initiatives and, with the exception of the programme offered by the Forensic Institute of Eastern Switzerland (FORIO), are not particularly specialised offerings; of the latter, some of the providers are in bilateral contact with each other but they are not systematically networked. There are **no common procedural standards** with respect to target groups, framework conditions for therapy, handling anonymity and reporting to the authorities. The offerings are not coordinated on a national level. **None of the Swiss prevention offerings has been evaluated scientifically to date**. Moreover, some of the offerings are difficult to find, with barely any measures having been taken to date to make them known to the public.

The theory behind the therapy approach of all the **offerings with a therapy option** places them **primarily in the field of offender therapy**, which is likely to substantially raise the entry barrier for non-delinquent MAPs. The therapies aim primarily to prevent an offence from

being committed and focus little on the distress of the individual. **Adolescents are targeted by only one offering** (*Consultation Claude Balier*) explicitly, women by none. In Ticino there is no prevention offering with a direct therapy option. Anonymity is guaranteed by none of the therapy offerings, which means that **only financially better-off individuals in Switzerland can remain anonymous** by paying for the therapy themselves.

4.2 Recommendations for Switzerland

4.2.1 Creation of a counselling offering for MAPs in German-speaking Switzerland

There should be an anonymous helpline with a triage function in German-speaking Switzerland too, and it should be reachable free of charge from all networks. The offering must be networked well with the regional therapy offerings. A state subsidy will be required because of the high level of resentment towards MAPs in the population.

4.2.2 Provision of regional therapy offerings for MAPs

A structured therapy offering, preferably coordinated by the Swiss Confederation and subsidised by the Swiss Confederation and the cantons, should be provided with regional therapy centres in all the language regions. Since the needs of MAPs vary widely, we recommend that specific therapy modules should be offered for different target groups (e.g. adolescents, individuals with intellectual disabilities) and risk constellations. A mixture of MAPs referred by the criminal courts and MAPs who are not known offenders³⁹ in therapy groups must be avoided. The therapy forms should be coordinated within the network of regional therapy offerings and major aspects (such as inclusion criteria, approach when presumed offences become known) must be handled the same way at all sites. Clinical rather than forensic integration is recommended. The cost of therapy should be borne by the health insurance providers. It should be possible to use the therapy offering in complete anonymity⁴⁰.

4.2.3 Initial and further training of therapists

Therapists who would like to work with MAPs need specific further training in addition to recognised therapeutic training. Their aim should be not only to understand that a) paedophilia is not the same as child sexual abuse and b) stigma-related stress leads to psychological problems that can increase the risk of abuse, but also c) to acquire knowledge of the therapeutic management of atypical sexual interests (e.g. the stress caused by concealing one's own sexual identity, coping with shame). Therapists should d) be aware that stigmatisation reduces both the willingness of the therapist to provide therapy and the willingness on

³⁹ Here the term "known offenders" refers to all the offences involving child sexual abuse that are recorded in the official criminal statistics. This contrasts with all the unknown cases of sexual child abuse that have not been officially reported.

the part of the individual to be treated, and against this background should examine their own stigmatising attitudes intensively.

Therapists in community practice and other healthcare professionals should also have at least basic knowledge of paedophilia as a sexual inclination so that they are able to identify possible problematic situations, engage with affected individuals appropriately and refer them to suitable experts. The latter point makes it necessary to incorporate corresponding material systematically into the respective initial and further training curricula.

4.2.4 Coordination of prevention offerings throughout Switzerland

All offerings should be implemented uniformly and in a coordinated manner throughout the country, and common standards should be established for inclusion criteria, forms of therapy, quality assurance, anonymity, procedure when presumed offences become known, etc. It is sensible for these offerings to be coordinated, their availability to be publicised and public relations work to be performed by the Swiss Confederation. Independent scientific supervision should be arranged (see Section 4.2.5). Initial funding for the offerings, the media campaigns (see Section 4.2.6) and evaluation should be provided by the Swiss Confederation and the cantons.

4.2.5 Systematic evaluation of the therapy offerings

Public safety and ethical considerations make it advisable to evaluate the efficacy of secondary prevention offerings using as stringent empirical methods as possible. A methodologically sound capture of the necessary data should be prepared *before* the therapy offerings are implemented to create a basis for a truly informative evaluation of their efficacy. An independent evaluation office deployed centrally by the Swiss Confederation should record, archive and evaluate anonymised therapy data systematically with electronic support in order to create the conditions needed for an informative evaluation of efficacy, including aspects such as sample size.

4.2.6 Effective public information campaigns

An effective public information campaign is recommended to raise awareness of the offerings; this can act as an anti-stigma intervention at the same time. A media campaign of this kind should be approached very carefully in order to avoid unintended side effects. The name should be chosen with caution, and perhaps with the involvement of affected individuals, to ensure that they can then also identify with the offering. Here it should be considered that, on the one hand, the term “offender” in the project name could be problematic for MAPs who have not offended, while on the other hand it could be important for public acceptance of the programme. Since a media campaign is extremely expensive, and because the high level of resentment in the population makes it unrealistic to expect an adequate level of private funding as long as organisations are afraid of harming their image by providing financial support for prevention measures of this kind, initial funding will have to be provided by the Swiss Confederation and the cantons.

1. Ausgangslage

Im Rahmen der Ausarbeitung der Lanzarote-Konvention des Europarates zum Schutz von Kindern vor sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch wurde übereinstimmend festgehalten, dass die effiziente Bekämpfung der sexuellen Ausbeutung und des sexuellen Missbrauchs von Kindern nur unter Einsatz von Programmen und durch die Bildung von Strukturen erreicht werden kann, welche zu einem frühen Zeitpunkt, also bereits bevor eine Straftat begangen wird, ihre Wirkung entfalten.⁴¹ Gem. Art. 7 müssen die Vertragsparteien sicherstellen, dass Personen⁴², die befürchten, eine Straftat gemäss dieser Konvention zu begehen, Zugang zu wirksamen präventiven Interventionsprogrammen oder -massnahmen haben, welche dazu beitragen, die Gefahr der Begehung einer solchen Straftat zu vermindern. In der Schweiz ist das im Jahre 2010 unterzeichnete Lanzarote-Abkommen am 1. Juli 2014 in Kraft getreten. Die Anforderungen galten damit als erfüllt, dass im Juni 2010 der Fachverband der Gewalttäterberatungsstellen Schweiz gegründet worden sei und mit der Association «Vivre sans Violence» eine Trägerschaft bestehe, die durch eine interkantonale Zusammenarbeit verschiedener auf Partnerschaftsgewalt spezialisierter Stellen ein spezialisiertes Internet-Beratungsangebot für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche betreibe. Im Zusammenhang mit Kinderpornografie führe die Schweizerische Kriminalprävention zudem eine Adressliste von Täterhilfeangeboten. Für weitergehende Bedarfe wurde darauf verwiesen, dass jede Person jederzeit die Möglichkeit habe, die Hilfe von Psychiaterinnen oder Psychiatern, Psychologinnen oder Psychologen und Therapeutinnen oder Therapeuten in Anspruch zu nehmen. Es lagen bis anhin jedoch keine empirischen Erkenntnisse dazu vor, ob dem in der Schweiz tatsächlich so ist. Den Anforderungen von Art. 7 ist erst dann Genüge getan, wenn Hilfesuchende a) wissen, an wen sie sich mit ihrem Anliegen wenden können, wenn diese Fachkräfte b) über einschlägige Kenntnisse verfügen und dazu bereit sind, mit Personen dieser Zielgruppe zu arbeiten, und diese Fachkräfte c) auf wirksame Interventionsansätze zurückgreifen.

In den am 12. September 2016 eingereichten, gleichlautenden Postulaten von Ständerat Jositsch (16.3644) und Nationalrätin Rickli (16.3637) wurde ein Bericht verlangt zu Präventionsprojekten, die sich an Erwachsene und Jugendliche mit pädophilen Neigungen bzw. sexuellen Fantasien mit Kindern richten, welche keine sexuellen Übergriffe auf Kinder verübt haben. Es solle aufgezeigt werden, welche Wirkung Präventionsprojekte wie «Kein Täter werden» oder «Dis No» auf potentielle pädosexuelle Straftäter(innen) hätten respektive wie erfolgreich sie in der Praxis seien und ob ein ausgebauter Präventionsangebot für pädosexuelle Straftäter(innen) entsprechende Übergriffe verhindern könne. Für den Fall, dass ein ausgebauter Präventionsangebot zielführend sei, solle zudem aufgezeigt werden, wie ein solches Angebot sichergestellt werden könne und welche Rolle dem Bund dabei zukäme.

Das Postulat Jositsch wurde am 6. Dezember 2016 vom Ständerat und das Postulat Rickli am 16. Dezember 2016 vom Nationalrat an den Bundesrat überwiesen. Mit der Erstellung

⁴¹ Verfügbar unter: https://www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/140924_Lanzarote_Konvention.pdf

⁴² Dies bezieht sich auf Personen, die weder strafrechtlich verfolgt werden noch eine Strafe verbüssen.

des Berichts wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt. Die Federführung lag beim Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

Das BSV schrieb das Projekt zur Erarbeitung eines Überblicks über entsprechende Präventionsangebote in der Schweiz und im Ausland im November 2018 aus. Die Studie sollte Auskunft darüber geben, welche Erkenntnisse es zu deren Wirksamkeit gibt und erfolgsversprechende Praktiken identifizieren. Die auf nationaler und internationaler Ebene zum Themenbereich bestehenden wissenschaftlichen Evaluationen, systematischen Reviews und Metaanalysen sollten zusammengetragen und systematisch dargestellt werden. Zu berücksichtigen waren dabei nicht nur Erkenntnisse aus dem deutschen und englischen Sprachraum, sondern auch aus dem französischen und dem italienischen. Zudem sollten die Erkenntnisse zur Rolle und zur Wirksamkeit von Interventionen niedergelassener Sexolog(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und Psychiater(innen) dargelegt werden, die im Kontakt mit Menschen sind, die sich sexuell zu Kindern oder Jugendlichen hingezogen fühlen. Gestützt auf diese Befunde sollten Empfehlungen für die Schweiz abgeleitet werden.

Im Februar 2019 erhielt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU) zusammen mit der Johannes Gutenberg Universität zu Mainz den Auftrag, das Projekt durchzuführen. Der vorliegende Schlussbericht gibt einen Überblick über die methodische Anlage des Projektes sowie über dessen Ergebnisse und die Schlussfolgerungen mit Blick auf die zugrundeliegenden Fragestellungen, aus denen abschliessend Empfehlungen für die Schweiz abgeleitet werden.

1.1 Fragestellungen

Gemäss Ausschreibung wünschte das BSV die Beantwortung von insgesamt zehn Fragestellungen, die sich drei Themenbereichen zuordnen lassen:

1. Sekundärpräventive Massnahmen für Subgruppen von Personen (z.B. pädophile/hebephile Individuen) mit sexuellem Interesse an Minderjährigen: Übersicht zu nationalen und internationalen Massnahmen, wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirkung sowie zur Erreichung der Zielgruppe und zu Wirksamkeitsnachweisen (Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren)
2. Rolle und Wirkung der Interventionen niedergelassener Sexolog(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und Psychiater(innen)
3. Handlungsbedarf in der Schweiz und Umsetzungserfordernisse auf Mikroebene (z.B. Professionalität der Programmanbieter, Einstellungen von Therapeut(innen)), Mesoebene (Organisation und Wirksamkeit der angebotenen Programme) und Makroebene (Koordinationsmassnahmen auf Bundesebene⁴³)

Zur Identifikation des Handlungsbedarfs in der Schweiz sowie zur Formulierung von Empfehlungen stehen im ersten Fragenkomplex der bisherige Erkenntnisstand zur Wirksamkeit entsprechender Massnahmen sowie die Erarbeitung eines Idealmodells wirksamer Prävention und dessen Umsetzbarkeit im Mittelpunkt. Ein systematischer Abgleich des Ist-Standes der in der Schweiz angebotenen Massnahmen mit den aus der Forschung ableitbaren Anforderungen an erfolgversprechende Präventionsmassnahmen erlaubt eine Ableitung entsprechender Handlungsempfehlungen. Im Einzelnen sollten die folgenden zehn Fragen beantwortet werden:

1. **Welche Präventionsangebote**, die sich an potentielle pädosexuelle Straftäter bzw. an Menschen richten, die sich sexuell zu Kindern oder Jugendlichen hingezogen fühlen, **existieren in ausgewählten Ländern** (z.B. Deutschland, Grossbritannien, Irland, Kanada, USA) und **unter welchen strafrechtlichen Rahmenbedingungen** (Katalog der Straftaten, mögliche Sanktionen, Art und Weise des Sanktionenvollzug, Anzeigepflichten)?
2. **Wie sind diese Präventionsangebote ausgestaltet:** Träger des Angebots, Zielgruppen (Alter, Geschlecht, Problemlage etc.), Bedingungen für die Teilnahme, Leistungen, Einbezug des Umfelds, professioneller Hintergrund der Leistungsanbieter, Kosten, Finanzierung, Umgang mit rechtlichen Rahmenbedingungen (Konsum von Missbrauchsabbildungen im Internet etc.)?

⁴³ Gem. Art. 10 der *Lanzarote-Konvention* sind die Vertragsstaaten verpflichtet, die notwendigen Massnahmen zu ergreifen, um die Koordinierung zwischen den verschiedenen zuständigen Behörden (Erziehungs- und Gesundheitswesen, Sozialdienste, Strafverfolgungs- und Justizbehörden) sicherzustellen (Abs. 1).

3. Welche Erkenntnisse gibt es über die **Wirkung solcher Präventionsangebote** auf Menschen, die sich sexuell zu Kindern oder Jugendlichen hingezogen fühlen bzw. auf potentielle pädosexuelle Straftäter? Welche Erkenntnisse gibt es bezüglich der **Erreichbarkeit der Zielgruppe**?
4. Welche Erkenntnisse gibt es über die **Rolle und Wirkung von Interventionen von niedergelassenen Sexolog(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und Psychiater(innen)**, welche in Kontakt sind mit Menschen, die sich sexuell zu Kindern oder Jugendlichen hingezogen fühlen?
5. Welche wissenschaftlichen bzw. fachlichen Erkenntnisse gibt es darüber, ob Präventionsangebote, welche sich an Menschen richten, die sich sexuell zu Kindern oder Jugendlichen hingezogen fühlen, pädosexuelle Straftaten verhindern oder das **Risiko für pädosexuelle Straftaten vermindern** können?
6. **Welche Praktiken** haben sich aus Sicht der Wissenschaft, **aus Sicht von Expertinnen und Experten sowie in der Praxis bewährt**?
7. Wie müsste ein **erfolgsversprechendes, wirksames Präventionsangebot** aussehen?
8. Wie sieht das **aktuelle Präventionsangebot in der Schweiz** aus, welches sich an Menschen richtet, die sich sexuell zu Kindern oder Jugendlichen hingezogen fühlen (Träger, Zielgruppen, Bedingungen für Teilnahme, Leistungen, Einbezug des Umfelds, professioneller Hintergrund der Leistungsanbieter, Kosten, Finanzierung, Umgang mit rechtlichen Rahmenbedingungen, bspw. betreffend Konsum von Missbrauchsabbildungen im Internet etc.)?
9. Gibt es einen **Handlungsbedarf in der Schweiz**? Wie kann in der ganzen Schweiz ein wirksames Präventionsangebot sichergestellt werden? Welche Empfehlungen können aus Sicht der Forschenden für die Schweiz formuliert werden?
10. Inwiefern bestehen **Forschungslücken** im Themengebiet?

1.2 Definition zentraler Begriffe

Dem Kasten 1 sind die diesem Bericht zugrundeliegenden Definitionen zentraler Begriffe zu entnehmen.

Kasten 1: Zentrale Begriffe

Minor-attracted Persons (MAPs): In der englischsprachigen Literatur hat sich die Bezeichnung der *minor-attracted persons* (MAPs) für Personen mit sexuellem Interesse an Kindern und Jugendlichen im legalen Schutzalter durchgesetzt. Dieser Begriff wird auch von MAPs selbst verwendet, um sich als Gruppe zu identifizieren.

Pädophil: Pädophil sind sexuelle Interessen an präpubertären Personen, die keinerlei körperliche Anzeichen sexueller Reifeentwicklung aufweisen (meist im Altersbereich unter 11 Jahren). Eine ausführliche Erläuterung des Begriffs «Pädophilie» und die Klassifikation gemäss standardisierten Diagnosemanuals erfolgen in Abschnitt 1.3.4.

Hebephil: Hebephil sind sexuelle Interessen an peripubertären Personen, die bereits erste Anzeichen physischer sexueller Reifeentwicklung (Frühpubertät) aufweisen (typischerweise im Altersbereich von etwa 11 bis 14 Jahren); in der Forschung wird noch zwischen sexuellen Präferenzen für Früh- und Spätpubertierende (parthenophil, ephebo-phil) sowie geschlechtsspezifischen Ausrichtungen (auf Jungen, Mädchen, oder beide Geschlechter) differenziert, im vorliegenden Bericht wird darauf verzichtet.

Pädohebephil: Als pädohebephil wird eine sexuelle Ansprechbarkeit auf kindliche wie auch frühpubertäre Körperschemata verstanden.

Teleiophil: Als teleiophil werden sexuelle Interessen an postpubertären Personen bezeichnet, die körperlich sexuell voll entwickelt sind (Altersbereich von etwa 15 Jahren bis ins hohe Erwachsenenalter).

Primärpräventive Angebote: Primäre Prävention zielt auf die breite, unselektierte Allgemeinbevölkerung ab und versucht beispielsweise über Generalprävention, öffentliche Informationskampagnen oder adäquate Sexualaufklärung in Schulen das erstmalige Auftreten von sexuellen Missbrauchshandlungen zu verhindern.

Sekundärpräventive Angebote: Sekundäre Prävention bezieht sich auf selektive Zielpopulationen, die bereits als Risikogruppen für die Begehung sexuellen Kindesmissbrauchs erachtet werden oder sich als solche selbst identifizieren. In der Umsetzung handelt es sich hierbei zumeist um Anlaufstellen für Personen, die sexuell an Kindern und Jugendlichen interessiert sind, oder die sich aufgrund sonstiger Risikofaktoren für gefährdet halten, zukünftig die sexuelle Integrität von Kindern und Jugendlichen zu verletzen.

Tertiärpräventive Angebote: Tertiäre Prävention setzt nach bereits erfolgtem sexuellem Missbrauch ein und versucht, das Begehen weiterer Straftaten (Rückfälligkeit) zu verhindern bzw. das Risiko selbiger zu verringern. Dies erfolgt zumeist im Justizsystem über kriminalrehabilitative Massnahmen.

Straftaten gegen die sexuelle Integrität von Kindern: Sexuelle Handlungen (mit oder ohne Körperkontakt) mit Kindern unter 16 Jahren (strafbar gemäss Art. 187 Ziff. 1 StGB). Es gibt weitere strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität von Minderjährigen (z.B. sexuelle Handlungen mit Abhängigen gem. Art. 188 StGB oder sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung einer minderjährigen Person ab 16, Art. 189 und 190 StGB), welche jedoch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht von Relevanz sind. Wenn im Folgenden ohne explizite Differenzierung von Sexualdelinquenz gegen Kinder gesprochen wird, dann sind immer beide Formen sexuellen Kindesmissbrauchs gemeint (sexueller Missbrauch mit Körperkontakt ebenso wie die Nutzung von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs).

Pädosexualität: Pädosexualität ist nicht mit der sexuellen Ausrichtung Pädophilie oder Hebephilie zu verwechseln, der Begriff steht vielmehr für sexuelle Handlungen mit Kindern und für den Konsum von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs. Da der Begriff «Pädosexualität» im Alltagsverständnis häufig fälschlicherweise mit «Pädophilie» gleichgesetzt wird und die Begriffe dadurch stark miteinander assoziiert sind, wird im Folgenden zur Vermeidung von Missverständnissen auf eine Verwendung des Begriffs «Pädosexualität» verzichtet.

Konsum von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs: Hierbei handelt es sich um sog. Kinderpornografie bzw. die Nutzung kinderpornografischer Bild- oder Filmmaterials. Da die Verwendung des Pornografiebegriffs normalerweise darauf beruht, dass es sich um einvernehmliche Darstellungen sexueller Aktivitäten handelt, wird in der neueren Literatur stattdessen von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs gesprochen, da diese Formulierung eine adäquatere Beschreibung dieser Materialien darstellt.

1.3 Prävalenz und Entstehungsbedingungen sexuellen Kindesmissbrauchs

1.3.1 Prävalenz, Tätergruppen und Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs

Straftaten gegen die sexuelle Integrität von Kindern sind im Schweizerischen Strafgesetzbuch (StGB) wie folgt definiert: Sexuelle Handlungen mit Kindern unter 16 Jahren sind grundsätzlich strafbar (Art. 187 Ziff. 1 StGB), sofern der Altersunterschied zwischen den Beteiligten mehr als drei Jahre beträgt (Art. 187 Ziff. 2 StGB). Unter Strafe stehen ebenso namentlich der Konsum, die Herstellung, die Einfuhr, das Inverkehrbringen, Zeigen, Zugänglichmachen, Beschaffen oder Besitzen von pornografischen Gegenständen oder Vorführungen, die sexuelle Handlungen mit Minderjährigen zum Inhalt haben (sogenannte Kinderpornografie) (Art. 197 Abs. 4 und 5 StGB).

Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ist weltweit ein anhaltendes Problem. Aktuellen Meta-Analysen zufolge werden die **Opferprävalenzraten** auf etwa 15-20% für Mädchen und rund 8% für Jungen geschätzt (Pereda, Guilera, Fornis & Gomez-Benito, 2009; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser & Bakermans-Kranenburg, 2011; Barth, Bernmetz, Heim, Trelle & Tonia, 2013). Vergleichbare Zahlen liegen auch für die Schweiz vor (Averdijk, Müller-Johnson & Eisner, 2012).

Die internationale Forschung legt substantielle Prävalenzen jugendlicher Sexualstraftäter(innen) nahe (Seto & Lalumière, 2010; Pullman, Leroux, Montayne & Seto, 2014) – etwa bis zu einem Drittel der sexuellen Missbrauchstäter im Helffeld ist selber noch minderjährig. Diese Tatsache findet auch Ausdruck in der Polizeilichen Kriminalstatistik. So wurden etwa in Deutschland im Jahr 2016 12.019 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs zur Anzeige gebracht. Von den ermittelten rund 9000 Tatverdächtigen waren 8,4% Kinder unter 14 Jahren, 20,9% Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren), **bei knapp einem Drittel der Tatverdächtigen im Helffeld handelt es sich somit um Minderjährige**. Für Straftaten im Zusammenhang mit Darstellungen von sexuellem Kindesmissbrauch waren dies in Deutschland im gleichen Zeitraum etwa 15,1% der Tatverdächtigen im Helffeld (Bundeskriminalamt, 2017). Auch in der Schweiz handelte es sich gemäss Polizeilicher Kriminalstatistik⁴⁴ im Jahr 2018 bei 167 (20,9%) von insgesamt 798 Beschuldigten um Minderjährige und bei weiteren 144 (18%) um junge Erwachsene (18 bis 24 Jahre).

Während in früheren Untersuchungen ausschliesslich männliche Missbrauchstäter in den Blick genommen wurden, ist inzwischen belegt, dass es im Helffeld eine nennenswerte Anzahl an sexuellen Kindesmissbraucherinnen gibt: Die einzig vorliegende Meta-Analyse zu Sexualstraftäterinnen (Cortoni, Babchishin & Rat, 2017) berichtet Helffeldprävalenzen von etwa 2%, wobei dieser Wert im Dunkelfeld (Opferbefragungen) etwa um das Sechsfache erhöht zu sein scheint. Jugendliche Sexualstraftäterinnen im Helffeld werden etwa doppelt so häufig delinquent wie erwachsene Frauen und es werden zehnmals häufiger Jungen als

⁴⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2019-0112.html> (Stand 01.10.2019)

Mädchen von ihnen missbraucht. Die Gründe für die **Geschlechtsunterschiede bei Sexualdelinquenz** sind nicht bekannt, da Frauen in diesem Feld selten im Forschungsfokus stehen. Die Daten spiegeln jedoch in etwa die Verteilung von inhaftierten männlichen und weiblichen Straftäter(inne)n im Allgemeinen, insofern sind hier möglicherweise generelle Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf delinquentes Verhalten zu vermuten.

Das Erleben sexuellen Missbrauchs ist ein empirisch gut belegter **Risikofaktor für die Beeinträchtigung der psychischen** (z.B. Hillberg, Hamilton, Giachritsis & Dixon, 2011) **und allgemeinen Gesundheit** (z.B. Maniglio, 2009). Die damit verbundenen gesellschaftlichen Kosten sind substantiell und belaufen sich international auf vielfache Milliardenbeträge (z.B. Letourneau, Brown, Fang, Hassan & Mercy, 2018; Saied-Tessier, 2014). Entsprechend kommt der Prävention sexuellen Missbrauchs eine hohe gesellschaftliche Priorität zu.

1.3.2 Allgemeine Prävention von Sexualdelinquenz

Präventionsmassnahmen zur Verhinderung sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen lassen sich anhand ihres Ansatzpunktes in primäre, sekundäre und tertiäre (Sexualstraftäter-)Prävention einteilen (McMahon, 2000; Wortley & Smallbone, 2006). **Primäre Prävention** zielt auf die breite, unselektierte Allgemeinbevölkerung ab und versucht beispielsweise über Generalprävention, öffentliche Informationskampagnen oder adäquate Sexualaufklärung in Schulen das erstmalige Auftreten von sexuellen Missbrauchshandlungen zu verhindern. Die meisten primärpräventiven Interventionen setzen vorrangig auf psychoedukative Inhalte. **Sekundäre Prävention** bezieht sich auf selektivere Zielpopulationen, die bereits als Risikogruppen für die Begehung sexuellen Kindesmissbrauchs erachtet werden oder sich selbst als solche identifiziert haben. In der Umsetzung handelt es sich hierbei zumeist um Anlaufstellen für Personen, die sexuell an Kindern und Jugendlichen interessiert sind, oder die sich aufgrund sonstiger Risikofaktoren wie z.B. Substanzmissbrauch, Partnerschaftsproblemen etc. für gefährdet halten, zukünftig die sexuelle Integrität von Kindern und Jugendlichen zu verletzen. Hierbei kann es sich auch um Personen handeln, die sexuelle Kindesmissbrauchshandlungen einräumen ohne jedoch im Helffeld als Straftäter registriert zu sein. Diese Anlaufstellen stellen Informationen bereit und bieten weiterführende Hilfe an oder vermitteln diese. **Tertiäre Prävention** schliesslich setzt nach bereits erfolgtem (und zumeist strafrechtlich sanktioniertem) sexuellem Missbrauch ein und versucht, das Begehen weiterer Straftaten (Rückfälligkeit) zu verhindern bzw. das Risiko einer Tatbegehung zu verringern. Tertiärprävention erfolgt zumeist im Justizsystem über kriminalrehabilitative Massnahmen.

Die am häufigsten eingesetzten Massnahmen zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs sind bislang primäre Präventionsmassnahmen, die mit Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden, um sie vor zukünftiger Viktimisierung zu schützen. Für deren häufigste Form, schulische Präventionsprogramme, liegt positive Evidenz vor (Walsh, Zwi, Woolfenden & Shlonsky, 2015). Auf Täterseite wird bislang überwiegend auf tertiäre Rückfallprävention durch das Justizsystem und darin stattfindende Resozialisations- und Behandlungspro-

gramme gesetzt (McCartan, Merdian, Perkins & Kettleborough, 2018). Dabei ist die Wirksamkeit dieser tertiären Prävention von Sexualstraftaten umstritten (Schmucker & Lösel, 2017) – zwar zeigen aktuelle Daten von Gannon et al. (2019) positivere Effekte⁴⁵, speziell für sexuellen Kindesmissbrauch ist die tertiärpräventive Wirkung dieser Massnahmen jedoch nicht belegt (z.B. Walton & Chou, 2015). Zu berücksichtigen sind hierbei einerseits die geringen und sinkenden Basisraten für einschlägige sexuelle Rückfälligkeit von unter 10% nach fünf Jahren (Hanson, Thornton, Helmus, & Babchishin, 2016) und aktuell knapp 10% nach durchschnittlich acht Jahren (Mews, DiBella & Purver, 2017). Diese geringen Basisraten machen es aus statistischen Gründen schwierig, tertiäre Präventionsprogramme zu evaluieren und zu optimieren.⁴⁶ Andererseits werden bis zu 95% aller sexuellen Kindesmissbrauchstaten von Ersttäter(inn)en begangen (Sandler, Freeman & Socia, 2008) und es konnte gezeigt werden, dass sich männliche Sexualstraftäter im Durchschnitt etwa fünf bis zehn Jahre bemühen, ihren paraphilen sexuellen Fantasien und Impulsen zu widerstehen, bevor sie ein Sexualdelikt begangen (Piché, Mathesius, Lussier & Schweighofer, 2018). Diese Befunde legen nahe, dass es sinnvoll sein könnte, die Prävention von Sexualstraftaten auf den sekundärpräventiven Bereich auszuweiten. Dieser Ansatz wurde in der letzten Dekade zunehmend umgesetzt und beforscht (Knack, Winder, Murphy & Fedoroff, 2019) und steht im Fokus dieser Übersicht zu sekundärpräventiven Ansätzen zur Verhinderung zukünftiger Straftaten gegen die sexuelle Integrität von Kindern und Jugendlichen.

Da wirksame sekundärpräventive Massnahmen auf die Ursachen und Bedingungen einer Tatbegehung abzielen sollten, wird im Folgenden zunächst das Motivation-Facilitation Modell zur Erklärung von sexuellen Übergriffen auf Kinder dargestellt und erläutert, welche Bedeutung nach diesem Erklärungsmodell pädophil- oder hebephilen sexuellen Interessen zukommen kann, anschliessend folgen Ausführungen zur Prävalenz entsprechender Neigungen in der Allgemeinbevölkerung.

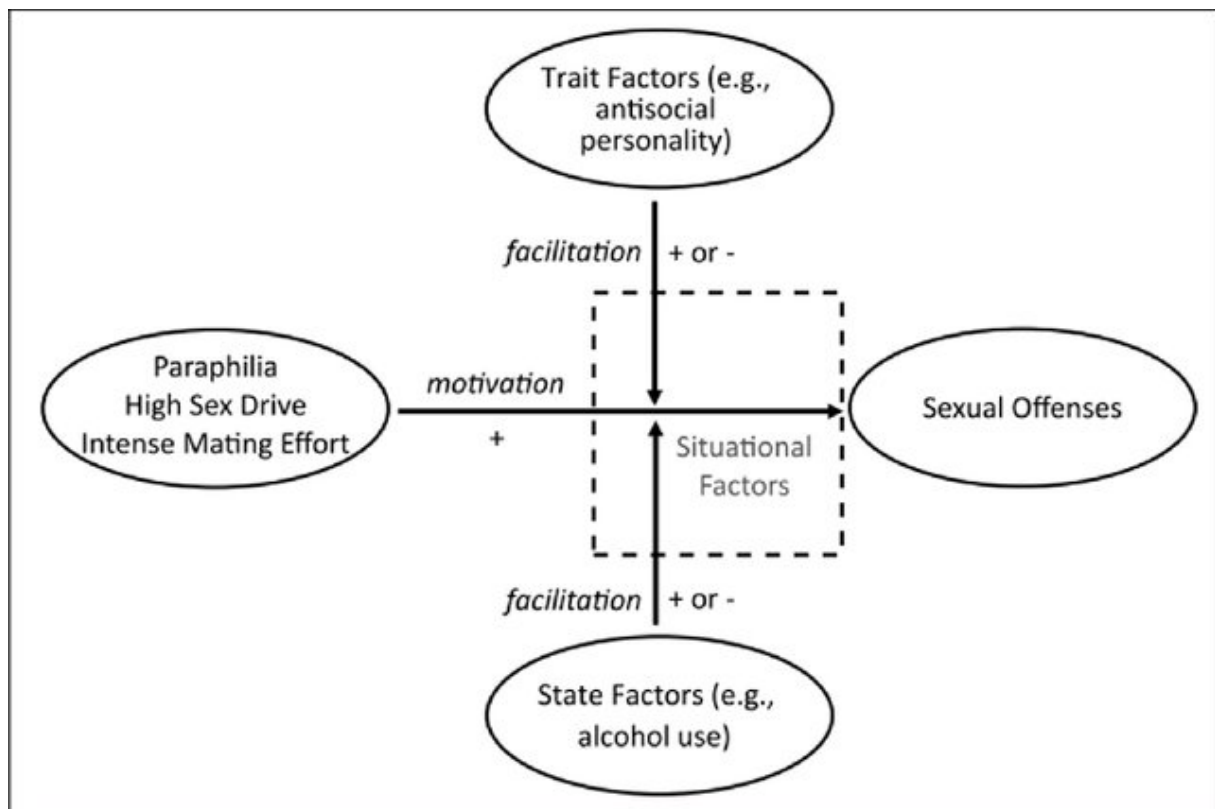
⁴⁵ Weiterhin weisen Schmucker und Lösel (2015) in ihrer Meta-Analyse zur Behandlung von verurteilten Sexualstraftätern darauf hin, dass individualisierte, nicht gruppenbasierte Behandlungsformen in extramuralen Settings bei Straftätern mit mittlerem bis hohem Risiko kleine positive Effekte haben. Dies wird gestützt durch eine aktuelle Metaanalyse zu Behandlungseffekten bei verurteilten Sexualstraftätern, die zeigt, dass Interventionsmassnahmen durchaus effektiv sein können, sofern die Behandlung zum ersten von Psycholog(inn)en und zum zweiten von speziell hierfür ausgebildeten und supervidierten Behandler(inne)n durchgeführt wird (Gannon et al., 2019).

⁴⁶ Um eine empirisch aussagekräftige Menge an Rückfällen zu gewinnen, aus denen generelle Rückschlüsse über Ursachen bzw. Ursachen des Ausbleibens von Rückfällen ableitbar sind, werden sehr lange Beobachtungszeiträume und sehr grosse Stichproben notwendig. Dies macht die Erforschung aktueller Behandlungsprogramme sehr zeitaufwändig und verlangsam den Erkenntnisprozess.

1.3.3 Das Motivation-Facilitation Modell zur Erklärung von Sexualstraftaten an Kindern

Das *Motivation-Facilitation Modell* zur Erklärung von Sexualdelinquenz von Seto (2019) postuliert zwei primäre Gruppen von Risikofaktoren als wesentlich: Hierbei handelt es sich einerseits um motivationale Faktoren wie sexuelle Präferenzstörungen (paraphile sexuelle Interessen, primär aus dem pädophil/hebephilen Bereich) und andererseits um enthemmende Faktoren wie generelle Antisozialität (Abbildung 1). Die motivationalen Faktoren steigern das Risiko für Sexualstraftaten durch die primäre Ausrichtung sexueller Interessen auf Sexualpartner(innen), -objekte, und/oder -praktiken (im pädophil/hebephilen Fall auf minderjährige Personen). Treffen diese sexuellen Präferenzen auf enthemmende Persönlichkeitseigenschaften wie eine Disposition, die Rechte und Bedürfnisse anderer Personen nicht zu beachten und mittels krimineller Praktiken zu umgehen (generelle Antisozialität), hat dies ebenfalls einen risikosteigernden Effekt. Zu diesen überdauernden personalen Risikofaktoren sind noch weitere kurzfristig variierende (Beziehungsprobleme mit erwachsenem Partner, Einsamkeit, Substanzmissbrauch) und situationale Faktoren (akute Intoxikation, Kränkungs erleben, sexuelle Erregung etc.) zusätzlich zu berücksichtigen, die in ihrer Vielfalt jedoch nur schwer systematisch zu erfassen sind.

Abbildung 1: Motivation-Facilitation Modell nach Seto (2019, S. 5)



Diese Risikofaktoren unterscheiden sich nicht von den bekannten Risikofaktoren für erneute (allgemeine) Sexualdelinquenz bei bereits verurteilten Sexualstraftätern (Mann et al., 2010).

Empirische Befunde zum Zusammenspiel von selbstberichteter Antisozialität, pädophilen Interessen und generellem sexuellen Verlangen unterstützen das *Motivation-Facilitation Modell* (z.B. Klein et al., 2015; ausführlicher hierzu in Abschnitt 1.3.5). Es ist jedoch einschränkend anzumerken, dass vorliegende Studien zum Erstauftreten von Sexualdelinquenz ausnahmslos auf Querschnittsdaten beruhen, die keinerlei kausale Schlüsse zulassen, und bislang keine längsschnittlichen⁴⁷ Daten zu Risikofaktoren für die (noch nicht delinquent in Erscheinung getretene) Allgemeinbevölkerung vorliegen.

1.3.4 Prävalenz sexueller Interessen an Kindern und Jugendlichen

Da Paraphilien⁴⁸ im Motivation-Facilitation Modell einen relevanten Risikofaktor für die Begehung von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Kindern bilden, folgen hier kurze Ausführungen zur Häufigkeit dieses Phänomens in der Allgemeinbevölkerung sowie nachfolgend (Abschnitt 1.3.5) zu empirischen Erkenntnissen zum Zusammenhang zwischen sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen und der Begehung von sexuellen Übergriffen zum Nachteil von Kindern sowie der Nutzung von Kindesmissbrauchsabbildungen.

Sexuelle Interessen an Minderjährigen können sich als Präferenz für vorpubertäre Körper von Mädchen und/oder Jungen (Pädophilie) sowie als Präferenz für Körper, die bereits Merkmale der Pubertät aufweisen (Hebephilie) bemerkbar machen (Blanchard et al., 2009) und werden ab einer entsprechenden Ausprägung als **stabile Neigung** angesehen, welche sich die Betroffenen nicht aussuchen, sondern mit der sie geboren werden und derer sie sich oftmals im Jugendalter erstmals gewahr werden (z.B. Grundmann, Krupp, Scherner, Amlung & Beier, 2016; Seto, 2012; Tozdan & Briken, 2015). Die in Abschnitt 1.3.1 angeführten Zahlen zum Anteil junger Missbrauchstäter(inn)en legen wie auch internationale Forschungsbefunde (vgl. Seto & Lalumière, 2010; Pullman, Leroux, Montayne & Seto, 2014) daher einen substantiellen Behandlungsbedarf bereits in dieser frühen Altersgruppe nahe.

Störungswertig im Sinne einer **Pädophilen Störung** wird eine pädophile Neigung gemäss DSM-5⁴⁹ (Falkai et al., 2015) erst dann, wenn

- A) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuelle erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen auftreten, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertierenden Kind oder Kindern beinhalten,

⁴⁷ Querschnittsdaten bezeichnen Daten, die zu einem Messzeitpunkt erhoben worden sind. Da hier die interessierenden Merkmale (z.B. Hypersexualität und selbstberichtete sexuelle Missbrauchshandlungen) gleichzeitig gemessen werden, kann über die Reihenfolge der Phänomene (führt Hypersexualität zu Sexualdelinquenz oder werden Sexualdelinquente erst in Folge der Delikte hypersexuell) nichts ausgesagt werden. Längsschnittdaten erlauben die Erfassung des zeitlichen Auftretens von Merkmalen, da diese zu verschiedenen Messzeitpunkten erfasst werden und miteinander in zeitliche Beziehung gesetzt werden können.

⁴⁸ Störungen sexueller Präferenzen mit Ausrichtung auf Sexualpartner, -objekte oder -praktiken, die als atypisch gelten oder bei denen keine Einwilligung vorliegt bzw. vorliegen kann.

⁴⁹ Speziell in Forschungskontexten gängiges Klassifikationsmanual aller zurzeit konsensuell diagnostizierbaren psychischen Störungen. Herausgegeben von der American Psychiatric Association. Deutsche Version von Falkai und Kollegen (2015).

- B) die Person die sexuell dranghaften Bedürfnisse ausgelebt hat, oder die sexuell dranghaften Fantasien deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen,
- C) die Person mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder nach Kriterium A ist.

Weiterhin ist nach DSM-5 zu bestimmen, ob es sich um einen ausschliesslichen Typus, der nur auf Kinder orientiert ist, oder einen nicht ausschliesslichen Typus handelt, der auf Kinder und Erwachsene orientiert ist. Auch die sexuelle Ausrichtung auf das Geschlecht der präferierten Sexualobjekte ist zu bestimmen (Jungen, Mädchen oder beide Geschlechter) wie auch ob die Pädophilie sich nur auf intrafamiliäre Kinder (Inzest) bezieht.

Wichtig ist die Abgrenzung zu einer Pädophilie, die nicht als psychische Störung, sondern als Neigung betrachtet wird und vorliegt, wenn lediglich das A-Kriterium erfüllt ist. Von einer pädophilen Störung wird erst ausgegangen, wenn A- und B-Kriterium vorliegen. Zukünftige Änderungen für die angekündigte ICD-11 Version betreffen die Namensangleichung der vorherigen ICD-10⁵⁰ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015) Kategorie der sexuellen Präferenzstörungen an die im DSM-5 (Falkai et al., 2015) verwendete Kategorie der Paraphilen Störung. Auch die **Unterscheidung zwischen Pädophilie und pädophiler Störung** wird zukünftig in die ICD-11 übernommen (Klein, Brunner, Nieder, Reed & Briken, 2015). Ein wichtiger Unterschied zum DSM-5 ist, dass subjektiver Leidensdruck⁵¹ oder entsprechende Handlungen ausreichen, um die Diagnose zu vergeben; es ist keine – wie auch immer zu erfassende – funktionelle Beeinträchtigung oder zwischenmenschliche Schwierigkeit notwendig. Auch ist das Zeitkriterium flexibel ausgelegt. Hinreichend ist ein anhaltendes, fokussiertes, und intensives Muster sexueller Erregung durch präpubertierende Kinder; singuläre Handlungen oder Straftaten genügen somit nicht, um die Diagnose vergeben zu können (Krueger et al., 2017).

Schätzungen zur **Häufigkeit pädophiler sexueller Interessen in der Allgemeinbevölkerung** liegen aktuell etwa im Bereich von einem Prozent (Überblick bei Seto, 2018). In der umfangreichsten bislang publizierten Onlinebefragung von etwa 8700 deutschen erwachsenen Männern aus der Allgemeinbevölkerung (Dombert et al., 2016) berichteten rund 4% der Befragten, mindestens einmal seit ihrem 18. Lebensjahr sexuelle Fantasien bezüglich präpubertärer Kinder gehabt zu haben, 3,2% bejahten im gleichen Zeitraum sexuelle Handlungen mit präpubertären Kindern durchgeführt zu haben, die strafrechtlich relevant gewesen wären (1,7% Nutzung von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs, 0,8% sexuelle Kontaktdelikte, d.h. physischer sexueller Kindesmissbrauch, 0,7% sowohl Nutzung von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs als auch sexuelle Kontaktdelikte). Selbstberichtetes

⁵⁰ Internationales Klassifikationsmanual aller konsensuell diagnostizierbaren psychischen Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Weltweit verbindlich im Rahmen der Gesundheitsversorgung für alle Staaten, die Mitglied der WHO sind.

⁵¹ Gemäss DSM-5 soll sich der Leidensdruck auf die sexuell dranghaften Fantasien beziehen – also nicht nur auf Leidensdruck durch sekundären Stigmatisierungsstress, wobei der nicht näher erläuterte Begriff der Funktionsbeeinträchtigung durch zwischenmenschliche Schwierigkeiten Stigmatisierungsstress inkludieren dürfte. In der ICD-11 gibt es die indirekte «funktionale Beeinträchtigung» nicht mehr, sondern nur subjektiven Leidensdruck durch sexuelle Fantasien, die man nicht will, oder durch Ausführen von Handlungen.

grösseres sexuelles Interesse an präpubertären Kindern im Vergleich zu Erwachsenen im Sinne einer exklusiven Pädophilie war in dieser Studie sehr selten (< 0,1%).

Alle vorgenannten und noch folgenden Aussagen beziehen sich auf männliche Personen. Die gesamte Forschung zu MAPs und zum Zusammenhang von sexuellem Interesse und Sexualdelinquenz beschränkt sich ausschliesslich auf männliche Studienteilnehmer. Für **Frauen** liegen hierzu so gut wie keine Daten vor. In Studien mit MAPs aus der Allgemeinbevölkerung finden sich – sofern diese Frauen überhaupt erwähnen – nur eine äusserst geringe Anzahl von Teilnehmerinnen, welche empirische Analysen verunmöglicht. Inwiefern dies ein blinder Fleck ist, unsere soziale Wahrnehmung also möglicherweise dazu beiträgt, dieses Phänomen bei Frauen nicht als solches zu erkennen (Denov, 2003), oder ob diese klinische Beobachtung Resultat einer tatsächlich geringen Prävalenz von Frauen mit pädophilen sexuellen Interessen ist (die Prävalenz berichteter sexueller Fantasien mit präpubertären Kindern ist bei Frauen [0,8%] etwa um die Hälfte geringer als bei Männern [1,8%; Joyal, Cossette & Lapierre, 2015]), ist wissenschaftlich bislang nicht geklärt. In einer aktuellen grossen repräsentativen Studie an tschechischen Männern und Frauen sind alle selbstberichteten Indikatoren sexuellen Interesses an Kindern bei Frauen noch wesentlich geringer ausgeprägt – eine sexuelle Präferenz im engeren Sinne für Kinder wird von Frauen gar nicht berichtet (Bártová et al., 2020).

1.3.5 Zum Zusammenhang zwischen pädophil/hebephilen sexuellen Interessen und Kindesmissbrauchsdelikten sowie der Nutzung von Missbrauchsabbildungen

Es wird davon ausgegangen, dass die Entscheidung für oder gegen ein der Neigung entsprechendes sexuelles Verhalten – entgegen weit verbreiteter Mythen (Jahnke, 2018) – grundsätzlich kontrolliert werden kann (z.B. Kuhle, Oezdemir & Beier, 2018), und es Personen mit entsprechenden Neigungen gelingen kann, diese ihr Leben lang nicht in die Tat umzusetzen (z.B. Beier, 2018). Dies wird durch Untersuchungsbefunde gestützt, die erst in jüngerer Zeit⁵² an Stichproben aus der nicht sexualdelinquent in Erscheinung getretenen Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden (z.B. Bailey, Bernhardt & Hsu, 2016; Cantor & McPhail, 2016; Dombert et al., 2016; Jahnke, Schmidt et al., 2015). Letztere zeigen, dass in anonymen Online-Befragungen ein substantieller Anteil von Personen mit sexuellen Interessen an Minderjährigen im Selbstbericht angibt, keinerlei sexuelle Kindesmissbrauchshandlungen begangen zu haben.

⁵² Zuvor basierten Forschungsbemühungen zu dieser Fragestellung lange Zeit auf Stichproben von Personen, die aufgrund sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilt waren. Erst ein systematischer Vergleich straffälliger und nicht-straffälliger Personen mit sexuellem Interesse an Kindern kann indes auch dazu beitragen, relevante Risikofaktoren sowie auch Schutzfaktoren zu ermitteln (z.B. Bailey et al., 2016; Cohen et al., 2018; Spriggs et al., 2018). Dies liegt daran, sich Straffällige mit sexuellen Interessen an Kindern von unauffälligen teleiophilen Personen nicht nur im Hinblick auf die sexuellen Interessen unterscheiden, sondern auch im Hinblick auf andere Faktoren, die zur Straffälligkeit geführt haben können (z.B. generelle Antisozialität).

In oben genannter Studie von Dombert et al. (2016) zeigte sich lediglich ein schwacher empirischer Zusammenhang (im Sinne querschnittlicher⁵³ Korrelationen⁵⁴ von etwa $r = .20$) zwischen selbstberichteten sexuellen Kindesmissbrauchshandlungen und selbstberichtetem pädophilen Interesse. Dies lässt sich an folgendem Ergebnis aus der Befragung von Männern aus der Allgemeinbevölkerung bei Dombert et al. (2016) verdeutlichen: 56% derjenigen Männer, die pädophile Interessen angaben, berichteten von keinerlei Missbrauchshandlungen an Kindern, wohingegen 44% aller berichteten sexuellen Missbrauchshandlungen von Männern begangen wurden, die sexuelle Fantasien bezüglich Kindern verneinten.⁵⁵ Speziell für die Nutzung von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs zeigte sich darüber hinaus zusätzlich auch ein (schwächerer) Zusammenhang mit sexuellem Verlangen (engl. *Sex Drive*; Klein, Schmidt, Turner & Briken, 2015). Cohen und Kollegen (2018) untersuchten querschnittliche⁵⁶ Faktoren bei selbstidentifizierten Männern mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen, anhand derer sich Männer, welche selbst angeben, sexuellen Missbrauch zu begehen, von solchen unterscheiden lassen, welche angeben, keinen sexuellen Missbrauch zu begehen. Die sexuell missbrauchende Subgruppe war älter und wies länger bestehende pädophile Präferenzen auf, fühlte sich stärker von männlichen Kindern angezogen, konnte ihre sexuellen Neigungen schlechter kontrollieren und berichtete positivere Einstellungen zu sexuellen Aktivitäten zwischen Erwachsenen und Kindern. Insgesamt wies diese Gruppe vergleichsweise höher ausgeprägte antisoziale Persönlichkeitszüge und eine höhere Anzahl von Vorstrafen aus dem nicht sexualdelinquenten Bereich auf. Diese Personen waren zuvor bereits häufiger in Behandlung aufgrund psychischer Probleme und berichteten höhere Raten von sexuellem Missbrauch und sonstiger Misshandlung in ihrer eigenen Kindheit (vgl. auch Alanko et al., 2017).

Im Hinblick auf den Konsum von Missbrauchsabbildungen geben hingegen die meisten pädophilen Männer an, entsprechende Materialien sexuell erregend zu finden und in ihrem Leben auch bereits genutzt zu haben (Neutze et al., 2011). Wegen der Nutzung von Missbrauchsabbildungen verurteilte Straftäter lassen ebenfalls häufig eine Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema im Sinne einer Pädophilie/Hebephilie erkennen (Seto et al., 2006). Eine Nutzung von Missbrauchsabbildungen kann daher auch als Indikator für das Vorliegen einer Pädophilie betrachtet werden, weil Männer vorzugsweise pornografische Materialien verwenden, die ihren sexuellen Fantasien entsprechen (Beier, 2018).

⁵³ Der Begriff *querschnittlich* bezieht sich hier auf die Tatsache, dass sexuelle Interessen und sexuelle Verhaltensweisen gleichzeitig erhoben worden sind, ohne dass Aussagen bezüglich der Reihenfolge ihres Auftretens möglich sind in dem Sinne, welches Phänomen dem anderen vorausgeht. Aufgrund dieser Tatsache sind keine kausalen Schlüsse möglich. Dies ist eine speziell für den sekundärpräventiven Kontext wichtige Einschränkung.

⁵⁴ Der Begriff *Korrelation* bedeutet *Zusammenhang*, in der Statistik die Wechselbeziehung zweier oder mehrerer variabler Merkmale. Der Korrelationskoeffizient r ist ein Zusammenhangsmass, dessen Wertebereich zwischen -1 und $+1$ liegt und die Richtung und die Stärke des Zusammenhangs angibt.

⁵⁵ Dass die beiden Prozentzahlen zusammen 100% ergeben, ist Zufall, sie beziehen sich auf jeweils unterschiedliche Grundmengen.

⁵⁶ Der Begriff *querschnittlich* wurde in Fussnote 53 erläutert.

Bezüglich des **Zusammenhangs zwischen pädo-/hebephilen sexuellen Interessen und Kindesmissbrauchsdelikten** lässt sich somit Folgendes resümieren: Obwohl sexuelles Interesse an Kindern und Jugendlichen in Straftäterpopulationen ein empirisch gut belegter Risikofaktor für die Begehung erneuter Sexualstraftaten ist (Mann, Hanson & Thornton, 2010) und somit als ein wesentlicher verursachender Risikofaktor angenommen wird, ist der Zusammenhang zwischen sexuellem Interesse an Kindern und Jugendlichen und sexuellem Kindesmissbrauch für die strafrechtlich noch nicht in Erscheinung getretene Allgemeinbevölkerung bislang kaum untersucht worden⁵⁷. Selbst in forensisch auffälligen Stichproben ist der Zusammenhang zwischen sexuellen Interessen und sexueller Delinquenz nicht eindeutig, da die Mehrzahl sexueller Kindesmissbrauchsdelikte nicht von pädo-/hebephilen Tätern begangen wird. Abhängig von Messmethoden und untersuchten Stichproben weisen etwa 25%-50% aller sexuellen Missbrauchstäter ausgeprägte Präferenzen für Kinder im Vergleich zu Erwachsenen auf (Seto, 2018; Schmidt, Mokros & Banse, 2013). Dies bedeutet, dass nicht alle Personen, die entsprechende Straftaten begehen, pädo-/hebehile sexuelle Interessen aufweisen (Seto, 2009). Umgekehrt begehen auch nicht alle Personen mit einer pädophilen oder hebephilen Neigung sexuelle Handlungen an Kindern, da sexuelles Verhalten – wie oben ausgeführt – grundsätzlich kontrolliert werden kann (Kuhle, Oezdemir & Beier, 2018).

1.3.6 Stigmatisierungsstress von MAPs als indirekter Risikofaktor für das Begehen von Delikten gegen die sexuelle Integrität von Kindern und Jugendlichen

Aufgrund des von der Öffentlichkeit und mitunter auch von Professionellen überschätzten Zusammenhangs zwischen pädo-/hebephilen sexuellen Interessen und sexuellen Missbrauchshandlungen an Kindern und Jugendlichen gehören Personen mit sexuellem Interesse an Kindern zu den gesellschaftlich am meisten stigmatisierten Personengruppen (Überblick bei Jahnke, 2018). Empirisch lässt sich zeigen, dass Menschen mit pädophilem Interesse, die dezidiert als Personen beschrieben werden, die *keine* Sexualstraftaten begangen haben, von der Allgemeinbevölkerung stärker stigmatisiert werden als andere ebenfalls stark stigmatisierte Gruppen von Menschen mit psychischen Störungen (Feldman & Crandall, 2007) wie beispielsweise Menschen mit Alkoholabhängigkeit, sexuell sadistischen Interessen oder chronisch antisozialen Verhaltensweisen (Jahnke, Imhoff & Hoyer, 2015). Männer mit pädophilen sexuellen Interessen an präpubertären Kindern scheinen in der Stigmaforschung eine Ausnahme zu bilden: Im Gegensatz zur sonstigen gesellschaftlichen Missbilligung einer Stigmatisierung anderer Minderheiten (z.B. Menschen mit Behinderungen oder psychischen Störungen, nicht heterosexuellen Orientierungen oder fremden Nationalitäten) scheint die Stigmatisierung von Männern mit pädophilen sexuellen Interessen nämlich

⁵⁷ Der wesentliche Unterschied zwischen den Ergebnissen aus der Rückfallforschung bei verurteilten Sexualstraftäter(inne)n und der Forschung an der noch nicht sexualdelinquent in Erscheinung getretenen Allgemeinbevölkerung ist, dass sexuelle Interessen an Kindern und Jugendlichen in der ersteren Population als ein aufrechterhaltender Faktor konzipiert werden können, wohingegen in der letzteren Population diesen die Rolle eines auslösenden ätiologischen Faktors zukommen kann. Es ist nicht notwendigerweise so, dass aufrechterhaltende Faktoren gleichzeitig auch auslösende Faktoren darstellen müssen. Um dies zu erforschen, bedarf es aufwändiger Längsschnittstudien, die entsprechende kausale Zusammenhänge erhellen können.

in dem Sinne sozial erwünscht zu sein, dass Personen, die darauf bedacht sind, bei anderen Menschen einen positiven Eindruck ihrer selbst zu hinterlassen, verstärkt auch stigmatisierende Einstellungen gegenüber pädophilen Männern bejahen (Imhoff, 2015).

Typische Stereotype gegenüber MAPs beziehen sich darauf, dass diese gefährlich, abnormal und amoralisch seien sowie sich ihre sexuellen Interessen ausgesucht hätten. **Diese Stereotype stehen in deutlichem Zusammenhang mit strafenden und sozial vermeidenden Einstellungen diesen Personen gegenüber**⁵⁸ (Imhoff, 2015; Jahnke, Imhoff et al., 2015). Entsprechend können Individuen mit pädo-/hebephilen Interessen wenig Toleranz erwarten, sollten ihre sexuellen Interessen öffentlich werden (Jahnke, 2018).

Die häufig von MAPs in der Pubertät bemerkte pädo-/hebephile Neigung (McPhail, 2018) führt bereits früh zu einem intensiven Erleben des Andersseins, dessen Begleiterscheinungen primär durch Angst vor Entdeckung der eigenen, stark von der Norm abweichenden sexuellen Interessen beruht. Unabhängig von selbstberichteter einschlägiger Vorbestrafung ist die enorme Stigmatisierung mit intensiver psychischer Symptombelastung verbunden, die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist (Jahnke, Schmidt et al., 2015). Dieser auf der wahrgenommenen Stigmatisierung beruhende Stress ist wiederum mit Faktoren wie wahrgenommener Einsamkeit, Emotionsregulationsproblemen oder geringem Selbstwert assoziiert (Jahnke, Schmidt et al., 2015), welche nach einer Metaanalyse von Whittaker et al. (2008) häufiger bei Personen festzustellen sind, die sexuellen Kindesmissbrauch begehen, als bei nicht sexuell missbrauchenden Kontrollgruppen. Ausgehend von diesen querschnittlichen Befunden argumentieren Jahnke, Schmidt und Kollegen (2015) sowie Lasher und Stinson (2017), dass Stigmatisierungsstress⁵⁹ als indirekter Risikofaktor für die Begehung sexuellen Missbrauchs angenommen werden kann.

Ähnliche Befunde zeigen sich auch für eine internalisierte Selbststigmatisierung und damit verbundene Tendenzen, die eigene sexuelle Ausrichtung zu unterdrücken – auch dieser Lösungsversuch im Umgang mit sexuellen Interessen an Kindern hängt mit gesteigerter psychischer Belastung zusammen, erhöhten Scham- und Schuldgefühlen und höherem Bedürfnis nach Unterstützung (Lievesley, Harper & Elliott, 2020). Die Autor(inn)en gehen somit davon aus, dass die **Belastung durch gesellschaftliche sowie internalisierte Stigmatisierung dazu führen kann, dass das Risiko, sexuelle Übergriffe auf Kinder und Jugendliche zu begehen, dadurch indirekt steigt**. Abbildung 2 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen Stigmatisierungsstress und steigendem Risiko der Begehung einer Straftat gegen die sexuelle Integrität von Kindern.

⁵⁸ Vgl. Erläuterungen zu den Skalen für Punitivität und Soziale Distanz (Abschnitt 2.5.1).

⁵⁹ Hiermit ist das Belastungserleben gemeint, das aus der von den Betroffenen wahrgenommenen Stigmatisierung der pädo- oder hebephilen sexuellen Interessen resultiert (z.B. Angst vor Entdeckung, Einsamkeit). Dieses drückt sich auch in Form psychischer Symptombelastung aus (z.B. Angsterleben, Depressivität oder Substanzmissbrauch).

Abbildung 2: Die Effekte von Stigmatisierungsstress auf Risikofaktoren für Kindesmissbrauchsdelikte (Jahnke, Schmidt et al., 2015)



Anmerkungen: Doppelpfeile verdeutlichen empirisch gefundene querschnittliche⁶⁰ Zusammenhänge, die keinerlei gerichtete Interpretation kausaler/temporalen Richtungen zulassen. Demnach könnte es auch so sein, dass die hohe psychische Problembelastung zu mehr Stigmatisierungswahrnehmung führt. Gestrichelte Pfeile markieren statistische Tendenzen (Signifikanzniveau $p < .10$) in der vorhergesagten Richtung, die nach strengen Kriterien jedoch keine statistisch abgesicherten Zusammenhänge darstellen. Fehlende Pfeile zeigen, dass, obwohl ursprünglich in der Studie angenommen, keine Zusammenhänge zu finden waren. Die dargestellten Problembereiche sind meta-analytisch abgesicherte Faktoren, die bei sexuellen Kindesmissbrauchern im Vergleich zu nicht-forensischen und Sexualstraftäterkontrollgruppen querschnittlich erhöht waren (Whittaker et al., 2008). Der ursprünglich postulierte Zusammenhang zwischen Problembelastung und bereits erfolgtem selbstberichteten sexuellem Kindesmissbrauch konnte *nur für einzelne Problembereiche* (Einsamkeit, sexualstraftatförderliche Einstellungen, geringe Selbstwirksamkeitserwartungen an Kontrollierbarkeit sexueller Wünsche) gezeigt werden.

Da Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz zudem ein höheres Risiko aufweisen, wiederholt sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen oder Missbrauchsabbildungen zu nutzen, *sofern sie dies bereits einmal getan haben* (Eke et al. 2011), muss davon ausgegangen werden, dass diese Personen auch ein höheres Lebenszeitrisiko für erstmalige Delikte im Hellfeld aufweisen, und damit eine bedeutsame Zielgruppe sekundärpräventiver Massnahmen darstellen (Beier, 2018). In präventiver Hinsicht bieten hingegen potenzielle Sexualstraftäter ohne entsprechende Neigung und mit allgemeinen Risikofaktoren wie etwa Antisozialität und oftmals fehlendem Leidensdruck kaum Ansatzpunkte für eine zielgruppenspezifische Sekundärprävention, da diese sich ohne Druck durch bereits erfolgte justizielle Auflagen kaum motivieren lassen dürften. Auch ist bei letzterer Gruppe die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass diese bereits zum Ziel tertiärpräventiver Massnahmen wird, da die Kriminalitätsbelastung hier deutlich erhöht ist (und damit auch die Entdeckungswahrscheinlichkeit

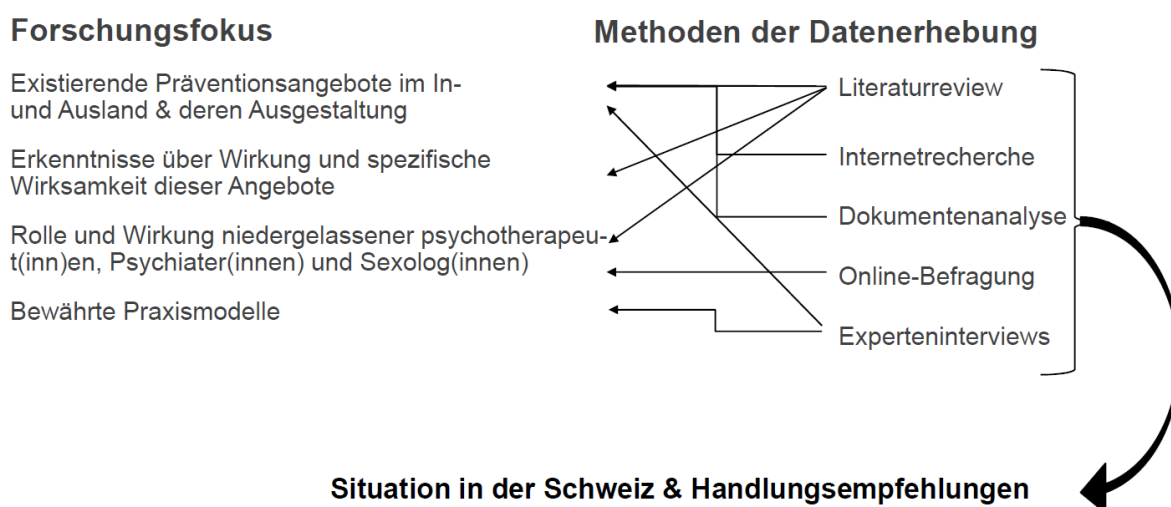
⁶⁰ Für eine Erläuterung der statistischen Begriffe siehe Fussnoten 23 und 24 dieses Berichts. Als statistisch abgesichert werden Ergebnisse bezeichnet, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht als Zufallsergebnis einzuordnen sind.

steigt). Nicht strafrechtlich in Erscheinung getretene MAPs, welche vielfach aufgrund ihres Leidensdrucks von sich aus ein Interesse an Beratung, Austausch und Behandlung haben, stellen dagegen eine vergleichsweise gut erreichbare und intrinsisch motivierte Zielgruppe sekundärpräventiver Massnahmen dar. In der vorliegenden Untersuchung werden Massnahmen für diese Zielgruppe in den Blick genommen.

2. Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden verschiedene methodische Zugänge verknüpft: eine systematische Internet- und Literaturrecherche, eine Dokumentenanalyse, halbstrukturierte Interviews mit nationalen und internationalen Expert(inn)en sowie eine Online-Befragung in der Schweiz tätiger Fachpersonen. Abbildung 3 gibt einen Überblick über das Studiendesign.

Abbildung 3: Verknüpfung methodischer Zugänge und Forschungsfragen im Überblick



Im Folgenden werden das Vorgehen beschrieben und die Methoden im Detail dargelegt, mittels derer Informationen zur Beantwortung der Fragestellungen erhoben wurden.

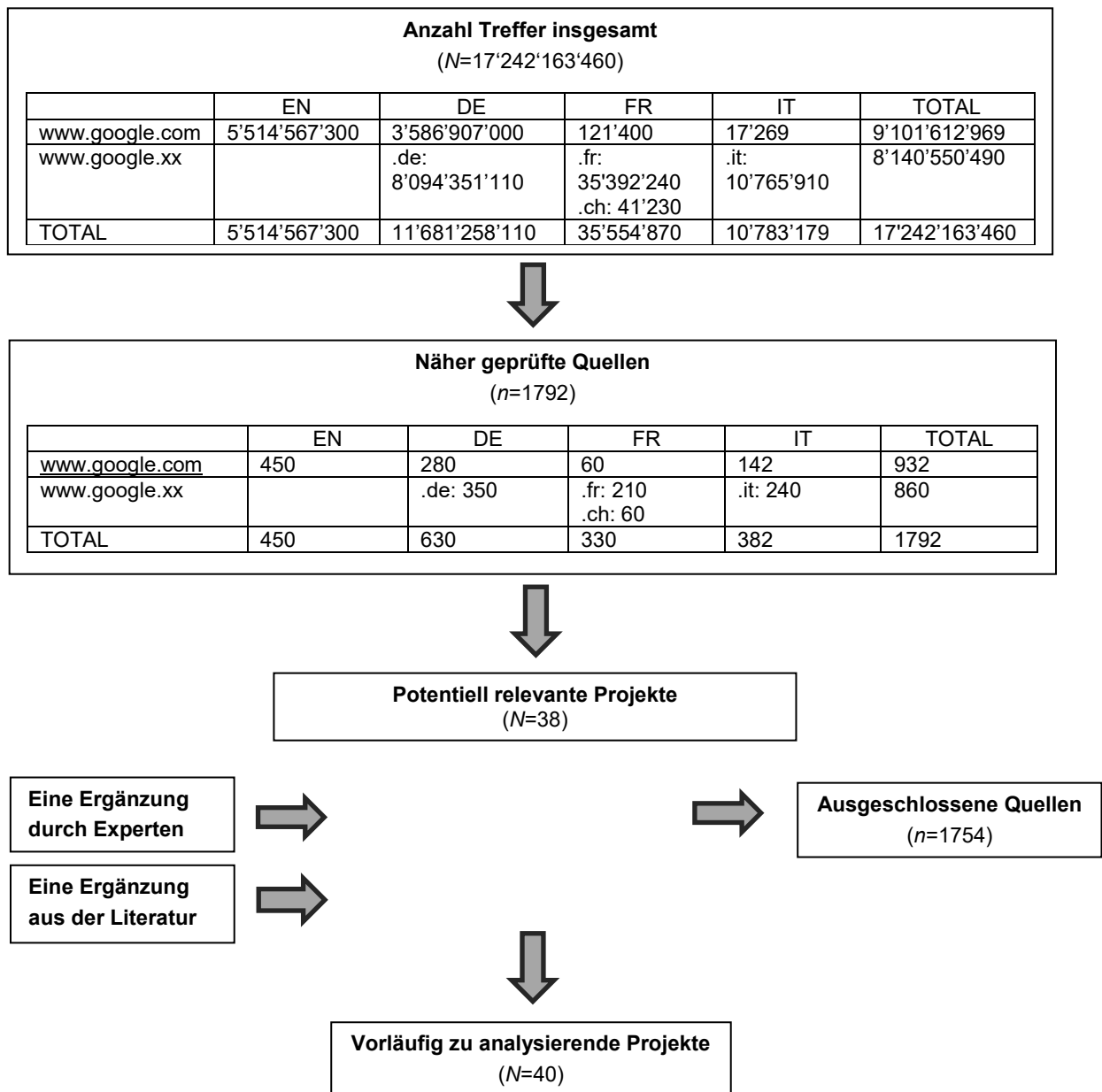
2.1 Systematische Internetrecherche

Eine systematische Internetrecherche diente der Identifizierung existierender sekundärpräventiver Angebote für MAPs in der Schweiz und international sowie allfälliger Evaluationsbemühungen und möglicher weiterer Expert(inn)en (Fragestellungen 1, 2, 3, 5). Abbildung 4 gibt einen schematischen Überblick über den Selektionsprozess.

Die Internetrecherche erfolgte mit Hilfe geeigneter Schlagwörter in deutscher, englischer, französischer und italienischer Sprache, welche weitgehend mit den im Rahmen der Literaturrecherche verwendeten Suchbegriffen übereinstimmten (vgl. Abschnitt 2.2 sowie Tabelle A3 im Anhang). Zur Optimierung der Suchergebnisse mussten allerdings einige Modifikationen vorgenommen werden. So führte etwa das in der Literatursuche übliche * zu keinen Treffern und wurde entfernt. Auch musste die Suche aufgrund entsprechender Beschränkungen der verwendeten Suchmaschine google.com auf jeweils 32 Suchwörter pro Abfrage beschränkt werden, woraus sich insbesondere im Hinblick auf die Suche in italienischer und französischer Sprache Anpassungsnotwendigkeiten ergaben, da sich Begriffe, die im Deutschen und Englischen aus einem Wort bestehen, im Italienischen und Französischen nicht

selten aus drei oder mehr Wörtern zusammensetzen (z.B. für Kindesmissbrauch «abus sexuel d'enfant» bzw. «abuso sessuale su minori»). Dementsprechend wurden basierend auf der im Anhang ersichtlichen Liste zwei kleinere Listen für die Internetrecherche erstellt: Diese enthielten a) ausgewählte Wörter beider Ebenen der allgemeinen Suchwörter und b) ausgewählte Suchwörter der ersten Ebene der allgemeinen Suchwörter, verknüpft mit ausgewählten Suchwörtern der spezifischen Einschränkung auf Präventionsangebote.

Abbildung 4: Flussdiagramm Quellenauswahl zur Identifikation von Präventionsangeboten



Die Recherche mit diesen Listen erfolgte in zwei Schritten: Zunächst wurde in google.com nach relevanten Quellen gesucht. Aufgrund der hohen Trefferzahlen musste die Suche ein-

geschränkt werden. Da sich in einem ausführlichen Pretest aufgrund der Sortierung der Treffer nach Relevanz die Berücksichtigung der jeweils ersten 30 Treffer als ertragreich erwiesen hatte, wurde in allen Suchdurchgängen auf die ersten 30 Treffer fokussiert. Aufgrund der überinklusiven Vorgehensweise und der mehrfach wiederholten Suchvorgänge pro Sprache ist davon auszugehen, dass trotz der Beschränkung auf die ersten 30 Treffer alle relevanten Quellen bzw. Projekte gefunden worden sind. Potentiell relevante Seiten wurden sodann mittels relevanter Stichwörter durchsucht. In einem zweiten Schritt wurde die landesspezifische Variante (google.fr etc.) genutzt und die Suchstrategie hierfür nochmals verfeinert.

Auf diese Weise konnten zunächst 38 potenziell relevante Angebote identifiziert werden, die im Rahmen der Literaturrecherche sowie der Experteninterviews noch um zwei weitere Angebote ergänzt wurden. Da die Recherche und auch die Selektionsstrategie bis zu diesem Zeitpunkt überinklusiv waren (d.h. es wurden zunächst eher zu viele als zu wenige Projekte eingeschlossen), reduzierte sich die Anzahl der vertieft zu analysierenden Präventionsangebote im Rahmen der Dokumentenanalyse nochmals erheblich (vgl. Abschnitt 2.3 sowie die Darstellung der Reduktionsschritte auf Seite 103 des Anhangs).

2.2 Systematisches Literaturreview

Mit Hilfe eines systematischen Literaturreviews konnten zum einen verschiedene Umsetzungsformen relevanter Präventionskonzepte identifiziert werden (Fragestellungen 1 und 2). Zum anderen konnten insbesondere die Fragen zu Erkenntnissen zur zielgruppenspezifischen Eignung, Wirkung und Wirksamkeit bestimmter Angebotselemente und zu Forschungslücken beantwortet werden (Fragestellungen 3, 5, 6, 10). Darüber hinaus lieferte das Review einen Überblick über wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich relevanter Aspekte des adäquaten Umgangs von Fachpersonen mit Personen, die aufgrund ihrer abweichenden Neigungen Behandlung suchen (Teilaspekt von Fragestellung 4). Zusammen mit der Internetrecherche bildeten die Ergebnisse der Literaturanalyse eine Grundlage für die folgende Dokumentenanalyse, die qualitativen Experteninterviews und die standardisierte Befragung der Fachpersonen.

2.2.1 Datenbanken und Suchbegriffe

Die Recherche der Literatur mit besonderem Fokus auf systematische Reviews und Metaanalysen wurde in einem ersten Schritt über einschlägige Literaturdatenbanken vorgenommen (u.a. Google Scholar, BDSP, CINAHL Plus, Cochrane Library, EBSCO, Ilisi, LiSSa, Medline, PubMed, PsycINFO, PSYINDEX, SocIndex, eine Auflistung aller verwendeter Datenbanken findet sich im Anhang). Recherchiert wurde anhand vordefinierter Suchbegriffe in englischer, deutscher, italienischer und französischer Sprache; eine Übersicht über alle Suchbegriffe pro Sprache findet sich in Tabelle A1 (siehe Anhang).

In Absprache mit dem BSV galten für die Aufnahme wissenschaftlicher Publikationen zwei Einschlusskriterien: Die Beiträge mussten a) einen klaren thematischen Bezug zu sekundärpräventiven Angeboten für MAPs aufweisen (z.B. Konzeptbeschreibungen oder Wirksamkeitsstudien) und mussten b) klar als wissenschaftliche Arbeiten ausgewiesen sein (z.B.

Transparenz des methodischen Vorgehens und Quellenbezugs); es erfolgte auf dieser Ebene noch keine Selektion anhand der Qualität des wissenschaftlichen Beitrags im engeren Sinne, eine Bewertung der methodischen Herangehensweise und der daraus folgenden Aussagekraft der Ergebnisse erfolgte erst im Rahmen der Auswertung des Standes der Forschung.

Ausgeschlossen wurden wissenschaftliche Beiträge, die nicht in englischer, deutscher, italienischer oder französischer Sprache erschienen sind, sowie Arbeiten, die vor dem Jahr 1992 erschienen sind, da dies das Gründungsjahr von *STOP IT NOW!*, der weltweit ersten, sich selbst als solche öffentlich deklarierenden sekundärpräventiven Massnahme in den USA war, relevante Beiträge können somit nicht früher erschienen sein.

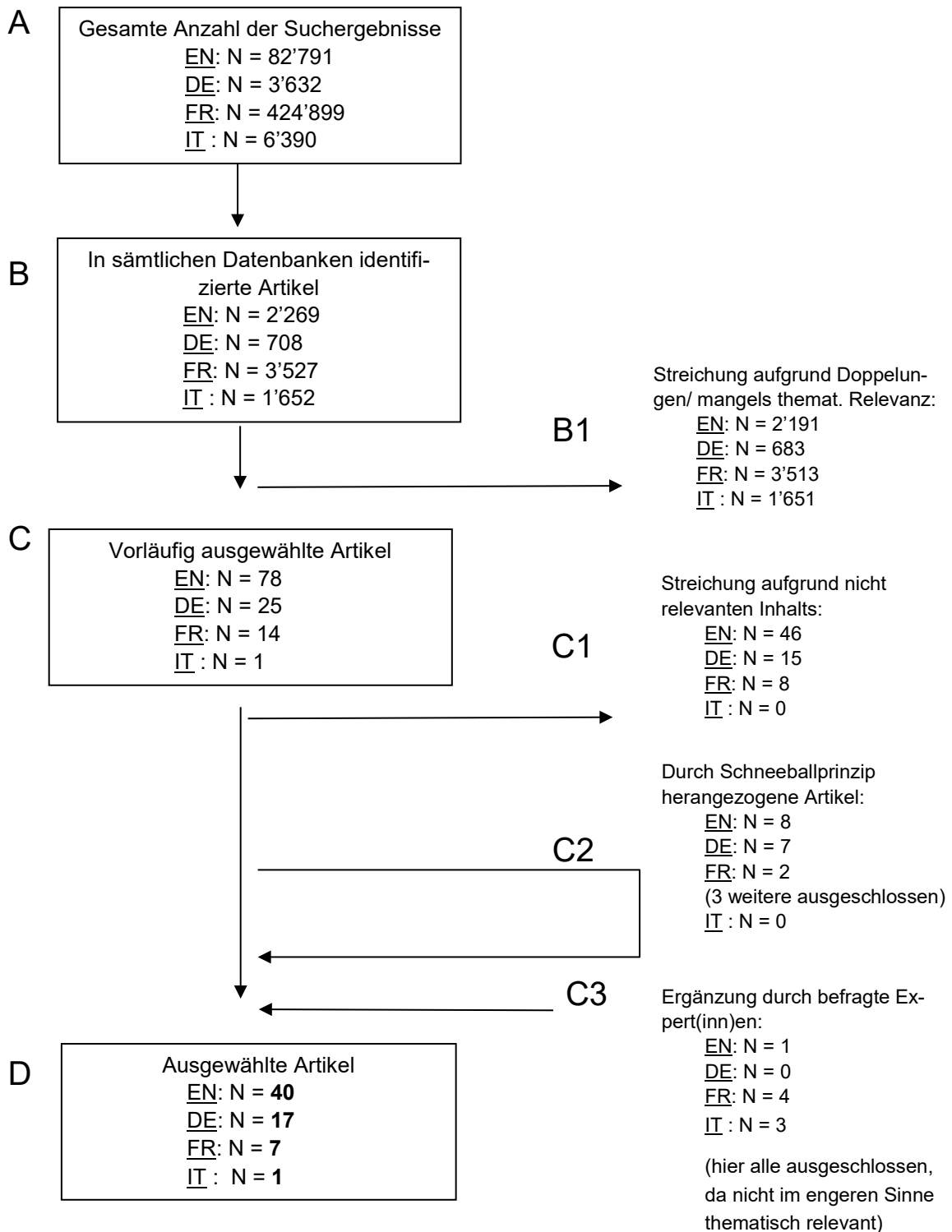
2.2.2 Such- und Selektionsstrategie

Zunächst wurde mittels in deutscher, italienischer, französischer und englischer Sprache definierter Stichwörter (siehe Tabelle A1 im Anhang) und Datenbanken (vollständige Liste im Anhang 6.1) nach relevanten Artikeln und weiteren wissenschaftlichen Beiträgen gesucht. Anschliessend erfolgte eine zusätzliche Suche mittels einer Kombination aus Stichwörtern, die sich bei der vorherigen Suche bewährt hatten, sowie mit konkreten Namen von Projekten. Hieraus ergab sich die Anzahl der gesamten Suchergebnisse (A). Von den nach Relevanz sortierten Suchergebnissen wurden 8'156 gesichtet⁶¹ (B), in einem nächsten Schritt (B1) wurden basierend auf dem Titel und nötigenfalls dem Abstract oder einer kurzen Stichwortsuche im Text thematisch nicht relevante Artikel und Doppelungen gestrichen.

Potentiell relevante Beiträge (C) wurden sodann nach näherer Analyse nochmals um inhaltlich nicht relevante Beiträge reduziert (C1). Hinzugenommen wurden nach Schneeballprinzip durch Zitationen in den ausgewählten Artikel identifizierte Artikel (C2). Die Liste der für Volltextanalysen ausgewählten Beiträge (D) wurde in einem letzten Schritt ausgewählten Expert(inn)en aus den Forschungsnetzwerken der Autorenschaft und aus der Begleitgruppe vorgelegt, mit dem Auftrag, die Aufstellung relevanter Publikationen um ihnen bekannte, unveröffentlichte Berichte oder schwer zugängliche Qualifikationsarbeiten zu ergänzen. Abbildung 5 soll diesen Prozess veranschaulichen.

⁶¹ Wenn die Stichwortsuche zu einer überschaubaren Anzahl von Treffern führte (< 200), wurden alle Treffer angesehen. Wenn nach den ersten 50 angesehenen Suchergebnissen klar war, dass die Suche nicht zielführend war, wurde nicht weiter geschaut. Führte die Stichwortsuche zu einer nicht überschaubaren Trefferzahl, wurden grundsätzlich die ersten 50 Suchergebnisse angesehen, weniger falls die Suche sich vorher als nicht zielführend erwies.

Abbildung 5: Flussdiagramm zum Suchprozedere und zur Anzahl identifizierter Publikationen



Da insbesondere die Suche nach französisch- und italienischsprachigen wissenschaftlichen Beiträgen trotz ausgesprochen umfänglicher und überinklusive Suchstrategie kaum zu Er-

gebnissen führte, wurde die Suchstrategie nochmals um eine zusätzliche Suche mittels Verknüpfung mit entsprechenden Namen Schweizer Projekte oder französischsprachiger internationaler Projekte erweitert.

2.3 Dokumentenanalyse

Die im Rahmen der Internet- und Literaturrecherche (Abschnitte 2.1 und 2.2) und der Experteninterviews (Abschnitt 2.4) identifizierten national und international verfügbaren sekundärpräventiven Angebote wurden mit Blick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede unter Berücksichtigung der jeweils national geltenden Rechtslage (hier v.a. Anzeigepflichten)⁶² systematisiert und im Rahmen einer Dokumentenanalyse inhaltsanalytisch untersucht (Mayring, 2008) (Fragestellungen 1 und 2). Auf Wunsch des BSV wurde der Rechercheraum mit den USA und Kanada auch auf Länder ausgedehnt, in denen sog. *Reporting Laws* gelten. Therapeuteninnen und Therapeuten sind unter diesen Bedingungen verpflichtet, die ihnen im Rahmen von Therapiesitzungen zur Kenntnis gelangten strafrechtlich relevanten Handlungen (z.B. auch Jahre zurückliegenden Konsum von Missbrauchsabbildungen) zur Anzeige zu bringen. Unter diesen gänzlich anderen rechtlichen Rahmenbedingungen sind im Hinblick auf etwaige sekundärpräventive Massnahmen deutlich eingeschränkte Behandlungsmöglichkeiten zu erwarten.

Auf eine computergestützte Auswertung mit MaxQDA wurde aufgrund des wenig ergiebigen Materials verzichtet. Ausgehend von diesen Befunden wurden alle Angebote in der Schweiz sowie alle ansatzweise⁶³ wissenschaftlich evaluierten Angebote international einer vertiefenden Analyse unterzogen. Innerhalb der internationalen Massnahmen ohne vorliegende wissenschaftliche Daten wurden zudem zwecks Kontrastierung zwei Präventionsmodelle einbezogen, welche sich hinsichtlich ihrer Ausgestaltung (Träger, Zielgruppen, Teilnahmebedingungen, Leistungen, Einbezug des Umfelds, professioneller Hintergrund der Leistungsanbieter, Kosten, Finanzierung, Umgang mit rechtlichen Rahmenbedingungen, bspw. betreffend Konsum von Missbrauchsabbildungen im Internet etc.) maximal von den bereits einbezogenen unterscheiden.

Zur Festlegung der **Bewertungskriterien für vorliegende Evaluationsstudien** (Fragen 3, 5, 7) kann auf Erkenntnisse der klinischen Psychotherapieforschung und der Wirksamkeitsforschung im Bereich der Behandlung von Sexualstraftäter(inne)n (z.B. Dahle, 2016; Han-

⁶² Auf eine Gegenüberstellung der Straftatenkataloge, möglicher Sanktionen, und der Art und Weise des Sanktionenvollzuges in verschiedenen Ländern wurde verzichtet, da eine solche für die Beantwortung der Forschungsfragestellungen nicht von Relevanz gewesen wäre und daher obsolet erschien. Es ist nämlich kriminologisch nicht erwartbar, dass Personen allein aufgrund höherer oder geringerer Strafandrohung ein anderes Delinquenzverhalten zeigen (Dölling, 1990, 1995), dies gilt insbesondere für Minderjährige (Rößner, 2002), welche für einen nicht unerheblichen Teil sexueller Übergriffe auf Kinder verantwortlich sind (Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013). Entsprechend steigen die Nutzungsraten von Missbrauchsabbildungen in den USA ähnlich stark an wie auch z.B. in Deutschland, obwohl der Strafrahmen in den USA dafür im Ländervergleich wesentlich drastischer und mitunter sogar höher ausfällt als bei physischen sexuellen Kindesmissbrauchsdelikten (Ewing, 2011).

⁶³ Angemessene Evaluationen nach den in diesem Abschnitt ausgewiesenen Bewertungskriterien liegen bislang nicht vor.

son, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009; Schmucker & Lösel, 2015) zurückgegriffen werden. Für aussagekräftige Ergebnisse sind grundsätzlich folgende Aspekte zu berücksichtigen: (1) die Festlegung einer *adäquaten Kontrollbedingung* mit vergleichbaren Rahmenbedingungen⁶⁴ und (2) weitgehende *Kontrolle von Störeinflüssen* durch ausreichend grosse Stichproben, (3) Gewährleistung der *Behandlungsintegrität*⁶⁵ durch Vorgabe von Behandlungsprinzipien, (4) die Einbeziehung von *Behandlungsabbrüchen*⁶⁶ und (5) die Auswahl eines aussagekräftigen *Erfolgskriteriums* (hier unmittelbar: Veränderung von risikorelevanten Merkmalen, die mittelbar zur Prävention von Sexualdelinquenz führen).

Ist die Auswahl einer unbehandelten oder aktiven Kontrollgruppe mit vergleichbaren Rahmenbedingungen (1) aus ethischen oder logistischen Gründen nicht möglich, sollte jedoch nicht auf eine Vergleichsbedingung verzichtet werden, denn ohne Kontrollgruppe können Behandlungserfolge bzw. -misserfolge nicht eindeutig interpretiert werden. Alternativ werden in dem Fall dismantling bzw. additive Studien empfohlen (Oberlader, Schmidt & Banse, 2018). Hierbei erfahren alle Teilnehmenden dieselbe Behandlung, mit der Ausnahme, dass in einer Gruppe einzelne Behandlungsmodule ausgespart bzw. hinzugefügt werden. Auf diese Weise kann geprüft werden, ob einzelne Module zu gewünschten Veränderungen führen (z. B. Reduktion prokrimineller Einstellungen durch ein Modul zur Einstellungsänderung) und ob diese Veränderungen wiederum im Zusammenhang mit einem reduzierten Risiko einer Tatbegehung stehen.

Um die **spezifische Wirksamkeit** einer Intervention beurteilen zu können, ist somit idealerweise eine Kontrollbedingung mit gleichen Rahmenbedingungen zu wählen. In der Evaluationspraxis bestehen jedoch häufig beträchtliche Abweichungen von diesem Ideal (Oberlader, Schmidt & Banse, 2018). Methodisch besonders problematisch ist die häufig zu findende Personalunion von Evaluator(in) und Programminitiator(in). Die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit von Evaluator(inn)en sollte – wenn irgend möglich – gewährleistet sein. Im Hinblick auf die hier interessierende spezifische Gruppe behandlungsmotivierter Selbstmelder sind zudem zusätzliche Besonderheiten (hohe Behandlungsmotivation, ausgeprägtes Problembewusstsein, vergleichsweise geringes Risiko einer Täterschaft) zu bedenken.

Die Präventionsmassnahmen, zu deren Evaluation noch keine empirischen Evaluationsdaten vorliegen, wurden vor dem Hintergrund theoretischer Überlegungen sowie unter Bezug auf empirische Erkenntnisse zur Wirksamkeit entsprechender Behandlungselemente im Hinblick auf ihre Augenscheinvalidität bewertet.

⁶⁴ Damit die Vergleichbarkeit der Rahmenbedingungen überhaupt beurteilt werden kann, ist es erforderlich, dass Evaluator(inn)en detaillierte Informationen zum Behandlungskontext angeben.

⁶⁵ Während die Variabilität der Behandlung zur Erhöhung der Behandlungsintegrität durch den Einsatz von Manualen mit genauen Vorschriften zum therapeutischen Vorgehen auf ein Minimum reduziert wird, weisen andererseits Bonta und Andrews (2017) darauf hin, dass die Behandlungsprogramme eine signifikante Reduktion der Rückfallrate verzeichnen, welche eben nicht nach dem Prinzip *one size fits all* erfolgen, sondern an die Bedürfnisse der Behandelten angepasst werden. Nichtsdestotrotz muss sichergestellt sein, dass Behandlungsprinzipien, die zum Erfolg geführt haben sollen, auch empirisch testbar sind, da davon ausgegangen werden kann, dass diese in den Vergleichsgruppen umgesetzt bzw. nicht umgesetzt worden sind.

⁶⁶ Um den Erfolg einer Behandlung beurteilen zu können, muss möglichst genau definiert werden, unter welchen Bedingungen eine Teilnahme tatsächlich als solche gelten kann (Oberlader et al., 2018).

2.4 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews

Zwischen Mai und August 2019 wurden qualitative leitfadengestützte Experteninterviews (Meuser & Nagel, 2003) mit 15 nationalen und internationalen Expert(inn)en (vorrangig aus der Klinischen und Forensischen Psychologie und der Forensischen Psychiatrie) geführt, welche der Gewinnung von Informationen zur Umsetzung und Umsetzbarkeit von Massnahmen in der Schweiz und international (Fragestellungen 1, 2, 3) sowie zu Evaluationserfordernissen und -bemühungen (Fragestellungen 4, 5, 6, 7, 10) dienen. Vier Interviews wurden face-to-face geführt, die übrigen telefonisch via Skype oder WhatsApp. Die Interviewdauer betrug von 43 Minuten bis zu 4 Stunden. Alle Interviews wurden mit dem Einverständnis der Interviewpartner(innen) aufgezeichnet und auf Basis dieser Aufnahmen synthetisiert, zentrale Aussagen wurden wörtlich festgehalten.

2.4.1 Auswahl der Expertinnen und Experten

Die Liste der zu konsultierenden Expert(inn)en für die halbstrukturierten Experteninterviews wurde nach Kriterien der geografischen Repräsentativität (Berücksichtigung unterschiedlicher Sprachregionen und Länder) und der Vertrautheit mit dem Erkenntnisgegenstand erarbeitet. Dabei wurden Vertreter(innen) akademischer Forschung und Praxis gleichermaßen einbezogen, um beide Sichtweisen angemessen berücksichtigen zu können. Es wurden bewusst keine einzelinitiativ tätigen Therapeut(inn)en ausgewählt, sondern mit zentralen Stakeholder(inne)n mit Überblick über das (mindestens nationale) Feld Personen ausgewählt, bei denen die berechtigte Hoffnung bestand, dass sie Auskunft über niederschwellige Angebote für MAPs werden geben können. Doppelungen durch innerhalb einer Arbeitsgruppe tätige Personen wurden weitgehend vermieden. Lediglich in einem Fall erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch einer Expertin ein Interview gemeinsam mit einem weiteren Arbeitsgruppenmitglied. Darüber hinaus wurde darauf geachtet, insbesondere die in der Schweiz vertretenen Stakeholder(innen) umfassend zu berücksichtigen, um angesichts fehlender Publikationen zu Schweizer Angeboten im Rahmen der Interviews einen möglichst genauen Einblick in die Landschaft sekundärpräventiver Angebote in der Schweiz erhalten zu können.

Die im Folgenden in alphabetischer Reihenfolge aufgeführten 15 Expert(inn)en, welche unter Berücksichtigung von Vorschlägen der Begleitgruppe und in Absprache mit dem BSV für die Experteninterviews ausgewählt wurden, konnten innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens erreicht und zwischen Mai und August 2019 interviewt werden:

- Lisa Ancona, Association & François Boillat, DIS NO, Monthey, Schweiz
- Latifa Bennari, L' Ange bleu, Frankreich
- Kathya Bonatti, Tessin, Schweiz; Sexologin und Psychotherapeutin (Italien)
- Dr. Laura Kuhle, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland (Projekt von Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Beier)
- Dr. André Ciavaldini, ehemaliger Direktor des CRIAVS (Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles) Rhône-Alpes, Frankreich

- lic. phil. Monika Egli-Alge, Geschäftsführerin des Forensischen Institut Ostschweiz (Forio AG), Frauenfeld, Schweiz
- Inès Gauthier, L' Ange bleu, Paris, Frankreich
- Dr. Paolo Giuliani, prison de Bollate, Milano, Italien
- Prof. Dr. Marc Graf, Klinik für Forensik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Schweiz
- Prof. Dr. Bruno Gravier, Centre Hospitalier Universitaire vaudois (CHUV), Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, Clinique psychiatrique universitaire, Lausanne, Schweiz
- Prof. Dr. Derek Perkins, West London Mental Health NHS Trust & Royal Holloway University of London, Grossbritannien
- Prof. Dr. Pascal Roman, Université de Lausanne, Institut de psychologie, Chavannes-près-Renens, Lausanne, Schweiz
- Prof. Dr. Michael C. Seto, Brockville Mental Health Centre, Integrated Forensic Program, Brockville (Ontario), Kanada (als Experte für die USA und Kanada)
- Dr. Lorenzo Soldati, Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), Département de santé mentale et de psychiatrie, Consultation spécialisée de sexologie, Schweiz

2.4.2 Themen

Da sich auf Ebene einzelner Angebote mit Ausnahme der in Deutschland vorgehaltenen Projekte und *STOP IT NOW!* kaum aussagekräftige Dokumentationen oder Publikationen finden liessen, sollte der Leitfaden für die Expertenbefragung (siehe Anhang 6.2.1) ein breites Themenspektrum abdecken, um insbesondere auch Aussagen über die Situation in der Schweiz treffen zu können. Der Leitfaden wurde auf Grundlage der Erkenntnisse aus der Internet- und Literaturrecherche entwickelt und deckte die folgenden, im Interview anzusprechenden Themen ab (die Reihenfolge der Themen und Fragen folgte wie bei Experteninterviews üblich dem individuellen Gesprächsverlauf und den Schwerpunktsetzungen der Expert(inn)en):

- Ausgestaltung der Massnahme, Zielgruppen, Ein- und Ausschlusskriterien
- Gewährleistung von Anonymität und Umgang mit Krisensituationen
- Zentrale Interventionsansätze und Wirkannahmen
- Setting (telefonisch/online/Gruppe/Einzelsetting)
- Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen
- Organisationsform
- Evaluative Massnahmen
- Besonderheiten des Ansatzes, Erfahrungswerte und Zielerreichung, Hürden und Lösungsmöglichkeiten
- Forschungslücken

- Hinweise für zukünftige Erstimplementationen

Die Expert(inn)en aus der Schweiz wurden zudem um ihre Einschätzung des Handlungsbedarfs in der Schweiz gebeten – dies sowohl bezüglich entsprechender Massnahmen als auch bezüglich etwaigen Bedarfs an der Vermittlung entsprechenden Wissens im Rahmen von Aus- und Weiterbildung niedergelassener Sexolog(inn)en, Psychiater(innen) und Psychotherapeut(inn)en (Fragestellungen 8 und 9).

Allfällige Informationen zu nicht-publizierten Evaluationen wurden in die Dokumentenanalyse einbezogen (siehe Abschnitt 2.3).

2.5 Befragung von Psychotherapeut(inn)en, Psychiater(inne)n und Sexolog(inn)en

Für eine Analyse der Rolle und Wirkung von Interventionen niedergelassener Sexolog(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und Psychiater(innen) wurde eine Befragung von Schweizer Fachpersonen mit Hilfe eines standardisierten Online-Fragebogens (Inhalte siehe Anhang 6.2.2) zu ihren Kenntnissen, Erfahrungen, Behandlungsmethoden und -prinzipien sowie zu Einstellungen und zur Behandlungsbereitschaft gegenüber der Zielgruppe (Fragestellung 4) durchgeführt. Da niedergelassene Fachkräfte zeitlich stark eingebunden sind, wurde der Umfang des Bogens kurzgehalten, die Bearbeitungsdauer betrug gemäss Pretest 10 Minuten.

2.5.1 Fragebogenkonstruktion

Der Fragebogen wurde auf Grundlage des Standes der Forschung zur Stigmatisierung behandlungswilliger Personen mit pädophilen und hebephilen Neigungen entwickelt. Bei der Konstruktion der verwendeten Einstellungsskalen konnte auf in Vorarbeiten bereits erprobte Instrumente zurückgegriffen werden, die mehrfach empirisch validiert wurden. Die für die vorliegende Erhebung konstruierten Skalen werden im Folgenden beschrieben.

Alle Skalen beziehen sich auf nicht straffällig gewordene Personen mit sexuellen Interessen an Kindern⁶⁷. Es handelt sich dabei um gekürzte Versionen der a) *Wahrgenommenen Sozialen Distanzskala* (Jahnke, Schmidt et al., 2015), die anhand vier verschiedener Items misst, wieviel Distanz man zu nicht straffälligen MAPs wahren möchte (Beispielitem: «Ich würde Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern als Gesprächspartner/innen akzeptieren»).

Weiterhin wurden die b) *Gefährlichkeits-*, c) *Intentionalitäts-*, d) *Devianz-* und e) *Punitivitätsskalen* von Imhoff (2015) erhoben. Die *Gefährlichkeitsskala* (3 Items) erfasst, wie gefährlich bislang nicht straffällig gewordene MAPs erlebt werden (Beispielitem: «Sexuelles Interesse an Kindern führt früher oder später zu sexuellem Kindesmissbrauch»). Die *Intentionalitätskala* (3 Items) bildet ab, wie sehr man der Auffassung ist, dass nicht straffällige MAPs ihre

⁶⁷ Alle Items wurden von den Untersuchungsteilnehmenden auf einer siebenstufigen Skala (1 – *trifft gar nicht zu* bis 7 – *trifft vollkommen zu*) eingeschätzt.

sexuelle Neigung frei gewählt haben (Beispielitem: «Sexuelles Interesse an Kindern ist etwas, das man sich aussucht.»). Die *Devianzskala* erhebt mit drei Items, wie stark man glaubt, dass sexuelle Interessen an Kindern etwas Abnormales oder eine Krankheit seien (Beispielitem: «Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern sind krank»). Die *Punitivitätskala* erfasst anhand von sechs Items das Ausmass von Bestrafungswünschen gegenüber MAPs (Beispielitem: « Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern sollten präventiv in Gewahrsam genommen werden»).

Schliesslich lässt sich aus den genannten fünf Skalen zu stigmatisierenden Einstellungen gegenüber nicht straffälligen MAPs eine *Gesamtstigmatisierungsskala* bilden, die dem mittleren Ausmass aller Stigmatisierungsskalen entspricht.

Der vollständige Fragebogen (Version für die Erhebung in der Deutschschweiz) befindet sich im Anhang 6.2.2. Das Instrument wurde in SocSci Survey programmiert, die erfassten Daten wurden in SPSS exportiert und computergestützt deskriptiv sowie inferenzstatistisch ausgewertet (Bortz & Döring, 2006).

2.5.2 Sampling

Da die Ziehung einer repräsentativen Zufallsstichprobe einerseits mit enormem Aufwand verbunden gewesen wäre (eine versuchte Vollerhebung ist bei Online-Befragungen mit weniger Aufwand verbunden als die Ziehung einer Zufallsstichprobe) und sich andererseits aufgrund von bei dieser Thematik besonders zu erwartenden Selbstselektionseffekten auch gar nicht hätte realisieren lassen, sollten alle Fachpersonen der genannten Berufsgruppen angeschrieben werden. Die niedergelassenen Fachpersonen wurden über die jeweiligen Fachverbände rekrutiert, welche darum gebeten wurden, den Link zur Befragung an ihre Verbandsmitglieder weiterzuleiten. Die Rekrutierung der Psycholog(inn)en und Sexolog(inn)en erfolgte über die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), die Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) sowie über die Société Suisse de Sexologie (SSS) und die Rekrutierung der Kinder- und Jugendpsychiater(innen) über die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (SGKJPP).

Da sich die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) als einziger Berufsverband gegen eine Unterstützung des Untersuchungsvorhabens aussprach, mussten die Psychiater(innen) kurzfristig über kantonale Berufsverbände rekrutiert werden. Bis zum Stichtag konnten auf diesem Wege 19 Kantone einbezogen werden. Aufgrund des dadurch entstehenden Zeitdrucks für die kantonalen Verbände konnte diesen der nochmalige Versand eines Erinnerungsschreibens zur möglichen Erhöhung des Rücklaufs nicht zu-

gemutet werden. Da bei diesem Zugangsweg die genaue Anzahl der effektiv über die einzelnen Verbände erreichten relevanten Personen nicht zu eruieren ist⁶⁸, kann die Rücklaufquote nur sehr ungenau geschätzt werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zudem zu berücksichtigen, dass aufgrund starker Selbstselektionseffekte zu vermuten ist, dass tendenziell eher der Thematik aufgeschlossener Fachpersonen an der Befragung bis zum Ende teilgenommen haben dürften. Die in Abschnitt 3.4.3.4 berichteten Ergebnisse zur Behandlungsbereitschaft und zu stigmatisierenden Einstellungen von Behandler(inne)n dürften insofern höchstwahrscheinlich ein zu optimistisches Bild von der aktuellen Versorgungssituation zeichnen.

2.5.3 Skalenanalysen

Tabelle 1 sind Informationen zur internen Konsistenz der gebildeten Skalen, über das Gesamtsample hinweg sowie pro Sprachversion zu entnehmen. Das verwendete Mass der internen Konsistenz gibt Auskunft über die Messgenauigkeit (Reliabilität) der einzelnen Stigmatisierungsskalen sowie weiterer aus mehreren Einzelitems des Fragebogens berechneter Skalen. Eine Skalenbildung trägt dazu bei, dass die gemessenen Konstrukte⁶⁹ mit weniger Messfehlern gemessen werden, und steigert damit die statistische Belastbarkeit der erzielten Ergebnisse.

⁶⁸ Die Verbände gaben den Autor(inn)en zwar die Anzahl ihrer Mitglieder bekannt, diese entspricht jedoch erstens nicht der Anzahl erreichter Personen, zweitens ist insbesondere bei den Sexolog(inn)en von zahlreichen Doppelmitgliedschaften auszugehen, um welche man die Grundgesamtheit reduzieren müsste, drittens unterscheiden einige kantonale Verbände nicht zwischen Fachrichtungen, in solchen Fällen bezieht sich die angegebene Mitgliederzahl auf alle Mediziner(inn)en und nicht exklusiv auf die im Bogen angesprochenen, therapeutisch tätigen Fachpersonen. Bei Zugrundelegung der von den Einzelverbänden angegebenen Zahlen würde der tatsächliche Rücklauf insofern deutlich unterschätzt. Geht man gleichwohl von diesen Zahlen aus, hätten von ca. $N = 6295$ angeschriebenen Personen $N = 815$ (knapp 13%) den Link angeklickt, $N = 641$ (rund 10%) mit dem Ausfüllen begonnen (überwiegend Soziodemografisches), und $N = 438$ (knapp 7%) vollständig ausgefüllt. Die tatsächliche Rücklaufquote dürfte deutlich darüber liegen. Gerechnet wurde bei der vorliegenden Thematik mit einem geringen Rücklauf von 10%. Insofern dürfte der tatsächliche Rücklauf mindestens den (geringen) Erwartungen entsprechen.

⁶⁹ Als Konstrukt wird in der Messtheorie eine latente Variable verstanden, die indirekt operationalisiert werden muss, um messbar gemacht zu werden.

**Tabelle 1: Überblick über Reliabilitäten (Interne Konsistenzen; Cronbachs α)
im Gesamtsample und innerhalb der Sprachversionen**

Skala (Anzahl der Items)	Gesamtsample (<i>N</i> = 427)	Sprachversionen		
		SWD (<i>n</i> = 319)	FRA (<i>n</i> = 90)	ITA (<i>n</i> = 18)
Gefährlichkeit (3)	.59	.65	.55	.19
Intentionalität (3)	.78	.80	.74	.80
Devianz (3)	.52	.47	.47	.29
Punitivität (6)	.74	.74	.74	.63
Soziale Distanz (4)	.87	.87	.78	.84
Stigmatisierung Gesamt (19)	.75	.76	.67	.47
Erfolgserwartung Behandlung (2)	.86	.85	.86	.83
Erfolgserwartung Medikamente (3)	.58	.57	.59	.81
Behandlungsbereitschaft (2)	.87	.88	.85	.84
Wunsch nach mehr Sekundärprävention (2)	.57	.57	.61	.68
Problembelastung (17)	.82	.80	.86	.72
Behandlungshindernisse (7)	.73	.73	.73	.69

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Hinblick auf die geringe Anzahl an Items pro Skala die Mehrzahl der Reliabilitäten⁷⁰ über bzw. nahe dem Mindestwert für Forschungszwecke von .60 lagen. Lediglich für die Stigmaskala Devianz ist die interne Konsistenz über alle Sprachversionen hinweg als auffallend niedrig zu klassifizieren. Dies kann daran liegen, dass hier anhand weniger Items für Therapeut(inn)en eher subjektiv divers konzeptualisierte Aspekte von Devianz erfasst wurden (Normabweichung, Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit), die nicht systematisch alle gleichgerichtet eingeschätzt wurden (d.h. unabhängig voneinander variieren). Zentrale Masse wie Behandlungsbereitschaft, Behandlungshindernisse, Problembelastung, Erfolgserwartung und Gesamtstigmatisierung liegen im zufriedenstellenden bis hohen Bereich interner Konsistenz, so dass diesbezüglich von einer hinreichend genauen Erfassung der Konstrukte ausgegangen werden kann.

⁷⁰ Interne Konsistenzen (Cronbachs α) sind ein Reliabilitätsmaß, das die Homogenität der Antworten über die Items einer Skala hinweg beschreibt. Geben Personen über die Items einer Skala hinweg ihre Urteile immer in die gleiche Richtung ab, wird die Skala reliabler (d.h., messgenauer). Mögliche Werte können zwischen 0 und 1 liegen, wobei höhere Werte für eine höhere Messgenauigkeit sprechen. Geringere interne Konsistenzen ergeben sich vor allem bei kurzen Skalen mit Items, die eher verschiedene Aspekte eines Konstrukts erfassen (breite Messung von Konstrukten).

3. Ergebnisse

3.1 Internationale sekundärpräventive Angebote und deren Ausgestaltung

Sekundäre Präventionsangebote fokussieren auf Individuen, die als Risikomerkmalssträger identifiziert worden sind (oder sich selbst identifiziert haben) und deswegen in den Fokus von Präventionsbemühungen rücken. Diese erstrecken sich im Wesentlichen auf vier allgemeine Zieldimensionen (Knack et al., 2019, S. 2):

- 1) Verhinderung sexueller Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen,
- 2) adäquate Hilfsangebote für Personen, die ein potentiell erhöhtes Risiko für die Begehung von Sexualstraftaten aufweisen, um eine verbesserte Lebensqualität zu erreichen,
- 3) Ersparen von Zeit- und Geldressourcen für das Justizsystem durch die Prävention initialer und anhaltender Sexualdelinquenz und Reduktion von strafrechtlich zu verfolgenden und zu inhaftierenden Personen,
- 4) Reduktion der Belastung des Gesundheitssystems durch die Folgekosten physischer und psychischer Belastungen sexueller Viktimisierung auf Opferseite.

Historisch kann die internationale Entwicklung sekundärpräventiver Angebote wie folgt nachgezeichnet werden: Pioniere dieser Bemühungen unter Beteiligung von Expert(inn)en aus dem Bereich der Behandlung psychischer Probleme sind die folgenden Anbieter: Das heutige Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie in Hamburg, welches seit den 1960er Jahren entsprechende psychotherapeutische Angebote für MAPs anbietet, die nicht in das Justizsystem involviert waren (Briken, 2018). Ähnliches gilt auch für die kanadischen Angebote etablierter Zentren für sexuelle Gesundheit wie der Sexual Behaviour Clinics am Royal Hospital in Ottawa, in dem bislang über 4600 Patienten in allen Phasen des Justizsystems wie auch Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen, die bislang noch keine Straftaten begangen haben, behandelt wurden (Knack et al., 2019). Seit den frühen 1990er Jahren haben sich – sicher auch durch die zunehmende Zugänglichkeit des Internets – erste ortsunabhängige Präventionsangebote entwickelt, als deren Vorreiter das US-amerikanische Onlineangebot *Stop It Now!* gelten kann, das heute in mehreren Ländern eigene, primär auf Informationsvermittlung ausgerichtete Online-Angebote vorhält. Auch im französischsprachigen Raum gibt es entsprechende Onlineangebote mit Beratungs-, Informations- und Vermittlungsangeboten (*DIS NO, PedoHelp*). Das weltweit prominenteste Sekundärpräventionsangebot im Sinne eines umfassenden Programms mit Behandlungsangebot, zu dem auch die meisten Forschungspublikationen im Feld vorliegen (im Detail siehe Abschnitt 3.2.2), ist das im Jahr 2005 gestartete deutsche *Präventionsprojekt Dunkelfeld (Kein Täter werden)* an der Charité Berlin (im Detail siehe Abschnitt 3.1.2), das mittlerweile sowohl einen umfangreichen Onlineauftritt als auch vor Ort angebotene Psychotherapie anbietet, und nach dessen Vorbild mittlerweile ein Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* mit 12 ähnlichen Präventionsangeboten in vielen deutschen Bundesländern ausgebaut wurde (Beier, 2018).

Zusätzlich zu sekundärpräventiven Angeboten mit und ohne Behandlungsoption gibt es auch Onlinenetze, die aus dem Umfeld der MAPs selbst kommen und deren wesentliche Funktion im Sinne der Stärkung von sozialer Unterstützung neben Informationen über sexuelle Interessen an Kindern und Jugendlichen und damit verbundenen Lebensproblemen der Austausch und die Vernetzung von MAPs untereinander ist. Die prominentesten Peer-Onlinenetze dieser Art sind *Virtuous Pedophiles* (www.virped.org) und *B4U-ACT* (www.b4uact.org). Beide sind in westlichen Rechtssystemen kompatibel mit legalen Standards, wobei sich *Virtuous Pedophiles* dezidiert gegen sexuellen Missbrauch von Kindern ausspricht und aktiv an dessen Prävention arbeitet, wohingegen *B4U-ACT* keinerlei offizielle Haltung hierzu hat, sondern seine Ziele eher im Bereich der Aufklärung, Interessensvertretung und der Herstellung von Kontakten für MAPs mit Behandler(inne)n für psychische Probleme sieht.

Im Folgenden werden solche internationalen Angebote vorgestellt, die sich spezifisch an MAPs richten, und für deren Wirksamkeit Evaluationen oder mindestens wissenschaftliche publizierte Daten vorliegen. Zusätzlich wurden zwei Projekte berücksichtigt, die von den vorgestellten erheblich abweichen und im Hinblick auf spezifische Aspekte aus Schweizer Perspektive einen Erkenntniszuwachs versprochen. Die Systematisierung der Angebote erfolgt danach, ob es sich bei diesen Angeboten um solche *mit* (Abschnitt 3.1.2) oder *ohne direkte Behandlungsoption* handelt (Abschnitt 3.1.1). Nicht im Detail dargestellt werden im vorliegenden Bericht die im vorherigen Absatz erwähnten Peer-Netzwerke, die von MAPs selbst initiiert und betrieben werden. Diesen kommt zwar in der Präventionslandschaft eine erwähnenswerte Rolle zu, auf diese kann jedoch von aussen nicht eingewirkt werden, so dass sich aus diesbezüglichen Erkenntnissen keine Schlussfolgerungen im Hinblick auf die hier zu beantwortenden Fragestellungen ableiten lassen. Anschliessend wird auf die Rolle niedergelassener Therapeut(inn)en eingegangen (Abschnitt 3.1.3), und die vorgestellten internationalen Angebote werden vor dem Hintergrund vorliegender Forschungsbefunde hinsichtlich ihrer spezifischen sekundärpräventiven Wirksamkeit diskutiert (Abschnitt 3.2).

3.1.1 Sekundärpräventive Informations-/Beratungsangebote ohne Behandlungsoption

3.1.1.1 Das *STOP IT NOW!* Programm

Das Programm *Stop it Now!* stammt ursprünglich aus den USA, wo es 1992 von einem ehemaligen Missbrauchsoffer gegründet wurde (www.stopitnow.org), und wird seit 2002 auch in Grossbritannien und Irland (www.stopitnow.org.uk) und seit 2012 in den Niederlanden (www.downloaders.stopitnow.nl) angeboten (Brown et al., 2014). Es handelt sich um eine anonyme Helpline, die über Telefon, E-Mail oder auch Chatfunktion erreichbar ist. Das Angebot umfasst Information und weiterführende Beratung für jeden, der sich Sorgen um potentielle Opfer oder seine eigenen sexuellen Interessen oder sexuellen Handlungen macht – dies können (potentielle) Täter(innen) oder auch andere Personen (z. B. Angehörige) sein, die von sexuellen Missbrauchshandlungen erfahren, solche vermuten oder selbst betroffen

sind. Das Angebot gilt explizit auch für Personen, die gerade mit der Polizei in Kontakt gekommen sind oder gegen die ein Ermittlungsverfahren eröffnet worden ist.

Der amerikanische Arm des Angebots betont stärker die Vermeidung von Opfern und die Verantwortlichkeit von allen Erwachsenen, Familien und Gemeinden, die präventiv wirksam werden können, um sexuellen Missbrauch zu verhindern. Der europäische Ansatz von *Stop it Now!* legt den Fokus etwas stärker auf sekundärpräventive Angebote für Menschen mit sexuellen Interessen an Kindern, wobei jedoch ebenfalls davon ausgegangen wird, dass dies eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Beide Programme bieten nicht direkt Behandlungsangebote an, die von *Stop it Now!* selbst betrieben werden, aber die Nutzer des Angebots können bei Bedarf an professionelle Behandlungsangebote vermittelt werden. Interessanterweise bieten die *Stop it Now!* Programme auch Informationen und Beratungsmöglichkeiten für professionelle Behandler(innen) an, die mit Personen, die mit (möglichem) sexuellem Kindesmissbrauch oder (potentiellen) Täter(inne)n in Kontakt kommen und diesbezüglich Rat suchen.

Das vorrangige Ziel von *Stop it Now!* in England und Irland ist es, sexuellen Kindesmissbrauch auf dreierlei Ebenen vorzubeugen (Brown et al., 2014), indem

- 1) die Aufmerksamkeit aller Erwachsenen für das Thema gesteigert wird,
- 2) Personen, die über ihr eigenes Verhalten oder über das anderer Personen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen besorgt sind, ermutigt werden, sich Hilfe zu suchen,
- 3) Erwachsenen dabei geholfen wird, ihr eigenes Verhalten zu ändern oder anderen Erwachsenen Massnahmen zum Schutz von Kindern an die Hand zu geben, die ein erhöhtes Risiko haben, Opfer sexuellen Kindesmissbrauches zu werden.

Hierzu wird auf **Aufklärungskampagnen** gesetzt wie auch auf Informationsprogramme für Eltern, die die Sensibilität für das Thema erhöhen sollen (*Parents Protect!* Programm; www.parentsprotect.co.uk) und Gemeinden darin bestärken, Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch umzusetzen. Darüber hinaus werden zwölfwöchige **psychoedukative Gruppenprogramme**⁷¹ für Nutzer(innen) von sexuellen Kindesmissbrauchsdarstellungen (*InformPlus*; Gillespie et al., 2018) und deren Angehörige (*Inform*) angeboten. Zusätzlich werden **Softwarelösungen** (*Securus*, ein Text- und Bilderkennungsprogramm, das sexuelle Kindesmissbrauchsrelevante Texte und Bilder erkennt) angeboten, die in Absprache mit den Personen, die online sexuelle Kontakte zu Kindern suchen oder sexuelle Kindesmissbrauchsdarstellungen nutzen, helfen soll, dieses Verhalten einzustellen. Schliesslich können über *Stop it Now!* eine Vielzahl von **Print- und Onlinemedien** bezogen werden, die helfen sollen, Anzeichen sexuellen Kindesmissbrauchs zu entdecken, Kinder zu schützen und die

⁷¹ Psychoedukative Programme stellen Betroffenen themenrelevante Informationen zur Verfügung und dienen primär der Wissens- und Faktenvermittlung bezüglich der behandelten Probleme und Störungen. Sie sind typischerweise meist zu Anfang durchgeführte Behandlungsbausteine moderner Psychotherapien, die jedoch noch zusätzliche Interventionen umfassen, die über Informationsvermittlung hinausgehen.

Regulation des sexuellen Verhaltens von Personen mit sexuellen Interessen an Minderjährigen zu stärken (Brown et al., 2014).

Die **Helpline** von *Stop it Now!* basiert auf einem zweistufigen Vorgehen. Im ersten Schritt werden den Nutzer(inne)n die Regularien bezüglich Vertraulichkeit und Anonymität erläutert, um dann erst die eigentlichen Anliegen der Kontaktaufnahme zu klären. *Stop it Now!* ist vertraulich, es werden keine Namen oder spezifischen Details erfragt. Sollten die Nutzer(innen) jedoch Informationen von sich aus preisgeben, die ein Kind identifizieren lassen, das sexuell missbraucht worden ist, missbraucht wird oder dem Risiko zukünftigen sexuellen Missbrauchs ausgesetzt ist, dann wird diese Information an die zuständige Behörde weitergeleitet. Gleiches gilt für jedes Verbrechen, das mitgeteilt wird. Die Antworten des Helpline-Personals beinhalten Informationen und Beratung zum weiteren Vorgehen, es wird versucht, möglichst konkrete nächste Schritte zu vereinbaren, um ein eventuelles Risiko zu verringern sowie das Verständnis der anrufenden Person dafür zu verstärken, was in der spezifischen Situation passiert ist. Die Anrufenden werden dabei gebeten, eine oder mehrere protektive Handlungen umzusetzen, und werden aufgefordert, sich wieder zu melden, um Fortschritte und weitere Aspekte der Situation zu besprechen.

Sollte der Beratungsanlass sehr komplex sein, greift die zweite Stufe des Beratungsangebots, in der auf den Nutzer bzw. die Nutzerin zugeschnittene kurzfristige Hilfsangebote via E-Mail, Telefon oder direktem Kontakt vermittelt werden. Die Helpline ist aus dem Festnetz kostenlos und Montag bis Donnerstag von 9:00 bis 21:00 Uhr besetzt (freitags von 9:00 bis 17:00 Uhr). Es gibt zwei Personen, die während dieser Zeiten für Anrufe zur Verfügung stehen. Alternativ kann per E-Mail Kontakt aufgenommen werden. In England und Irland wird *Stop it Now!* komplett durch Spenden und die karitative Organisation *Lucy Faithfull Foundation* finanziert.

3.1.1.2 Das Projekt PedoHelp

Das französische Projekt *PedoHelp* (www.pedo.help/fr/accueil/) ist eine von der Association Une Vie ehrenamtlich betriebene übersichtliche Informationsplattform, die als Metaportal einfach zugängliche Kontaktadressen zu spezifischen Angeboten für MAPs in 31 Ländern zur Verfügung stellt. Darüber hinaus werden kostenfreie französisch- oder englischsprachige Downloadbroschüren zur Verfügung gestellt, die sich jedoch primär an nicht-betroffene Erwachsene richten und über Opferschutzmassnahmen informieren. Insgesamt scheint PedoHelp ein Versuch zu sein, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention in einer niedrigschwellig zugänglichen Onlineversion für möglichst breite Zielgruppen anzubieten, die über die hier dargestellten sekundärpräventiven Zielgruppen potentieller pädosexueller Straftäter(innen) hinausgehen. Gemäss Selbstdarstellung hat die Webseite rund 12.500 Aufrufe/Monat mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 66 Sekunden. Wissenschaftliche Publikationen zu Evaluations- oder Nutzungsdaten liegen bislang nicht vor. In Italien scheint der Betrieb des Projekts inzwischen wieder eingestellt worden zu sein.

3.1.2 Sekundärpräventive Angebote mit Behandlungsoption

3.1.2.1 Das Berliner Modell des Präventionsprojekts Dunkelfeld

Ausgehend von der klinischen Erfahrung, dass Männer mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen immer wieder von sich aus nach psychotherapeutischer Behandlung in nicht-forensischen Kontexten suchen, wurde von Professor Klaus Beier im Jahr 2005 an der Berliner Charité das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) initiiert (Beier, Gieseler, Ulrich, Scherner & Schlinzig, 2018). Ziel des PPD war es, die sekundäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und der Nutzung von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs zu verbessern. Die **Zielgruppe** für das PPD bilden Personen aus der Allgemeinbevölkerung, «die

- 1) unter ihrer sexuellen Präferenz oder ihren sexuellen Verhaltensweisen bezogen auf vor- und/oder frühpubertäre Kinder leiden
- 2) fürchten, dass sie (wiederholten) sexuellen Kindesmissbrauch begehen könnten, und
- 3) aktuell nicht unter strafrechtlicher Verfolgung für das Begehen sexuellen Kindesmissbrauchs oder die Nutzung von Missbrauchsabbildungen stehen» (Beier et al., 2018, S. 47).

Somit richtet sich das Behandlungsangebot des PPD an Personen, die a) bislang noch keinerlei sexuelle Missbrauchshandlungen begangen haben, oder b) von der Justiz unbemerkt im Dunkelfeld bereits mit entsprechenden potentiellen strafbaren Handlungen auffällig wurden, oder c) in der Vergangenheit bereits verurteilt wurden, zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber nicht mehr unter justizieller Überwachung stehen und d) Sorge haben, dass sie in Zukunft potentiell strafbare Handlungen der genannten Art begehen könnten. Einschlussbedingungen für eine Aufnahme in das PPD sind das Vorliegen einer Diagnose einer pädophil- oder hebephilen sexuellen Präferenzstörung, ein Mindestalter von 18 Jahren zum Vorstellungszeitpunkt und ausreichende Deutschkenntnisse. Ausschlusskriterien sind akute unbehandelte Substanzgebrauchsprobleme, Entwicklungs- und sonstige akute schwere psychische Auffälligkeiten, die einer akuten Behandlung bedürfen (Beier et al., 2018).

Ausgehend von der integrativen Theorie sexueller Straffälligkeit (Beech & Ward, 2006) basiert das angewandte **Behandlungsrationale** im Wesentlichen auf einer modifizierten Version der Berliner Dissexualitätstherapie (Beier & Loewit, 2011), dem Rückfallvermeidungsansatz (Pithers, 1990) und dem Good-Lives Modell (Ward, Mann & Gannon, 2007; vgl. Exkurs in Kasten 2 (Abschnitt 3.1.2.3) weiter unten zu kriminaltherapeutischen Ansätzen) und beruht somit auf kognitiv-behavioralen⁷² Prinzipien. Spezielle Modifikationen betreffen die Tatsache, dass Personen mit pädophilen oder hebephilen sexuellen Präferenzen nicht für ihre sexuellen Interessen verantwortlich sind, jedoch für daraus resultierende Handlungen.

⁷² Kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze versuchen, das Denken und die Wahrnehmung von Patient(inn)en sowie deren Verhaltensweisen zu verändern. Sie stellen die Grundlage verhaltenstherapeutischer Therapieansätze dar.

Es wird dementsprechend davon ausgegangen, dass es notwendig ist, lebenslang sexuelle Selbstregulation und Verhaltenskontrolle auszuüben. Die hierdurch für Betroffene entstehende Belastung ist mit Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls verbunden, die das Aufrechterhalten dieser Kontrollleistungen erschweren kann. Die Selbstwertprobleme gehen speziell mit Einschränkungen auf der Beziehungsdimension von Sexualität mit Bedürfnissen wie Akzeptanz, Sicherheit und Wärme einher, die mit Kindern als Intimpartnern nicht realisierbar sind.

Therapieziel ist hier der Ausbau anderer freundschaftlicher Beziehungen mit Erwachsenen, die diese Bedürfnisse auf nicht sexuelle Weise erfüllen können (Beier et al., 2018). Hieraus ergeben sich folgende **allgemeine Behandlungsziele**, die im PPD in etwa einem Jahr Behandlungsdauer **im ambulanten Gruppensetting** erreicht werden sollen (Beier et al., 2018; S. 50):

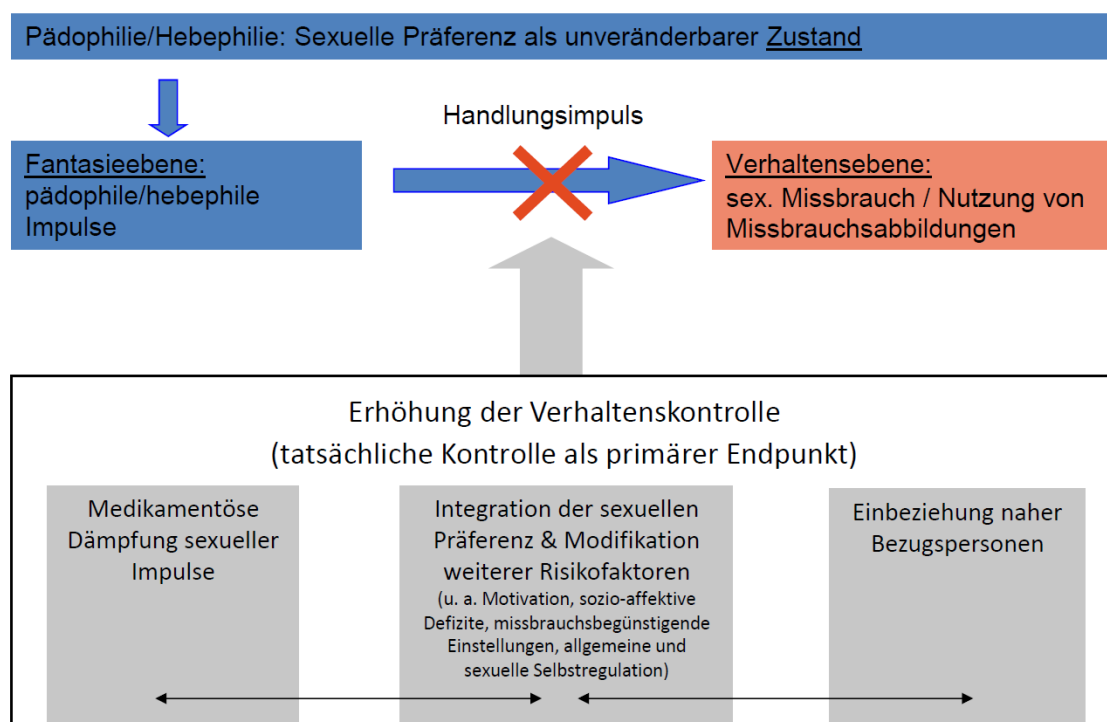
- 1) Integration von Sexualpräferenz und sexueller Verhaltensstörung in das Selbstbild
- 2) Akzeptanz einer erlebten biografischen Stabilität der Sexualpräferenz
- 3) Verbesserung von Selbstwirksamkeitserleben und Selbstbeobachtung (auch in Bezug auf sexuelle Fantasien und Interessen) und Reduktion sexueller Bewältigungsmechanismen durch die Aneignung alternativer Bewältigungsstrategien
- 4) Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus durch den Fokus auf die Beziehungsdimension von Sexualität (Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Sicherheit, Wärme, z. B. durch den Einbezug von Partnern) und/oder Förderung des Aufbaus eines Netzwerkes, das soziale Unterstützung leistet
- 5) Verbesserung von Perspektivenübernahme und Empathie in Bezug auf Opfer sexueller Kindesmissbrauchs und Opfer von Missbrauchsabbildungen
- 6) Vollständige und radikale Verantwortungsübernahme für eigenes (insbesondere soziosexuelles) Verhalten in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
- 7) Erarbeitung eines Verständnisses von und Wissens über die Zusammenhänge/Interaktionen zwischen Wahrnehmung, Gefühlen und Verhalten
- 8) Identifizierung pathognomonischer⁷³ Wahrnehmungsfehler (Leugnung und Bagatellisierung) und Korrektur dysfunktionaler Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster sowie Reduktion missbrauchsbegünstigender Einstellungen
- 9) Identifikation von Hochrisikosituationen, Risikokonstellationen und Stimuli, die zu Risikoverhalten führen können
- 10) Entwicklung eines umfassenden und effektiven Repertoires an (Kontroll-/Rückfallpräventions-)Strategien zur besseren Bewältigung von problematischen Alltagssituationen im Allgemeinen und der Konfrontation mit Kindern im Speziellen

⁷³ «Pathognomonisch» bedeutet «eine bestimmte Störung kennzeichnend».

11) Information und Unterstützung hinsichtlich pharmakologischer Interventionsmöglichkeiten

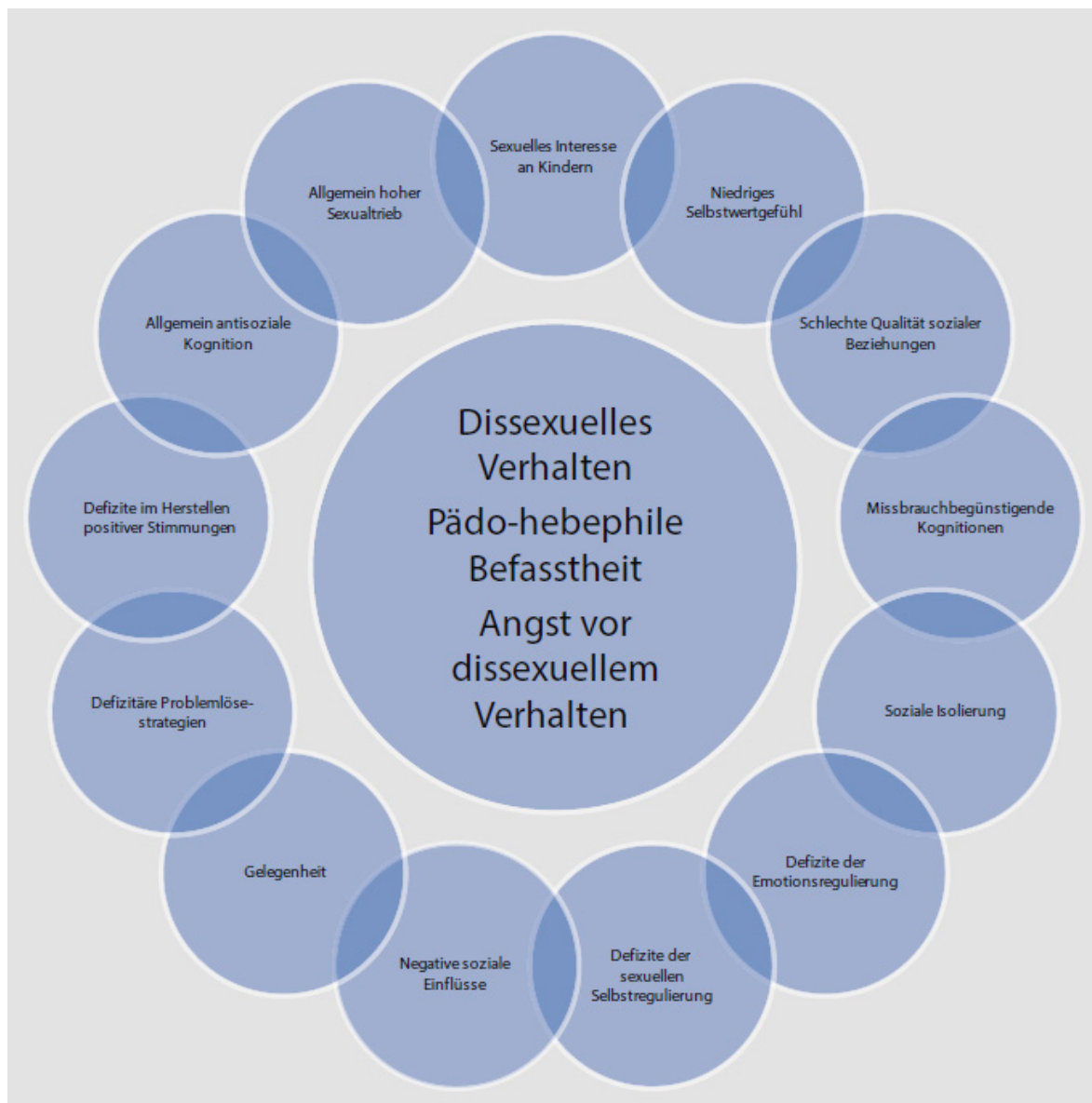
Eine detaillierte manualisierte Darstellung des kompletten PPD-Therapieprogramms für Erwachsene inklusive der umfangreichen verwendeten Therapiematerialien findet sich in Beier (2018). Die Abbildungen 6 und 7 veranschaulichen noch einmal zusammenfassend die Behandlungsprinzipien und die Ansatzpunkte des Berliner Ansatzes im Projekt *Dunkelfeld*.

Abbildung 6: Behandlungsprinzipien des Projektes Dunkelfeld (Kuhle, 2018)



Der in der folgenden Abbildung verwendete Begriff der *Dissexualität* ist ein von Klaus Beier geprägter Oberbegriff, der Erlebens- und Verhaltensweisen beschreibt, die in Anlehnung an das Konstrukt der Dissozialität, sexuelles Fehlverhalten (nicht notwendig krimineller Natur) umfassen, das eine gestörte soziale Dimension zum Ausdruck bringt. Es kann um moralisch möglichst neutral gefasst zu werden als sich «im Sexuellen ausdrückende[s] Sozialversagen» (Beier, 2018, S. 19) verstanden werden. Hiermit ist das Verfehlen zeitlich und soziokulturell erwartbarer Partnerinteressen (Beier, 1995) gemeint, eine im Wesentlichen an der Befriedigung egozentrischer Motive ausgerichtete Partnerschaft, die die Wünsche des Gegenübers als störend betrachtet, sofern sie nicht mit den eigenen Interessen kompatibel sind.

Abbildung 7: Übersicht therapierelevanter Problembereiche im Berliner Projekt Dunkelfeld (Beier, 2018, S. 49)



Eine 2014 **adaptierte Version für Jugendliche** mit pädo-/hebephilen sexuellen Präferenzen ist dort ebenfalls dargestellt. Dies trägt der Erfahrung aus den ersten 10 Jahren PPD Rechnung, dass die Mehrzahl der Erwachsenen berichtete, sich bereits im frühen Jugendalter bewusst geworden zu sein, dass ihre sexuellen Interessen merklich von denen ihrer Peers abwichen und auch bereits früh begonnen zu haben, sexuelle Übergriffe gegenüber Kindern zu begehen (Beier et al., 2018). Internationale Studien verweisen auf einen substantiellen Behandlungsbedarf bei Jugendlichen. Übereinstimmend wurde auch im Rahmen der vorliegenden Studie von Expert(inn)en geäußert, dass die Behandlung suchenden Betroffenen immer jünger würden. Der Behandlungsbedarf in dieser Altersgruppe konnte in einer ersten Pilotstudie zu einem speziell für Jugendliche entwickelten Programm verifiziert werden (Beier et al., 2016). Von den untersuchten 16 Jugendlichen im Programm hatten 63%

bereits sexuelle Übergriffe gegen Kinder eingeräumt (31% die Nutzung von sexuellen Missbrauchsdarstellungen), wobei 75% dieser sexuellen Grenzverletzungen im Dunkelfeld stattgefunden hatten. Ein besonderer Fokus wird in diesem Programm auf die gründliche Abklärung des sexuell präferierten Körperschemas der jugendlichen Teilnehmenden sowie auf die Erfassung bisheriger sexuell grenzverletzender Verhaltensweisen und eine genaue Abklärung weiterer psychischer Komorbiditäten wie insbesondere einer Intelligenzminderung gelegt. Aufgrund des jungen Alters wird hierbei den Empfehlungen moderner operationalisierter Diagnosemanuale (DSM-5; ICD-10) folgend keine Paraphiliediagnose vor dem 16. Lebensjahr vergeben. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Orientierung an sexuell als attraktiv erlebten Körperschemata als besonderem diagnostischen Zugang (Beier et al., 2016). Eine genaue Beschreibung des sekundären Präventionsprogrammes für Jugendliche findet sich ebenfalls bei Beier (2018). Im Berliner Modell wird unterdessen zudem auch ein Modul für MAPs mit Intelligenzminderung entwickelt (Kuhle, 2019⁷⁴).

3.1.2.2 Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

Aus den Erfahrungen mit dem Berliner PPD wurde das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* entwickelt, das einen Zusammenschluss von mittlerweile zwölf Standorten⁷⁵ mit sekundärpräventiven Behandlungsangeboten für Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen ist (www.kein-taeter-werden.de), die in einem regelmässigen Austausch miteinander stehen. Es beruht auf folgenden **allgemeinen Standards, die an allen Standorten gewährleistet** werden (Schermer, 2015):

- 1) fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden (psychotherapeutische und sexualmedizinische/-therapeutische Zusatzqualifikation),
- 2) Öffentlichkeitsarbeit,
- 3) Möglichkeit der niedrigschwelligen Kontaktaufnahme (Anonymität zu Beginn der Kontaktaufnahme),
- 4) Standards für Diagnostik,
- 5) Entwicklung therapeutischer Leitlinien,
- 6) Forschung,
- 7) Bildung nationaler und internationaler Kooperationen.

Alle angebotenen **Therapien erfolgen kostenlos, vollständig anonym gegenüber Dritten und Kostenträgern unter Wahrung der in Deutschland gesetzlich verbrieften Schweigepflicht**. Wie auch im Berliner Originalangebot, werden die Kosten von der Krankenkasse getragen, welche auf Vertrauensbasis mit den Netzwerkstandorten abrechnet. Flankierend wurde das Onlineangebot deutlich ausgebaut. Das Informationsangebot der Homepage

⁷⁴ Quelle: Experteninterview

⁷⁵ Bamberg (Aussenstelle Regensburg), Berlin, Düsseldorf, Giessen, Hamburg, Hannover, Kiel, Leipzig, Mainz, Regensburg, Stralsund, Ulm.

(www.kein-taeter-werden.de; www.dont-offend.org; Online-Selbsthilfe-Programm: www.troubled-desire.de) liegt dabei in Deutsch und Englisch vor und stellt Informationen zum PPD-Therapieprogramm wie auch allgemeine psychoedukative Informationen zum Themenfeld pädo-/hebephile sexuelle Interessen und Prävention von potentieller Straffälligkeit bereit. Es werden Erlebnisberichte und umfangreiche Videomaterialien angeboten, in denen es um das Leben mit pädo-/hebephilen sexuellen Interessen vor, während und nach einer PPD-Therapie geht. Zusätzlich werden Materialien zum Download angeboten wie auch weiterführende Links und Adressen für das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* aufgeführt.

Im Rahmen des Netzwerkes *Kein Täter werden* wird die in Deutschland gesetzlich garantierte Schweigepflicht im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen folgendermassen modifiziert, um einen **Kompromiss zwischen grösstmöglichem Vertrauensschutz auf Patientenseite und Opferschutz auf der anderen Seite** gewährleisten zu können (Präventionsnetzwerk Kein Täter werden, 2019). Generell gilt, dass ohne Befugnis durch die Patient(inn)en keinerlei Inhalte aus der Therapie weitergegeben werden dürfen, auch nicht die Tatsache, dass sich eine Person in Behandlung befindet. Ausnahmen hiervon treten unter sehr klar gefassten Umständen ein: Zur Abwendung einer potentiellen Kindeswohlgefährdung ist eine neue gesetzliche Befugnisnorm durch das Kinderschutzgesetz geschaffen worden. **Im Falle einer vom Therapeuten bzw. der Therapeutin wahrgenommenen konkreten Gefährdung eines Kindes sind klare Regeln für die Informationsweitergabe** an das Jugendamt formuliert. Eine weitere, im deutschen Rechtssystem vorgesehene Möglichkeit ist der Verweis auf einen «Notstand» (§ 34 StGB)⁷⁶, der als Grundlage für den Rechtsbruch (die Verletzung der Schweigepflicht) geltend gemacht werden kann. Dies ist jedoch nur dann nicht rechtswidrig, wenn das angestrebte höhere Ziel des Schutzes eines konkreten Kindes durch die Verletzung der Schweigepflicht tatsächlich auch erreicht werden kann. Um diesem Spannungsfeld von Patienten- und Opferpräventionsinteressen gerecht zu werden, hat das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* ein **strukturiertes Vorgehen bei vermuteter Kindeswohlgefährdung** entwickelt, welches **den Patient(inn)en bei Vorstellung mitgeteilt** wird. Das Vorgehen entspricht dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (BKiSchG, Art.1, §4[1]).

Im Falle einer vermuteten konkreten Kindeswohlgefährdung wird der betroffenen Person die potentiell abweichende Risikoeinschätzung der behandelnden Person dargelegt, um gemeinsam nach einer Lösung zu suchen und das weitere Vorgehen zu planen (Transparenz). Hierbei müssen konkrete Massnahmen zur Risikominimierung für das Kind erfolgen (wie die Einbeziehung relevanter Personen zur Erhöhung der sozialen Kontrolle, der Auszug des potentiellen Täters aus der gemeinsamen Wohnung, die Indikationsstellung für medikamentöse Mitbehandlung, etc.). Im Falle wirkungsloser Massnahmen wird versucht, auf eine Selbstweisung in eine psychiatrische Klinik mit Versorgungsauftrag hinzuwirken. Zusätzlich kann

⁷⁶ In der Schweiz, die eine vergleichbare Rechtslage wie Deutschland hat, ist dies als «Rechtfertigender Notstand» im Art. 17 StGB geregelt: «Wer eine mit Strafe bedrohte Tat begeht, um ein eigenes oder das Rechtsgut einer anderen Person aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Gefahr zu retten, handelt rechtmässig, wenn er dadurch höherwertige Interessen wahrt.»

bei (vermuteter) Kindeswohlgefährdung (und namentlich bekanntem Kind) jederzeit die öffentliche Jugendhilfe entsprechend BKiSchG, Art. 1, §4(2) involviert werden, um weitere präventive Unterstützung zu erhalten. Wenn die (vermutete) Kindeswohlgefährdung so nicht abgewendet werden kann, kann nach Prüfung des BKiSchG, Art. 1, §4(3) eine Mitteilung an das Jugendamt erfolgen. Dieser Bruch der Schweigepflicht gegen die Interessen von Patient(inn)en – als letztes Mittel – würde nur erfolgen, wenn a) die dargestellte Interventionskette versagt, b) sich der Betreffende als nicht einsichtig erweist, und c) eine gute Chance besteht, auf diese Weise die Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Normalerweise ist jedoch bei den selbstmotivierten Projektteilnehmenden im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* ein solches Szenario nicht zu erwarten und kam gemäss Kuhle (2019)⁷⁷ seit Beginn des Projekts auch noch nicht vor.

3.1.2.3 Das Hamburger Modell im Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

Am Beispiel des Hamburger Modells (Briken, Berner, Flöter, Jückstock & von Franqué, 2018) soll hier ein weiterer Standort des *Kein Täter werden*-Netzwerkes vorgestellt werden, um die feineren konzeptuellen Unterschiede zwischen den einzelnen Programmen sichtbar zu machen. Das Hamburger Modell richtet sich ähnlich wie das PPD an folgenden Personenkreis:

- a) Personen, die noch keine Straftaten (sexuelle Übergriffe, Nutzung von Missbrauchsabbildungen usw.) begangen haben, aber befürchten, diese in Zukunft zu begehen, oder
- b) Personen die bereits Straftaten begangen haben, aber den Strafverfolgungsbehörden (noch) nicht bekannt sind, oder
- c) die bereits Straftaten begangen haben und dafür angezeigt und/oder rechtskräftig verurteilt wurden, vorausgesetzt, dass sie ihre Strafe bereits vollständig verbüsst haben, nicht mehr unter Aufsicht durch die Justiz stehen und somit alle rechtlichen Angelegenheiten abgeschlossen sind.

In der Anfangsphase werden nach einem Erstgespräch eine initiale Risikoeinschätzung für das Auftreten von zukünftigen Sexualstraftaten, das Ausmass pädo-/hebephiler sexueller Interessen und hypersexueller Erlebens- und Verhaltensweisen sowie sonstiger psychischer Störungsbelastung erhoben. Ebenso erfolgt eine ausführliche Anamnese der psychosexuellen Entwicklung und einer etwaigen Delinquenzgeschichte. Hieraus wird eine individuell zugeschnittene Therapieplanung erstellt, die sich an gängigen kriminaltherapeutischen Richtlinien wie dem Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip (Risk-Need-Responsivity Modell [RNR-Modell], Bonta & Andrews, 2016) und dem Good-Lives Modell (Ward, Mann & Gannon, 2007) orientieren (für einen Überblick siehe Kasten 2, da sich nahezu alle in diesem Bericht dargestellten Behandlungsansätze mehr oder weniger explizit auf diese beiden Modelle stützen).

⁷⁷ Quelle: Experteninterview

Kasten 2: Exkurs - Zentrale Prinzipien der Straftäterrehabilitation

Ausgehend von einer wegweisenden Meta-Analyse zu Merkmalen erfolgreicher Straftäterrehabilitationsprogramme haben sich drei mittlerweile als gut belegte namensgebende zentrale Rehabilitationsprinzipien herausgestellt (Andrews, Zinger et al., 1990):

(1) Das **Risikoprinzip** (risk principle) fordert die Ausrichtung der Rehabilitationsbemühungen am Rückfallrisiko der zu behandelnden Straftäter(innen) – je höher desto intensiver sollte das Behandlungslevel ausfallen. Dementsprechend sollten Straftäter(innen) mit geringem Rückfallrisiko weniger von entsprechenden Rehabilitationsversuchen profitieren (meta-analytisch liegt die Effektstärke für Rehabilitationsversuche bei Niedrigrisikotätern bei $r = .03$; Andrews & Dowden, 2006). Weniger bekannt ist, dass es allerdings auch einzelne Befunde gibt, die zeigen, dass die Rückfallraten von Niedrigrisikotätern durch Straftäterrehabilitationsprogramme auch steigen können und somit mitunter negative Interventionseffekte zeitigen (Übersicht bei Bonta & Andrews, 2016, S. 179).

(2) Das **Bedürfnisprinzip** (need principle) fordert, dass Interventionen sich auf die Veränderung ursächlicher Faktoren fokussieren sollten, die zur Straftatbegehung beigetragen haben oder dieses Verhalten in Zukunft wahrscheinlich aufrechterhalten werden. Dies können nur veränderbare Faktoren sein (dynamische Risikofaktoren), die für gezielte Rehabilitationsversuche zugänglich sind. Diese Faktoren werden von Bonta & Andrews (2016) aus zwei Gründen als kriminogene Bedürfnisse (criminogenic needs) bezeichnet. Erstens beschreiben sie kausale Faktoren, die ursächlich für kriminelles Verhalten sind. Zweitens, sollen sie von anderen berechtigten menschlichen Bedürfnissen von Straftäter(inne)n (wie z.B. Leidensminderung, psychopathologische Symptomreduktion und Schadensvermeidung) abgegrenzt werden, die nicht mit erneuter Begehung von Straftaten assoziiert sind. Entsprechende Risikofaktoren – die sog. Central Eight Risk/Need Factors (kriminelle Vorgeschichte, prokriminelle Einstellungen, prokriminelle Bezugspersonen, antisoziales Persönlichkeitsmuster, konfliktäre Familien und Partnerbeziehungen mit geringer sozialer Bindung, unzureichende Einbindung und Leistung in Schule und Arbeit, Substanzmissbrauch, prosoziale Freizeitgestaltung) – finden sich bei Bonta und Andrews (2016), wobei die letzten sieben davon als potentiell dynamische Risikofaktoren konzeptualisiert sind.

(3) Das **Ansprechbarkeitsprinzip** (responsivity principle) fokussiert einerseits ganz allgemein darauf, dass erfolgreiche Interventionen kognitiv-behavioralen Behandlungsprinzipien folgen sollten, die beobachtbares Verhalten über eine effektive Gestaltung von Verstärkungsprozessen adressieren sollten oder die Veränderung prokrimineller Denkmuster und Identitäten zum Inhalt haben. Darüber hinaus erfordert der spezifische Aspekt des Ansprechbarkeitsprinzips, dass die für entsprechende Verhaltensänderungen relevanten Persönlichkeitseigenschaften von Straftäter(innen) Berücksichtigung finden müssen und eine Anpassung der durchgeführten Rehabilitationsbemühungen an individuelle Lern- und Lebensstile erfolgt. Dieses Prinzip soll dazu beitragen, die Passung zwischen Rehabilitationsintervention, Rehabilitationsagent(inn)en und Straftäter(innen) zu maximieren und stellt eine grosse Herausforderung an die Behandelnden dar. **Das RNR-Modell gilt als empirisch gut bewährt** (Überblick bei Schmidt, 2019).

In expliziter Abkehr vom dominanten Fokus auf Risikofaktoren im RNR-Modell ist das **Good Lives Modell** (GLM; Ward, 2002; Ward & Stewart, 2003; Ward, Mann & Gannon, 2007) ein stark humanistisch beeinflusster, stärkenbasierter Ansatz der Straftäterrehabilitation, der sich an mittelbaren Lebenszielen, Interessen und Ressourcen von Straftäter(inne)n orientiert. Grundannahme ist, dass Straftaten als dysfunktionaler Weg betrachtet werden, an sich unproblematische, prosoziale Ziele zu erreichen.

So geht das GLM davon aus, dass Straftäter(innen) – genau wie andere Menschen auch – auf Ziele ausgerichtet sind, sogenannte *primäre Güter* (primary goods). Hierbei handelt es sich um ihrer selbst willen angestrebte Zustände, Lebensweisen oder persönliche Charakteristika, die mit einer Steigerung des Wohlbefindens assoziiert sind (Ward & Stewart, 2003) und nicht als moralisch übergeordnete Kategorien idealer Lebensführung verstanden werden sollten. Die Autor(inn)en listen zehn aus der Literatur abgeleitete primäre Güter auf, ohne diese Liste jedoch als abgeschlossen zu verstehen: ein gesundes und funktionales Leben, Wissen, Exzellenz in Spiel und Arbeit (inklusive Bewältigungserleben), agentische Exzellenz (Autonomie, Selbstbestimmtheit), innerer Frieden (Freiheit von emotionalem Stress), Freundschaft (inklusive intime, romantische und familiäre Beziehungen), Gemeinschaft, Spiritualität (im breiten Sinne von Sinn- und Zweckfindung im Leben), Glück und Kreativität.

Weiterhin gibt es auch noch *sekundäre oder instrumentelle Güter* (secondary goods), die notwendige Wege und Mittel darstellen, um die primären Güter zu erreichen und zu sichern. Diese können beispielsweise als soziale Ressourcen wie ein Arbeitsplatz oder der Zugang zu bestimmten Beziehungsnetzwerken sein. Die zentrale Annahme des GLM ist, dass Straftaten genau dann verübt werden, wenn Menschen der Zugang zu prosozialen sekundären Gütern – also prosoziale Mittel – nicht zur Verfügung stehen oder diese nicht beherrscht werden. Eine weitere Annahme des GLM geht davon aus, dass Menschen ihre Taten als identitätsstiftend erleben. Deswegen reiche es nicht aus, Straftäter(innen) mit den Fähigkeiten auszustatten, ihre Defizite und Risikofaktoren zu kontrollieren, sondern sie sollten auch die Möglichkeit bekommen, eine adaptivere, prosoziale Identität auszuprobieren, die sie als bedeutsam und sinnvoll erleben. Für die Straftäterrehabilitation wird es deshalb als zielführend erachtet, einen expliziten (und realistischen) sog. «Good Life» Plan zur Erreichung der individuell angestrebten primären Güter zu erstellen, der spezifiziert, welche Kompetenzen und Ressourcen vorhanden und welche notwendig noch zu erwerben sind, um diese erreichen zu können.

Ziel der Straftäterrehabilitation ist es im GLM somit, die notwendigen prosozialen sekundären Güter zur Erreichung der primären Güter aufzubauen. Damit ist die dem GLM inhärente Perspektive primär auf die Frage nach alternativen Verhaltensweisen, Werten und Zielen ausgelegt, und die Stärkung von Selbstwirksamkeitserleben steht im Fokus. Anzumerken ist, dass es **bislang keinerlei empirische Wirksamkeitsnachweise** für dieses von vielen Straftätertherapeut(inn)en als sehr attraktiv wahrgenommene Behandlungsmodell gibt (Schmidt, 2019).

Hierbei sollen etablierte Risikofaktoren für Kriminalität dadurch behandelt werden, dass Faktoren therapeutisch adressiert werden, die der Erfüllung von generellen Grundbedürfnissen mit prosozialen Mitteln entgegenstehen. In der Therapieplanung werden folgende Fragen geklärt:

- 1) Vorliegen einer Indikation für Einzel- oder Gruppenpsychotherapie,
- 2) Auswahl des am geeignetsten erscheinenden Therapeuten im Behandlungsteam, das sich aus verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch arbeitenden Behandler(inne)n zusammensetzt,
- 3) Fokusbildung auf die drei zunächst wichtigsten dynamischen (veränderbaren) Risikofaktoren wie auch Schutzfaktoren,
- 4) Auswahl geeigneter therapeutischer Techniken sowie die etwaige Notwendigkeit einer medikamentösen Begleittherapie.

In der folgenden initialen Therapiephase werden individuelle Therapieziele geklärt und die Therapiemotivation gestärkt, bei gleichzeitiger Erarbeitung der biographischen Anteile an den aktuellen Problemen. Dies soll die Grundlagen legen für die in der mittleren Therapiephase folgende Arbeit an den dynamischen Risikofaktoren und konkreten Verhaltensänderungen. Hierbei werden Vorgehensweisen kombiniert, die der übertragungsfokussierten tiefenpsychologischen Psychotherapie wie auch der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie entlehnt sind. Ziele dieser Phase sind die Stärkung von Affektidentifikation, Verantwortungsübernahme, Bewältigungsstrategien, Abbau von Beziehungsproblemen, (sexuelle) Aufklärung und Psychoedukation sowie die Integration und Modifikation paraphiler sexueller Interessen. Abschliessend erfolgen in der Schlussphase der Behandlung eine Stärkung der Verhaltensveränderungen sowie prophylaktische Massnahmen zur Vermeidung von «Rückfäll-

len» in alte problemaufrechterhaltende Erlebens- und Verhaltensweisen sowie eine Vorbereitung der Beendigung der therapeutischen Beziehung. Ziel ist eine Verknüpfung der erfolgten Veränderung mit realistischen Zielen für die unmittelbare Zukunft (Briken et al., 2018).

Der wesentliche Unterschied im Hamburger Modell im Vergleich zum Berliner Ansatz im PPD ist der Umgang mit einer potentiellen Änderbarkeit von pädo-/hebephilen Präferenzen. Im Gegensatz zum Berliner Ansatz wird eine gewisse Veränderbarkeit speziell nicht ausschliesslicher pädophiler sexueller Präferenzen durch Stärkung der eventuell noch vorhandenen sexuellen Interessen an Erwachsenen nicht ausgeschlossen und zum Teil des therapeutischen Ansatzes gemacht.

3.1.2.4 Weitere sekundärpräventive Behandlungsprogramme ohne veröffentlichte Daten

In Nordamerika befindet sich die Entwicklung sekundärpräventiver Angebote noch in den Anfängen (Heasman & Foreman, 2019; Knack et al., 2019). Aufgrund rigider Reporting Laws⁷⁸, welche ursprünglich zum Schutz von Kindern eingeführt wurden, jedoch inzwischen eine paradoxe Wirkung entfalten, indem sie MAPs, die sich präventiv in Behandlung begeben möchten, von diesem Vorhaben abschrecken und damit das Risiko für Kinder letztlich wächst (Jahnke, 2018; Lasher & Stinson, 2017; Levenson, Grady, & Morin, 2019; McPhail et al., 2018), fehlender Anonymität und ausgeprägter Ressentiments gibt es für entsprechende Projekte weder finanzielle Unterstützung noch Werbemassnahmen (Seto, 2019⁷⁹).

In der Literatur werden auch Programme beschrieben, die unter solch widrigeren rechtlichen Rahmenbedingungen (moderate bis rigide Reportinglaws) als etwa in der Schweiz, Deutschland oder Neuseeland (Beggs Christofferson, 2019⁸⁰) sekundärpräventiv mit MAPs arbeiten – ohne dass für diese jedoch bereits detailliertere Daten veröffentlicht worden sind. Hierzu zählen das in Kanada beheimatete Angebot der *Sexual Behaviour Clinics am Royal Hospital* in Ottawa, in dem bislang über 4600 Patienten in allen Phasen des Justizsystems wie auch Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen, die bislang noch keine Straftaten begangen haben, auf Kosten der Krankenkasse behandelt wurden (Knack et al., 2019). Da das Programm nicht genug Ressourcen hat, um eine eigene Hotline zu betreiben, findet die Kontaktaufnahme primär über die institutseigene Webseite statt, die ein *built-in messaging system* bietet (www.sexualbehavioursclinics.ca), was den Vorteil hat, dass kom-

⁷⁸ Gesetze, die die Meldepflichten von Behandler(inne)n regeln, wenn Sie tatsächlichen oder möglichen sexuellen Kindesmissbrauch vermuten oder davon erfahren.

⁷⁹ Quelle: Experteninterview

⁸⁰ Hier wird am Beispiel Neuseelands gezeigt, dass selbst vergleichsweise weniger rigide Standards zum Bruch der Schweigepflicht zur Meldung von potentiell gefährlichen Personen nicht automatisch zu idealen Behandlungsbedingungen führen, da die Mehrzahl der Therapeut(inn)en schlecht über die relevanten rechtlichen Hintergründe informiert ist und deshalb in vielen Fällen von einer Meldepflicht ausgeht, die tatsächlich gar nicht besteht. Dieses Informationsdefizit wurde dort als wesentliches Behandlungshindernis auf Seiten potenzieller Therapeuten identifiziert.

plette Anonymität seitens der Kontaktsuchenden gewahrt werden kann, da in Kanada strengere Meldepflichten bezüglich potentiell gefährlicher zukünftiger Straftäter(innen) bestehen (für einen Überblick McPhail et al., 2018).

Die Reichweite des Projekts beschränkt sich primär auf den östlichen Teil von Ontario, obwohl Anfragen aus ganz Kanada, den USA und sogar Indien den internationalen Bedarf für solche Programme belegen. Jeder Person, die die angebotene Eingangsdiagnostik für wissenschaftliche Studienzwecke durchläuft, wird auch kurzfristig eine Therapiemöglichkeit im Institut angeboten, für die es keine Wartezeiten gibt. Hierbei werden die Patienten vorher über die Meldepflichten aufgeklärt, so dass sie selbst entscheiden können, wie konkret sie im Rahmen der Behandlung auf ihr Problem und etwaige bereits erfolgte Handlungen eingehen möchten. Bislang hat jede Person, die an der Studie teilnahm, auch die Behandlungsoption gewählt (Knack et al., 2019). Innerhalb des Programms wird keine Unterscheidung zwischen exklusiver und nicht-exklusiver Pädophilie vorgenommen, da der Behandlungsansatz darauf beruht, sexuelle Interessen an Kindern abzubauen bei gleichzeitiger Stärkung von sexuellen Interessen an Erwachsenen (Fedoroff, 2010).

Ein weiteres sekundärpräventives Programm, das *Aurora Project* (Knack et al. 2019; www.saferlivingfoundation.org/what-we-do/adult-projects/aurora-project/) ist 2014 von der Safer Living Foundation in England gegründet worden – einem karitativen Zusammenschluss der Vollzugsanstalt Whatton, der Nottingham Trent Universität, dem National Probation Trust (Nottinghamshire) und der Nottinghamshirer Polizei. Das *Aurora Projekt* bietet kostenlose und vertraulich geschützte Behandlungsangebote für Personen, die Sorge haben, Sexualstraftaten begehen zu können. Es beruht auf den Erfahrungen einer seit langem bestehenden monatlichen Gruppe für sexualdelinquente Gefängnisinsassen, die von Prof. Belinda Winter geleitet wird. Das gruppenbasierte Behandlungsangebot findet im Zentrum Nottinghams statt, ist aber offen für jede Person, die bereit ist, dorthin anzureisen. Das Programm wird von einem multidisziplinären Team mit Behandlungserfahrung von Sexualstraftäter(inne)n betrieben. Das Behandlungsrationale beruht auf Prinzipien, die der sog. dritten Welle der kognitiv-behavioralen Psychotherapie mit Ansätzen wie der Acceptance and Commitment Therapie (ACT) und der Compassion Focused Therapie (CFT) entlehnt worden sind⁸¹, und berücksichtigt explizit dynamische Risikofaktoren für Sexualstraftaten wie auch Schutzfaktoren (Walton & Hocken, in press). Der Ansatz ist stärker ressourcenbasiert als klassische RNR-basierte Programme. Bei Indikation besteht auch die Möglichkeit, begleitende individuelle Therapieangebote sowie eine medikamentöse Begleitbehandlung bei sexueller Präokkupation⁸² zu erhalten. Eine Begleitevaluation ist implementiert, bislang liegen aber noch keine Ergebnisse vor.

⁸¹ Hierbei handelt es sich um relativ neue Therapieansätze, die stärker auf die Akzeptanz von Symptomen und den Einbezug eigener Werte abzielen, als es in der klassischen Verhaltenstherapie üblich ist.

⁸² Unter sexueller Präokkupation wird die übermäßige gedankliche Beschäftigung mit Sexualität verstanden.

3.1.3 Rolle niedergelassener Therapeut(inn)en bei der Prävention

Personen mit sexuellen Interessen an Kindern wenden sich nicht immer direkt an oben beschriebene spezialisierte Präventionsangebote. Es ist davon auszugehen, dass sie aufgrund des Stigmatisierungsdrucks und der damit verbundenen psychischen Belastung bzw. Probleme (vgl. Abschnitt 1.3.6) auch niedergelassene Psychiater(innen), Psychotherapeut(inn)en, Sexualtherapeut(inn)en oder andere Gesundheitsfachpersonen aufsuchen. Diese Fachpersonen spielen daher in der Prävention von Straftaten gegen die sexuelle Integrität von Kindern als mögliche erste Ansprechpersonen ebenfalls eine wichtige Rolle. Sie müssen dazu in der Lage sein, mögliche Problemlagen zu erkennen, angemessen, d.h. verständnisvoll und nicht wertend auf die Offenlegung einer pädophilen Neigung zu reagieren und die Betroffenen bei Bedarf an ein spezialisiertes Beratungs- oder Behandlungsangebot weiterzuleiten. Wesentliche Voraussetzungen hierfür sind zum einen Kenntnisse über die Problematik und zum anderen Einstellungen, welche die Behandlungsbereitschaft wie auch angemessenes Verhalten im Kontakt mit Betroffenen fördern. Inwieweit niedergelassene Therapeut(inn)en in der Schweiz diese Voraussetzungen erfüllen, wird in Abschnitt 3.4.3 erörtert.

3.2 Erkenntnisse zur Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote für MAPs

3.2.1 Empirische Erkenntnisse zu Informations- und Beratungsangeboten ohne Behandlungsoption

Evaluationen des **Stop it Now! Ansatzes** haben detaillierte Daten zum **Nutzungsverhalten der britischen Helpline** ergeben⁸³ (Brown et al., 2014; Horn et al., 2015). So haben sich im Zeitraum von 2002 bis 2014 rund 55.500 Personen dort gemeldet, von denen etwa die Hälfte Personen waren, die sich um ihr eigenes sexuelles Verhalten Sorgen machten. Für die beiden Jahre 2012 und 2013 hatten von den rund 4722 Hilfesuchenden, die wegen ihres eigenen sexuellen Verhaltens Kontakt aufnahmen, 85% tatsächlich sexuellen Kindesmissbrauch begangen und/oder sexuelle Kindesmissbrauchsdarstellungen genutzt gegenüber einem Anteil von 15%, welcher entsprechende Handlungen befürchtete aber noch nicht begangen hatte. Interessanterweise waren im gleichen Berichtszeitraum rund 7% der Kontaktsuchenden Mitglieder professioneller Berufe, die Informationen zum Umgang mit Klient(inn)en suchten, die sexuelle Interessen an Kindern und Jugendlichen hatten.⁸⁴ Die Mehrzahl der Kontakte (ungefähr 60%) wurde über Telefon hergestellt, wobei die Zahl der eingehenden Anrufe die Zahl der bearbeiteten Anrufe um ein Vielfaches übertraf.

⁸³ Es gibt unter www.natcen.ac.uk/media/329131/stop-it-now-toolkit.pdf ein Dokument, das basierend auf den Erfahrungen der Betreiber mit der *Stop it Now!* Helpline Hilfestellungen für den Aufbau einer solchen Helpline gibt.

⁸⁴ Ähnliche Befunde existieren für eine nicht mehr aktive Helpline für MAPs, die unter den 37 Anrufer(inne)n über einen Beobachtungszeitraum von 17 Monaten eine substantielle Anzahl von Anrufen von Personen verzeichnen konnten, die Umgang mit MAPs hatten (Angehörige professioneller Institutionen und Behörden oder Partner(innen) von MAPs). Darüber hinaus gab es eine Anzahl von Anrufen von MAPs, die sich in Therapie befanden, aber Anliegen hatten, welche sie dort nicht diskutieren konnten, da ihnen dies in den von ihnen besuchten Gruppenprogrammen unangenehm war (Hossack, Playle, Spencer & Carey, 2004).

Weitere **Ergebnisse zu Erlebens- und Verhaltensweisen von Nutzer(inne)n der Helpline beruhen auf kleinen, nicht repräsentativen Stichproben selbstselektierter Nutzer** ($N = 47$ für detaillierte Interviews und $N = 112$ für eine Onlinebefragung; Brown et al., 2014). Als Faktoren, die von der Nutzung der Helpline abhalten, wurden mangelndes Wissen über deren Existenz, Unklarheiten, an wen sich die Helpline richtet, und Schwierigkeiten bei der telefonischen Erreichbarkeit angegeben. Nutzer, die vorher sexuelle Missbrauchshandlungen begangen hatten, berichteten von folgenden psychologischen Barrieren, die sie davon abhielten oder es ihnen schwermachten, sich an die Helpline zu wenden:

- a) Verleugnung und Rationalisierung der eigenen Handlungen,
- b) Scham- und Schuldgefühle,
- c) der Glaube, dass es keinerlei Angebote für Betroffene gebe,
- d) die Angst vor möglichen juristischen Folgen,
- e) Sorge, dass ihr persönlicher Fall nicht relevant sei,
- f) Sorge, dass ihre Suchanfragen im Internet polizeilich zurückverfolgt würden,
- g) Angst vor stigmatisierender Behandlung durch Helpline-Mitarbeitende.

Die Befragten identifizierten mehrere positive Effekte für sich. Darunter wurde angegeben, dass die Helpline ihnen verdeutlicht habe, dass die Nutzung von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs ein Delikt sei und die Opfer schädige. Ferner hätten sie besser verstanden, dass ihr sexuelles Verhalten situativen Einflüssen unterliege, welche akuten Auslöser diesem zugrunde lägen oder welche Techniken sie anwenden könnten, um ihr Verhalten zu hinterfragen und zu verändern. Alle Nutzergruppen der Helpline berichteten davon, dass es ihnen nach ihren Anrufen deutlich bessergegangen sei, und sie besser mit den sie belastenden Situationen umgehen konnten. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ergab, dass den Betriebskosten der Helpline von 355.000 Britischen Pfund/Jahr Entlastungen der Steuerzahler um 425.000 Britische Pfund/Jahr gegenüberstünden (Brown et al., 2014). Worauf diese Kalkulationen genau basieren, bleibt unklar.

Die Forschungsergebnisse zum **niederländischen Ansatz von *Stop it Now!*** (Eisenberg, Mulder, van Horn & Stam, 2014; Horn et al., 2015), der ähnlich dem deutschen Ansatz im PPD eine noch umfassendere Vertraulichkeit und Anonymität bieten kann als das britische Angebot (nur akut identifizierbare zukünftige Opfer führen zu einem Bruch der Schweigepflicht), zeigen, dass die Mehrzahl der befragten Nutzer über Anzeigen in nationalen Printmedien und im Fernsehen auf die Helpline aufmerksam geworden ist. Seit Gründung im Jahr 2012 haben in den ersten 15 Monaten 290 Personen Kontakt aufgenommen, von denen 87% MAPs waren. Rund die Hälfte der MAPs gaben weder sexuelle Missbrauchshandlungen noch Konsum von Kindesmissbrauchsdarstellungen an, wohingegen der Grossteil der sexuell missbrauchenden MAPs angab, ausschliesslich Darstellungen von sexuellem Kindesmissbrauch zu nutzen, und nur einige Personen berichteten, bereits Kontaktdelikte begangen zu haben.

Auch in den Niederlanden waren die befragten Nutzer zufrieden mit dem Angebot. Sie gaben an, durch die Helpline mehr Kontrolle über ihre Gefühle und ihr Verhalten erworben zu haben – vor allem dadurch, dass sie endlich ihr «Geheimnis» mit jemandem hätten teilen können. Nach den anonymen Therapiesitzungen habe sich ihr Verständnis ihrer selbst wie auch ihres Bewältigungsverhaltens verbessert. Von den 59 bis zum Zeitpunkt der Evaluation behandelten Männern gaben 58% ihre Anonymität auf und unterzogen sich einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Kosten für die niederländische Helpline werden mit 102.559 Euro/Jahr veranschlagt. Ein Kontakt kostet rund 331 €, wobei die Evaluatoren davon ausgehen, dass durch eine vollständige Ausnutzung der verfügbaren Personalressourcen die Kosten in Zukunft auf unter 100 €/Kontakt sinken könnten.

3.2.2 Empirische Erkenntnisse zu Angeboten mit Behandlungsoption

3.2.2.1 Forschungsergebnisse zum Programm des Präventionsprojekts Dunkelfeld

Bis Ende Dezember 2016 haben sich 2465 Personen für das PPD in Berlin interessiert und Kontakt aufgenommen. Hiervon wurden 1033 Betroffene einer klinischen Exploration unterzogen und 507 wurde ein Therapieangebot gemacht, welches von 247⁸⁵ Personen angenommen wurde. Zum Stichtag befanden sich 45 Patient(inn)en in Behandlung, 79 hatten aus verschiedenen Gründen die Behandlung abgebrochen und 126 hatten ihre Behandlung abgeschlossen. Von diesen erfüllten 110 die Kriterien für einen Follow-Up Zeitraum von mindestens einem Jahr, wobei jedoch 40 davon nicht mehr erreicht werden konnten und eine Person verstorben war. Insgesamt konnten also 69 ehemalige Teilnehmende für eine Follow-Up Studie (Gieseler et al., in Vorbereitung, zitiert nach Beier et al., 2018) kontaktiert werden, 56 davon haben sich für die Studienteilnahme entschieden (42% mit allgemeiner Hochschulreife). Lediglich neun der Teilnehmenden nutzten das drei- bis vierwöchentlich stattfindende Nachsorgeprogramm.

50% der Probanden hatten vor Beginn des PPD-Programms mindestens einen sexuellen Übergriff auf Kinder oder Jugendliche begangen, sechs Personen davon waren justizbekannt. Ein Proband beging während des Programms einen sexuellen Kindesmissbrauch, der Rest (98,2%) berichtete von keinem weiteren Übergriff auf Kinder oder Jugendliche seit Therapieende. Keine Person hatte Justizkontakt seit Therapieende. Rund 79% hatten während des Programms von Nutzungen von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs berichtet (9% waren bereits vorher deswegen im Hellfeld bekannt). Während des Programms hielten 50% der Patienten an diesem Verhalten fest, 18% hatten Zeit ihres Lebens keinerlei Abbil-

⁸⁵ Die Gründe für die Ablehnung des Behandlungsangebotes in gut der Hälfte der Fälle dürften vielfältig sein: Fehlendes Einverständnis mit den Bedingungen, zu weite Anreise, zu hoher Zeitaufwand sowie fehlende Passung zwischen Bedürfnis und Angebot im Sinne eines stark risikopräventiven Fokus' bei Personen, die nicht daran glauben, dass sie irgendwann mal Täter werden könnten.

dungen sexuellen Kindesmissbrauchs genutzt. Seit Therapieende berichteten rund ein Drittel aller Teilnehmenden von keiner weiteren Nutzung solcher Abbildungen.⁸⁶ Es kam innerhalb der Nutzer während des Programms teilweise zu einer Reduktion der Frequenz und des Schweregrades (weniger extreme Formen der Nutzung von Missbrauchsabbildungen wie z.B. Verzicht auf Abbildungen sexueller Interaktionen) entsprechender Darstellungen; ein Patient begann während des Beobachtungszeitraumes nach Therapie mit der Nutzung, zwei weitere hatten seitdem Justizkontakt.⁸⁷

Erste vorläufige Analysen zeigen, dass diejenigen, die im Beobachtungszeitraum keinerlei Nutzungsverhalten mehr berichteten, eine verstärkte Wahrnehmung, Akzeptanz und Integration ihrer sexuellen Präferenzen in ihr Selbstkonzept sowie das Gefühl, mit ihrer sexuellen Ansprechbarkeit für Kinder nicht allein zu sein, als hilfreiche Faktoren für ihre Verhaltenskontrolle wahrnahmen. Zudem erwiesen sich Justizkontakte wegen Nutzung von Missbrauchsabbildungen vor Behandlungsbeginn als positiver Prädiktor für Behandlungserfolg. Zu beachten ist jedoch, dass diese ausschliesslich **auf selbstberichteten Angaben beruhenden Ergebnisse lediglich deskriptiv sind und keinerlei Schlüsse hinsichtlich einer spezifischen Wirksamkeit des PPD Programms zulassen**, da eine entsprechende Kontrollgruppe fehlt, die keine Behandlung erhalten hat. Somit sind **Effekte des natürlichen Zeitverlaufs oder Selbstselektionseffekte⁸⁸ nicht sicher auszuschliessen** (Mokros & Habermeyer, 2016; Oberlader, Schmidt & Banse, 2018).

Vorläufige **Analysen zu Abbruchquoten** (Beier et al., 2018) zeigen, dass vergleichsweise ähnliche Abbruchraten wie in der internationalen allgemeinen Psychotherapieforschung auftraten (etwa 35% aller Behandelten). Abbrecher wiesen im Vergleich zu Nichtabbrechern ein niedrigeres Bildungsniveau und stärkere kognitive Verzerrungen auf (Einstellungen, die das Begehen von Sexualstraftaten begünstigen). Frühe Abbrecher berichteten im Vergleich mit späten Abbrechern über ein geringeres Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf die Kontrolle ihrer sexuellen Impulse. Diese Erkenntnis hat zu einer Betonung motivationaler Faktoren und einer Individualisierung innerhalb des manualisierten Gruppenprogramms durch die Behandler(innen) geführt. Zum Erfolg dieser Modifikation liegen bislang jedoch noch keine systematischen Daten vor. Daten zu Personen, die initial Kontakt zum Programm suchten, sich dann aber gegen eine Teilnahme entschieden, sprechen dafür, dass es sich hierbei um Individuen handelte, die aus grösserer Entfernung hätten anreisen müssen, die weniger stark ausgeprägte pädophil/hebephil Präferenzen aufwiesen und die eine höhere Selbstwirksamkeit bezüglich der Kontrolle ihrer sexuellen Impulse angaben. Dies dürfte einerseits als geringer

⁸⁶ In methodischer Hinsicht ist hier hinsichtlich der Validität dieser Selbstberichte einschränkend anzumerken, dass diese einer systematischen Verzerrung unterliegen könnten.

⁸⁷ Zum Anlassdelikt wird nichts berichtet.

⁸⁸ Natürliche Zeitverlaufseffekte oder Entwicklungseffekte sind Effekte, die auf den Verlauf der Zeit zurückzuführen sind und deshalb auch ohne die Intervention stattgefunden hätten. Diese Effekte sind häufig bei stark selbstselektierten Gruppen anzufinden, wie sie hier vorliegen. Selbstselektion bezieht sich auf die Tatsache, dass die Therapieteilnehmenden sich selbst für ihre Behandlung entschieden haben. Es liegt im vorliegenden Fall nahe, dass diejenigen, die von sich aus eine solche Therapie nachsuchen, bereits besondere Ressourcen und motivationale Bedingungen mitbringen, die ein Auffälligerwerden im Helffeld unwahrscheinlich machen und somit die sekundärpräventive Therapie keine zusätzlichen spezifischen Effekte zeitigen kann (Oberlader et al., 2018).

erlebter Leidensdruck interpretiert werden und andererseits auf eine wohnortnahe Versorgungslücke hinweisen.

Eine **Evaluation des PPD wurde in einem nicht-randomisierten Wartelistenkontrolldesign⁸⁹ unter Rückgriff auf selbstberichtete dynamische Risikofaktoren** durchgeführt (Behandlungsgruppe $n = 53$, Wartelistenkontrollgruppe $n = 22$; Beier et al., 2015). Vergleiche innerhalb der Gruppen zeigten in der Behandlungsgruppe signifikante Reduktionen zwischen den Prä- und Postmessungen zu Therapieende für die Risikofaktoren *Emotionsdefizite* und *prokriminelle Einstellungen*. Die selbstregulativen Fähigkeiten stiegen. In der Wartelistenkontrollgruppe gab es keinerlei Veränderungen. Hinsichtlich sexuellen Deliktverhaltens wurden keinerlei Unterschiede in beiden Gruppen festgestellt, allerdings gaben 20% aller Teilnehmenden an, sexuelle Handlungen an Kindern vorgenommen zu haben und 91% Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs genutzt zu haben (keines dieser selbstberichteten Delikte wurde von der Justiz verfolgt). Auf den ersten Blick wirken diese Daten zur Veränderung selbstberichteter Risikofaktoren wie ein Wirksamkeitsbeleg für das PPD. Allerdings zeigt eine soeben publizierte Reanalyse der Daten von Beier et al. (2015) kritische methodische Probleme dahingehend auf, dass die veröffentlichten Tests lediglich die zeitlichen Veränderungen innerhalb der Gruppen betrafen – ohne zuvor die für einen spezifischen Therapieeffekt des PPD zwingend notwendigen Gruppenunterschiede im Zeitverlauf (Gruppe x Zeit - Wechselwirkung⁹⁰) zu testen (Mokros & Banse, 2019). Die Berechnung des eigentlichen Therapieeffekts ergab für alle 14 untersuchten Variablen statistisch *nicht signifikante* Effekte sowie Interaktionseffekte in der deskriptiv erwarteten Richtung (Median aller Interaktionseffekte: $d = 0.30$; alle 95%-Konfidenzintervalle enthielten Nulleffekte) und es zeigten sich **massive statistische Powerprobleme aufgrund der geringen und stark ungleichen Gruppengrößen sowie der hohen Anzahl durchgeführter Tests⁹¹**. Dies bedeutet, dass aus den veröffentlichten Daten zum jetzigen Zeitpunkt nicht der Schluss gezogen werden kann, dass das PPD einen spezifischen Effekt auf irgendeinen der untersuchten selbstberichteten dynamischen Risikofaktoren hat. **Somit verbleiben die bisherigen Evaluationsversuche auf deskriptivem Niveau beobachteter Verläufe im Behandlungsprogramm, die sich nicht von den Verläufen in der Vergleichsgruppe unterscheiden.**

⁸⁹ Ein solches Design zeichnet sich dadurch aus, dass die Gruppenzuteilung nicht zufällig erfolgt ist und, dass die Behandlungsgruppe mit einer Gruppe von Personen verglichen wird, die später dem gleichen Behandlungsprogramm unterzogen werden. Das Ausmass experimenteller Kontrolle ist geringer als bei randomisierten Kontrollgruppendesigns, jedoch wird dieses Vorgehen in klinischen Kontexten gewählt, wo es als ethisch schwer zu rechtfertigen gilt, Personen eine Behandlung vorzuenthalten.

⁹⁰ Dies bedeutet, dass ein Unterschied im zeitlichen Verlauf zwischen beiden Gruppen nicht getestet wurde. Ein Vorliegen eines solchen Unterschiedes wäre aber die notwendige Voraussetzung, um die Prä-Post-Vergleiche innerhalb der beiden Versuchsgruppen überhaupt durchführen zu können. Ohne dessen Vorliegen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Gruppen sich in ihrem Verlauf überhaupt unterscheiden, auch wenn die Verläufe innerhalb der Gruppen dies augenscheinlich nahelegen.

⁹¹ Das zugrundeliegende Problem ist hier, dass die vorhandene Stichprobe zu klein ist, um Effekte der gefundenen Grössenordnung statistisch absichern zu können. Ferner wurden in der Untersuchung eine Vielzahl statistischer Tests an der gleichen Stichprobe durchgeführt, was zu einer sukzessiven strengeren Anpassung des verwendeten Signifikanzniveaus hätte führen müssen (sog. Alphafehler-Adjustierung), um für das Problem der zu erwartenden zufällig signifikant ausfallenden statistischen Tests zu kontrollieren. Eine solche Alphafehler-Adjustierung ist hier nicht vorgenommen worden.

3.2.2.2 Forschungsergebnisse zu weiteren Standorten im Präventionsnetzwerk

Kein Täter werden

Zum *Hamburger Modell* liegen bislang keine veröffentlichten Daten wie auch keine Evaluationsergebnisse vor. Seit Beginn des Projekts im Jahr 2012 haben sich 490 Personen dort gemeldet, von denen 249 Personen an einem Erstgespräch teilgenommen haben. Von diesen waren aktuell 114 in ein Justizverfahren involviert und wurden von der Teilnahme ausgeschlossen. Insgesamt befanden sich 18 Personen zum Stichtag in der Phase der vertieften Diagnostik und 61 waren in Therapie oder hatten diese bereits beendet (Briken et al., 2018).

Am *Standort Mainz* haben sich seit Beginn des Programms (Mai 2015) 276 Personen gemeldet und 92 Personen ein Erstgespräch geführt. Von diesen wurden 51 zur vertiefenden Diagnostik eingeladen und schliesslich 30 in das Therapieprogramm aufgenommen, von denen je 10 Personen zum Auswertungszeitpunkt noch in Therapie waren, diese abgeschlossen oder abgebrochen haben (Marx, Subic-Wrana & Beutel, 2019). Häufigste Gründe für die initiale Kontaktaufnahme waren ein laufendes Strafverfahren (19%), Sorgen vor Kontrollverlust (12%) und die Unfähigkeit auf die Nutzung von sexuellen Missbrauchsdarstellungen zu verzichten (11%). Von denjenigen, die an der strukturierten Eingangsdiagnostik teilnahmen und genügend Sprachkenntnisse aufwiesen ($n = 46$), wurde in 83% mindestens eine weitere Diagnose zusätzlich zur Pädophiliediagnose gestellt (affektive Störung 35%, Substanzabhängigkeit 24%, Angststörung 13%). 50% der untersuchten Patienten erfüllten die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (je 26% selbstunsichere oder zwanghafte, 17% Borderline-Persönlichkeitsstörung). Die meisten initialen Behandlungsteilnehmer weisen sexuelle Interessen aus dem pädo-, hebe-, und teleiophilen Bereich auf (40%) und 46% gaben die vorherige Nutzung sexueller Missbrauchsdarstellungen oder eine Kombination dieser mit sexuellen Missbrauchshandlungen an Kindern an (43%). Nur eine Minderheit berichtete von ausschliesslichen Missbrauchshandlungen (10%). Kein Teilnehmer war zuvor nicht sexuell missbrauchend (Marx et al., 2019). Evaluationsergebnisse liegen für diesen Standort noch nicht vor.

Für die *PPD Behandlungszentren Hannover und Regensburg* liegen erste Daten aus einem Evaluationsdesign vor (Engel, Körner, Schuhmann, Krüger & Hartmann, 2018), das zum Prämesszeitpunkt Männer mit pädo-/hebephilen Interessen, die eine Behandlung im PPD begonnen hatten ($n = 53$), mit Männern vergleichen konnte, die sich gegen eine Therapie entschieden ($n = 51$) oder die eine begonnene Therapie vorzeitig abgebrochen hatten ($n = 14$). Ähnlich wie bei den deskriptiven Erfahrungen im PPD Berlin zeigte sich, dass die therapieablehnenden Männer im Vergleich zu denjenigen, die eine Therapie begannen, weiter entfernt wohnten. Weitere Zwischengruppenunterschiede zum ersten Messzeitpunkt erwiesen sich nicht als signifikant. Therapieeffekte im Sinne von selbstberichteten Verbesserungen über die Zeit auf dynamischen Risikofaktoren wurden nur innerhalb der eigentlichen Behandlungsgruppe getestet mit erwarteten signifikanten Verbesserungen für prokriminelle Einstellungen, Bewältigungsdefizite, hypersexuelle Verhaltensweisen und eine Identifikation mit Kindern (Effektstärken im Bereich von etwa $d = -0.40$ bis -0.60). Kein Teilnehmer berich-

tete, während des Programms mit der Nutzung von Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs begonnen zu haben (Engel et al., 2018). Auch für diese Erhebung ist zu konstatieren, dass ohne einen Vergleich mit dem Verlauf einer aussagefähigen Kontrollgruppe keine Aussagen über einen spezifischen Effekt der durchgeführten Interventionen getroffen werden können.

Banse und Kollegen (2013) weisen im Zusammenhang mit Evaluationsversuchen sekundärpräventiver Behandlungsprogramme darauf hin, dass es keine Studie gebe, in der je angemessen geprüft worden sei, ob Einstellungsänderung nach Behandlung tatsächlich mit einem reduzierten Risiko späterer Täterschaft einhergehe. Eine Metaanalyse an behandelten Straftätern von van den Berg und Kollegen (2017) konnte jedoch zeigen, dass Veränderungen in dynamischen Risikofaktoren (prinzipiell veränderbare Risikofaktoren wie z.B. Substanzmissbrauch, prokriminelle Einstellungen, Selbstkontrolldefizite) – wenn auch in geringem Masse – die Vorhersagegenauigkeit zusätzlich zu statischen (nicht-veränderbare Risikofaktoren wie z.B. Anzahl der Vorstrafen oder Alter bei Erstdelinquenz) und querschnittlich erhobenen dynamischen Risikofaktoren erhöhen. Insofern könnte eine Veränderung dynamischer Risikofaktoren (wie z.B. der Einstellung) nicht nur theoretisch bedeutsam sein, sondern durchaus auch empirisch nachweisbare Effekte auf das Risiko einer späteren Täterschaft zeitigen, wie sie u.a. für das *Projekt Dunkelfeld* behauptet werden (Beier et al., 2009, 2015; Engel et al., 2018), bislang jedoch aufgrund methodischer Defizite entsprechender Bemühungen noch nicht empirisch nachgewiesen werden konnten (Mokros & Banse, 2019).

Dieser Befund ist jedoch auch nicht mit einem Nachweis der Unwirksamkeit gleichzusetzen. Das grundsätzliche methodische Problem (neben der Notwendigkeit anspruchsvoller Evaluationsdesigns) ist hier, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit bei der Zielklientel aufgrund ihrer Selbstselektion in entsprechende sekundärpräventive Behandlungsangebote von einer wenig antisozialen Population auszugehen ist. Dies hat zur Folge, dass vielleicht der wichtigste generelle Risikofaktor für Delinquenz jeglicher Form als gering eingestuft werden kann, und das allgemeine Risikolevel dieser Gruppe deutlich abgesenkt ist. Ebenso hat sich (zumindest im Hellfeld) gezeigt, dass das Risiko für Täter, die ausschliesslich sexuelle Missbrauchsdarstellungen nutzen, sexuelle Kontaktdelikte zu begehen, als sehr gering einzuschätzen ist (Babchishin et al., 2018). Dies hat zur Folge, dass zumindest für das Ziel der Risikominimierung sexueller Kontaktdelikte an Kindern von im besten Fall sehr geringen Effektstärken auszugehen ist, die für die Senkung eines bereits geringen Ausgangsdelinquenzrisikos zu erwarten sind.

Dies bedeutet einerseits, dass mögliche positive Effekte methodisch schwer nachzuweisen sind: Es sind besonders grosse Stichproben wie auch sehr lange Beobachtungszeiträume in längsschnittlichen Kontrolldesigns notwendig, um solch kleine Effekte nachweisen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschliessen zu können. Dies wird realistischerweise auch unter optimalen Forschungsbedingungen nicht in unmittelbar absehbarer Zeit leistbar sein.⁹²

⁹² Vielversprechender scheinen hier erwartbare Erkenntnisse bezüglich der Nutzung von sexuellen Missbrauchsdarstellungen zu sein, da die Basisrate unter MAPs entsprechend hoch ist, so dass hier die Chancen, mögliche

Andererseits ergibt sich hieraus aber eine gewichtige ethische Verpflichtung, sekundärpräventive Programme bestmöglich zu evaluieren, denn aus theoretischer wie auch empirischer Sicht könnten bei der kriminaltherapeutischen Behandlung von Niedrigrisikotraftätern auch negative Effekte im Sinne einer iatrogenen⁹³ Risikosteigerung zu erwarten sein (vgl. die Ausführungen in Kasten 2 zum Risk-Needs-Responsivity Modell von Bonta & Andrews [2016]). Diese Möglichkeit etwaiger negativer Effekte durch Evaluationsbemühungen auszuschliessen, sollte eine hohe Priorität haben.

3.2.3 Erkenntnisse hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppe

In diesem Abschnitt werden die im Rahmen der Literaturanalyse und der Experteninterviews erhobenen Erkenntnisse zur Erreichbarkeit der Zielgruppen durch sekundärpräventive Angebote zusammenfassend dargestellt. Die Expert(inn)en stimmten darin überein, dass der Bedarf an sekundärpräventiven Angeboten international wie auch innerhalb der Schweiz einerseits hinreichend gross sei, und andererseits die Angst Betroffener, sich als MAP zu outen, aufgrund der Selbst- und Fremd-Stigmatisierung enorm sei. Pädophilie sei in allen beteiligten Ländern nach wie vor ein Tabu, womit nicht zuletzt auch die auf Spenden angewiesenen MAP spezifischen Präventionsprojekte (DIS NO, IO NO) zu kämpfen hätten. Aufgrund der enormen Fremd- und Selbststigmatisierung würden selbst Personen, welche lediglich entsprechende Fantasien hätten und diese nie umgesetzt hätten, nicht wagen, über ihre Probleme zu sprechen. In Übereinstimmung mit Befunden der Stigmaforschung (vgl. Abbildung 7) stellten die befragten Expert(inn)en als zentrales Problem heraus, dass die gesellschaftlich beobachtbare Dämonisierung und generelle Kriminalisierung von MAPs insofern im Sinne des Präventionsgedankens ausgesprochen kontraproduktiv sei. Dies führe dazu, dass MAPs sich keine professionelle Unterstützung suchten, und in der Folge das Risiko für ein Ausleben der Fantasien steige, da sich die Betroffenen auf diese Weise mit ihren Fantasien isoliert sähen und sich niemandem mitteilen könnten. Es sei dementsprechend schädlich, ein Monsterbild von diesen Personen zu zeichnen, welche ihren Fantasien ausgeliefert seien, ohne sich diese ausgesucht zu haben, und von denen viele den grossen Traum hätten, diese loswerden zu können.

Auch wenn sich in den letzten beiden Jahrzehnten diesbezüglich viel getan habe – vor zwanzig Jahren sei es nicht vorstellbar gewesen, für diese Menschen etwas tun zu können – bleibe eine Sensibilisierung für diese Thematik nach wie vor eine grosse Herausforderung. Je mehr dies Thema präsent sei, desto eher würden sich Betroffene verstanden fühlen und die Hoffnung haben, dass es Hilfe gebe. Falsche Vorstellungen von Pädophilie bzw. deren Gleichsetzung mit sexuellem Missbrauch seien weit verbreitet, deswegen fürchteten MAPs, auch ohne ihrer Neigung entsprechend gehandelt zu haben, von der Gesellschaft wie auch

sekundärpräventive Reduktionseffekte nachzuweisen (oder auszuschliessen), deutlich besser sind. Weitere denkbare kriminalpräventive Erfolgskriterien, die bislang noch gar nicht untersucht wurden, wären Indikatoren, die «Harmreduction» indizieren können, wie z.B. eine sinkende Frequenz der Nutzung von sexuellen Missbrauchsdarstellungen und die Verlängerung der Intervalle zwischen einschlägigem straffälligen Verhalten, die ebenfalls zu einer Reduktion von Opferzahlen und -belastungsfolgen beitragen könnten.

⁹³ Durch professionelle Behandler nicht intendierte aber verursachte negative Effekte.

von Therapeut(inn)en verurteilt zu werden. Diese Angst verschlechtere die Erreichbarkeit der Zielgruppe. Eine Bekanntmachung sekundärpräventiver Projekte könne daher auch mittelbaren Nutzen dadurch zeitigen, dass eine De-Stigmatisierung erreicht werden könne. Ein Experte brachte dies wie folgt auf den Punkt: «Dass man ihnen aktiv zeigt, ihr seid nicht alleine, es gibt ganz viele Menschen mit diesem Problem. Dass man gute Homepages macht, wo man gute Informationen gibt und nicht nur kriminalisiert, und dort möglichst normalisiert, ohne zu bagatellisieren.»

Übereinstimmend gaben die Expert(inn)en an, dass die **therapeutische Arbeit mit Betroffenen ohne Vertrauensbasis nicht gelingen könne**. Entsprechend gab keine(r) der Schweizer Expert(inn)en an, eine Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu melden, wenn auch mit unterschiedlichen und nicht ausschliesslich klientenbezogenen Begründungen.⁹⁴ Dass sich sekundärpräventive Projekte ohne ein grundlegendes Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut(in) und Klient nicht erfolgreich implementieren lassen, bestätigt auch ein Blick in Länder mit sehr weitgehenden Meldepflichten (McPhail et al., 2018), welche unter Präventionsgesichtspunkten ausgesprochen kontraproduktiv sind, weil dadurch grundsätzlich Behandlungswillige aufgrund der berechtigten Angst, bereits wegen ihrer Neigung den Behörden gemeldet zu werden, nicht mehr durch Behandlungsangebote erreichbar sind (Heasman & Foreman, 2019; Knack et al., 2019).

Vielmehr scheint ein **landesweit einheitlicher, präventions- und nicht bestrafungsorientierter Ansatz mit Meldungen in Ausnahmesituationen konkreter Kindeswohlgefährdungen zielführend** zu sein und wesentlich zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit beitragen. Die interviewten Expert(inn)en waren sich darin einig, dass diese **Rahmenbedingungen klar und einheitlich zu definieren** seien. Die Bedeutung dieser expliziten Klärung wird gestützt durch jüngste empirische Befunde: Eine aktuelle Befragung von Therapeut(inn)en zu deren Wissen über Meldepflichten in Neuseeland, das ähnliche rechtliche Rahmenbedingungen⁹⁵ für die Arbeit von Therapeut(inn)en wie Deutschland und die Schweiz aufweist, zeigte, dass Therapeut(inn)en beträchtliche Wissenslücken hinsichtlich der legalen Situation aufwiesen und vermuteten, dass sie bei Gesetzesübertretungen Meldung machen müssten (Beggs Christofferson, 2019). Auch ist zu vermuten, dass die damit auf die Therapeut(inn)en übertragene Verantwortung in Zweifelsfällen selbst über einen Bruch der Schweigepflicht zu entscheiden, eine zusätzliche Belastung für Behandler(innen) darstellt. Dies zeigte sich im Interview mit der Vertreterin des Berliner Projekts *Kein Täter werden*, worin betont wurde, wie wichtig externe und interne Supervision speziell zu diesem Thema sei, da dies ein in der Behandlung häufig vorkommendes Thema sei, das in der Wahrnehmung der Behandler(innen) eine hohe Verantwortungsübernahme mit sich bringe

⁹⁴ So äusserte ein Experte, man habe sich bei Bekanntwerden der Nutzung von Missbrauchsabbildungen schon oft um eine Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht bemüht, diese sei aber von der Gesundheitsdirektion nie gutgeheissen worden.

⁹⁵ Namentlich weniger strenge Meldepflichten, die Therapeut(inn)en jedoch bei begründetem Verdacht die Möglichkeit geben, nach eigener Entscheidung, die gesetzliche vorgesehene Schweigepflicht zu brechen, ohne dies jedoch als Pflicht zu formulieren.

und stark von subjektiven Einstellungen beeinflusst sei, bei gleichzeitig fehlenden objektiven Standards, was akute Gefährlichkeit tatsächlich indiziere.⁹⁶

Entsprechende Daten liegen für die Schweiz nicht vor, jedoch zeigten sich sogar in den Interviews mit den Expert(inn)en aus der Schweiz nicht durchgehend deckungsgleiche Vorstellungen über den Umgang mit kritischen Situationen, auch wurden hier teilweise Unsicherheiten bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen artikuliert. Es ist daher davon auszugehen, dass weniger spezialisierte Therapeut(inn)en auch in der Schweiz überwiegend ungenügend über ihre diesbezüglichen Rechte und Pflichten informiert sind. Es fehlt hier eine systematische Aufklärung aller Behandler(innen), und daraus resultierende Unsicherheiten dürften zu stärkeren Behandlungsvorbehalten bei Therapeut(inn)en beitragen. Diese Unsicherheiten über rechtliche Bedingungen führen auch zu grosser Beunruhigung bei MAPs, die nach Angaben der Expert(inn)en von DIS NO zum Teil schon Sorge hätten, dass ihre Rechnerdaten übermittelt würden, wenn sie zu lange auf der Webseite eines Angebots für MAPs verweilten. Als wesentliches Grundproblem der Erreichbarkeit wurde von den Expert(inn)en neben unzureichender Ausbildung und der damit zusammenhängenden Stigmatisierungsproblematik die fehlende Öffentlichkeitsarbeit identifiziert.

3.2.4 Zwischenfazit zur Wirkung und Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote für MAPs sowie zu deren Erreichbarkeit

Im Hinblick auf **Informations- und Beratungsangebote ohne Behandlungsoption** ist zusammenfassend zu konstatieren, dass vorliegende Nutzungsdaten des *Stop it Now!* Angebotes zeigen, dass speziell für diese Art von Helplines ein **Bedarf zu bestehen scheint**, der insbesondere in Grossbritannien von einer Vielzahl verschiedener Nutzer(innen), die über die klassische Zielgruppe von MAPs hinausgehen, genutzt wird. Über eine spezifische Wirksamkeit sagen die referierten Befunde hingegen nichts aus – dies nicht nur mangels aussagekräftiger längsschnittlicher Kontrollgruppendesigns – die berichteten Veränderungen beruhen lediglich auf Selbsteinschätzungen der Nutzer zu einem Postmesszeitpunkt, was aus evaluationsmethodischer Sicht als ein besonders wenig aussagekräftiges Forschungsdesign gilt, da eine Vielzahl möglicher Störeinflüsse nicht kontrolliert werden können. Bereits aufgrund der jeweils kleinen, nicht repräsentativen Stichproben selbstselektierter Nutzer(innen) lässt sich wegen naheliegender systematischer Verzerrungen **keine wissenschaftlich haltbare Aussage über die Wirksamkeit dieser Angebote** treffen. Es ist allerdings auch zu konstatieren, dass ein Wirksamkeitsnachweis im engeren Sinne (vgl. Kriterien in Abschnitt 2.3) für anonyme Helplines aufgrund von deren Rahmenbedingungen (Anonymität der Beratung ohne Möglichkeit der Verknüpfung mit objektiven Daten oder der systematischen Nachfrage) nicht realisierbar ist.

Im Hinblick auf bislang vorliegende **Evaluationen von Behandlungsprogrammen** ist zum aktuellen Zeitpunkt zusammenfassend zu konstatieren, dass **aufgrund der verwendeten Evaluationsdesigns keine wissenschaftliche Evidenz für die spezifische Wirksamkeit**

⁹⁶ Kuhle (2019, mündliche Mitteilung)

sekundärpräventiver psychotherapeutischer Behandlungsprogramme für Personen mit pädo-/hebephilen Interessen im Sinne einer Reduktion oder Verhinderung zukünftiger Sexualdelinquenz vorliegt, dies im Detail aufgrund von Studie zu Studie jeweils leicht variierender methodischer Probleme – teils fehlt eine Kontrollgruppe (Hannover und Regensburg), teils gibt es zwar eine Kontrollgruppe, jedoch zu kleine Effekte, zu wenig statistische Power und grundlegende Fehler bei der Auswertung (Berlin). **Das ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einem Nachweis der Unwirksamkeit.** Es fehlen aktuell ganz grundsätzlich wissenschaftliche Erkenntnisse dazu, ob solche Angebote sexuelle Handlungen mit Kindern oder den Konsum entsprechender Darstellungen verhindern können bzw. welche Wirkung sie haben auf Risikofaktoren für die (erstmalige) Begehung dieser strafbaren Handlungen. Dies liegt in erster Linie daran, dass ein solcher **Nachweis insbesondere für eine Zielgruppe mit einem geringen Ausgangsrisiko für Delinquenz methodisch besonders schwierig** ist.

Hinsichtlich der **Erreichbarkeit der Zielgruppe** durch Präventionsangebote erscheinen die Erkenntnisse aus den Experteninterviews sowohl in sich konsistent als auch in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der Literaturanalyse. Auf Basis der vorliegenden Befunde kann davon ausgegangen werden, dass bei Personen mit sexuellen Interessen an Kindern zwar aufgrund des Stigmatisierungsstress und des Leidensdrucks grundsätzlich ein Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf besteht, diese also behandlungsmotiviert sind, die gesellschaftliche Stigmatisierung bzw. deren Internalisierung (Selbststigmatisierung) durch die Betroffenen diese jedoch davon abhalten kann, sich jemandem mitzuteilen. Dies kann zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit führen, was wiederum zu einem erhöhten Risiko für das Begehen von Handlungen gegen die sexuelle Integrität von Kindern beitragen kann. Welche Bedeutung in diesem Zusammenhang Therapeut(inn)en zukommt, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

3.3 Behandlungsbedarf und Erleben des Kontakts mit Therapeutinnen und Therapeuten aus der Perspektive von MAPs

Im Folgenden werden zunächst Forschungsergebnisse zum subjektiven Erleben von Personen mit entsprechenden sexuellen Interessen zusammenfassend dargestellt, die bislang noch nicht im Hellfeld der Justiz auffällig geworden sind. Der Schwerpunkt liegt hier auf dem Erleben von Leidensdruck und Behandlungsbedarf sowie auf Erfahrungen und Bedürfnissen von MAPs in Behandlungsangeboten (Abschnitt 3.3.1). Nachfolgend werden empirische Erkenntnisse zu Erfahrungen von MAPs bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und zur Wirkung therapeutischen Handelns aus der Perspektive Behandlungssuchender dargestellt (Abschnitt 3.3.2).

3.3.1 Empirische Erkenntnisse zum subjektiven Erleben sexueller Interessen an Kindern und Jugendlichen und zum Behandlungsbedarf von MAPs

Die am häufigsten genannten sexuellen Probleme (rund die Hälfte der Befragten MAPs) betreffen den Bereich sexueller Selbstregulation wie speziell sexuelle Präokkupation (d.h. übermäßige gedankliche Beschäftigung mit Sexualität), die Nutzung von Sexualität zur Bewältigung negativer Gefühlszustände und einen aus ihrer Sicht zu ausgeprägten Konsum von Pornografie, wohingegen nur etwa 20% speziell die auf Minderjährige ausgerichteten Aspekte ihrer Sexualität als Problem berichteten (Piché et al., 2018). Eine Mehrzahl der befragten Personen in einer Studie von Houtepen, Sijtsema und Bogaerts (2016) gab an, dass die Anziehung, die für sie von Kindern und Jugendlichen ausgehe, massgeblich auch auf nicht-sexuellen Beziehungsmotiven und dem Bedürfnis nach Intimität und Nähe beruhe, die sich in Wünschen nach romantischen und freundschaftlichen Beziehungen mit Minderjährigen äussere, die nicht von sexuellen Absichten getragen sei. Darüber hinaus berichten MAPs von einer **deutlich erhöhten Suizidneigung** (Cohen, Wilman-Depena, Barzilay, Hawes, Yaseen & Galynker, 2019; Konrad, Haag, Scherner, Amelung & Beier, 2017). Dies scheint besonders zu gelten für junge Männer mit geringerem Bildungsniveau, vorheriger Behandlungserfahrung aufgrund psychischer Probleme, geringerem sexuellen Interesse an Frauen, eigener sexueller Missbrauchserfahrung in der Kindheit und wahrgenommener Stigmatisierung aufgrund der eigenen sexuellen Neigung (Cohen et al., 2019).

Aufgrund des hohen Leidensdrucks ist das **Bedürfnis nach therapeutischer Unterstützung** bei den betroffenen Personen beträchtlich: Sexuelle Interessen an Kindern waren in der Studie von Dombert und Kollegen (2016) mit dem Wunsch nach therapeutischer Behandlung assoziiert. 12% aller befragten Männer mit sexuellen Interessen an Kindern gaben dies an. Unter Männern, die mehr sexuelle Fantasien in Bezug auf Kinder als auf Erwachsene berichteten, stieg dieser Anteil sogar auf 50% an.

Im Hinblick auf die in Abschnitt 3.2 erfolgte Diskussion des Wirksamkeitsnachweises sekundärpräventiver Massnahmen für MAPs erscheint angesichts der in diesem Abschnitt aufgezeigten Belastungen ein weiterer Gesichtspunkt relevant: Durch den gesellschaftlich relevanten Fokus auf Kriminalprävention wird möglicherweise der Blick auf andere Kriterien für die Wirksamkeitsevaluation von sekundärpräventiven Programmen verstellt. Aus ethischer Sicht wäre zu argumentieren, dass auch die Verhinderung subjektiven Leids und die Steigerung von Wohlbefinden und Lebensqualität (im Sinne einer Prävention im Hinblick auf psychische Gesundheit) bei belasteten Personen, die von sich aus therapeutische Hilfe nachsuchen, ein bedenkenswertes sekundärpräventives Ziel jenseits kriminalpräventiver Erfolgsindikatoren im engeren Sinn sein sollte. Zumindest ist dies ein sekundärpräventives Ziel, das bei Knack et al. (2019) als genereller Fokus bei solchen Massnahmen gefordert wird. Die hohen subjektiven Belastungen mit psychischen Störungen und Symptomen aus dem emotionalen und sozialen Bereich, die bei MAPs festgestellt werden, legen dies jedenfalls nahe (Levenson, Grady & Morin, 2019).

Festzuhalten ist zunächst, dass der Leidensdruck und das Bedürfnis von MAPs nach therapeutischer Unterstützung beträchtlich zu sein scheint. Inwieweit hilfeschuchende Betroffene derzeit Unterstützung finden, wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

3.3.2 Empirische Erkenntnisse zur Wirkung therapeutischen Handelns aus der Perspektive hilfeschuchender MAPs und zu Verbesserungsmöglichkeiten

Internationale empirische Studien verweisen darauf, dass sich die Suche nach qualifizierten Therapeut(inn)en für Betroffene ausgesprochen schwierig zu gestalten scheint (Levenson & Grady, 2018; Levenson, Willis & Vicencio, 2017; Jahnke, 2018), dies zum einen dadurch, dass auch unter Therapeut(inn)en **ausgeprägte Ressentiments gegenüber MAPs** existieren und die Behandlungsbereitschaft entsprechend gering zu sein scheint. So waren etwa in einer Untersuchung von Stiels-Glenn (2010) weniger als 5% der befragten Therapeut(inn)en bereit, MAPs zu behandeln. Indirekt kann eine Existenz ausgeprägter Ressentiments auch daraus geschlossen werden, dass die am häufigsten von MAPs berichteten Nachteile im Zusammenhang mit einer Offenbarung ihrer sexuellen Interessen gegenüber professionellen Behandler(inne)n wahrgenommen wurden (Wagner et al., 2016).

Eine zweite Schwierigkeit scheint darin zu bestehen, dass behandelte MAPs die angewandten **Behandlungsmethoden**, welche ausserhalb spezifisch sekundärpräventiver Kontexte entwickelt wurden, **als nicht zielführend erleben** (Grady, Levenson, Mesias, Kavanagh & Charles 2018; Jahnke, 2018; Wagner, 2016). So gaben 88% der Befragten in einer grösseren Studie in einem Online-Netzwerk für MAPs an, dass professionelle Psychotherapeut(inn)en ein **mangelndes Verständnis von sexuellem Interesse an Kindern** besässen, und die Mehrheit berichtete, in der Therapie **nicht mit Respekt und Neutralität behandelt** worden zu sein.

Ebenso wurde eine **Inkompatibilität der Therapieziele von Betroffenen und Behandler(inne)n** berichtet: Während MAPs vor allem daran interessiert waren, besser mit den interpersonell beeinträchtigenden Alltagsfolgen ihrer stigmatisierten sexuellen Neigung umgehen zu lernen, waren die Ziele der Behandler(innen) eher auf eine Kontrolle des potentiellen Risikos sexuellen Missbrauchs ausgelegt (B4U-ACT, 2011; Seto, 2018). Entsprechend berichteten zwar 75% der befragten MAPs bei Levenson und Grady (2018), dass sie professionelle Hilfe nachgesucht hätten, aber nur die Hälfte von ihnen erlebte diese als hilfreich. Von den in einer Studie von Piché et al. (2018) befragten MAPs gab nur rund jede fünfte Person an, vorher Hilfe aufgrund sexueller Probleme nachgesucht zu haben, wobei die am häufigsten genannten Gründe für die Nichtanspruchnahme Scham, Schüchternheit und fehlendes Wissen über Therapiemöglichkeiten waren.

Die fehlende Passung zwischen Behandlungsansätzen und dem Leidensdruck der Betroffenen dürfte die Erfolgsaussichten von Therapiemassnahmen erheblich schwächen. Als zielführend wird es in diesem Zusammenhang erachtet, die von der Klientenschaft selbst als problematisch wahrgenommenen Aspekte des Lebensalltags und ihrer Sexualität in den Vordergrund der therapeutischen Bemühungen zu stellen und den Betroffenen dabei helfen zu können, mit dem Stigma ihrer sexuellen Identität leben zu lernen (Cantor, 2014; Jahnke, 2018;

Schwarze & Hahn, 2016). Als Voraussetzung für ein Abrücken von reiner Risikofokussierung wird ein Abbau von Vorurteilen angesehen. Jahnke (2018) führt hierzu aus, dass Therapeut(inn)en, die sich darauf spezialisieren möchten, therapeutisch mit MAPs zu arbeiten, neben spezifischem Fachwissen eine tiefergehende einstellungsbezogene Weiterbildung benötigen. Ziel einer solchen Massnahme sollte sein, dass die Teilnehmenden a) verstehen, dass Pädophilie nicht das gleiche wie sexueller Kindesmissbrauch ist, dass sie sich b) darüber klar werden, dass stigmatebezogener Stress psychische Probleme nach sich zieht, welche zu einem erhöhten Missbrauchsrisiko beitragen können, sich c) Kenntnisse zum therapeutischen Umgang mit atypischen sexuellen Interessen aneignen, da es diesbezüglich erhebliche Überschneidungen behandlungsrelevanter Themen gibt (z.B. Stresserleben aufgrund des Verheimlichens der eigenen sexuellen Identität, Umgang mit Scham, Möglichkeiten zur Förderung der sozialen Unterstützung). Sie sollten sich d) dessen bewusstwerden, dass Stigmatisierung die Behandlungsbereitschaft sowohl auf Seiten der Behandelnden als auch auf Seiten der Betroffenen verringert, und sollten sich in diesem Zusammenhang intensiv mit ihren eigenen stigmatisierenden Einstellungen auseinandersetzen (Jahnke, 2018).

Auch kurze Informationsvermittlungsinterventionen haben in ersten Interventionsstudien gezeigt, dass sich die stigmatisierenden Einstellungen von Behandler(inne)n durchaus positiv beeinflussen lassen, was auf Informationsdefizite der Fachpersonen schliessen lässt (Jahnke, Philipp & Hoyer, 2015; Levenson & Grady, 2019). Allerdings scheinen sich deutliche Effekte insbesondere dann zu zeigen, wenn die Vermittlung mit Hilfe einer selbst betroffenen Person erfolgte, was wiederum gegen eine einfache Informationsvermittlung spricht und die Bedeutung der Einstellungsänderung unterstreicht (Harper, Bartels & Hogue, 2016). Dass Vorbehalte mit einem Mangel an spezifischem Wissen korrelieren, ist auch aus Forschungen zu Einstellungen gegenüber anderen stigmatisierten Personengruppen bekannt (z. B. Niehaus, Krüger & Caviezel Schmitz, 2013). Sozialpsychologische Untersuchungen verweisen darauf, dass Einstellungsänderungen einiger Bemühungen bedürfen, die über eine bloße Wissensvermittlung hinausgehen (Krahé & Altwasser, 2006).

Knack et al. (2019) betonen in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung von Medienkampagnen, welche den Bekanntheitsgrad der Behandlungs- und Beratungsangebote erhöhen und damit kurzfristig eine kompetente Weiterleitung an Expert(inn)en sicherstellen und mittelfristig auch ein gesamtgesellschaftliches Umdenken und eine finanzielle Unterstützung sekundärer Präventionsangebote bewirken könnten. Nicht zuletzt hieran krankt auch die nordamerikanischen Präventionsangebote mit Behandlungsoption. Denn die dort geltenden, sehr weitgehenden Meldepflichten sind nicht der einzige erfolgshemmende Faktor, sondern deren Existenz spiegelt eine gesamtgesellschaftliche, stigmatisierende Haltung wider, welche u.a. auch dazu geführt hat, dass singulär initiierte Massnahmen keinerlei finanzielle Unterstützung erhalten (Heasman & Foreman, 2019; Seto, 2019⁹⁷). Die Bedeutung wirksamer Medienkampagnen unterstreichen nicht zuletzt auch die Aussagen der befragten nationalen

⁹⁷ Quelle: Experteninterview

und internationalen Expert(inn)en, welche einhellig der Öffentlichkeitsarbeit und einer besseren Aus- und Weiterbildung entscheidende Bedeutung zumessen.

3.3.3 Zwischenfazit zu Erkenntnissen zum Behandlungsbedarf und Erleben des Kontakts mit Therapeut(inn)en

Zusammenfassend kann der Zusammenhang von Stigmatisierungserleben und psychischem Belastungserleben bei Männern⁹⁸ mit sexuellem Interesse an Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung international als gut belegt eingeschätzt werden, wenngleich auch hier im Hinblick auf die Kausalität einschränkend zu sagen ist, dass längsschnittliche oder experimentelle Studien fehlen. Obwohl von einem erhöhten selbstberichtetem Belastungserleben bei MAPs ausgegangen werden kann, und MAPs auch spezifischen Behandlungsbedarf berichten, ist auf Basis vorliegender Befunde davon auszugehen, dass die von den MAPs wahrgenommene und befürchtete Stigmatisierung durch potentielle Behandler(innen) zu einer reduzierten Behandlungsmotivation führt. Ein weiteres Hindernis scheint die unterschiedliche Therapiebedürfniswahrnehmung zu sein – mit einem primär kriminalpräventiven Fokus seitens Behandelnder und dem vorwiegenden Wunsch nach Bewältigung erlebten Stigmatisierungsstresses auf Betroffenenseite, der sich primär in interpersonellen Problemen wie Einsamkeitserleben und sozialem Rückzug aber beispielsweise auch in Depressivität, Substanzmissbrauch und Suizidalität äussert.

3.4. Versorgungssituation in der Schweiz

3.4.1 Historische Entwicklung

Historisch ist Sylvia Tanner als Pionierin sekundärpräventiver Angebote in der Schweiz zu betrachten. Sie gründete im Jahr 1994 in ihren Privaträumen im Kanton Schaffhausen eine Beratungsstelle für MAPs und von diesem Thema indirekt Betroffene, welche sie bis zu ihrem Tode im Jahr 2010 ehrenamtlich betrieb. Neben Fachberatung half sie Betroffenen, mit ihrer Neigung leben zu lernen. Sie war damit innerhalb der Schweiz die erste Person, welche erkannte, wie gross der Unterstützungsbedarf derjenigen ist, welche sich ihres sexuellen Interesses an Kindern bewusstwerden und dieses nicht ausleben wollen, und dass ihnen die Möglichkeit gegeben werden muss, mit jemandem darüber sprechen zu können, ohne die eigene soziale Existenz zu gefährden (Manetti, 2014). Sylvia Tanner war Mitbegründerin des seit 2002 in Deutschland ehrenamtlich betriebenen Beratungs- und Informationsangebots ITP Arcados. Sie war selbst keine ausgebildete Therapeutin und beschränkte sich eigenen Angaben nach daher auf Beratung und Unterstützung Betroffener und deren Vertrauenspersonen. Anlass für sie, sich mit dem Thema intensiv zu beschäftigen, bildete Anfang der 1990er Jahre der Suizid eines pädophilen Freundes, welcher mit seiner Neigung und der

⁹⁸ Auf weitestgehend fehlende Erkenntnisse zu pädophilen oder hebephilen sexuellen Interessen bei Frauen wurde weiter oben bereits hingewiesen.

damit verbundenen Stigmatisierung nicht zurechtgekommen sei (<https://www.itp-arcados.net/beratung/geschichte.html>). Aufgrund ihres Engagements war sie in Schaffhausen seinerzeit Anfeindungen ausgesetzt. Das in Deutschland vorgehaltene Online-Angebot existiert nach wie vor.

3.4.2 Aktuelle Angebotsstruktur

Da im Hinblick auf die Schweizer Behandlungs- und Beratungsangebote für MAPs weder Publikationen über internationale Fachdatenbanken ausgemacht werden konnten, noch auf den Homepages der Programmanbieter über die wenig ausführlichen Patienteninformatio- nen hinaus weitere Forschungsliteratur oder Programmbeschreibungen oder weiteres aus- sagekräftiges Material für die Dokumentenanalyse⁹⁹ identifiziert werden konnte, basieren die Ausführungen in diesem Abschnitt überwiegend auf den Interviews mit Schweizer Ex- pert(inn)en. Daten liegen (mit Ausnahme der von DIS NO dokumentierten Nutzungsdaten) zu den Schweizer Projekten nicht vor, wissenschaftlich evaluiert wurde bislang keines dieser Projekte.

3.4.2.1 Deutschschweiz

In der deutschsprachigen Schweiz gibt es aktuell zwei sekundärpräventive Angebote mit Be- handlungsoption, die über die Universitätsklinik Basel¹⁰⁰ unter der Leitung von Prof. Dr. Marc Graf und vom Anbieter FORIO (<https://www.keinmissbrauch.ch/>) unter der Leitung von lic. phil. Monika Egli-Alge angeboten werden. Ein anonymes Beratungsangebot ohne Behand- lungsoption existiert in der Deutschschweiz nicht.

Bezüglich des in der Klinik für Forensik der Universitären Psychiatrischen Kliniken angesie- delten **Baseler Projekts** ist einem Zeitungsartikel (Simonsen, 2018) zu entnehmen, dass sich über die knapp ersten vier Jahre des Präventionsprojekts 50 Anfragen ergeben hätten, von denen zehn Personen an einer Therapie teilgenommen hätten. Das Programm richtet sich an Personen, die abweichende sexuelle Interessen bei sich vermuten, die u.a. auch sexuelle Interessen an Kindern und Jugendlichen beinhalten können und die bislang noch nicht strafrechtlich belangt worden sind oder bereits eine Strafe verbüsst haben und befürch- ten, erneut straffällig werden zu können. Die Kosten für die Behandlung übernimmt entweder die Krankenkasse (Anonymität gegenüber der Kasse *nicht* möglich) oder diese müssen von den Betroffenen selbst getragen werden (ca. CHF 200/Sitzung).

Marc Graf erläuterte hierzu, dass sie bereits in den 1990er Jahren für die Behandlung von Sexualstraftätern bekannt gewesen seien und dann auch früh begonnen hätten, Freiwillige mit pädophilen Neigungen in Einzeltherapien zu behandeln, für eine Gruppentherapie seien es nie genügend Personen gewesen. Vor 10 Jahren habe man dann ein strukturiertes Prä- ventionsprogramm anbieten wollen, das sei ihnen jedoch wegen der Aussenwirkung von der

⁹⁹ DIS NO stellt diesbezüglich eine Ausnahme dar.

¹⁰⁰ www.upk.ch/erwachsene/erwachsenenforensik/therapien

Klinikleitung untersagt worden. Ihr aktuelles Angebot richte sich primär an Erwachsene, man wolle dies aber nun auf Jugendliche erweitern. Bislang sei noch nie eine weibliche MAP bei ihnen behandelt worden. Angehörige würden auf Wunsch des Patienten in die Therapie einbezogen, dies sei jedoch nur in etwa 10% der Fälle relevant, denn viele dieser Patienten seien sozial isoliert.

Alle Therapeut(inn)en seien geschult darin, was sie wann melden müssten, Konsum von Missbrauchsabbildungen werde ebenso wenig wie ältere Delikte gemeldet. Die Abrechnung laufe über die Krankenkasse, der Anteil der Selbstzahler sei mit unter 5% sehr gering. Ausschlusskriterien für eine Behandlung gebe es abgesehen von einem aktuellen Delikt keine. Als ungünstig schätzte Marc Graf die Anbindung an die Forensik ein, die Hemmschwelle, sich zu melden, sei dadurch sehr hoch, eine Anbindung an die Sexualmedizin sei zielführender. Auf der Homepage der UPK steht der forensische Zusammenhang deutlich im Vordergrund, der Hinweis auf Behandlungsmöglichkeit auf freiwilliger Basis und der Link zu einem Infoblatt für die Zielgruppe sind nicht sehr prominent platziert und nach Einschätzung der Autorenschaft leicht zu übersehen.

Das im Jahr 2009 in Anlehnung an das Berliner Projekt Dunkelfeld lancierte **Projekt zur Beratung und Therapie von Männern mit pädophilen Neigungen des FORIO** richtet sich laut Homepage sowohl an Männer, die bisher keine Übergriffe begangen haben aber befürchten, sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen zu können, als auch an Männer, die bereits sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen oder Darstellungen von sexuellem Kindesmissbrauch genutzt haben. Während das Angebot des FORIO auf seiner Webseite zwar argumentativ forensisch in das Thema einsteigt, nämlich mit Prävalenzen sexuellen Kindesmissbrauchs, wird mit einigen weiteren Sätzen zumindest das Thema Pädophilie so weit ausgeführt, dass klar wird, dass es auch Personen geben kann, die keine Übergriffe begehen möchten. Gleichwohl bleibt die Rahmung forensisch und das Angebot inhaltlich wie strukturell mit Straffälligkeit verknüpft.

Teilnahmeinteressierte werden nach einer eingehenden Diagnostik in das Therapieprogramm aufgenommen. Die Behandlung erfolgt im Einzel- und Gruppensettings; Nutzerzahlen waren bis zur Abfassung des vorliegenden Berichts nicht recherchierbar. Ziel dieser Angebote ist einerseits die Stärkung der Kontrolle sexueller Impulse und die Unterstützung von Männern in ihrem präventiven Engagement gegen sexuellen Kindesmissbrauch. Dies erfolgt in Anlehnung an das oben beschriebene Berliner PPD-Programm. Durchgeführt werden die Gruppentherapien mit bis zu sechs Teilnehmern in diskretem Rahmen an einem anonymen Ort. Sie werden von zwei Psychotherapeuten geleitet, einer Frau und einem Mann. Die Kosten werden mit der Krankenkasse abgerechnet und orientieren sich an den Tarifen der Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen und sind bei Wunsch nach Anonymität selbst zu tragen. In Rechnung gestellt wird nicht allein der zeitliche Aufwand für die Therapie, sondern der effektive zeitliche Aufwand inklusive Aktenstudium, Zusatzabklärungen und Spesen. Wer im System nicht auffallen wolle, zahle gemäss Monika Egli-Alge selbst.

Monika Egli-Alge erläuterte, dass die Ressourcen für eine im Austausch mit dem Berliner Projekt eigentlich geplante Medienkampagne nicht ausgereicht hätten. Sie bemühe sich daher auf anderem Wege um Öffentlichkeitsarbeit, gebe Interviews und beantworte Anfragen. Selbstmeldende Frauen hätten sie bislang keine gehabt, nur solche, welche wegen Übergriffen Auflagen erhalten hätten. Ausschlusskriterien seien für sie schwere psychische Erkrankungen, schwere Suchterkrankungen und schwere Selbst- und Fremdgefährdung. Angehörige würde man gerne besser erreichen; an einem Standort hätten sie damit begonnen, mit den Angehörigen zu arbeiten, gerade bei den Pädophilen seien diese aber nicht gekommen. Sie würden nicht nach Manual arbeiten, sondern hätten ihren eigenen Ansatz entwickelt, das sog. DORM (Deliktorientiertes Risikomanagement). Sie würden in den Gruppentherapien alle Kategorien (Alter, Geschlecht, Delikt etc.) wie auch Freiwillige und Personen mit Behandlungsaufgabe mischen. Vergangene Delikte und aktuelle Nutzung von Missbrauchsabteilungen würden nicht gemeldet. Es brauche eine rechtliche Klärung, wann man melden dürfe oder müsse.

3.4.2.2 Romandie

In der Romandie befinden sich zwei Anlaufstellen mit Behandlungsoption an den Universitätskliniken in Lausanne (CHUV) und Genf (HUG). Auch diese Angebote werden nicht beworben und erscheinen online nicht leicht auffindbar. Die Romandie verfügt zudem mit DIS NO über ein anonymes Beratungsangebot ohne Behandlungsoption.

Die **Consultation Claude Balier** an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Lausanne (CHUV) behandelt fast ausschliesslich Sexualstraftäter(innen). Dies sei auch das ursprüngliche Ansinnen gewesen, als die ambulante Beratungsstelle im Jahre 2003 eröffnet worden sei. Im Jahr 2013 sei das Angebot dann grundsätzlich auch für MAPs geöffnet worden, seither hätten ca. drei bis fünf MAPs bei ihnen Behandlung nachgesucht, davon ein Jugendlicher. Eine weibliche MAP sei noch nicht erschienen. Das Angebot richtet sich jedoch als einziges Behandlungsangebot in der Schweiz explizit auch an Jugendliche ab 15 Jahren. Ausschlusskriterien gebe es keine, aber es gebe Leute, die sich selbst wegen der Möglichkeit ausschliessen, dass sie gemeldet werden könnten. Die Angehörigen versuche man insbesondere bei Jugendlichen miteinzubeziehen, dies sei jedoch nur mit dem Einverständnis der Patienten möglich.

Das in der Sexologie angesiedelte **ambulante Behandlungsangebot der Universität Genf** (HUG) behandle unter anderen in den Bereich der Sexologie fallenden Problemen auch Paraphilien. Überwiegend kämen ihre Patienten in Folge einer Verurteilung wegen einer Sexualstraftat. Lorenzo Soldati gab an, zeitlich nicht genau verorten zu können, ab wann dieses Thema seit den 1970ern konkret bedient worden sei. In jedem Falle seien MAPs, welche sich ohne justizielle Auflage meldeten, sehr selten, es seien vielleicht zwei bis drei seit Beginn des Angebots gewesen. Ihre Zielgruppe seien erwachsene Sexualstraftäter, einmal sei eine (verurteilte) Frau darunter gewesen. Abgerechnet werde ganz normal über die Krankenkasse.

Den Einbezug von Angehörigen würden sie als wichtig erachten, praktisch komme dies allerdings kaum vor, weil die Betroffenen entweder sozial isoliert seien oder ihren Konsum von Missbrauchsabbildungen vor ihren Angehörigen verheimlichen wollten. Therapeutisch stehe Rückfallvermeidung, Empathie für das Opfer aber auch gesellschaftliche Integration im Vordergrund. Sie seien in Kontakt mit DIS NO. Diese würden nicht einen niedergelassenen Therapeuten kennen, der sich mit der Behandlung von MAPs wirklich auskenne.

Obwohl das in Genf vorgehaltene Behandlungsangebot im Gegensatz zur formal und inhaltlich klar auf Sexualstraftäter ausgerichteten Consultation Balier formal an die Sexualmedizin angebunden ist, weckt auch dessen Internetauftritt eher forensische Assoziationen. Der Eindruck einer inhaltlich durchaus eher an Straftäterbehandlung orientierten Ausrichtung bestätigte sich nicht zuletzt in den beiden Experteninterviews, auch wenn hervorgehoben wurde, dass man auch Personen ohne justizielle Auflage behandle.

DIS NO (www.disno.ch) hat seinen ursprünglichen Fokus von potentiellen Opfern auf sekundäre Präventionsangebote für potentielle zukünftige Täter verschoben. Das in der jetzigen Form seit Mai 2014 bestehende Angebot richtet sich an MAPs, die noch kein delinquentes Verhalten gezeigt haben, was für die Betreiber eine wichtige Grundlage darstellt, da sie verhindern wollen, dass MAPs sich selbst mit Sexualstraftäter(inne)n assoziieren. Das Angebot besteht aus einer anonym kontaktierbaren Helpline. Ähnlich wie bei *Stop it Now!* werden Informationen für MAPs zu sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen und zur Prävention entsprechender Straftaten angeboten. Auf Wunsch können Termine mit aktiv zuhörenden Berater(inne)n angefragt werden. Die Angebote sind kostenlos. Eine direkte Behandlungsoption durch *Dis No* ist nicht vorgesehen, auch nicht im Krisenfall. Falls notwendig, werden MAPs an einschlägig erfahrene Institutionen oder Behandler(innen) weitergeleitet. Allerdings sei es ein grosses Problem, hierfür qualifizierte Therapeut(inn)en in der Schweiz zu finden. Bisweilen werde ihnen auch von MAPs zurückgemeldet, dass diese sich wie ein Täter behandelt und stigmatisiert gefühlt hätten.

Eine Besonderheit dieses Programms ist, dass es als einziges der bislang dargestellten Projekte auf der Homepage auch Informationsangebote vorhält, die sich speziell an weibliche MAPs richten. Bislang liegen keine wissenschaftlich aufbereiteten Ergebnisse oder Publikationen zum Projekt und dessen Nutzungsdaten vor, jedoch sind dem jährlichen Rechenschaftsbericht genaue Informationen über Anzahl und Anliegen der Nutzer(innen) zu entnehmen. Demnach ist etwa dem Rechenschaftsbericht des Jahres 2018¹⁰¹ zu entnehmen, dass 88 Personen Beratung gesucht hätten, davon seien 20 Personen selbst betroffen gewesen (18 Männer und zwei Frauen).

Angehörige zu erreichen, um auch an Betroffene herankommen zu können, welche sich selbst nicht meldeten (z. B. weil sie sich ihres Problems nicht bewusst seien oder es verleugneten), sei ein wichtiges Anliegen von ihnen.

¹⁰¹ Abrufbar unter: https://www.disno.ch/wp-content/uploads/2019/05/BAT02_DisNo_RA2018.pdf

3.4.2.3 Tessin

Während der Erstellung des vorliegenden Berichts wurde nach dem Vorbild von DIS NO neu ein entsprechendes Angebot im Tessin (IO NO) lanciert (<https://www.io-no.ch/>), wobei die Hotline zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Berichts noch nicht freigeschaltet war. Ein spezielles Behandlungsangebot für MAPs existiert im Tessin nicht.

3.4.3 Behandlungsangebot niedergelassener Schweizer Therapeut(inn)en: Selbsteinschätzung der Qualifikation, Einstellungen und Behandlungsbereitschaft¹⁰²

3.4.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Den im Folgenden dargestellten Ergebnissen der Online-Befragung in der Schweiz tätiger Psychotherapeut(inn)en, Psychiater(inne)n und Sexolog(inn)en liegen die zum Stichtag 01.01.2020 vorliegenden Daten¹⁰³ zugrunde. Alle berücksichtigten Teilnehmenden ($N=427$) gaben an, in der Schweiz tätig zu sein, davon 21.1% ($n = 90$) in der Romandie, 74.7% ($n = 319$) in der deutschsprachigen Schweiz und 4.2% ($n = 18$) im Tessin. Es beteiligten sich 293 Frauen (mittleres Alter 52.7 Jahre) und 134 Männer (mittleres Alter 56.5 Jahre) an der Befragung, die Sprachregionen weisen hinsichtlich der Geschlechterrelation keine Unterschiede auf. Weibliche Teilnehmende waren im Vergleich zu männlichen aktuell häufiger angestellt und etwas seltener selbständig tätig, hinsichtlich behandelter Altersgruppen (Kinder und Jugendliche versus Erwachsene) zeigten sich keine Geschlechterunterschiede.

Der Tabelle 2 ist die relative Beteiligung der unterschiedlichen Professionen zu entnehmen. Die Gruppe der Sexolog(inn)en war mit 13 Teilnehmenden zu klein für berufsgruppenspezifische Auswertungen. Für berufsgruppenspezifische Auswertungen wurde daher eine Dichotomisierung in psychologische Psychotherapeut(inn)en und Psychiater(innen) vorgenommen, wobei sich diese Teilstichprobe ($N = 414$) zu etwa zwei Dritteln aus Psycholog(inn)en und zu einem Drittel aus Psychiater(inne)n zusammensetzte.

¹⁰² Quelle: Soweit nicht explizit anders ausgewiesen, beziehen sich diese Ausführungen auf die Ergebnisse der Online-Befragung von Schweizer Fachpersonen im Sommer und Herbst 2019.

¹⁰³ Aus auswertungsökonomischen Gründen wurden wechselnde Stichprobengrößen pro Berechnung vermieden, indem lediglich die vollständig ausgefüllten Bögen berücksichtigt wurden. Von den $N = 436$ Teilnehmenden mit vollständiger Beantwortung der Fragen waren 8 nie ambulant tätig und wurden von den Analysen für die hier vorliegende Fragestellung bezüglich niedergelassener Behandler(inne)n ausgeschlossen. Da das Geschlecht sich zudem als bedeutsam für die Behandlungsbereitschaft herausstellte, musste zudem eine weitere teilnehmende Person von den weiteren Auswertungen ausgeschlossen werden, welche bezüglich des Geschlechts die dritte Option gewählt hatte.

Tabelle 2: Übersicht über Professionshäufigkeiten

Professionsgruppen	n (%)
FMH Psychiatrie & Psychotherapie	110 (25,8)
FMH Kinder- & Jugendpsychiatrie	50 (11,7)
Psychologische Psychotherapeut(inn)en FSP	242 (56,7)
Psychotherapeut(inn)en ASP	33 (7,7)
Sexolog(inn)en	13 (3,0)

Anmerkung: N = 427. Mehrfachnennungen möglich. Dichotomisiert in Psychotherapeut(inn)en ($n = 268$; 62,8%) vs. Psychiater(innen) ($n = 146$, 34,2%; $N = 414$) für Vergleichsanalysen.

Mit durchschnittlich 23.5 Jahren wiesen die Teilnehmenden eine langjährige (allgemeine) Therapieerfahrung auf ($M_{\text{Männer}} = 27,2$; $M_{\text{Frauen}} = 21,9$). Im Hinblick auf Alter wie auch die Therapieerfahrung zeigten sich keine Geschlechterunterschiede. Eine detaillierte Darstellung deskriptiver Daten wie auch der Regions- und Geschlechtsunterschiede ist der Tabelle A2 im Anhang zu entnehmen.

3.4.3.2 Spezifische Behandlungserfahrung

Tabelle 3 sind Informationen zur spezifischen Erfahrung der Teilnehmenden in der Behandlung von MAPs sowie die Patientencharakteristika der behandelten MAPs zu entnehmen. Die Mehrheit der Befragten (58%) gab an, noch nie einen Patienten mit pädophilen oder hebephilen sexuellen Interessen behandelt zu haben, 14% lediglich einen Patienten. Lediglich 6% aller Therapeutinnen und Therapeuten gaben an, jemals eine weibliche MAP gesehen zu haben, wobei unklar ist, inwieweit davon ausgegangen werden kann, dass diese korrekt erkannt wurden – auffallend erscheint nämlich, dass eine Person angab, 12 weibliche MAPs behandelt zu haben, was angesichts der aus dem Berliner Projekt Dunkelfeld bekannten Zahlen¹⁰⁴ insbesondere aufgrund des um einige Jahre kürzeren Beobachtungszeitraumes in der Schweiz höchst unwahrscheinlich erscheint.

Diejenigen, welche schon MAPs behandelt hatten, gaben im Mittel an, dass knapp die Hälfte dieser Patient(inn)en zusätzliche sexuelle Interessen an Erwachsenen gehabt habe. Etwa ein Drittel der Patient(inn)en habe das sexuelle Interesse an Minderjährigen zu Beginn der Therapie mitgeteilt und auch eine Nutzung von Missbrauchsabbildungen eingeräumt, 43%

¹⁰⁴ Gemäss Kuhle (Quelle: Interview vom 02.07.2019 und 09.07.2019) hätten sich in der Gesamtlauzeit des Berliner Projektes (14 Jahre) weniger als zwanzig Frauen gemeldet, von denen aber nur etwa die Hälfte überhaupt zu einem Termin erschienen seien. Von diesen wiederum könne bei ein bis zwei Fällen von einer Pädophilie ausgegangen werden, während der Rest eher Zwangsstörungen mit pädophilen Zwangsgedanken und keine entsprechende sexuelle Neigung aufgewiesen habe.

hätten ohne justiziellen Druck Behandlung nachgesucht und 29% hätten Kontaktdelikte eingeräumt. Mit Ausnahme der Angaben zu zusätzlichen sexuellen Interessen an Erwachsenen verweisen jedoch die deutlich geringeren Medianwerte darauf, dass der Mittelwert im vorliegenden Fall ein verzerrtes Mass für eine Beschreibung der Gesamtstichprobe ist¹⁰⁵. Bei der Interpretation der mittleren Prozentangaben ist also zu berücksichtigen, dass Schweizer Therapeut(inn)en mit Ausnahme einiger Spezialist(inn)en kaum Erfahrung mit der Behandlung von MAPs haben.

Tabelle 3: Übersicht über Patientencharakteristika Behandler

Item	<i>n</i> (%)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>
Keine Pat. behandelt ^{ac}	249 (58,3)	-	-	-
Zusätzliche sex. Interessen an Erwachsenen ^b	198	49,5	43,4	50
Freiwillig ohne justiziellen Druck ^b	198	42,7	46,0	12,5
Sex. Interesse mitgeteilt ^b	196	35,7	43,2	1
Kontaktdelikte eingeräumt	193	29,0	39,2	0
Nutzung von Missbrauchsabbildungen eingeräumt ^b	191	31,2	38,9	1

Anmerkungen: N = 427. ^a Anteil an Gesamtstichprobe ^b Angabe in Prozent der behandelten Patient(inn)en mit sexuellen Interessen an Minderjährigen, *n* bezieht sich auf Zahl der Beantwortenden, ^c bezieht sich auf männliche Patienten (*n* = 151 gaben an nur männliche MAP-Patienten gehabt zu haben, *n* = 4 nur weibliche MAP-Patienten und *n* = 23 MAP-Patienten beiderlei Geschlechts). *M* steht für Mittelwert, *Md* für Median, *SD* für Standardabweichung.

Tabelle 4 sind Angaben zur Weiterverweisungspraxis von Schweizer Therapeut(inn)en zu entnehmen. Jede fünfte bis sechste Person gab an, MAPs im Falle einer Kontaktaufnahme gerne weiterverweisen zu wollen, jedoch keine Behandlungsangebote zu kennen. Dreiviertel der Befragten gaben an, Betroffene (im Mittel) in erster Linie an MAP-spezifische Angebote, in zweiter Linie an sexualtherapeutische und forensische Angebote, sowie in dritter Linie an psychiatrische Kolleg(inn)en weiterverweisen zu wollen. Eine Weiterverweisung an Neurolog(inn)en scheint hingegen von Schweizer Therapeut(inn)en erwartungsgemäss überwiegend als abwegig eingeordnet zu werden.

¹⁰⁵ Mittelwert und Median (Wert, der die Antwortverteilung in zwei genau gleich grosse Hälften teilt; 50% der Antworten liegen darunter und 50% der Antworten darüber) sind genau gleich gross, wenn es sich um perfekt normalverteilte Daten handelt. Je ungleichmässiger die Verteilung, desto ungenauer ist der Mittelwert als Mass für die zentrale Antworttendenz in einer Stichprobe. Der Median hingegen ist ein Mass für die zentrale Antworttendenz, das weniger anfällig für die Verteilungsform der gegebenen Antworten ist.

Tabelle 4: Übersicht über Weiterverweisungspraktiken

Item	n (%)	M	SD
Würde verweisen, kenne keine Angebote.	74 (17,3)	5,3	1,9
MAP-spezifische Angebote	326 (76,3)	5,6	1,8
Forensische Angebote	327 (76,6)	4,9	2,1
Psychiatrische Kolleg(inn)en	325 (76,1)	4,4	2,2
Neurologische Kolleg(inn)en	307 (71,9)	1,8	1,3
Sexualtherapeut(inn)en	341 (79,9)	5,1	2,1

Anmerkungen: N = 427. Mehrfachnennungen möglich; siebenstufige Skala (1 *trifft gar nicht zu* bis 7 *trifft vollkommen zu*).

3.4.3.3 Spezifische Qualifikation und Kompetenzerleben

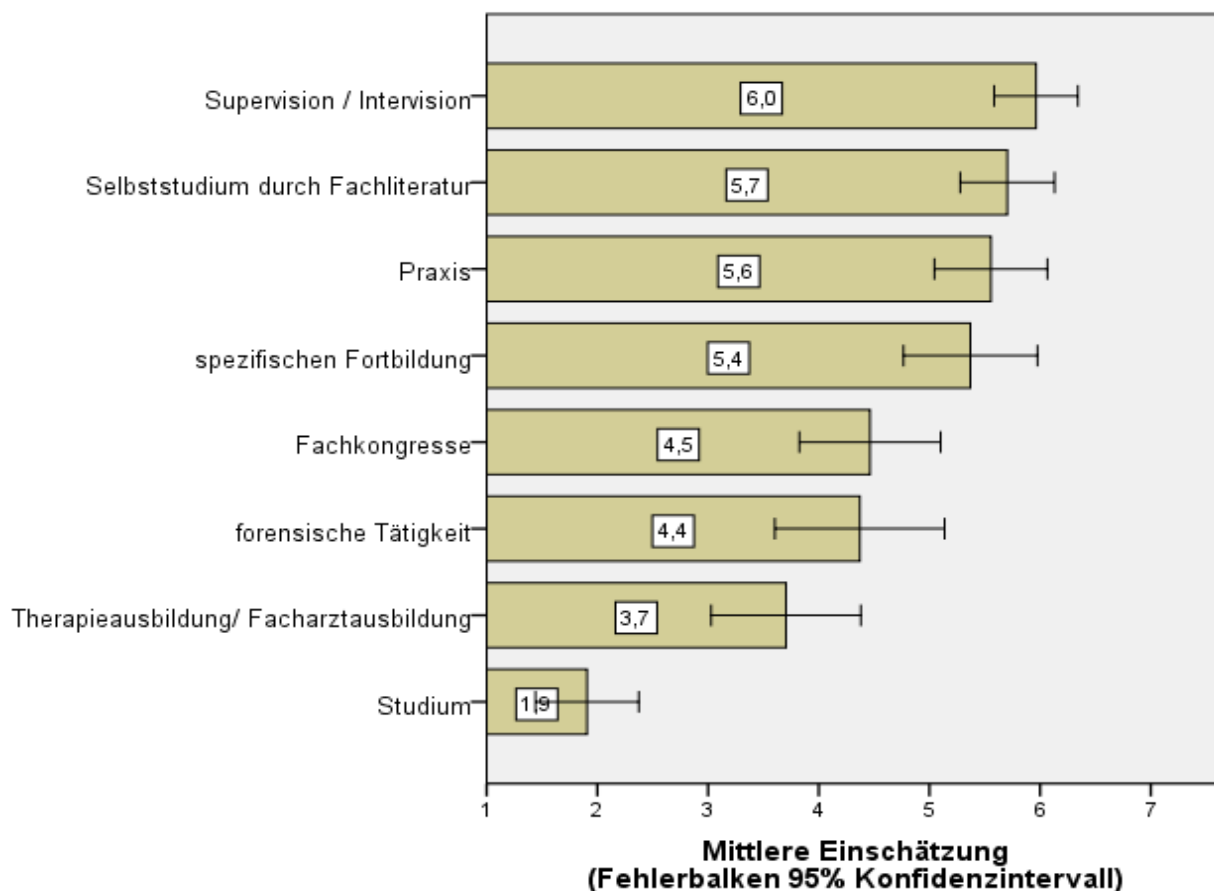
Die Mehrheit der Befragten (knapp 85%) gab an, in keiner Weise spezifisch fortgebildet zu sein für die Behandlung von MAPs. Gut jede fünfte befragte Person hielt sich gleichwohl für hinreichend kompetent (Wert ≥ 5 auf siebenstufiger Skala von *trifft gar nicht zu* bis *trifft vollkommen zu*), lediglich 16 Personen (3,7%) stimmten der Aussage voll zu, dass sie sich kompetent für eine Behandlung von Problemen fühlten, die im Zusammenhang mit sexuellem Interesse an Minderjährigen stünden. Vor dem Hintergrund des anzunehmenden starken Selbstselektionseffektes, der in der vorliegenden Untersuchung dazu geführt haben dürfte, dass sich insbesondere die Personen bis zum Ende der Befragung beteiligt haben dürften, welche sich mit dem Thema bereits intensiver auseinandergesetzt haben, ist dieser Anteil als gering anzusehen. Andererseits erstaunt, dass sich trotz der Diskrepanz zwischen spezifischem Qualifikationserwerb und subjektiv hinreichendem Kompetenzerleben knapp 40% der befragten Personen ohne jegliche spezifische Weiterbildung für hinreichend kompetent für eine Behandlung von MAPs zu halten scheinen. Insgesamt zeigt sich hier ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen dem Erwerb MAP-spezifischer Kompetenz und der Behandlungsbereitschaft ($r = .66$; $p < .001$)¹⁰⁶. Therapeutinnen schätzten sich selbst als weniger kompetent für die therapeutische Arbeit mit MAPs ein als ihre männlichen Fachkollegen ($r = -.26$; $p < .001$) und gaben in Übereinstimmung damit auch an, sich weniger spezifisch weitergebildet zu haben ($r = -.19$, $p < .001$).

¹⁰⁶ Korrelationen (Abkürzung r) beschreiben die Enge und die Richtung des Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen in einer Stichprobe. Die Höhe des Koeffizienten kann numerisch zwischen -1 und +1 liegen, wobei 0 völlige Unabhängigkeit der Merkmale bedeutet und 1/-1 eine perfekte Übereinstimmung. Das Vorzeichen gibt an, ob die Merkmale positiv (höhere/niedrigere Werte auf einem Merkmal sind assoziiert mit höheren/niedrigeren Merkmalen auf dem anderen Merkmal) oder negativ (höhere/niedrigere Werte auf einem Merkmal sind assoziiert mit niedrigeren/höheren Merkmalen auf dem anderen Merkmal). Der Buchstabe p beschreibt eine statistische Kenngröße, die – wenn sie kleiner als 0.05 ist – generell als Indiz dafür gedeutet wird, dass der gefundene Zusammenhang statistisch von Null verschieden ist.

Abbildung 8¹⁰⁷ bietet einen Überblick darüber, auf welchem Wege die Befragtenangaben, spezifisches Wissen erworben zu haben. Die Befunde verweisen insgesamt auf eine mangelhafte Aus- und Weiterbildungsstruktur. Entsprechende Ausbildungsinhalte werden nach dem Eindruck der Befragten¹⁰⁸ in Studium und Ausbildung nicht vermittelt, sondern es scheint aktuell im Ermessen der Einzelperson zu liegen, sich in Eigeninitiative gezielt um einen Erwerb spezifischer Kenntnisse zu bemühen, wobei Supervision und Selbststudium als Quelle spezifischer Kenntnisse an oberster Stelle zu rangieren scheinen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund des oben dargestellten Befundes, dass ca. 40% derjenigen, die sich als hinreichend kompetent einschätzen, gleichzeitig angeben, nie spezifische Kompetenzen erworben haben, erscheint die aktuelle Aus- und Weiterbildungspraxis zumindest überdenkenswert.

¹⁰⁷ Fehlerbalken quantifizieren die statistisch ermittelte Mess(un)genauigkeit. Dabei gilt, je länger der schwarze schmale Balken am Ende der eingefärbten Balken, desto ungenauer ist die Messung. In diesem Fall geben die Fehlerbalken die 95%-Konfidenzintervalle wieder. Dies bedeutet, dass bei wiederholten Durchführungen der Messung, die dabei gefundenen Werte mit 95%iger Wahrscheinlichkeit im dargestellten Intervall liegen werden. Auch hier gilt, je grösser das Intervall, desto ungenauer die durchgeführte Messung.

¹⁰⁸ Erhoben wurde nicht der objektive Kenntnisstand der Fachpersonen, sondern deren Selbsteinschätzung. Auch die Einschätzung, in welchem Kontext Kenntnisse erworben wurden, ist subjektiv. Auf objektiver Ebene ist diesbezüglich festzustellen, dass die Universität Genf aktuell einen CAS anbietet, im Rahmen dessen ein Modul dieser Thematik gewidmet ist.

Abbildung 8: Übersicht zum Erwerb spezifischer Kompetenzen

Bezüglich der Verteilung der selbsteingeschätzten spezifischen Kompetenzen der Therapeutinnen über die Sprachregionen ist des Weiteren festzustellen, dass der Anteil derjenigen, welche selbst einschätzten, spezifische Kompetenzen zu haben, im Tessin bei 0% lag, in der Romandie bei 22% und in der Deutschschweiz bei 14% (diese Unterschiede sind statistisch signifikant).

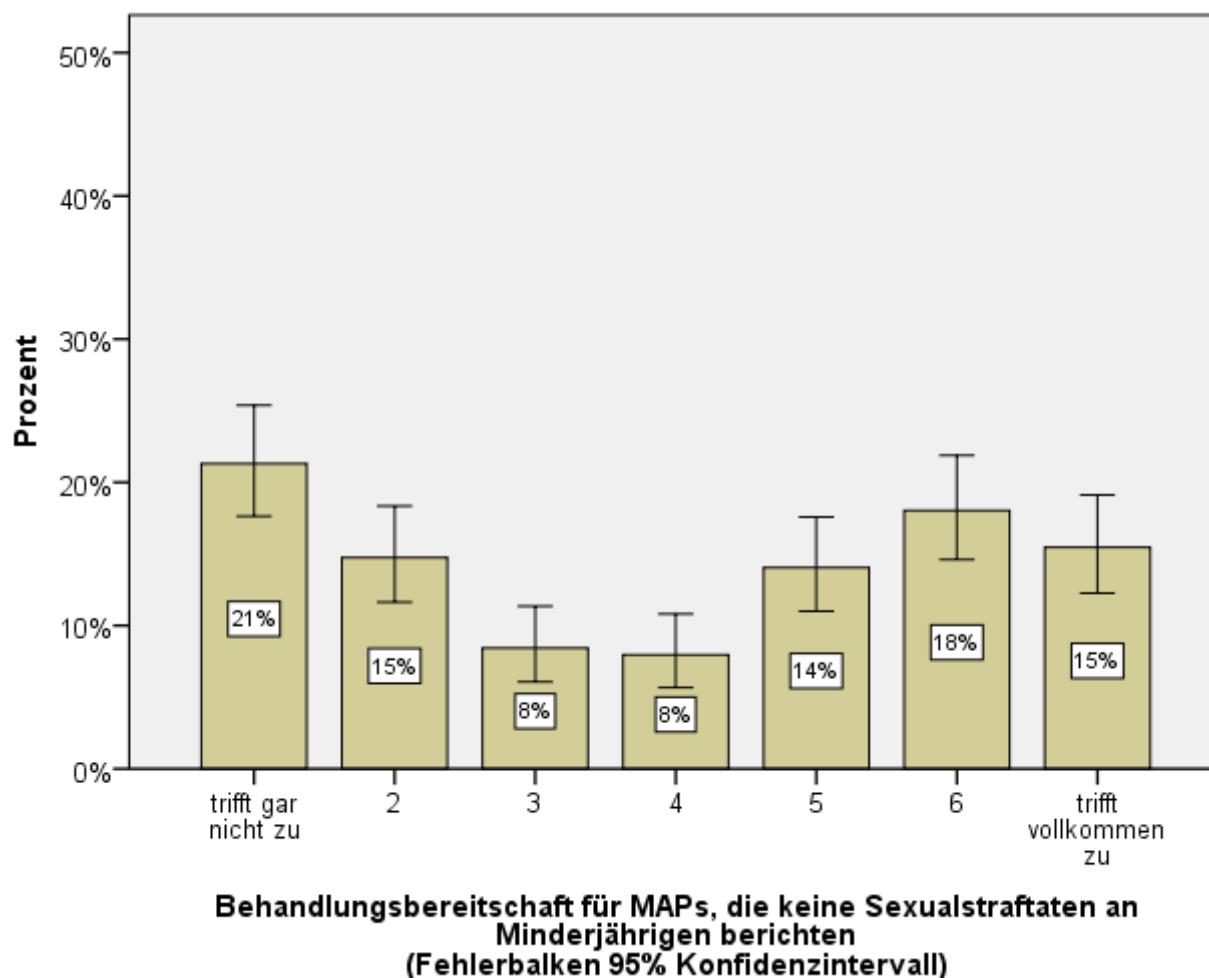
3.4.3.4 Einstellungen zu MAPs und deren Zusammenhänge mit der Behandlungsbereitschaft

Wie Tabelle A2 (Anhang; Zeile Wunsch nach Sek. Präv) zu entnehmen ist, ist der Wunsch nach spezifischen sekundärpräventiven Angeboten durchweg gross, bei Frauen noch etwas stärker ausgeprägt als bei Männern ($M_{\text{Männer}}^{109} = 6.1$ vs. $M_{\text{Frauen}} = 6.3$)¹¹⁰ und in der Romandie etwas stärker ausgeprägt als in der Deutschschweiz und im Tessin. Dieser Wunsch geht jedoch nicht mit der Bereitschaft einher, selbst entsprechende Klientel zu behandeln (Abbildungen 9 und 10 zur Behandlungsbereitschaft von sexualdelinquenten und nicht kriminellen MAPs).

¹⁰⁹ M = Mittelwert

¹¹⁰ Skala von 1 bis 7

Abbildung 9: Verteilung der Angaben zur Behandlungsbereitschaft von Schweizer Therapeut(inn)en im Hinblick auf nicht sexualdelinquente MAPs



Man scheint demnach der Auffassung zu sein, dass es an sich gut wäre, entsprechende Angebote zu offerieren, jedoch stark geneigt zu sein, diese Aufgabe an Spezialist(inn)en zu delegieren (Tabelle 4), dies einerseits mangels eigener zielgruppenspezifischer Kompetenzen, andererseits jedoch auch aufgrund eigener Vorbehalte. Letzteres spiegeln die Zusammenhänge zwischen stigmatisierenden Einstellungen und der Behandlungsbereitschaft in Tabelle 5 (Zeilen 12-17) wider: Bis auf Intentionalitätszuschreibungen gehen alle erhobenen Stigmatisierungstendenzen mit verringerter Behandlungsbereitschaft einher. 44% der Befragten lehnen es eher ab, MAPs zu behandeln, die bislang keinen sexuellen Kindesmissbrauch angeben (Antwortkategorien 1-3 von 7), lediglich 15% bejahen ihre Behandlungsbereitschaft eindeutig (gegenüber 21%, die eine Behandlung direkt ausschliessen). Die grundsätzliche Bereitschaft, delinquente und nicht-delinquente MAPs zu behandeln, ist in allen Sprachregionen der Schweiz gleichermassen gering (Mittelwert 3,5). Die Bereitschaft zur Behandlung nichtdelinquenter MAPs schwindet fast gänzlich (vgl. Abbildung 9 und 10), sobald Personen behandelt werden sollen, die angeben, bereits einmal gegenüber Minderjährigen übergriffig gewesen zu sein (mittlere Behandlungsbereitschaft für nichtdelinquente MAPs sinkt von 4,0 auf 3,0; $p < .001$). Für diesen Fall lehnen 62% eine Behandlung eher ab,

39% schliessen eine solche direkt aus, und lediglich 9% bejahen ihre Behandlungsbereitschaft eindeutig. Dies verdeutlicht die in den zuvor dargestellten empirischen Studien von MAPs berichteten Schwierigkeiten, therapeutische Hilfe zu finden, da sich etwa eineinhalb bis zu viermal mehr Therapeut(inn)en eindeutig gegen eine Behandlung dieser Gruppe entscheiden als sich eindeutig dafür äussern.

Abbildung 10: Verteilung der Angaben zur Behandlungsbereitschaft von Schweizer Therapeut(inn)en im Hinblick auf von Übergriffen berichtende MAPs

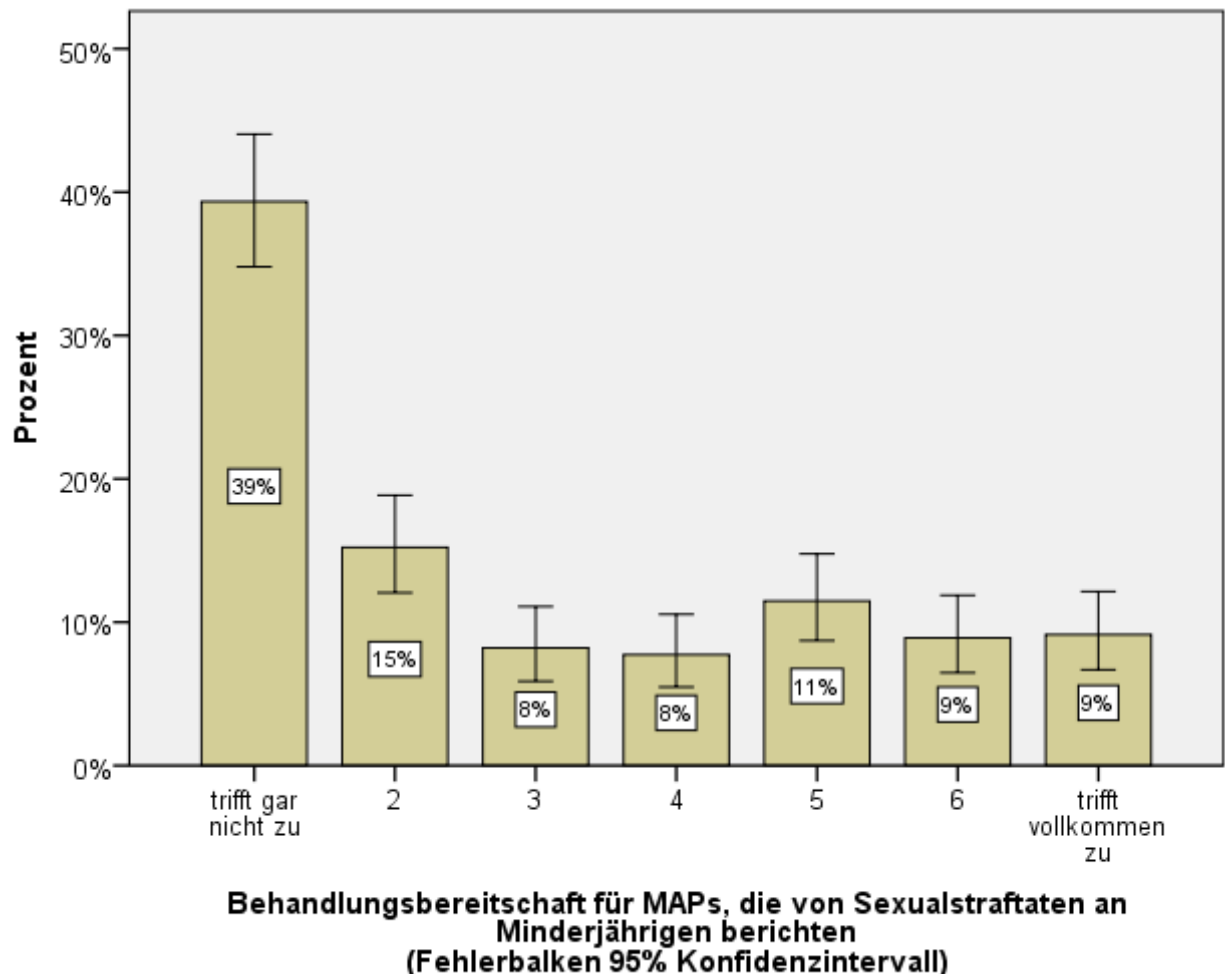
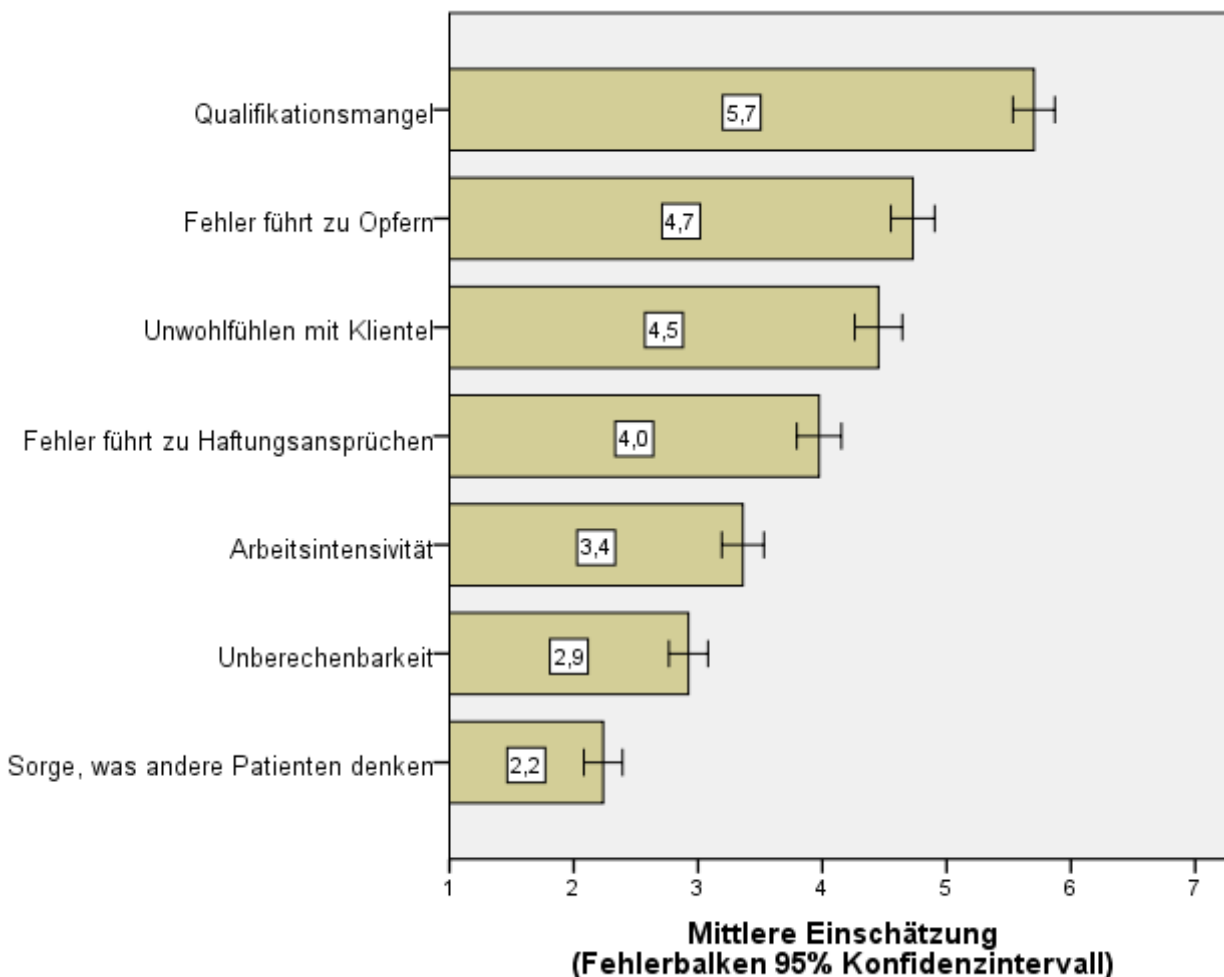


Abbildung 11 ist zu entnehmen, welche Bedenken die Befragten davon abhalten würden, MAPs selbst zu behandeln. Konsistent mit den zuvor dargestellten Befunden zur Qualifikationssituation findet sich sehr deutlich bei den expliziten Hinderungsgründen an erster Stelle der eigene Qualifikationsmangel. Als weniger ausschlaggebend aber gleichwohl häufige Vorbehalte wurden einerseits die Befürchtung benannt, dass Fehler zu Opfern führen würden, und dass die Befragten sich bei der Arbeit mit dieser Klientel unwohl fühlen würden. Die letztgenannten Aspekte die sich auf die Gefährlichkeitswahrnehmung und soziale Distanzwünsche beziehen, sind wiederum als ein Indiz für stigmatisierende Einstellungen gegenüber MAPs zu interpretieren, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Abbildung 11: Übersicht zu Bedenken bezüglich einer eigenen Behandlung von MAPs



In Bezug auf stigmatisierende Einstellungen zeigen sich deutlich über dem Skalenmittelpunkt liegende Äusserungen in der Gesamtstichprobe für Devianzzuschreibung und soziale Distanzwünsche (Tabelle A2). Stigmatisierende Einstellungen (vgl. Tab. A2, Zeilen zu Devianz, Punitivität und Soziale Distanz) werden in der Romandie und speziell dem Tessin im Vergleich zur Deutschschweiz verstärkt bejaht. Damit zusammenhängend nimmt die Stigmatisierung auch in Abhängigkeit von der berichteten Einwohnerzahl des Behandlungssitzes systematisch ab (d.h. je höher die Einwohnerzahl, desto geringer die Stigmatisierungstendenz; $r = -.104$, $p = .031$). Dieser Befund steht in Einklang mit politikwissenschaftlichen Einschätzungen der aktuellen Bedeutung der Stadt-Land-Achse in der Schweiz (Hermann, 2019).¹¹¹

¹¹¹ Interview mit Michael Hermann in der NZZ am Sonntag vom 1. Juni 2019

Neben dem signifikant höheren Anteil teilnehmender Frauen in der Romandie, welche MAPs generell stärker zu stigmatisieren scheinen ($r = .163$; $p < .001$; vgl. Tabelle 5; Zeile Stigmatisierung Gesamt), lassen sich diese Befunde durchaus in Einklang mit aktuellen politogeografischen Analyseergebnissen bringen: Demnach orientiert sich die Romandie einerseits traditionell eher an Frankreich, die Deutschschweiz eher an Deutschland (Seitz, 2014) und in Bezug auf die hier interessierende Thematik damit vermutlich auch eher an internationaler, v.a. englischsprachiger Forschung. Zumindest in der wissenschaftlichen Rechtspsychologie zeichnet sich in Frankreich ein vom internationalen State of the Art abgeschnittener, klar auf psychodynamische Ansätze bezogener Diskurs ab (Viaux, 2011). Dies könnte bei der vorliegenden Thematik auch bedeuten, dass der Gedanke des Projektes Dunkelfeld in der Deutschschweiz grösseren Einfluss gehabt haben könnte.¹¹² Das traditionell katholische (obschon in sozialpolitischen Fragen vormals durchaus auch progressive) Tessin scheint sich zudem nach aktuellen politologischen Einschätzungen¹¹³ derzeit auf den konservativen Pol zuzubewegen.

Tabelle 5¹¹⁴ gibt einen Überblick über die Zusammenhänge der für die Behandlungsbereitschaft relevanten Einstellungsvariablen mit allen untersuchten Therapeutenvariablen. Wer bereits über Behandlungserfahrung mit MAPs verfügt, berichtet weniger Vorbehalte im Sinne von Behandlungssorgen, zeigt weniger stigmatisierende Einstellungen wie Devianzzuschreibung, Punitivität und soziale Distanzwünsche¹¹⁵ bei einer gleichzeitig deutlich höheren Behandlungsbereitschaft und spezifischem Kompetenzerwerb. Auch wenn diesbezüglich ein starker Selbstselektionseffekt wirksam sein dürfte – Personen mit weniger zielgruppenspezifischen Vorbehalten werden sich wohl auch eher auf eine Behandlung von MAPs einlassen – ist zu vermuten, dass Qualifikation und Erfahrung im Umgang mit MAPs sich insgesamt positiv auswirken, da hierbei stigmatisierende Einstellungen und negative Behandlungserwartungen gegenüber dieser Personengruppe durch günstige Erfahrungen auf Therapeutenseite auch korrigiert werden können.

¹¹² Es ist allerdings anzumerken, dass auch im Hamburger Modell und im Kein Täter werden - Netzwerk dezidiert auf Behandlungsaspekte fokussiert wird, die psychodynamischer Theoriebildung entlehnt sind, und eine eher änderungsoptimistische Haltung gegenüber der Veränderbarkeit pädo- oder hebephiler sexueller Interessen gezeigt wird.

¹¹³ Interview mit Michael Hermann in der NZZ am Sonntag vom 1. Juni 2019

¹¹⁴ In der Tabelle sind in der ersten Spalte die erhobenen Variablen durchnummeriert. In der Kopfzeile entsprechen die Nummern den in der ersten Spalte vergebenen Nummern. So findet sich beispielsweise in der Zelle in Zeile 17 (Stigmatisierung Gesamtwert) und Spalte 8 (Behandlungsbereitschaft) ein Wert von $-.315^{***}$. Das negative Vorzeichen bedeutet hierbei: Wenn ein Wert (z.B. Stigmatisierung) hoch ausgeprägt ist, dann ist der andere Wert (Behandlungsbereitschaft) systematisch niedriger ausgeprägt. Alle Zusammenhänge, die mindestens ein* aufweisen, sind statistisch abgesichert und kommen somit nicht zufällig zustande. Korrelationen können im Bereich von 0 (kein Zusammenhang) bis 1 (perfekter Zusammenhang) liegen. Inhaltlich bedeutet dies an diesem Beispiel, dass ein moderater Zusammenhang zwischen Stigmatisierungstendenz und Behandlungsbereitschaft besteht, der sich folgendermassen äussert: Je höher die Stigmatisierungstendenz, desto geringer ist die Behandlungsbereitschaft ausgeprägt. Da es sich hier um querschnittliche Zusammenhänge (vgl. Fussnote 23) handelt, gibt es keine kausale Richtung der Verursachung. Eine geringe Behandlungsbereitschaft kann also auch zu höherer Stigmatisierung führen. Der Zusammenhang beschreibt lediglich die Tatsache, dass beide Merkmale systematisch miteinander zusammen variieren (vgl. Fussnote 24). Ein positiver Zusammenhang bedeutet dementsprechend, dass höhere Werte auf einer Variablen mit höheren Werten auf einer anderen Variablen einhergehen.

¹¹⁵ Für eine Definition und Operationalisierung dieser Konstrukte siehe Erläuterungen in Abschnitt 2.5.

Dass stigmatisierende Einstellungen von Therapeut(inn)en nicht nur wie dargestellt mit einer reduzierten Behandlungsbereitschaft einhergehen, sondern auch den Behandlungserfolg erheblich gefährden bzw. dazu beitragen dürften, dass Behandlungssuchende MAPs ihre sexuellen Interessen gar nicht erst offenlegen, zeigen die in Tabelle A2 (Anhang) und in Tabelle 5 dargestellten Befunde. So erscheint doch sehr bemerkenswert, dass Therapeutinnen insofern höhere Stigmatisierungswerte berichten als ihre männlichen Kollegen, da sie MAPs als devianter und bestrafungswürdiger wahrnehmen sowie grössere soziale Distanzwünsche und Behandlungssorgen angeben (Tabelle 5 Spalte 2 Zeilen 14 bis 18), was mit der Tatsache einhergeht, dass MAPs gegenüber weiblichen Behandelnden auch signifikant seltener ihre pädophile Sexualität einräumen (Tabelle A2 letzte drei Zeilen). Ob Betroffene es innerhalb des therapeutischen Settings seltener wagen, sich Frauen gegenüber tatsächlich aufgrund verstärkt wahrgenommener Stigmatisierung zu outen oder auch den Konsum von Missbrauchsabbildungen oder gar Kontaktdelikte einzuräumen, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht festgestellt werden, gleichwohl unterstreichen diese gemeinsam aufgetretenen Befunde die wahrscheinliche Bedeutung stigmatisierender Haltungen in der Behandlung. Insgesamt deuten die bisherigen Befunde weniger auf Professionsunterschiede (vgl. die abgesehen von der höheren Behandlungsbereitschaft bei Psychologen im Vergleich zu Ärzten ausbleibenden Zusammenhänge mit der Profession in Tabelle 5 Spalte 3), sondern in erster Linie auf ein Zusammenspiel von Geschlechter-, Einstellungs- und Erfahrungseffekten hin (vgl. in Tabelle 5 die zahlreichen Zusammenhänge mit Geschlecht, stigmatisierenden Einstellungen und der spezifischen Behandlungserfahrung mit MAPs).

Aufgrund der hohen Interkorrelationen¹¹⁶ der stigmatisierenden Einstellungen (Gefährlichkeit, Intentionalität, Devianz, Punitivität, Soziale Distanzwünsche) ist es möglich, diese zu einer Gesamtskala stigmatisierender Einstellungen zusammenzufassen. Dies erlaubt, im Rahmen einer multiplen Regression¹¹⁷ festzustellen, welche erhobenen Variablen bei gleichzeitiger Betrachtung aller erhobenen potentiellen Einflussfaktoren mit dem mittleren Ausmass der geäusserten Stigmatisierung von MAPs zusammenhängen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 zusammengefasst und zeigen, dass höher eingeschätzte Behandlungshindernisse und Problembelastung in dieser Patientengruppe sowie eine geringer wahrgenommene Behandlungsbereitschaft bei MAPs bei potentiellen Therapeut(inn)en signifikant mit der Gesamtstigmatisierung sowie auch einem jüngeren Therapeutenalter zusammenhängen, wenn man den möglichen gleichzeitigen Einfluss der übrigen Konstrukte herausrechnet. Es zeigt sich, dass alle anderen untersuchten Konstrukte in der Gesamtstichprobe nicht mit stigmatisierenden Einstellungen gegenüber MAPs assoziiert sind.

¹¹⁶ Korrelation zwischen Variablen (zum Begriff der Korrelation siehe FN 25).

¹¹⁷ Die multiple Regressionsanalyse testet, ob ein Zusammenhang zwischen mehreren Vorhersagevariablen und einer vorhergesagten Variable besteht.

Tabelle 5: Interkorrelationen (r) von Therapeutenfaktoren, Behandlungserfahrung und Einstellungen zu MAPs und deren Behandelbarkeit.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Alter	—																
2. Geschlecht ^a	-.158***	—															
3. Profession ^{bd}	-.119*	.213***	—														
4. Therapieerfahrung (Jahre)	.671***	-.208***	-.160**	—													
5. MAP-Erfahrung ^c	.105*	-.240***	-.070	.116*	—												
6. MAP-Kompetenz	.083	-.258***	.026	.119*	.499***	—											
7. Nutzen Sek. Prävention	-.125*	.084	.157**	-.089	.066	.197***	—										
8. Behandlungsbereitschaft	.006	-.278***	.120*	.010	.431***	.674***	.147**	—									
9. Wunsch nach Sek. Prävention	-.120*	.108*	.036	-.118*	.041	-.018	.348***	-.034	—								
10. Nützlichkeit Medikamente	-.186***	.067	.008	-.138**	-.006	.073	.126**	.033	.130**	—							
11. Problembelastung	-.034	.063	.001	.039	.028	.072	.063	.024	.108*	.315***	—						
12. Gefährlichkeit	.009	.050	-.061	.048	-.018	-.102*	-.042	-.182***	.011	.101*	.286***	—					
13. Intentionalität	.130**	.000	.083	.108*	-.005	-.026	-.161***	-.052	-.181***	.041	.114*	.177***	—				
14. Devianz	-.077	.151***	-.104*	.008	-.116*	-.152**	.029	-.233***	.064	.149**	.305***	.453***	.083	—			
15. Punitivität	-.137**	.154***	.018	-.046	-.143**	-.171***	-.063	-.216***	.052	.241***	.295***	.440***	.243***	.509***	—		
16. Soziale Distanz	-.193***	.186***	-.036	-.060	-.148**	-.236***	-.167**	-.366***	.019	.111*	.226***	.507***	.194***	.525***	.528***	—	
17. Stigmatisierung Gesamt	-.094***	.163***	-.038	.076	-.128**	-.205***	-.114*	-.315***	.002	.179***	.347***	.737***	.424***	.759***	.758***	.827***	—
18. Behandlungssorgen	-.100*	.190***	-.026	-.053	-.218***	-.439***	-.071	-.479***	.114*	.147**	.219***	.304***	.083	.327***	.382***	.459***	.457***

Anmerkung: Dargestellt sind Korrelationskoeffizienten (r). $N = 427$. Alle Skalen sind siebenstufig (1 trifft gar nicht zu bis 7 trifft vollkommen zu). ^a Höhere Ausprägung weiblich ^b 1=Psychiater(innen) 2=Psychologische Psychotherapeut(inn)en ^c dichotom nein/ja ^d $N = 414$. Der grau eingefärbte Bereich in der ersten Spalte kennzeichnet die Konstrukte, die stigmatisierende Einstellungen erfassen. Die grau eingefärbten Ergebniszellen geben alle Zusammenhänge mit der mittleren Stigmatisierungstendenz wieder.

Bedeutsam ist in dieser Analyse vor allem, dass weibliches Geschlecht auf Behandlerseite bei gleichzeitiger Betrachtung potentiell relevanter Einflussfaktoren im Gegensatz zu den zuvor berichteten Einzelbefunden in keinem Zusammenhang mehr steht mit dem Ausmass berichteter stigmatisierender Einstellungen. Dies deutet darauf hin, dass es vor allem veränderliche persönliche Einstellungen und Annahmen sowie Erfahrungen sind, die im Zusammenhang mit der Stigmatisierung von MAPs stehen. Positiv an diesem Befund ist, dass diese Aspekte alle potenziell Veränderungen durch Information und Fortbildung zugänglich sind, wie aktuell von Levenson und Grady (2019) gezeigt wurde.

Tabelle 6: Multivariate Zusammenhänge mit den zusammengefassten stigmatisierenden Einstellungen

Variable	Standardisierter Regressionskoeffizient β^{118}	p
Behandlungshindernisse	.314	<.001***
Problembelastung	.258	<.001***
Behandlungsbereitschaft	-.188	.003**
Alter	-.123	.031*
Therapieerfahrung generell	.089	.122
Geschlecht ^a	.088	.164
Erfolgserwartung	-.081	.084
Behandlung von Kindern- und Jugendlichen	.061	.156
Kompetenzeinschätzung	.053	.859
Wunsch nach Sekundärprävention	-.050	.275
Männl. MAPs behandelt	.033	.662
Medizin vs. Psychologie ^b	-.007	.866

Anmerkungen: N = 414; $R^2 = .308$; $p < .001$. ^a höhere Ausprägung weiblich; ^b höhere Ausprägung Psycholog(inn)en. Statistisch signifikante Ergebnisse $p < .05$ sind fett gedruckt.

¹¹⁸ Diese Koeffizienten können wie Korrelationskoeffizienten r interpretiert werden (0 bedeutet keinen Zusammenhang, 1 einen perfekten positiven Zusammenhang der Form je höher/niedriger ein Merkmal desto höher/niedriger das andere, -1 einen perfekten negativen Zusammenhang der Form je niedriger/höher ein Merkmal desto höher/niedriger das andere). Der Unterschied zu r ist, dass die gleichzeitigen Einflüsse der anderen in der Analyse berücksichtigten Merkmale bereits mitberücksichtigt sind. Insofern bedeuten signifikante Zusammenhänge ($p < .05$) hier, dass diese Merkmale über andere signifikante Merkmale in der Analyse hinaus mit stigmatisierenden Einstellungen gegenüber MAPs querschnittlich zusammenhängen.

3.4.4 Zwischenfazit zur Versorgungssituation von MAPs in der Schweiz und Handlungsbedarf aus Expertensicht

Die Ergebnisse der Therapeutenbefragung sprechen eine deutliche Sprache: Obwohl die Erfolgserwartung an sekundärpräventive Programme im Durchschnitt eher positiv eingeschätzt wird und der Wunsch nach entsprechenden Programmen hoch ist, ist die Bereitschaft, MAPs selbst zu behandeln, gering ausgeprägt. Dementsprechend ist die **Erfahrung der befragten Schweizer Behandler(inn)en in der Versorgung von MAPs sehr gering**. Dies geht einher mit **erheblichen selbstberichteten Weiterbildungsdefiziten**, die als eindeutiges Haupthindernis bei der Behandlung dieser Zielgruppe identifiziert werden. Die Aus- und Weiterbildungssituation wird von den Befragten im Wesentlichen so wahrgenommen, dass in Studium und weiterer Qualifikation die Probleme von MAPs überhaupt nicht thematisiert werden¹¹⁹, und an Behandlung von MAPs interessierte Therapeut(inn)en sich selbst um einschlägige Fortbildung bemühen müssen. Hier zeichnet sich auf querschnittlicher Betrachtungsebene ein Teufelskreis ab, der im Wesentlichen auf die eigenen stigmatisierenden Einstellungen und (fehlerhaften) Annahmen von Behandelnden zurückgeht, die wiederum durch fehlende Informationen in der Ausbildung verfestigt werden und eine korrigierende Informationsaufnahme erschweren. **Die Einschätzung von Behandlungshindernissen und der Problembelastung von MAPs wie auch die eigene Behandlungsbereitschaft hängen deutlich mit dem Ausmass eigener stigmatisierender Einstellungen gegenüber MAPs zusammen**. Obwohl auf der Ebene von Einzelzusammenhängen Geschlechts- und Regionseffekte gefunden wurden, spricht die Betrachtung aller Faktoren für die zentrale Rolle stigmatisierender Einstellungen. Dies ist insofern als positives Ergebnis zu bezeichnen, als Informationsdefizite, **Ausbildungslücken und stigmatisierende Einstellungen potenziell Interventionen zugänglich** sind, die zu Veränderungen dieser von MAPs selbst klar identifizierten subjektiven Behandlungshindernisse führen können (Jahnke, Philipp, & Hoyer, 2015; Levenson & Grady, 2019).

Betrachtet man die im Anhang in Abbildung A1 dargestellte Intensität von Problembereichen, die aus Sicht der Schweizer Therapeutinnen bei MAPs identifiziert wurden, so fällt auf, dass sich die wahrgenommene Problemlage durchaus mit den von MAPs selbst berichteten Behandlungsbedürfnissen deckt. Hier überwiegen eher interpersonelle Bedürfnisse nach Nähe und Intimität, (Regulations-) Probleme der Sexualität sowie Einsamkeit und Probleme, die aus der Geheimhaltung der eigenen sexuellen Interessen resultieren – also vor allem Aspekte, die das Stigmamanagement betreffen (Wagner et al., 2016) – und weniger Aspekte, die komorbide psychische Störungen und forensische Gefährlichkeitsaspekte umfassen. Der von den MAPs (international) berichtete Fokus auf kriminalpräventive Aspekte im engeren Sinne scheint sich auf Ebene der Problemwahrnehmung der Therapeut(inn)en insgesamt also nicht so deutlich abzubilden wie in den Behandlungsbeschreibungen der interviewten Expert(innen). Hier böte sich Spielraum, auf von MAPs als relevant identifizierte Probleme

¹¹⁹ Die Tatsache, dass die Thematik im Rahmen eines CAS an der Universität Genf bedient wird, widerspricht dieser Wahrnehmung nicht, denn überwiegend dürften die Befragten von diesem Angebot noch nicht profitiert haben können.

zu fokussieren und so über die Kooperation an gemeinsamen Zielen elegant auch etablierte Risikofaktoren für Sexualdelinquenz wie z.B. Intimitätsdefizite (Mann et al., 2010) therapeutisch adressieren zu können. Möglicherweise liegt das Problem hier eher auf der Ebene des verwendeten Wordings («Kein Täter werden», sekundäre Prävention) und der forensischen Perspektive der behandelnden Expert(inne)n als auf der Ebene der Vereinbarkeit der Wahrnehmung von zentralen Problembereichen bei MAPs und Therapeut(inn)en. Dies ist ein Aspekt, der bei der Gestaltung von Werbe- und Informationsmaterialien wie auch der Aussen- und Legitimation sekundärpräventiver Programme bedacht werden sollte. Eine stärkere Fokussierung auf Aspekte der sexuellen Gesundheit als auf Risikovermeidung scheint hier auf allen Ebenen empfehlenswert – ohne dass dabei die potentielle forensische Relevanz gänzlich heruntergespielt werden sollte.

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich auch die Schweizer Expert(inn)en in Übereinstimmung mit den Befunden der vorliegenden Untersuchung einig waren, dass man von angemessenen niederschweligen Beratungs- und Behandlungsangeboten für MAPs in der Schweiz noch weit entfernt sei. Es fehle an Ressourcen und an gut ausgebildeten bzw. spezialisierten Therapeut(inn)en, Behandlungsmöglichkeiten seien regional ungleich verteilt und noch immer nicht hinreichend bekannt, weil eine hierfür unerlässliche Medienkampagne nicht finanziert werden könne. Der Mangel an ausgebildeten Fachkräften wurde indes auch von den Expert(inn)en aus Frankreich und Italien beklagt. Es mangle nicht nur an Spezialist(inn)en, sondern alle Therapeut(inn)en müssten über Grundkenntnisse verfügen, um nicht unangemessen auf eine überraschende Offenlegung dieser Problematik durch einen Klienten zu reagieren. Als notwendig wurde des Weiteren eine nationale und internationale Vernetzung von Expert(inn)en angesehen. Dies diene auch der Qualitätssicherung: «Es braucht eine Gruppe welche sich gut auskenne. Ein flächendeckendes Angebot, welches auch vernetzt sein muss, so dass man nach Leitlinien agiert, und nicht jeder für sich mit einer anderen Therapie ansetzt».

Unter Schweizer Expert(inn)en scheint auch Einigkeit dahingehend zu bestehen, dass es im Ausland bereits Konzepte gebe, welche man nutzen könne. Beispielhaft sei hierzu abschliessend ein Experte zitiert: «Für mich ist es eigentlich klar, dass wir nichts Neues erfinden müssen, sondern dass man das Angebot von Berlin eigentlich so übernimmt und in einem Verbund mit der Sexualmedizin anbietet, nicht mit der Forensischen Psychiatrie, das wäre falsch. Und dann natürlich auch aktiv bewerben können. Ich bin absolut der Meinung, dass es unerlässlich ist, was die Kollegen in Deutschland gemacht haben, mit den verschiedensten Reklamen im Fernsehen, aber z. B. auch auf dem Internet, wenn man auf illegale Seiten geht, dass nicht nur der Sheriff meldet «das ist illegale Pornographie», sondern auch «dort und dort» kann man Hilfe holen. Das ist ganz zielführend und müssen wir machen. Für mich ist es ganz klar, dass es ein paar Zentren braucht, die idealerweise im Sinne vom Netzwerk von Kein Täter werden, oder von einem anderen etablierten Präventionsprogramm im Ausland, dies strukturiert anbieten. Das braucht es.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

4.1 Schlussfolgerungen

Sexuelles Interesse an prä- und peripubertären Kindern ist eine sexuelle Ausrichtung, die einerseits mit der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und von Kindesmissbrauchsdelikten assoziiert ist und andererseits mit hoher selbstwahrgenommener Belastung der Betroffenen einhergeht, dies aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierungsprozesse, insbesondere der irrtümlichen Gleichsetzung pädosexueller Handlungen und pädophiler Interessen. Unbehandelt trägt diese Belastung wiederum indirekt dazu bei, das Risiko eines Übergriffs zum Nachteil von Kindern zu erhöhen. Sekundärpräventive Programme setzen an dieser Stelle an, und sollen zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit von MAPs und einer Verringerung des Risikos sexueller Übergriffe im Vorfeld beitragen. Im Folgenden werden die zentralen, auf unterschiedlichen Datenebenen zusammengetragenen Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellungen zusammenfassend dargestellt (Abschnitt 4.1) und abschliessend Empfehlungen für die Schweiz formuliert (Abschnitt 4.2).

4.1.1 Internationales Präventionsangebot

Sekundärpräventive Angebote für MAPs lassen sich in erster Linie danach unterteilen, ob sie Angebote mit (Abschnitt 3.2.2) oder ohne direkte Behandlungsoption (Abschnitt 3.2.1) vorhalten. Da sich Personen mit sexuellen Interessen an Kindern nicht immer direkt an spezialisierte Präventionsangebote wenden, kommt zudem niedergelassenen Psychiater(innen), Psycholog(inn)en, Sexualtherapeut(inn)en und anderen Gesundheitsfachpersonen eine wichtige Rolle beim Erstkontakt und der Weiterleitung der Betroffenen an spezialisierte Angebote zu.

Beratungsangebote ohne Behandlungsoption bieten Informationen zum Themengebiet an, beraten Betroffene über eine Helpline und vermitteln sie bei Bedarf an Therapeut(inn)en weiter. Bekanntestes Beispiel ist das Präventionsprogramm *Stop it Now!*, das in den USA, Grossbritannien, Irland und Holland angeboten wird. Bei dem ursprünglich aus den USA stammenden Präventionsangebot handelt es sich um eine anonyme Helpline, die über Telefon, E-Mail oder eine Chatfunktion erreichbar ist. Das Beratungsangebot umfasst breite Informationen und weiterführende Beratung für alle Personen, die sich Sorgen machen hinsichtlich potentieller Opfer oder wegen eigener sexueller Interessen oder Handlungen. Im Hinblick auf Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs stellt das Programm verschiedene Selbsthilfe-Instrumente zur Verfügung, welche Nutzende dabei unterstützen, das eigene Online-Verhalten zu verstehen und zu verändern. Das Programm bietet auch Informationen und Beratungsmöglichkeiten für Fachpersonen, die in ihrer Arbeit mit dem Thema sexueller Übergriffe auf Kinder konfrontiert sind. Das Angebot kann anonym genutzt werden.

Das weltweit wissenschaftlich bestdokumentierte und inzwischen am weitesten ausdifferenzierte **Präventionsangebot mit Behandlungsoption** sowie das einzige Angebot, für das

ein detailliertes therapeutisches Behandlungsmanual zur genauen Beschreibung des Vorgehens vorliegt, ist das in Deutschland angebotene *Projekt Dunkelfeld* am Standort Berlin im Netzwerk *Kein Täter werden*. An allen 12 Standorten dieses Präventionsnetzwerks können sich MAPs bei Krankenkassenübernahme der Kosten und gleichzeitiger Wahrung ihrer Anonymität behandeln lassen. Die Standorte des Präventionsnetzwerks sind in regelmässigem Austausch und haben sich gemeinsamen Standards verpflichtet, unter anderem bezüglich der fachlichen Qualifikation der Mitarbeitenden, der Diagnostik und der therapeutischen Leitlinien. Hinsichtlich der Schweigepflicht sind klare Regeln formuliert, und vom Netzwerk wurde ein strukturiertes Vorgehen bei vermuteter Gefährdung eines konkret zu eruiierenden Kindes entwickelt, über welches alle Patient(inn)en zu Beginn der Therapie informiert werden. Ziel des Präventionsnetzwerkes ist es, MAPs dabei zu helfen, ihre sexuelle Präferenz zu akzeptieren und in ihr Selbstbild zu integrieren. Durch die Therapie soll ein umfassendes und effektives Repertoire an Strategien zur besseren Bewältigung von problematischen Alltagssituationen im Allgemeinen und der Konfrontation mit Kindern im Speziellen entwickelt werden. Strukturierte Präventionsangebote mit Behandlungsoption, wie es sie in einigen europäischen Ländern (z.B. Deutschland, Niederlande) gibt, existieren in Kanada und in den USA noch nicht, eine Umsetzung entsprechender Angebote wird dort u.a. durch rigide Meldepflichten von Therapeut(inn)en behindert.

Internationale Studien verweisen auf einen substantiellen Behandlungsbedarf bei Jugendlichen. Übereinstimmend wurde auch von Expert(inn)en geäußert, dass die Behandlung suchenden Betroffenen immer jünger würden. Entwicklungsspezifische Probleme junger MAPs bedürfen einer besonderen Betrachtung und erfordern zielgruppengerechte Behandlungsangebote. Da die normabweichende sexuelle Neigung von Betroffenen vielfach im Jugendalter bemerkt wird, erscheint es auch aus entwicklungspsychologischer Perspektive sinnvoll, durch eine möglichst frühe Intervention für Unterstützung zu sorgen, um auf diese Weise bestmögliche Rahmenbedingungen für eine günstige Entwicklung zu bieten. Aus diesem Grunde wird im Berliner Präventionsprogramm seit einigen Jahren auch ein Modul für Jugendliche vorgehalten, welches deren spezifischen Bedürfnissen Rechnung trägt.

Was das **Behandlungsangebot niedergelassener Therapeut(inn)en** anbelangt, zeigen internationale Befragungen von MAPs zusammenfassend, dass es schwierig zu sein scheint, behandlungsbereite Therapeut(inn)en zu finden, und dass negative Erfahrungen mit Berater(inne)n und Therapeut(inn)en keine Seltenheit sind. Berichtet wird von Verletzungen der Schweigepflicht, mangelndem Einfühlungsvermögen und einer Konzentration auf Risikoverminderung anstelle einer Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen.

4.1.2 Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote für MAPs

Obwohl sekundärpräventiven Angeboten eine hohe Augenscheinvalidität zu attestieren ist, lassen sich aus wissenschaftlicher Sicht **nach dem aktuellen Stand der Forschung weder**

aussagekräftige empirische Belege für noch gegen eine spezifische kriminalpräventive Wirksamkeit sekundärpräventiver Programme mit oder ohne Behandlungsoption anführen (vgl. Mokros & Banse, 2019; Seto, 2019¹²⁰).

Ein solcher Nachweis ist in diesen Fällen auch methodisch besonders schwierig, der fehlende Nachweis daher bislang nicht mit einem Nachweis der Unwirksamkeit gleichzusetzen. Trotz methodischer Herausforderungen ist es jedoch aus sicherheitspolitischen wie auch aus ethischen Gründen erforderlich, die Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote einer möglichst strengen empirischen Prüfung zu unterziehen, um deren Wirksamkeit bestätigen zu können. Denn vor dem Hintergrund, dass es sich hier um stark selbstselektierte Patienten mit vergleichsweise geringer genereller Antisozialität handelt, kann hier mit hoher Wahrscheinlichkeit zumindest der Hellfeldkriminalität nach von einer Niedrigrisikogruppe im Sinne offiziell erfasster Sexualstraftatbegehung ausgegangen werden, und eine sehr intensive Behandlung dieser Gruppe könnte zumindest in gemischten Gruppen Missbrauch begehender und nicht missbrauchender MAPs sogar kontraindiziert sein, weil in einzelnen Untersuchungen von Straftäterstichproben mit niedrigem Risiko sogar negative Effekte im Sinne erhöhter Kriminalitätsraten nachgewiesen werden konnten (vgl. Abschnitt 3.2.2.2).

Während anonyme Beratungsangebote ohne Behandlungsoption hinsichtlich ihrer spezifischen Wirksamkeit im engeren Sinne nicht evaluiert werden können, da die Beratungsteilnehmenden nicht wiederholt befragt werden können, und es keine a priori identifizierbare sinnvolle Vergleichsgruppe gibt, ist eine Wirkungsevaluation von Behandlungsprogrammen zwar methodisch anspruchsvoll, grundsätzlich jedoch möglich. Bei der Erstimplementation eines Angebots mit direkter Behandlungsoption müssten von Beginn an Möglichkeiten für eine aussagekräftige Behandlungsevaluation geschaffen werden, bei der die offiziellen Kriminalitätsstatistiken unter Wahrung der Anonymität mit den behandelten Individuen in Verbindung gebracht werden können. Nur ein Vergleich dieser Gruppe mit den Rückfallraten einer sinnvollen Vergleichsgruppe lässt Schlüsse über eine spezifische Wirksamkeit sekundärpräventiver Programme zu. Idealerweise müsste eine Kontrollgruppe aus Personen bestehen, die auch Behandlung in diesen Programmen nachgesucht haben aber aus Ressourcen Gründen erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt¹²¹ behandelt werden konnten (Wartelistenkontrollgruppe), oder die aus Gründen wie einer zu grossen Entfernung zum Behandlungsort nicht daran teilnehmen konnten. Nur so lassen sich die speziellen motivationalen Voraussetzungen bei freiwillig nachgesuchter Sekundärprävention wissenschaftlich kontrollieren und zwischen Experimental- und Kontrollgruppe vergleichen. Ist ein Wartelistendesign nicht umsetzbar, bietet eine systematische Prüfung der Wirksamkeit einzelner Behandlungselemente, welche jeweils in der Vergleichsgruppe nicht angewendet werden, eine alternative Evaluationsmöglichkeit (vgl. Abschnitt 2.3).

¹²⁰ Quelle: Experteninterview

¹²¹ Sinnvolle Beobachtungszeiträume, die hier theoretisch notwendig erscheinen, erfordern Wartelisten, die mindestens etwa zwei Jahre umfassen sollten (besser mehr). Ob dies praktisch realisierbar ist, erscheint allerdings fraglich.

Im Hinblick auf vereinzelte Studien zu **Informations- und Beratungsangeboten ohne Behandlungsoption** ist zusammenfassend zu konstatieren, dass vorliegende Nutzungsdaten des *Stop it Now!* Angebotes zeigen, dass speziell für diese Art von Helplines ein **Bedarf zu bestehen** scheint. Über eine spezifische Wirksamkeit sagen vorliegende Befunde hingegen nichts aus, dies nicht nur mangels aussagekräftiger längsschnittlicher Kontrollgruppensigns, welche sich wie erwähnt diesbezüglich nicht realisieren lassen werden – bereits aufgrund der jeweils kleinen, nicht repräsentativen Stichproben selbstselektierter Nutzer(innen) lässt sich wegen naheliegender systematischer Verzerrungen **keine wissenschaftlich haltbare Aussage über die Wirksamkeit dieser Angebote** treffen.

Im Hinblick auf bislang vorliegende **Evaluationen von Behandlungsprogrammen** ist zum aktuellen Zeitpunkt zusammenfassend zu konstatieren, dass **aufgrund der verwendeten Evaluationsdesigns keine wissenschaftliche Evidenz für die spezifische Wirksamkeit sekundärpräventiver psychotherapeutischer Behandlungsprogramme für Personen mit pädo-/hebephilen Interessen im Sinne einer Reduktion oder Verhinderung zukünftiger Sexualdelinquenz** vorliegt, dies im Detail aufgrund von Studie zu Studie jeweils leicht variierender methodischer Probleme – teilweise fehlt es an einer Kontrollgruppe, teilweise gibt es zwar eine Kontrollgruppe, jedoch zu kleine Effekte, zu wenig statistische Power und grundlegende Fehler bei der Auswertung (vgl. Abschnitt 3.2.2). Es fehlen somit aktuell ganz grundsätzlich wissenschaftliche Erkenntnisse dazu, ob solche Angebote sexuelle Handlungen mit Kindern oder den Konsum entsprechender Darstellungen verhindern können bzw. welche Wirkung sie haben auf Risikofaktoren für die (erstmalige) Begehung dieser strafbaren Handlungen. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass ein solcher **Nachweis insbesondere für eine Zielgruppe mit einem geringen Ausgangsrisiko für Delinquenz methodisch besonders schwierig** ist.

Schliesslich ist festzustellen, dass durch den gesellschaftlich relevanten Fokus auf Kriminalprävention möglicherweise der Blick auf andere Kriterien für die Wirksamkeitsevaluation von sekundärpräventiven Programmen verstellt wird. Aus ethischer Sicht sollte auch die Verhinderung subjektiven Leids und die Steigerung von Wohlbefinden und Lebensqualität (im Sinne einer Prävention im Hinblick auf psychische Gesundheit) bei belasteten Personen, die von sich aus therapeutische Hilfe nachsuchen, ein bedenkenswertes sekundärpräventives Ziel jenseits kriminalpräventiver Erfolgsindikatoren im engeren Sinn sein. Die hohen subjektiven Belastungen mit psychischen Störungen und Symptomen aus dem emotionalen und sozialen Bereich, die bei MAPs festgestellt werden, legen dies jedenfalls nahe (vgl. Abschnitt 3.3.1).

4.1.3 Erreichbarkeit der Zielgruppe

Auf Basis der vorliegenden Befunde kann davon ausgegangen werden, dass bei Personen mit sexuellen Interessen an Kindern aufgrund des Stigmatisierungsstress und des Leidensdrucks grundsätzlich ein Beratungs- bzw. Behandlungsbedarf besteht. Als Grund, entsprechende Angebote nicht in Anspruch zu nehmen, werden von Betroffenen vor allem

Scham und fehlendes Wissen über Angebote genannt, auch eine grosse geografische Entfernung zwischen dem Wohnort und dem Angebot scheint ein wesentlicher Hinderungsgrund zu sein. Internationale empirische Studien und Befragungen von Personen mit sexuellen Interessen an Kindern weisen zudem darauf hin, dass die Suche nach qualifizierten Therapeut(inn)en für die Betroffenen ausgesprochen schwierig ist, da auch **unter Therapeut(inn)en ausgeprägte Ressentiments gegenüber Personen mit sexuellen Interessen an Kindern existieren und die Behandlungsbereitschaft dementsprechend gering** ist. Die Befunde der vorliegenden Untersuchung zeigen sehr eindrücklich, dass auch unter den Schweizer Therapeut(inn)en deutliche Ressentiments gegenüber MAPs festzustellen sind, und stigmatisierende Einstellungen seitens Behandelnder ein erhebliches Behandlungshindernis darstellen. Diese Befunde lassen erwarten, dass MAPs auch in der Schweiz Schwierigkeiten haben, behandlungsbereite Therapeut(inn)en zu finden, was auch Berichte von Expert(inn)en bestätigen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass MAPs sich in einem ersten Schritt möglicherweise nicht direkt an Therapeut(inn)en wenden, sondern zunächst mit Hausärzt(inn)en in Kontakt kommen. Auch deren Reaktion dürfte für den weiteren Verlauf der Behandlungsmotivation von Relevanz sein, insofern sollten bei der Konzeption etwaiger Massnahmen der Aus- und Weiterbildung nicht allein Therapeut(inn)en, sondern auch weitere Fachpersonen des Gesundheitswesens in den Blick genommen werden, auch um etwaige Wege zwischen geeigneten Massnahmen zu optimieren.

Schliesslich berichten Personen mit sexuellen Interessen an Kindern international von einer **Inkompatibilität der Therapieziele der Betroffenen und der Behandelnden**: Betroffene scheinen vor allem daran interessiert, besser mit den beeinträchtigenden Alltagsfolgen ihrer stigmatisierenden Neigung umgehen zu lernen, während die Behandelnden eher die Kontrolle des potentiellen Risikos für die Ausübung sexueller Handlungen mit Kindern anzustreben scheinen. Entsprechend erlebten nur rund die Hälfte der Betroffenen, die professionelle Hilfe, um die sie sich bemüht haben, als hilfreich. Die Stigmatisierung der Betroffenen durch Therapeut(inn)en und die Risikofokussierung der Behandlungsangebote verringert bei per se behandlungswilligen MAPs die Bereitschaft, ihre Probleme gegenüber einer Fachperson offenzulegen. **Dies kann zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit führen, was wiederum zu einem erhöhten Risiko beitragen kann, Handlungen gegen die sexuelle Integrität von Kindern zu begehen.**

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde zur Diskrepanz zwischen Leidensdruck und Behandlungsfokus erscheint es angebracht, sowohl im Rahmen von Forschungsbemühungen als auch bei der Umsetzung sekundärpräventiver therapeutischer Ansätze in der Praxis stärker darauf zu fokussieren, wie es gelingen kann, dass Behandler(innen) MAPs unvoreingenommen begegnen und ihre Interventionen an den von ihrer Klientenschaft selbst als problematisch wahrgenommenen Aspekten des Lebensalltags und ihrer Sexualität ausrichten können, um Betroffenen tatsächlich dabei helfen zu können, mit dem Stigma ihrer sexuellen Identität leben zu lernen.

4.1.4 Versorgungssituation in der Schweiz

Mit *DIS NO* existiert in der Westschweiz seit 2014 **ein anonymes Beratungs- und Vermittlungsangebot ohne Behandlungsoption**. Im Tessin befindet sich ein solches (*IO NO*) im Aufbau. Die Weiterleitung Anfragender zur Behandlung durch qualifizierte und behandlungsbereite Therapeut(inn)en gestaltet sich allerdings schwierig.

Schweizweit existieren **vier Therapieangebote** für MAPs, zwei davon in der Deutschschweiz und zwei in der Romandie. Auch wenn das jeweilige Behandlungsangebot auf nicht-delinquente Personen mit sexuellen Interessen an Kindern ausgeweitet wurde (in einem Fall auch explizit für Jugendliche), sind die Anbieter überwiegend (FORIO, Forensisch-psychiatrische Klinik der UPK Basel und Consultation Claude Balier der Psychiatrischen Universitätsklinik Lausanne) mit der Behandlung straffälliger Personen befasst, lediglich ein Anbieter (*Consultation spécialisée de sexologie* am Universitätsspital Genf) ist in der Sexualmedizin angesiedelt, auch dort werden jedoch überwiegend Männer behandelt, die wegen einer Sexualstraftat verurteilt wurden. Schliesslich sind alle Schweizer Angebote mit Behandlungsoption **ihrer theoretischen Ausrichtung des Behandlungsansatzes nach primär in der Straftäterbehandlung verortet**, was die Zugangsschwelle für nicht delinquente MAPs erhöhen dürfte. **Anonymität ist bei keinem der Angebote gewährleistet**, wer anonym bleiben möchte, muss selbst zahlen.

Angesichts dieser Bedingungen überrascht es nicht, dass es seit der Lancierung dieser Angebote nur sehr wenige Anfragen nicht zugewiesener MAPs gab. Etwas mehr Zulauf scheint das FORIO zu haben (konkrete Zahlen liegen nicht vor), was darauf zurückzuführen sein könnte, dass dieses Angebot im Netz leichter auffindbar ist und diesbezüglich aktiv Öffentlichkeitsarbeit betrieben wird, wodurch ein deutlich höherer Bekanntheitsgrad dieses Angebots erreicht worden sein dürfte. Die übrigen Angebote mit Behandlungsoption verfügen über keinen vergleichbaren Internetauftritt und machen keine Öffentlichkeitsarbeit, in einem Fall wurde explizit erwähnt, dass ein sichtbarer Auftritt nach aussen von der Klinikleitung untersagt worden sei, weil man befürchte, dass dies dem Ansehen der Klinik schade. Dass der Behandlungsbedarf in der Schweiz grundsätzlich bestünde, zeigen jedoch sowohl die von *DIS NO* jährlich vorgehaltenen Beratungszahlen und das vormals dokumentierte Interesse an der nicht mehr existierenden Beratung durch Sylvia Tanner, als auch internationale, repräsentative Dunkelfeldstudien zu sexuellen Interessen an präpubertären Kindern (vgl. Abschnitt 1.3.4) und zu überwiegend erfolglosen Bemühungen von MAPs um therapeutische Unterstützung (vgl. Abschnitt 3.3.2).¹²²

¹²² Hochrechnungen von zu erwartenden Nutzungsdaten für die Schweiz aus den Prävalenzzahlen und Inanspruchnahmedaten, die lediglich aus dem Berliner Projekt vorliegen, sind nach Einschätzung der Autor(inn)en nicht möglich. Da dies Daten aus einem längeren Zeitraum für ein Projekt innerhalb der grössten deutschen Stadt sind, ist es nicht ohne Weiteres möglich, diese Zahlen auf einen Flächenstaat wie die Schweiz mit unterschiedlichen Sprachregionen hochzurechnen. Vor dem Hintergrund der Nutzungsdaten in Deutschland und bisherigen Daten aus der Schweiz liegen unter genanntem Vorbehalt perspektivisch für eine Laufzeit von zehn Jahren wahrscheinlich eher Patientenzahlen unter 200 nahe, jedenfalls insofern sich die Zugangsbedingungen nicht nachhaltig verbessern (breiteres und bekanntes, kostenloses, anonymes Angebot ausserhalb von Institutionen, die dem forensischen System zugehören).

Die befragten **Schweizer Therapeut(inn)en gaben grossmehrheitlich an, über keine spezifische Weiterbildung zu verfügen**, gar keine oder sehr geringe Erfahrung in der Behandlung von MAPs zu haben, und diese im Falle einer Kontaktaufnahme weiterverweisen zu wollen, wobei jede fünfte bis sechste Person angab, kein entsprechendes Angebot zu kennen. Insgesamt ist die **Behandlungsbereitschaft** in der Schweiz niedergelassener Therapeut(inn)en als **ausgesprochen gering** zu bezeichnen. Hierbei nehmen stigmatisierende Einstellungen, die sich beispielsweise in dem Wunsch nach sozialer Distanz zu MAPs oder dem Wunsch, diese zu bestrafen, äussern, eine zentrale Rolle ein (vgl. Abschnitt 3.4.3.4). Diese dürften grundsätzlich einer Veränderung durch einstellungsfokussierte Weiterbildungsmassnahmen zugänglich sein (vgl. Abschnitt 3.3.2).

Der von den MAPs (international) berichtete Fokus auf kriminalpräventive Aspekte von Behandlung scheint sich auf Ebene der **Problemwahrnehmung** der Schweizer Therapeut(inn)en hingegen insgesamt nicht so deutlich abzubilden wie in den Behandlungsbeschreibungen der interviewten Schweizer Expert(innen). Hier böte sich Spielraum für eine stärkere Fokussierung auf die von MAPs als relevant identifizierten Probleme, um so über die Kooperation an gemeinsamen Zielen elegant auch etablierte Risikofaktoren für Sexualdelinquenz wie z.B. Intimitätsdefizite therapeutisch adressieren zu können. Möglicherweise liegt das Problem hier eher auf der Ebene des verwendeten Wordings («Kein Täter werden», sekundäre Prävention) und der forensischen Perspektive der behandelnden Expert(inne)n als auf der Ebene der Vereinbarkeit der Wahrnehmung von zentralen Problembereichen bei MAPs und Therapeut(inn)en. Dies ist ein Aspekt, der bei der Gestaltung von Werbe- und Informationsmaterialien wie auch der Aussendarstellung und Legitimation sekundärpräventiver Programme bedacht werden sollte. **Eine stärkere Fokussierung auf Aspekte der sexuellen Gesundheit als auf Risikovermeidung scheint hier auf allen Ebenen empfehlenswert – ohne dass dabei die potentielle forensische Relevanz gänzlich heruntergespielt werden sollte.**

4.1.5 Allgemeine Empfehlungen bzw. Idealmodell

Aus vorliegenden empirischen Erkenntnissen und Praxiserfahrungen lassen sich folgende Bedingungen ableiten, die für eine etwaige Umsetzung eines erfolgreichen sekundärpräventiven Angebots für MAPs idealerweise gegeben sein sollten.

Personen mit sexuellen Interessen an Kindern sollten Zugang zu einem **strukturierten und koordinierten Behandlungsangebot mit regionalen Therapiezentren in allen Sprachregionen** haben. Die regionale Verankerung ist wichtig, um sprachliche Barrieren und zu grosse geografische Entfernungen möglichst zu vermeiden, da diese ein wichtiger Hinderungsgrund für die Teilnahme an einer Therapie sind. Das Behandlungsangebot sollte weder strukturell noch inhaltlich mit dem Bereich des Strafvollzugs bzw. der Forensik in Verbindung gebracht werden, sondern grundsätzlich klinisch eingebettet sein. Dadurch wäre auch gewährleistet, dass oftmals zusätzlich bestehende psychische Probleme mitbehandelt werden können. Das Behandlungsangebot sollte spezifische Module für unterschiedliche Zielgrup-

pen (u.a. für Jugendliche und Personen mit Intelligenzminderung)¹²³ sowie Risikokonstellationen beinhalten. Es ist auf eine Behandlung bedürfnis- und erfahrungshomogener Gruppen bei Gruppentherapien zu achten, d.h. eine Behandlung straffälliger und nicht straffälliger MAPs in einer Therapiegruppe ist zu vermeiden. Die Therapeut(inn)en müssen neben einer Therapieausbildung über eine spezifische Weiterbildung zum Thema verfügen. Neben Behandlungsangeboten sollte es **Beratungsangebote bzw. Helplines geben, die Informationen anbieten** und die Betroffenen bei Bedarf an spezialisierte Behandlungsangebote weiterleiten können. Auch die beratenden Personen sollten mindestens ein massgeschneidertes Training absolviert haben. Zudem sind für sie wie auch für die Mitarbeitenden der regionalen Therapiezentren regelmässige Interventionen und Supervisionen durch Externe vorzusehen. Das vom Berliner Projekt ausgehende europäische Präventionsnetzwerk dürfte hierfür ideale Anknüpfungsmöglichkeiten bieten.

Alle Angebote sollten von den Nutzenden **kostenlos** und auch gegenüber den Kostenträgern (idealerweise Krankenkassen) **vollständig anonym** in Anspruch genommen werden können. Wichtig ist zudem, dass landesweit **einheitliche und klare Regeln für den Umgang mit der Schweige- bzw. Meldepflicht** vereinbart werden und dass diese den Nutzenden gegenüber auch transparent kommuniziert werden. Diese Entscheidung darf nicht der Verantwortung einzelner Behandler(innen) überlassen bleiben, da die hieraus resultierende Unsicherheit zu den Behandlungsvorbehalten beiträgt, welche die grundsätzliche Behandlungsbereitschaft von Therapeut(inn)en reduziert. Diesbezügliche Transparenz würde auch seitens der Zielgruppe Vertrauen in das Angebot schaffen. **Für eine Meldung an die Behörden und damit einen Bruch der Schweigepflicht sollte der Schutzgedanke, nicht der Bestrafungsgedanke handlungsleitend** sein. D.h. eine Meldung sollte nur dann erfolgen, wenn das Wohl eines konkreten Kindes aktuell oder zukünftig gefährdet ist. Berichten die Nutzenden von sexuellen Handlungen mit Kindern in der Vergangenheit oder vom Konsum entsprechender Darstellungen, ist hingegen eine konkrete Gefährdung einer eruierbaren Person überwiegend nicht gegeben. Auch diesbezügliche Unsicherheiten sollten in der Supervision adressiert werden.

Damit MAPs von Beratungs- und Behandlungsangeboten Gebrauch machen, müssen diese bekannt sein und muss die Zielgruppe sich davon angesprochen fühlen. Beides ist durch sorgfältig vorbereitete **öffentlichkeitswirksame Medienkampagnen** zu erreichen. Neben Informationsvermittlung ist dabei auf deren destigmatisierende Wirkung zu achten. Um MAPs mit dem Angebot anzusprechen, muss es mit einer solchen Kampagne gelingen, Empathie und Verständnis für die schwierige Situation zu vermitteln, Diskriminierung aufgrund sexueller Präferenzen zu vermeiden, die Furcht vor rechtlichen Konsequenzen zu reduzieren, Vertraulichkeit und Anonymität zuzusichern und Schuld- und Schamgefühle zu reduzieren. Eine solche Medienkampagne sollte nach den Erfahrungen des Berliner Projektes, welches letztlich erst mit staatlicher Anschubfinanzierung und dank einer sorgsam durchdachten

¹²³ Während mit Medienkampagnen grundsätzlich beide Geschlechter und unterschiedliche Altersgruppen angesprochen werden sollten, legen die Befunde der vorliegenden Untersuchung hingegen aufgrund der ausgesprochen geringen Bedarfsmeldungen derzeit keine Entwicklung eines spezifischen Moduls für weibliche MAPs nahe.

Medienkampagne reüssieren konnte (Wagner, 2012, Kuhle, 2019¹²⁴), anfänglich staatlich finanziert werden, dies nicht allein, weil es aufgrund der ausgeprägten Ressentiments zu Beginn kaum möglich sein wird, in ausreichendem Umfang private Förderer zu gewinnen, sondern weil eine staatliche Unterstützung insgesamt zu einer höheren gesellschaftlichen Akzeptanz beiträgt und damit in besonderem Masse destigmatisierend wirkt.

Bei Medienkampagnen wie auch beim Webauftritt der Angebote sollte darauf geachtet werden, dass zielgruppenspezifische Informationen enthalten sind und beide Geschlechter wie auch unterschiedliche Altersgruppen angesprochen werden. Auf eine bei internationalen Angeboten bisweilen festzustellende Vermengung mit Informationen für Opfer sexueller Gewalt¹²⁵, welche sich nicht an die Zielgruppe richten, sollte hingegen verzichtet werden.

Das sekundärpräventive Behandlungsangebot für Personen mit sexuellen Interessen an Kindern muss zwingend **nach wissenschaftlichen Kriterien evaluiert** werden. Hierfür sind bereits beim Aufbau des Angebots die nötigen Voraussetzungen zu schaffen. Eine Evaluation der Wirksamkeit ist nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen wichtig, sondern auch aus sicherheitspolitischer und ethischer Sicht, um sicherzustellen, dass die Präventionsangebote nicht ungewollte negative Effekte im Sinne erhöhter Kriminalitätsraten bewirken. Eine wissenschaftliche Evaluation muss **durch eine unabhängige Stelle** erfolgen. Denn abgesehen von diesem wissenschaftlichen Grundsatz können die Behandelnden dies zum einen zeitlich und finanziell nicht neben ihrer eigentlichen Aufgabe leisten, zum anderen müssen diese Aufgaben professionell bearbeitet werden und erfordern eine gänzlich andere Fachlichkeit als die Behandlungs- und Beratungstätigkeit. Durch eine übergeordnete Koordination könnte auch die gesamte Diagnostik zentral abgestimmt und idealerweise auch zentralisiert auf Vollständigkeit kontrolliert werden, da es erfahrungsgemäss im therapeutischen Alltag schnell zu Datenlücken kommt. Dies könnte durch eine EDV-gestützte Erhebung und Archivierung erleichtert werden. Eine zentral organisierte Lösung mit externer Datenarchivierung wäre sowohl im Hinblick auf eine für Evaluationszwecke möglichst grosse Fallzahl attraktiv, als auch kostengünstiger, würde die notwendigen Voraussetzungen für die empfohlene Wirkungsevaluation schaffen und die Behandelnden entlasten (Kuhle, 2019; Seto, 2019)¹²⁶.

Neben der Bereitstellung eines sekundärpräventiven Beratungs- und Behandlungsangebots ist es wichtig, dass **alle Gesundheitsfachpersonen ein Basiswissen über Pädophilie als sexuelle Ausrichtung haben**, so dass sie mögliche Problemlagen erkennen, angemessen auf eine Offenlegung der pädophilen bzw. hebephilen Neigung durch Patient(inn)en reagieren und die Betroffenen bei Bedarf an spezialisierte Stellen weiterverweisen können. Dies bedeutet, dass das Thema in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen in-

¹²⁴ Quelle: Experteninterview

¹²⁵ Dies gilt grundsätzlich auch für vermeintliche Hinweise auf sexuellen Kindesmissbrauch, welche wissenschaftlich nicht haltbar und aufgrund der Häufigkeit, mit der ein falscher Verdacht sexuellen Missbrauchs an Kinder und Jugendliche herangetragen wird (Korkman, Antfolk, Fagerlund & Santtila, 2019) und aufgrund des hohen Suggestionspotenzials im Sinne des Kindeswohls auch ethisch ohnehin nicht vertretbar sind (Niehaus, 2018).

¹²⁶ Quelle: Experteninterviews

tegriert werden muss inklusive der Thematisierung der Stigmatisierung der betroffenen Personen und der Vorbehalte gegenüber MAPs. Hier geht es somit nicht nur um reine Wissensvermittlung, sondern auch um das Reflektieren und Verändern von Einstellungen gegenüber Personen mit sexuellen Interessen an Kindern.

4.2 Handlungsbedarf und abschliessende Empfehlungen für die Schweiz

Im vorstehenden Abschnitt wurden die zentralen Erkenntnisse des Forschungsmandates aus verschiedenen Datenquellen thematisch zusammengeführt. Auf dieser Grundlage werden im Folgenden zunächst der Handlungsbedarf dargestellt und anschliessend konkrete Empfehlungen für den etwaigen Aufbau eines strukturierten sekundärpräventiven Beratungs- und Behandlungsprogramms für die Schweiz sowie für die notwendige Öffentlichkeitsarbeit und die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen des Gesundheitswesens im Allgemeinen und Psychotherapeut(inn)en im Speziellen abgeleitet.

4.2.1 Handlungsbedarf in der Schweiz

Gem. Art. 7 des im Jahre 2010 unterzeichneten und am 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Lanzarote-Abkommens muss die Schweiz sicherstellen, dass Personen, die befürchten, eine Straftat gegen die sexuelle Integrität von Kindern und Jugendlichen zu begehen, Zugang zu wirksamen präventiven Interventionsprogrammen oder -massnahmen haben, welche dazu beitragen, die Gefahr der Begehung einer solchen Straftat zu vermindern. Den Anforderungen von Art. 7 ist erst dann Genüge getan, wenn Hilfesuchende a) wissen, an wen sie sich mit ihrem Anliegen wenden können, wenn diese Fachkräfte b) über einschlägige Kenntnisse verfügen und dazu bereit sind, mit Personen dieser Zielgruppe zu arbeiten, und diese Fachkräfte c) auf wirksame Interventionsansätze zurückgreifen. Die Befunde der vorliegenden Studie zeigen deutlich, dass diese Bedingungen in der Schweiz derzeit nicht erfüllt sind.

Das Westschweizer **Beratungsangebot ohne Behandlungsoption** (*DIS NO*) erscheint gemessen an internationalen Angeboten und zu empfehlenden Rahmenbedingungen (anonym, kostenfrei, zielgruppengerecht, explizite Ansprache von jugendlichen und weiblichen MAPs) vergleichsweise gut aufgestellt. Im Tessin wird gerade ein solches (*IO NO*) nach dem Vorbild von *DIS NO* implementiert, zum Abschluss des vorliegenden Berichts war die Hotline noch nicht in Betrieb. In der Deutschschweiz fehlt ein solches Angebot.

In der Schweiz existiert derzeit **kein strukturiertes, alle Sprachregionen umfassendes Behandlungsangebot** für MAPs. Bei den bestehenden Angeboten handelt es sich um Einzelinitiativen und mit Ausnahme des FORIO um wenig spezifische und online schwer auffindbare Therapieangebote, deren Anbieter(inn)en teilweise bilateral miteinander in Kontakt stehen, jedoch nicht systematisch vernetzt sind. Es **fehlen gemeinsame prozedurale Standards** hinsichtlich Zielgruppen, Rahmenbedingungen der Behandlung, Umgang mit Anonymität und Meldungen an Behörden. Es fehlt eine **gesamtschweizerische Koordination der Angebote**. **Keines der Schweizer Präventionsangebote wurde bisher wissenschaftlich**

evaluiert. Zudem sind die Angebote teilweise nur schwer auffindbar, **Massnahmen zur Bekanntmachung der Angebote in der Öffentlichkeit fehlen bisher weitgehend.**

Alle **Angebote mit Behandlungsoption** sind entweder strukturell, namentlich oder gemäss inhaltlicher Beschreibung **primär in der Straftäterbehandlung angesiedelt**, was die Eingangsschwelle für nicht delinquente MAPs erheblich erhöhen dürfte. Die Therapien orientieren sich klar an Straftäterbehandlung und zielen in erster Linie auf die Verhinderung der Begehung einer Straftat, sie orientieren sich kaum am Leidensdruck der Betroffenen. **Jugendliche werden nur von einem Angebot** («Consultation Claude Balier») **explizit angesprochen**, Frauen von keinem. Im Tessin gibt es kein Präventionsangebot mit direkter Behandlungsmöglichkeit. Die Anonymität ist bei keinem der Behandlungsangebote gewährleistet, was bedeutet, dass **nur finanziell besser gestellte Personen in der Schweiz anonym bleiben** können, indem sie die Kosten des Angebots selbst tragen. Hierdurch wird nicht zuletzt der Altersgruppe der nicht zahlungskräftigen, jedoch gemäss Stand der Forschung und Experteneinschätzung hochrelevanten Jugendlichen ein angemessener Zugang verwehrt, da diese besorgt sein müssen, dass ihre Eltern im Falle einer Behandlung via Krankenkassenabrechnung vom Behandlungsgrund erführen.

Es zeigt sich zudem, dass Präventionsangebote ohne eigene Behandlungsoption wie insbesondere «DIS NO» **Schwierigkeiten haben, qualifizierte und zur Behandlung von MAPs bereite Therapeut(inn)en zu finden**, um anfragende, behandlungswillige Personen weiterzuleiten. Die Befragung von in der Schweiz tätigen Psychiater(inne)n, Psychotherapeut(inn)en und Sexolog(inn)en zeigt dementsprechend, dass diese überwiegend eine **geringe Behandlungsbereitschaft** bezüglich MAPs aufweisen bzw. ihnen gegenüber **Vorbehalte** haben, eigener Einschätzung nach **nicht über die notwendigen Kompetenzen bzw. Qualifikationen verfügen** und **unsicher hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen** ihrer Tätigkeit sind.

4.2.2 Empfehlungen für die Schweiz

4.2.2.1 Aufbau eines Beratungsangebots für MAPs in der Deutschschweiz

Neben Behandlungsangeboten sollte es auch in der Deutschschweiz eine anonyme Helpline mit Triage-Funktion geben, die kostenfrei aus allen Netzen erreichbar ist. Dieser Service ist grundsätzlich sowohl als alleinstehender Service als auch in Verbindung mit einer Gesamtstruktur sekundärpräventiver Angebote umsetzbar. Ein alleinstehender Service müsste gut mit den regionsspezifischen Behandlungsangeboten vernetzt sein. Aufgrund der grossen Ressentiments gegenüber MAPs in der Bevölkerung wird eine staatliche Subventionierung notwendig werden.

4.2.2.2 Bereitstellung regionaler Behandlungsangebote für MAPs

Es sollte ein strukturiertes, nach Möglichkeit vom Bund koordiniertes und vom Bund und den Kantonen subventioniertes Behandlungsangebot mit regionalen Behandlungszentren in al-

len Sprachregionen bereitgestellt werden. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Bedürfnislagen von MAPs empfiehlt es sich, spezifische Behandlungsmodule für unterschiedliche Zielgruppen (z.B. Jugendliche, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung) und Risikokonstellationen anzubieten, insbesondere aber keine Vermengungen forensisch zugewiesener und nicht im Hellfeld delinquenter MAPs vorzunehmen.

Die Behandlungsformen sollten innerhalb des Netzwerks der regionalen Behandlungsangebote aufeinander abgestimmt sein und wichtige Rahmenbedingungen (bspw. Aufnahmebedingungen, Vorgehen bei Bekanntwerden mutmasslicher Straftaten) über alle Standorte hinweg gleich gehandhabt werden. Die Behandlungskosten sollten von den Krankenkassen übernommen werden. Das Behandlungsangebot sollte anonym in Anspruch genommen werden können und zwar sowohl gegenüber Dritten als auch gegenüber der Krankenkasse.

Um möglichst viele grundsätzlich behandlungsbereite MAPs zu erreichen, ist von einer (strukturellen, inhaltlichen und namentlichen) forensischen Verortung abzusehen. Zu empfehlen ist eine klinische Einbettung, denn eine Behandlung der mit der sexuellen Neigung einhergehenden Probleme (insbesondere eine stark risikofokussierte) kann nicht genügen, wenn weitere, gesundheitlich bedeutsame psychische Probleme vorliegen.

4.2.2.3 Aus- und Weiterbildung von Therapeut(inn)en

Therapeut(inn)en, die sich darauf spezialisieren möchten, therapeutisch mit MAPs zu arbeiten, benötigen neben einer anerkannten Therapieausbildung eine vertiefende themenspezifische Weiterbildung. Ziel einer solchen Massnahme sollte sein, dass die Teilnehmenden a) nicht nur verstehen, dass Pädophilie nicht mit Kindesmissbrauch gleichzusetzen ist, und sie b) sich darüber klar werden, dass stigmabezogener Stress psychische Probleme nach sich zieht, welche zu einem erhöhten Missbrauchsrisiko beitragen können, sondern dass sie c) sich auch Kenntnisse zum therapeutischen Umgang mit atypischen sexuellen Interessen aneignen, da es diesbezüglich erhebliche Überschneidungen behandlungsrelevanter Themen gibt (z.B. Stresserleben aufgrund des Verheimlichens der eigenen sexuellen Identität, Umgang mit Scham, Möglichkeiten zur Förderung der sozialen Unterstützung). Sie sollten d) sich dessen bewusstwerden, dass Stigmatisierung die Behandlungsbereitschaft sowohl auf Seiten der Behandelnden als auch auf Seiten der Betroffenen verringert, und sollten sich in diesem Zusammenhang intensiv mit ihren eigenen stigmatisierenden Einstellungen auseinandersetzen. Die notwendige Perspektivenübernahme sollte dadurch angeregt werden, dass zur Vermittlung relevanter Informationen eine selbst betroffene Person eingesetzt wird (vgl. Jahnke, 2018).

Auch niedergelassene Therapeut(inn)en und andere Fachpersonen des Gesundheitswesens sollten zumindest über Basiswissen bezüglich Pädophilie als sexueller Ausrichtung verfügen, das sie in die Lage versetzt, mögliche Problemlagen zu erkennen, angemessen (d.h. verständnisvoll und nicht wertend) mit Betroffenen in Kontakt zu treten und diese an geeignete Expert(inn)en weiterverweisen zu können. Letzteres macht eine systematische Aufnahme entsprechender Lehrinhalte in die jeweiligen Aus- und Fortbildungscurricula erforderlich.

4.2.2.4 Gesamtschweizerische Koordination der Präventionsangebote

Es wird als zentral erachtet, entsprechende Massnahmen landesweit einheitlich und aufeinander abgestimmt umzusetzen und gemeinsame Standards bezüglich Aufnahmebedingungen, Behandlungsformen, Qualitätssicherung, Anonymität, Vorgehen bei Bekanntwerden mutmasslicher Straftaten etc. festzulegen. Eine Koordination dessen sollte sinnvollerweise durch den Bund sichergestellt werden, auch die Bekanntmachung der Angebote und die Öffentlichkeitsarbeit sind schweizweit zu koordinieren. Ebenso sollte vom Bund eine unabhängige wissenschaftliche Begleitung eingesetzt werden (siehe Abschnitt 4.2.2.5). Auch die Anschubfinanzierung der Angebote, der Medienkampagnen und der Evaluation sollte durch den Bund und die Kantone erfolgen.

Aufgrund der geografischen und sprachlichen Nähe verfügbarer Fachpersonen mit sehr spezifischer Expertise und der diesbezüglich vergleichbaren Rechtslagen in der Schweiz und in Deutschland empfiehlt sich zudem eine Vernetzung mit den Erfahrungen des deutschen Präventionsnetzwerks, unter dessen Dach verschiedene sekundärpräventive Behandlungsprogramme vereint werden konnten, und das die vorgeschlagenen Standardisierungsprozesse bereits durchlaufen hat. Eine internationale Vernetzung dürfte sowohl im Hinblick auf eine Beratung und Unterstützung bei der Aufgleisung eines entsprechenden Programmes und Netzwerkes als auch hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung sowie der Möglichkeit einer externen Supervision von Vorteil sein. Auch eine solche Vernetzung könnte vom Bund koordiniert bzw. initiiert werden.

4.2.2.5 Systematische Evaluation der Behandlungsangebote

Aus sicherheitspolitischen wie auch aus ethischen Gründen sollte die Wirksamkeit sekundärpräventiver Angebote einer möglichst strengen empirischen Prüfung unterzogen werden. Um eine Grundlage für eine aussagekräftige Wirkungsevaluation zu schaffen, sollte die Vorbereitung einer methodisch sauberen Erhebung der notwendigen Daten *vor* der Erstimplementation der Behandlungsangebote erfolgen. Mit Blick auf die international beobachtbaren Versäumnisse und deren Konsequenzen – namentlich innenpolitisch mittelfristig schwer zu rechtfertigende Investitionen ohne Nachweis von deren spezifischer Wirksamkeit – sollte die Chance einer sorgfältigen Evaluation im Rahmen einer etwaigen Erstimplementation eines sekundärpräventiven Programms für MAPs in der Schweiz genutzt werden, um international eine Vorreiterrolle in sekundärpräventiven Erkenntnissen einzunehmen. Eine **vom Bund zentral eingesetzte, unabhängige Evaluationsstelle** sollte EDV-gestützt systematisch Behandlungsdaten anonymisiert erheben, archivieren und auswerten, um die u.a. im Hinblick auf Fallzahlen notwendigen Voraussetzungen für eine aussagekräftige Wirkungsevaluation zu schaffen.

4.2.2.6 Öffentlichkeitswirksame Informationskampagnen

Zur Bekanntmachung der Angebote ist eine öffentlichkeitswirksame Medienkampagne (nicht nur in Zeitungen und TV sondern auch in sozialen Netzwerken und Onlineportalen sowie dem öffentlichen Raum) zu empfehlen, die zugleich als Anti-Stigma-Intervention wirkt. Eine solche Medienkampagne sollte sehr sorgfältig aufgelegt werden, um nicht intendierte Nebeneffekte zu vermeiden. Die Wahl des Namens sollte mit Bedacht und möglicherweise unter Einbezug Betroffener erfolgen, um sicherzustellen, dass sich diese dann auch mit dem Angebot identifizieren können. Dabei ist zu erwägen, dass der Begriff «Täter» im Projektnamen einerseits für nicht delinquente MAPs problematisch, für die gesellschaftliche Akzeptanz des Programms andererseits wichtig sein könnte.

Da eine Medienkampagne sehr kostenintensiv ist, und es aufgrund der starken Ressentiments in der Bevölkerung kaum eine realistische Option darstellt, von privater Seite ausreichende Mittel zu erhalten, solange Organisationen einen Image-Schaden fürchten müssen, wenn sie solche Präventionsmassnahmen finanziell unterstützen, bedarf es einer Anschubfinanzierung durch den Bund und die Kantone.

5. Literatur

- Alanko, K., Schmidt, A. F., Neutze, J., Bergen, E., Santtila, P. & Osterheider, M. (2017). Male sexual interest in and offending against children: The Abused-Abuser Hypothesis. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 17(2), 128-144.
- Averdijk, M., Müller-Johnson K. & Eisner, M. (2012). *Sexual of Victimization of Children and Adolescents in Switzerland (Final Report for the UBS Optimus Foundation)*. Zurich: UBS Op-timus Foundation.
- B4U-ACT (2011). *Experiences with mental health care and attitudes toward professional literature*. Retrieved from <https://www.b4uact.org/research/survey-results/spring-2011-survey/>.
- Babchishin, K. M., Merdian, H. L., Bartels, R. M., & Perkins, D. (2018). Child sexual exploitation materials offenders. *European Psychologist*, 23(2), 130-143.
- Banse, R., Koppehele-Gossel, J., Kistemaker, L. M., Werner, V. A., & Schmidt, A. F. (2013). Pro-criminal attitudes, intervention, and recidivism. *Aggression and Violent Behavior*, 18 (6), 673–685.
- Barnett, G. D., & Howard, F. F. (2018). What doesn't work to reduce reoffending?. *European Psychologist*, 23(2), 111-129.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483.
- Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., & Klapilová, K. (2020). The prevalence of paraphilic interests in the Czech population: preference, arousal, the use of pornography, fantasy, and behavior. *The Journal of Sex Research*. Advance online publication.
- Bailey, J. M., Bernhard, P. A. & Hsu, K. J. (2016). An Internet study of men sexually attracted to children: Correlates of sexual offending against children. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(7), 989-1000.
- Beggs Christofferson, S. M. (2019). Is preventive treatment for individuals with sexual interest in children viable in a discretionary reporting context? *Journal of Interpersonal Violence*, 34(20), 4254–4280.
- Beier, K. M. (2013). *Dissexualität im Lebenslängsschnitt: theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter*. Springer-Verlag.
- Beier, K. M. (2018). *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Beier, K. M., Gieseler, H., Ulrich, H., Scherner, G. & Schlinzig, E. (2018). Das Berliner Präventionsprojekt Dunkelfeld. In K. M. Beier (Hrsg.). *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie* (S. 45-58). Heidelberg: Springer.
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A. & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529-542.
- Beier, K. M., & Loewit, K. (2011). *Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Beier, K. M., Oezdemir, U. C., Schlinzig, E., Groll, A., Hupp, E. & Hellenschmidt, T. (2016). «Just dreaming of them»: The Berlin project for primary prevention of child sexual abuse by Juveniles (PPJ). *Child Abuse & Neglect*, 52, 1-10.

- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., ... & Klassen, P. E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 335-350.
- Bonta, J., & Andrews, D. (2016). *Psychology of criminal conduct* (6th ed.). London, UK: Routledge.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg, Germany: Springer Medizin.
- Briken, P., Berner, W., Flöter, A., Jückstock, V. & von Franqué, F. (2018). Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs im Dunkelfeld—das Hamburger Modell. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68(3/4), 142-161.
- Brown, A. B., Jago, N., Kerr, J., McNaughton Nicholls, C., Paskell, C. & Webster, S. (2014). *Call to keep children safe from sexual abuse: A study of the use and effects of the Stop it Now! UK and Ireland Helpline*. London, UK: NatGen Social Research.
- Bundeskriminalamt (2017). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2016*.
- Cantor, J. M. (2014). «Gold-star» pedophiles in general sex therapy practice. In Y. M. Binik & K. S. Hall (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (5th ed., pp. 219–234). New York, NY: Guilford Publications.
- Cantor, J. M., & McPhail, I. V. (2016). Non-offending pedophiles. *Current Sexual Health Reports*, 8(3), 121-128.
- Cohen, L., Ndukwe, N., Yaseen, Z. & Galynker, I. (2018). Comparison of self-identified minor-attracted persons who have and have not successfully refrained from sexual activity with children. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44 (3), 217–230.
- Cortoni, F., Babchishin, K. M. & Rat, C. (2017). The proportion of sexual offenders who are female is higher than thought: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 44(2), 145-162.
- Cohen, L. J., Wilman-Depena, S., Barzilay, S., Hawes, M., Yaseen, Z. & Galynker, I. (2019). Correlates of chronic suicidal ideation among community-based minor-attracted persons. *Sexual Abuse*. Advance online publication.
- Collart, P. (2017). L'abus sexuel: discussion de la définition, éléments de diagnostic et de prévention. *Service social*, 63(1), 29-42.
- Dahle, K. P. (2016). Straftäterbehandlung und Evaluation. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 10 (1), 1–3.
- Daigle, M. (1997). Expérience communautaire pour les hommes pédophiles. *Criminologie. Violences familiales*, 30(2). Montréal, Canada : Les presses de l'Université de Montréal, 109-127.
- Delarue, J. M.; Alezrah, C. & Buzyn, A. (2018). *Auteurs de violences sexuelles: prévention, évaluation, prise en charge*. Rapport de la commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de violences sexuelles: prévention, évaluation, prise en charge.
- Denov, M. S. (2003). The myth of innocence: Sexual scripts and the recognition of child sexual abuse by female perpetrators. *The Journal of Sex Research*, 40(3), 303–314.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F) – Klinisch–diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Dölling, D. (1990). Generalprävention durch Strafrecht: Realität oder Illusion? *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 1990, 1-20.
- Dölling, D. (1995). Was lässt die Kriminologie von den erwarteten spezial- und generalpräventiven Wirkungen des Jugendkriminalrechts übrig? In Bundesministerium der Justiz

- (Hrsg.), *Das Jugendkriminalrecht als Erfüllungsgehilfe gesellschaftlicher Erwartungen* (S. 143-160)? Bonn: Bundesministerium der Justiz.
- Dombert, B., Schmidt, A. F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J. & Osterheider, M. (2016). How common is men's self-reported sexual interest in prepubescent children? *The Journal of Sex Research*, 53(2), 214-223.
- Eisenberg, M., Mulder, J., Horn, J. v. & Stam, J. (2014). Stop it Now! Helpline Netherlands: A study of its use and effects –English summary. Abgerufen unter https://www.stopit-now.org.uk/files/stop_it_now_nl_findings.pdf.
- Eke, A. W., Seto, M. C. & Williams, J. (2011). Examining the criminal history and future offending of child pornography offenders: an extended prospective followup study. *Law and Human Behavior*, 35(6), 466–478. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9252-2>.
- Ewing, C. P. (2011). *Justice perverted: Sex offense law, psychology, and public policy*. Oxford: University Press.
- Engel, J., Körner, M., Schuhmann, P., Krüger, T. H. C. & Hartmann, U. (2018). Reduction of risk factors for pedophilic sexual offending. *The Journal of Sexual Medicine*, 15 (11), 1629–1637.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. et al. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen–DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Fedoroff, J. P. (2010). Paraphilic Worlds. In C. B. Risen, S. E. Althof & S. B. Levine (Eds.), *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals* (2nd Ed., pp. 401–424). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Feldman, D. B. & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137-154.
- Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., & James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical Psychology Review*. Advance Online Publication.
- Gillespie, S. M., Bailey, A., Squire, T., Carey, M. L., Eldridge, H. J. & Beech, A. R. (2018). An evaluation of a community-based psycho-educational program for users of child sexual exploitation material. *Sexual Abuse*, 30(2), 169-191.
- Grady, M. D., Levenson, J. S., Mesias, G., Kavanagh, S. & Charles, J. (2018). «I can't talk about that»: Stigma and fear as barriers to preventive services for minor-attracted persons. *Stigma and Health*. Advance online publication.
- Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T. & Beier, K. M. (2016). Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles. *Archives of Sexual Behavior*, 45(5), 1153-1162.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891.
- Hanson, R. K., Thornton, D., Helmus, L. M. & Babchishin, K. M. (2016). What sexual recidivism rates are associated with Static-99R and Static-2002R scores? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28, 218–252.
- Harper, C. A., Bartels, R. M., & Hogue, T. E. (2016). Reducing stigma and punitive attitudes toward pedophiles through narrative humanization. *Sexual Abuse*, 30(5), 533-555.
- Heasman, A. & Foreman, T. (2019). Bioethical issues and secondary prevention for nonoffending individuals with pedophilia. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 28, 264–275.

- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C. & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*(1), 38-49.
- Hossack, A., Playle, S., Spencer, A. & Carey, A. (2004). Helpline: Accessible help inviting active or potential paedophiles. *Journal of Sexual Aggression, 10*(1), 123-132.
- Houtepen, J. A., Sijtsema, J. J. & Bogaerts, S. (2016). Being sexually attracted to minors: Sexual development, coping with forbidden feelings, and relieving sexual arousal in self-identified pedophiles. *Journal of Sex & Marital Therapy, 42*(1), 48-69.
- Horn, J. V., Eisenberg, M., Nicholls, C. M., Mulder, J., Webster, S., Paskell, C. ... & Jago, N. (2015). Stop It Now! A pilot study into the limits and benefits of a free helpline preventing child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*(8), 853-872.
- Imhoff, R. (2015). Punitive attitudes against pedophiles or persons with sexual interest in children: Does the label matter?. *Archives of Sexual Behavior, 44*(1), 35-44.
- Jahnke, S. (2018). The stigma of pedophilia. *European Psychologist, 23*(2), 144-153.
- Jahnke, S., Imhoff, R. & Hoyer, J. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of Sexual Behavior, 44*(1), 21-34.
- Jahnke, S., Philipp, K. & Hoyer, J. (2015). Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect, 40*, 93-102.
- Jahnke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M. & Hoyer, J. (2015). Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexual interests. *Archives of Sexual Behavior, 44*(8), 2173-2187.
- Joyal, C. C., Cossette, A. & Lapierre, V. (2015). What exactly is an unusual sexual fantasy?. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(2), 328-340.
- Klein, V., Brunner, F., Nieder, T. O., Reed, G. Briken, P. (2015). Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 – Dokumentation des Revisionsprozesses. *Zeitschrift für Sexualforschung, 28*, 363–373.
- Klein, V., Schmidt, A. F., Turner, D. & Briken, P. (2015). Are sex drive and hypersexuality associated with pedophilic interest and child sexual abuse in a male community sample?. *PloS One, 10*(7), e0129730.
- Knack, N., Winder, B., Murphy, L. & Fedoroff, J. P. (2019). Primary and secondary prevention of child sexual abuse. *International Review of Psychiatry*. Advance online publication.
- Korkman, J., Antfolk, J., Fagerlund, M. & Santtila, P. (2019). The prevalence of unfounded suspicions of child sexual abuse in Finland. *Nordic Psychology, 71* (1), 39-50.
- Krahe, B. & Altwasser, C. (2006). Changing negative attitudes towards persons with physical disabilities: An experimental intervention. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 16*, 59-69.
- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E., & Briken, P. (2017). Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, eleventh revision (ICD-11). *Archives of Sexual Behavior, 46*(5), 1529-1545.
- Kuhle, L. F. (2018). Sexueller Kindesmissbrauch in digitalen Medien – Phänomenologie, Prävalenz, Prävention. *Vortrag beim Arbeitskreis Psychologie im Strafverfahren* am 27. Oktober 2018 in Düsseldorf.
- Kuhle, L. F., Oezdemir, U. C. & Beier, K. M. (2018). Sexueller Kindesmissbrauch und die Nutzung von Missbrauchsabbildungen. In K. M. Beier (Hrsg.), *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch* (S. 15–26). Heidelberg, Germany: Springer.

- Lasher, M. P. & Stinson, J. D. (2017). Adults with pedophilic interests in the United States: Current practices and suggestions for future policy and research. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 659-670.
- Lemonnier, F. (2018). *Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles?* Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de violences sexuelles: prévention, évaluation, prise en charge.
- Letourneau, E. J., Brown, D. S., Fang, X., Hassan, A. & Mercy, J. A. (2018). The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 79, 413-422.
- Levenson, J. S. & Grady, M. D. (2018). Preventing sexual abuse: perspectives of minor-attracted persons about seeking help. *Sexual Abuse*. Advance online publication.
- Levenson, J. S. & Grady, M. D. (2019). «I could never work with those people...»: secondary prevention of child sexual abuse via a brief training for therapists about pedophilia. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(20), 4281-4302.
- Levenson, J. S., Grady, M. D. & Morin, J. W. (2019). Beyond the «Ick Factor»: Counseling non-offending persons with pedophilia. *Clinical Social Work Journal*. Advance online publication.
- Levenson, J. S., Willis, G. M. & Vicencio, C. P. (2017). Obstacles to help-seeking for sexual offenders: Implications for prevention of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26, 99-120.
- Lievesley, R., Harper, C. A., & Elliott, H. (2020). The internalization of social stigma among minor-attracted persons: Implications for treatment. *Archives of Sexual Behavior*. Advance online Publication.
- Manetti, S. (2014). *La pedofilia, tra stigmatizzazione e prevenzione. Uno sguardo nel Canton Ticino*. Mémoire de maîtrise en droits de l'enfant (DE2014/MIDE12-13/15), Sion, Suisse: Institut Universitaire Kurt Bösch.
- Marx, C. M., Subic-Wrana, C. & Beutel, M. E. (2019). Klinische Merkmale der Inanspruchnahme einer Präventionsambulanz für Pädophilie. *Psychotherapeut*, 64, 120-126.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Germany: Beltz.
- McCartan, K. F., Merdian, H. L., Perkins, D. E. & Kettleborough, D. (2018). Ethics and issues of secondary prevention efforts in child sexual abuse. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(9), 2548-2566.
- McPhail, I. V. (2018). Age of onset in pedohebephilic interests. *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1313-1317.
- McPhail, I. V., Stephens, S. & Heasman, A. (2018). Legal and ethical issues in treating clients with pedohebephilic interests. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 59(4), 369-381.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2003). Das ExpertInneninterview. Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 481-491). Weinheim, Germany: Beltz Juventa.
- Mews, A., Di Bella, L. & Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme*. London, UK: Ministry of Justice.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Mann, R. E., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse*, 22(2), 191-217.

- McMahon, P. M. (2000). The public health approach to the prevention of sexual violence. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(1), 27-36.
- Mokros, A. & Banse, R. (2019). The «Dunkelfeld «Project for Self-Identified Pedophiles: A Reappraisal of its Effectiveness. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance Online Publication.
- Mokros, A. & Habermeyer, E. (2016). Regression to the mean mimicking changes in sexual arousal to child stimuli in pedophiles. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1863-1867.
- Neutze, J., Seto, M. C., Schaefer, G. A., Mundt, I. A. & Beier, K. M. (2011). Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(2), 212-242. <https://doi.org/10.1177/1079063210382043>.
- Niehaus, S. (2018). Im Interesse kindlicher Opfer. *Praxis der Rechtspsychologie*, 28(2), 99-120.
- Niehaus, S., Krüger, P. & Caviezel Schmitz, S. (2013). Intellectually disabled victims of sexual abuse in the criminal justice system. *Psychology*, 4(3A), 374-379.
- Oberlader, V., Schmidt, A. F. & Banse, R. (2018). Methodische Herausforderungen in der Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen. In *Evidenzorientierte Kriminalprävention in Deutschland* (S. 313-332). Wiesbaden: Springer VS.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.
- Piché, L., Mathesius, J., Lussier, P. & Schweighofer, A. (2018). Preventative services for sexual offenders. *Sexual Abuse*, 30(1), 63-81.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors; A method for maintaining therapeutic gain and enhancing sexual supervision. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Hrsg.). *Handbook of Sexual Assault: Issues, theories and treatment of the offender* (S. 343-361). New York: Plenum.
- Poilpot, M.-P., Bouvier, P., Cyrulnik, B., Gianfrancesco, A., Lemay, M., Tomkiewicz, S., Vanistendael, S. & Vicari, J. (1998). Prévenir le traumatisme d'une agression sexuelle: réflexions à la lumière de la résilience. Collection fondation pour l'enfance. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Präventionsnetzwerk Kein Täter werden (2019). *Schweigepflicht und Vorgehensweise bei Grenzfällen*. Abgerufen unter <https://www.kein-taeter-werden.de/documents/000/000/059/schweigepflicht-und-vorgllen.pdf>
- Pullman, L. E., Leroux, E. J., Motayne, G. & Seto, M. C. (2014). Examining the developmental trajectories of adolescent sexual offenders. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1249-1258.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801-813.
- Rößner, M. (2002). Jugendstrafrecht, Delinquenz und Normorientierung Jugendlicher. Eine empirische Überprüfung des Zusammenhanges von Sozialisation, Wertebildung, Sanktionseinstellung und Delinquenz. *Dissertationsschrift der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Hamburg*.
- Saied-Tessier, A. (2014). *Estimating the costs of child sexual abuse in the UK* (pp. 1-44). London: NSPCC. Retrieved from <https://fstest.nspxyz.net/globalassets/documents/research-reports/estimating-costs-child-sexual-abuse-uk.pdf>

- Sandler, J. C., Freeman, N. J. & Socia, K. M. (2008). Does a watched pot boil? A time-series analysis of New York State's sex offender registration and notification law. *Psychology, Public Policy, and Law*, 14(4), 284-302.
- Schmidt, A. F. (2019). Ein kritischer Vergleich des Risk-Need-Responsivity Ansatzes und des Good Lives Modells zur Straftäterrehabilitation. *Bewährungshilfe*, 66(3), 211-223.
- Schmidt, A. F., Mokros, A. & Banse, R. (2013). Is pedophilic sexual preference continuous? A taxometric analysis based on direct and indirect measures. *Psychological Assessment*, 25(4), 1146-1153.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11 (4), 597-630.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2017). Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 8.
- Schwarze, C. & Hahn, G. (2016). *Herausforderung Pädophilie – Beratung, Selbsthilfe, Prävention*. Köln, Germany: Psychiatrie Verlag.
- Simonsen, L. (2018). *Basler Pädophile wollen nicht in die Therapie – nur zehn haben sich freiwillig gemeldet*. Zeitungsartikel vom 13.01.2018, BZ Basel Nordwestschweiz.
- Siegel, S. & Beier, K. M. (2018). Therapeutische Hilfe für Menschen mit Pädophilie. *Psychotherapie im Dialog*, 19(2), 89-94.
- Seitz, W. (2014). *Geschichte der politischen Gräben in der Schweiz*. Zürich: Rüegger Verlag.
- Seto, M. C. (2019). The motivation-facilitation model of sexual offending. *Sexual Abuse*, 31(1), 3-24.
- Seto, M. C. (2018). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Seto, M. C. (2012). Is pedophilia a sexual orientation?. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 231-236.
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391-407.
- Seto, M., Cantor, J. & Blanchard, R. (2006). Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 610-615.
- Seto, M. C. & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526.
- Stiels-Glenn, M. (2010). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung pädosexueller Patienten. *Recht & Psychiatrie*, 28, 74-80.
- Spriggs, S. A., Cohen, L. J., Valencia, A., Zimri, Y. S. & Galyner, I. (2018). Qualitative analysis of attitudes toward adult-child sexual activity among minor-attracted persons. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Advance online publication.
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Thorens, M. (2016). *Pédophilie: Quel accompagnement pour des mineurs qui se découvrent être attirés sexuellement par des enfants plus jeunes qu'eux et qui identifient leurs attirances comme contraires aux normes sociales et juridiques. Etat des lieux et pistes de réflexion*. Mémoire de maîtrise interdisciplinaire en droits de l'enfant (2016/MIDE13-15/02), Genève, Suisse : Université de Genève.
- Tozdan, S., & Briken, P. (2015). The earlier, the worse? Age of onset of sexual interest in children. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(7), 1602-1608.

- Viaux, J.-L. (2011). *Les expertises en psychologie légale*. Revigny-sur-Ornain : Edition du Journal des psychologies.
- van den Berg, J. W., Smid, W.J., Schepers, K., Wever, E., van Beek, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2018). The predictive properties of dynamic sex offender risk assessment instruments: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 30 (2), 179–191.
- Volet, P., Courvoisier, J. & Aebi, M. F. (2011). *Rapport de recherche de l'Institut de criminologie et de droit penal de l'Université de Lausanne sur mandate de l'Association DIS NO dans le cadre du Projet de Prévention Orientée Potentiels Auteurs d'Abus Sexuels Envers les Enfants (POPA)*. Lausanne, Suisse: Université de Lausanne.
- Wagner, J. (2012). Zum Stellenwert von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Präventionsnetzwerk «Kein Täter werden». *Sexuologie*, 19(3-4), 163-169.
- Wagner, T., Jahnke, S., Beier, K. M., Hoyer, J. & Scherner, G. (2016). Pädophile Neigungen offenbaren: Stigma-Management bei Patienten aus dem Berliner Präventionsprojekt Dunkelfeld. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 29(2), 106-130.
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S. & Shlonsky, A. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Walton, J. S. & Chou, S. (2015). The effectiveness of psychological treatment for reducing recidivism in child molesters: A systematic review of randomized and nonrandomized studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 401-417.
- Walton, J. S. & Hocken, K. (in press). Compassion and acceptance as interventions for paraphilic disorders and sexual offending behavior. In G. Akerman, D. Perkins, & R. M. Bartels (Eds.). *Assessing and managing deviant sexual interest and arousal*. New York, NY: Routledge Psychology Press.
- Ward, T. & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 44-63.
- Ward, T., Mann, R. E. & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 87-107.
- Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G. ... & Rice, D. D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 529-548.
- Wortley, R. & Smallbone, S. (2006). *Situational prevention of child sexual abuse*. Monsey, NY: Criminal Justice Press.

6. Anhang

6.1 Ergänzende Informationen zur Internet- und Literaturrecherche

Liste der zur Suche wissenschaftlicher Literatur verwendeten Datenbanken

1. ASSIA
2. BDSP
3. CAIRN.INFO
4. CINAHL Plus
5. Cochrane Library
6. Digital Dissertation
7. Dissonline.de
8. EBSCO
9. EMBASE
10. Érudit
11. Google Scholar
12. IISI
13. LiSSa
14. NDLDT
15. NEBIS
16. PubMed/MEDLINE
17. ProQuest
18. PsycINFO
19. PSYINDEX
20. SAPHIR
21. SocIndex
22. Sociological Abstracts
23. WISO
24. KrimDok (Meta-Suchmaschine Uni Tübingen)
25. MPI-Freiburg
26. Gray-Literature Database (Rutgers University Newark/NJ)
27. NCJRS-Virtual Library (Meta-Suchmaschine)
28. Victimology Database

Tabelle A1: Suchbegriffe Literaturreview

	International	Deutsch	Französisch	Italienisch
Allgemeine Keywords zu sexuell an Kindern Interessierten	(child sexual abus* OR sex offen* OR child porn* OR child sexual exploi* OR groom* OR sollicita*OR hands-on OR hands-off OR contact offen* OR non-contact offen*) AND (online OR internet OR pedo* OR hebe* OR minor OR MAP OR sexual interest OR sexual attract* OR Dunkelfeld OR dark figure OR virtuous* OR community OR non-incarcer* OR unreport*)	(Kindesmissbr* OR Sexualstraf* OR Kinderporn* OR sex* Ausbeut* OR groom* OR Kontaktdel* OR hands-on OR hands-off) AND (online OR Internet OR pädo* OR hebe* OR sexuel* interess* OR sexuel* attrakt* OR Dunkelfeld OR virtuous* OR Allgemeinbev* OR Nichtinhaft*)	(abus sexuel d'enfant* OR délit* sexuel* OR infraction sexuelle OR pédoporn* OR exploit* sex* OR groom* OR infraction directe OR sans contact) AND (en ligne OR Internet OR pédo* OR hébé* OR sexuel* inté* OR attraction* sexuelle* OR chiffre noir OR zone d'ombre OR virtuous OR population générale OR non incarc*)	(abus* sessual* minor* OR delitt* sessual* OR pedoporn* OR porn* infantile OR sfruttament* sess* OR groom* OR reat* di contatto OR contatto OR senza contatto) AND (online OR internet OR pedofil* OR ebevil* OR interess* sessual* OR attrazion* sessual* OR cifr*oscur* OR virtuous* OR popol* OR impunit*)
Spezifische Einschränkungen	AND	AND	AND	AND
Präventionsprogramme	(prevent* OR primary OR secondary OR treat* OR psychothera* OR progra* OR counsel* OR project OR help OR hotline OR self-help OR stigma* OR risk OR recidiv* OR convict*)	(prävent* OR primä* OR sekund* OR behand* OR psychothera* OR program* OR Projekt OR Hilf* OR Hotline OR Selbsthilf* OR Stigma* OR risiko OR Rezidiv OR verurt* OR berat*)	(prévent* OR primaire* OR secondaire* OR traitement* OR psychothérap* OR program* OR cons* OR projet OR aid* OR Hotline OR entraide OR self-help OR stigmat* OR risque OR récidive OR condamn*)	(preventiv* OR primar* OR secondar* OR trattamento* OR psicoterap* OR programm* OR consul* OR progetto OR aiut* OR linea diretta OR numero verde OR autoa* OR self-help OR stigma* OR rischio OR recidiva OR condannat*)

Überblicksartikel	(review OR overview OR meta* ana* OR systematic OR narrative)	(Review OR Überblick OR metaana* OR systemat* OR narra- tive)	(revue OR aperçu OR méta- ana* OR systématique* OR narrat*)	(rassegna OR panoramica OR meta-analisi OR sistematica* OR narrativ*)
Wirksamkeit	(effic* OR effec* OR eval* OR harm OR cost OR benefit OR prac- ticab*OR feasib* OR succ* treat* OR reduct*)	(effek* OR effiz* OR evalu* OR Kosten* OR Nutzen* OR Praktikab* OR Machba* OR Behand- lungserfolg* OR Reduk* OR Senk*)	(effet* OR effic* OR évalu* OR coûts OR bénéfices OR prati- cabl* OR réalisabl* OR réussit* trait* OR résultat* OR réduc- tion)	(effett* OR efficien* OR valuta- zion* OR costi OR benefici OR praticabil* OR attuabil* OR success* tratta* OR risultat* OR riduzion* OR diminuzion*)
Schweizbezogen	Switzer* OR swiss	schweiz*	suisse*	svizzer*

Reduktionsschritte der vorläufigen Liste potenziell relevanter Projekte im Verlaufe der verschiedenen Analysen

1. Aurora Project (GB)
2. ASAP-International (USA)
3. Balier/CHUV (CH)
4. B4U-ACT (USA)⁵
5. De Waag, forensisches psychiatrisches Zentrum (NL)¹
6. DIS NO / IO NO (CH)
7. Du träumst von ihnen (DE)²
8. Forio (CH)
9. Groupe "EPCP" (BE)¹
10. Groupe Amorce (CA)⁴
11. Here2Help (DE)²
12. HUG (CH)
13. ITP Arcados (CH/DE)
14. Istituto Beck (IT)⁶
15. Kein Täter Werden («Projekt Dunkelfeld») (DE)
16. Moore Center for the Prevention of Child Sexual Abuse (USA)⁷
17. National Convention to Prevent Child Sexual Abuse (USA)⁷
18. National institute for the study, prevention and treatment of sexual trauma (USA)⁷
19. One in Four—Phoenix Programme (IR)⁹
20. Pedo Help (FR/INTL)
21. Pedofilia-info (SLK)¹
22. Pédophilie Prévention (CH)⁹
23. Pedopsylia (ESP)¹
24. Portman Clinic (GB)⁴
25. Preventell (SWE)¹
26. PsyLégal (FR)⁹
27. REO, L'ange Bleu (FR)⁸
28. Schicksal und Herausforderung (DE)⁵
29. Sexual Behaviours Clinic (CA)
30. Stepping out of the shadows/Tritt aus dem Schatten (INTL)⁵
31. STOP IT NOW (INTL)
32. StepSQ (GB)³
33. The Association for the Treatment of sexual Abusers (USA)⁴
34. The Global Prevention Project (USA/INTL)⁷
35. The Primary Prevention of Child Sexual Abuse (USA)⁷
36. Troubled Desire (DE/INTL)²
37. Une Vie (FR) -> Pedo Help
38. UPK Basel (CH)
39. Presidio Criminologico Territoriale (IT)⁴
40. VirPed (INTL)⁵

Ausschlusschritte:

- 1: ausserhalb der analysierten Sprachregionen
- 2: gehört zum Projekt Dunkelfeld (mehrfach erfasst)
- 3: gehört zu STOP IT NOW! (mehrfach erfasst)
- 4: Straftäterbehandlung
- 5: selbstorganisiertes Angebot von Betroffenen
- 6: Praxis/Therapeutenverbund ohne spezifisches Angebot
- 7: kein spezifisches Angebot
- 8: noch nicht aktiv
- 9: keine brauchbaren Informationen erhältlich

Schweizer Angebote wurden auftragsgemäss vollständig berücksichtigt, obwohl sie die Selektionskriterien nicht erfüllten.

6.2 Verwendete Befragungsinstrumente

6.2.1 Leitfaden qualitative Experteninterviews

1. **Beschreibung des Präventionsangebots für Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und Jugendlichen / *der Präventionsansätze im¹²⁷ spezifischen Land***
 - a. Bitte beschreiben Sie überblicksartig die Projektstruktur/Angebotsstruktur. In welche Teilbereiche oder Teilmodule ist das Angebot gegliedert?
 - b. Seit wann gibt es dieses Angebot? (*Falls Name nicht genannt wird, erfragen.*)
 - c. *Bei Überblicksinterviews: Durchführende Institutionen und Ansprechpartner?*
2. **Angestrebte Zielpopulation (Einschluss/Ausschlusskriterien)**
 - a. An welche Zielgruppe richtet sich das Angebot (Alter, Geschlecht, Problemlage/...)?
 - b. Wie erfahren die Zielpersonen von Ihrem Angebot?
Wie nehmen die Zielpersonen Kontakt auf?
Welche Kontaktformen gibt es in den Teilmodulen (online/face to face/telefonisch/...)?
 - c. Wie – falls der Fall – wird die Anonymität gewahrt?
 - d. Beschreiben Sie – falls vorhanden – Eingangsdagnostik und Indikationsstellung.
 - i. Gibt es Ein- und Ausschlusskriterien?
 - ii. Wie wird mit nicht geeigneten Teilnehmern umgegangen?
Wohin werden diese bei Hilfebedarf weitervermittelt?
 - e. Typische Charakteristika und Probleme der Zielpopulation
 - i. Bitte beschreiben Sie die Anfragenden und Teilnehmer (Alter, Geschlecht, ...).
Mit welchen Problemen gelangen sie an das Projekt/Angebot?
 - ii. Welche Risiko- und Schutzfaktoren bringen sie mit?
Wie hoch ist der Anteil von Leuten, die Nutzung sexueller Kindesmissbrauchsabbildungen einräumen?
 - iii. Gibt es Unterschiede zwischen Anfragenden und Teilnehmern?
 - iv. Welche personenbezogenen Daten werden im Projekt erhoben?
Wie werden diese verwaltet/gespeichert?
Wer hat Zugang?
3. **Zentrale Interventionsansätze und Wirkannahmen**
 - a. Bitte beschreiben Sie die in jedem Teilmodul/-bereich verwendeten Interventionsbausteine.
 - i. Auf welche der genannten typischen Probleme wird jeweils womit fokussiert?

¹²⁷ In Grau und kursiv werden alternative Fragen für Interviewpartner (wie z.B. Seto) gekennzeichnet, die einen generellen Überblick über die Präventionsansätze in Ländern geben sollen.

- ii. Welches Format haben die Angebote (telefonisch/online/Gruppe/Einzelsetting)?
- b. Ist der Einbezug von Angehörigen möglich?
Wie wird dies organisiert?
- c. Gibt es eine Verlaufsdiagnostik?
- d. Wie sieht das Krisenmanagement aus?
 - i. An welche Stellen wird notfalls weiterverwiesen? Wie wird Anonymität gewahrt?

4. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

- a. Welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten für das Projekt in Bezug auf die Klassifizierung von Sexualstraftaten?
- b. Welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten für das Projekt in Bezug auf Anonymität und mögliche Meldepflichten?
Was muss wem gemeldet werden, was nicht?
- c. Welche Organisationsform hat das Projekt?
Ist es an eine Institution angebunden (Trägerschaft)?
Wird mit anderen Institutionen oder Organisationen kooperiert?
- d. Wird mit externen, niedergelassenen Therapeut(inn)en kooperiert? Wie?
- e. Wie ist die Kontaktaufnahme im Projekt organisiert?
Wer kann wen wie kontaktieren?
- f. Wie hoch sind die Kosten des Projekts/Angebots?
- g. Wie werden anfallende strukturelle und Fallkosten gedeckt? Wer bezahlt das Projekt?
- h. Wie viele Personen welcher Qualifikation mit welchem Stellenanteil sind mindestens notwendig, um das Projekt zu betreiben?

5. Evaluative Massnahmen

- a. Gibt es Ansätze zur Qualitätskontrolle (Prozess / Outcome)?
- b. Gibt es wissenschaftliche Begleitforschung?
- c. Gibt es Veröffentlichungen zum Projekt (egal in welcher Form)?
Gibt es offizielle Rechenschaftsberichte / Ergebnisberichte / Performancereports?
- d. Können Sie uns die genannten Dokumente zugänglich machen?

6. Besonderheiten des Ansatzes, Erfahrungswerte und Zielerreichung

- a. Was bringt dieser Ansatz mit, was andere Ansätze nicht haben?
- b. Was macht ihn erfolgreich?
Was hat sich bewährt?
 - i. Welche Zielpopulation wird erreicht, welche nicht?
 - ii. Welche genannten typischen Probleme lassen sich verändern, welche nicht?
- c. Was sollte geändert werden?
Was ist das grösste ungelöste Problem des Ansatzes?
Was bräuchten Sie, um dies vor Ort zu realisieren?
Was sind Vorschläge für zukünftige Forschung?
- d. Tipps für zukünftige Erstimplementation – was sollte bei dieser nach Ihrer Erfahrung unbedingt beachtet werden?

7. Zusatzfragen für die Schweizer Interviewpartner(innen)

- a. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie in der Schweiz?
 - i. Weiterbildung?
- b. Wie wäre in der Schweiz ein wirksames Präventionsangebot realisierbar?

6.2.2 Fragebogen für Psychotherapeut(inn)en, Psychiater(innen) und Sexolog(inn)en (Beispiel: Deutschschweiz)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Das Schweizer Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) lässt derzeit im Auftrag des Bundesrates von der Hochschule Luzern und der Universität Mainz erheben, welche Erfahrungen Psychotherapeut(inn)en, Psychiater(innen) und Sexolog(inn)en in der Schweiz und in Deutschland mit der Versorgung von Patient(inn)en bzw. Klient(inn)en gemacht haben, die sexuelles Interesse an Minderjährigen haben, und welche möglichen Herausforderungen sie sehen. Die Befragung richtet sich auch an Personen, die noch keine Erfahrung mit dieser Personengruppe haben.

Alle Angaben sind bereits im Rahmen der Datenerhebung vollkommen anonym. Die Bearbeitung der Items dauert 10-15 Minuten. Zur Wahrung absoluter Anonymität ist es *nicht* möglich, die Bearbeitung zu unterbrechen und zwischenzuspeichern, um sie später fortzusetzen (wir verwenden keine personalisierten Links). Wir bitten Sie daher, sich **bis am 25. Juni 2019** einmal 10 Minuten Zeit dafür zu nehmen, den Bogen in einem Durchgang zu bearbeiten.

Wir danken Ihnen herzlich, wenn Sie sich die Zeit hierfür nehmen!

Link zum Fragebogen:

<https://www.soscisurvey.de/fachpersonen/?act=D9hDeGUoacuVWKVLXN2jGuh7>

Bei inhaltlichen und technischen Fragen stehen Ihnen von der Hochschule Luzern Frau Susanna Niehaus (susanna.niehaus@hslu.ch, 041 367 48 69) und bei Fragen zum Auftrag Frau Manuela Krasniqi vom Bundesamt für Sozialversicherungen (manuela.krasniqi@bsv.admin.ch, 058 462 91 69) gerne zur Verfügung.

0. Wo sind Sie überwiegend tätig?
Où travaillez-vous majoritairement?
Dov'è attivo/a principalmente?

(Auswahl zwischen a und b sowie zwischen Sprachregionen i-iv, Letztere werden dann mit Sprachversion der Schweizer Fragebogens verlinkt)¹²⁸

- a. In der Schweiz/En Suisse/In Svizzera
...-> Sprachregion/Région linguistique/Regione linguistica:
 - i. italienische/italienne/italiana (->SWISS_italienisch)
 - ii. französische/française/francese (->SWISS_französisch)

¹²⁸ In grauer und kursiver Schrift erscheinen hier die Anweisungen für die technische Umsetzung des Online-Fragebogens, diese Hinweise waren im eigentlichen Erhebungsinstrument nicht enthalten. Hier werden lediglich die Inhalte der Befragung abgebildet, die optische Umsetzung war in der verwendeten Online-Version gänzlich anders.

- iii. deutsche/allemande/tedesca (->SWISS_deutsch bis Item 10)
- iv. rätoromanische/romanche/retoromanica

-> In welcher Sprache möchten Sie den Bogen ausfüllen?
In quale lingua desidera riempire il questionario?

- 1. Deutsch (->SWISS_deutsch bis Item 10)
- 2. Italiano (->SWISS_italienisch)

b. In Deutschland/En Allemagne/In Germania

1. Alter _____
2. Geschlecht
 - a. m
 - b. w
 - c. divers
3. Über welchen Abschluss bzw. welche Abschlüsse verfügen Sie? (Mehrfachnennung möglich)
 - a. FMH Psychiatrie und Psychotherapie
 - b. 1. Psychologische/r Psychotherapeut/in FSP
oder
2. Psychotherapeut/in ASP
Therapierichtung (*jeweils*):
 - i. Kognitiv-verhaltenstherapeutisch
 - ii. Tiefenpsychologisch
 - iii. Humanistisch
 - iv. andere: _____
 - c. Sexologin bzw. Sexologe
 - i. Klinische Sexologie und Sexualtherapie (ASClif, ISI)
 - ii. Master of Arts in Sexologie (ISP)
 - iii. anderer Abschluss: _____
 - d. Ich habe keinen der genannten Abschlüsse.
4. Wen behandeln Sie überwiegend? (*Auswahl*)
 - a. Erwachsene
 - b. Kinder- und Jugendliche
 - c. Ich behandle Erwachsene wie auch Kinder/Jugendliche.
5. Sind Sie zur Zeit in der ambulanten Patientenversorgung tätig?
 - a. Nein (-> 8)
 - b. Ja
6. Sie arbeiten derzeit... (*Auswahl*)
 - a. angestellt in einer Praxis
 - b. angestellt in einer ambulanten Institution
 - c. selbstständig in eigener Praxis oder Gemeinschaftspraxis
7. ->8
8. Wie viele Jahre waren Sie insgesamt **in der stationären Versorgung** von Patientinnen und Patienten tätig?
9. Wie viele Jahre waren Sie insgesamt **in der ambulanten Versorgung** (nicht notwendigerweise in eigener Praxis) tätig? (0->11)

10. Einwohnerzahl des Ortes, in dem Sie die meiste Zeit in der ambulanten Versorgung tätig waren:
- bis 5'000
 - 5'001-10'000
 - 10'001 – 40'000
 - 40'001 – 100'000
 - mehr als 100'001?

Die folgenden Items zu Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern beziehen sich auf Personen, die noch nie irgendeine Form von sexuellem Kindesmissbrauch begangen oder sexuelle Missbrauchsabbildungen (Kinderpornografie) genutzt haben. Es geht uns um Ihr Erfahrungswissen und Ihre Meinung. Bitte entscheiden Sie spontan, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. (Skala: 1 trifft gar nicht zu ----- 7 trifft vollkommen zu)

- Bürgerinnen und Bürger sollten das Recht haben, informiert zu werden, wenn Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern in ihrer Nachbarschaft wohnen.
- Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern sollten präventiv in Gewahrsam genommen werden.
- Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern sind normale Menschen mit einer eher seltenen Neigung.
- Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern sollte es nicht erlaubt sein, mit Kindern zu arbeiten.
- Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern haben sich bewusst für dieses entschieden.
- Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern sollten dazu gezwungen werden, sich einer Psychotherapie zu unterziehen.
- Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern sind krank.
- Ich würde Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern als Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz akzeptieren.
- Ich würde Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern als Gesprächspartner/innen akzeptieren.
- Zwischen sexuellem Interesse an Kindern und sexuellem Kindesmissbrauch besteht kein starker Zusammenhang.
- Zum Schutz von Kindern sollte es eine Website geben, auf der Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern mit Namen, Foto und Adresse verzeichnet sind.
- Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern sollten einer chemischen Kastration unterzogen werden.
- Menschen haben die Wahl, ob sie sexuell an Kindern interessiert sind oder nicht.
- Sexuelles Interesse an Kindern führt früher oder später zu sexuellem Kindesmissbrauch.
- Ich würde Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern als Freunde akzeptieren.
- Ich würde Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern in meiner Nachbarschaft akzeptieren.
- Sexuelles Interesse an Kindern ist nicht behandlungsbedürftig.
- Sexuelles Interesse an Kindern ist etwas, das man sich aussucht.

29. Viele Menschen, die sexuell an Kindern interessiert sind, haben nie sexuellen Kontakt zu einem Kind.

Die folgenden Items beziehen sich auf Personen, die von sich aus um Behandlung nachsuchen aufgrund sexuellen Interesses an minderjährigen Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren. (Skala: 1 trifft gar nicht zu ----- 7 trifft vollkommen zu)

30. Therapeutische Präventionsprogramme zur Vorbeugung von Sexualstraftaten an Kindern, die von bislang nicht sexualdelinquenten Erwachsenen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen begangen werden könnten, sind erfolgversprechend.
31. Therapeutische Präventionsprogramme zur Vorbeugung von Sexualstraftaten an Kindern, die von bislang nicht sexualdelinquenten Jugendlichen mit sexuellem Interesse an deutlich Jüngeren (mindestens 5 Jahre jünger) begangen werden könnten, sind erfolgversprechend.
32. Die folgenden medikamentösen Behandlungsansätze sind in der Behandlung von Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen hilfreich...
- Sexuelles Verlangen dämpfende Medikamente (antiandrogene Behandlung)
 - Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRIs)
 - Antipsychotika
33. Ich halte mich für kompetent in der Behandlung von Problemen, die mit sexuellem Interesse an Minderjährigen im Zusammenhang stehen.
34. A) Haben Sie spezifische Kompetenzen für die Behandlung von Personen erworben, die sexuell an Minderjährigen interessiert sind?
- Nein, ich habe keine spezifischen Kompetenzen für diesen Bereich (-> 35)
 - Ja.
34. B) Wo haben Sie diese erworben?
- (Skala: 1 trifft gar nicht zu ----- 7 trifft vollkommen zu)
- im Studium
 - in der Therapieausbildung/Facharztausbildung
 - in einer spezifischen Fortbildung
 - in forensischer Tätigkeit
 - durch Supervision / Intervention
 - im Selbststudium durch Fachliteratur
 - auf Fachkongressen
 - in der Praxis
35. Ich bin bereit, Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen zu behandeln, die bisher keine strafbaren Handlungen gegen die sexuelle Integrität von Minderjährigen (sexuelle Handlungen mit Minderjährigen, Kinderpornografienutzung) vorgenommen haben.
36. Ich bin bereit, Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen zu behandeln, die von vorgenommenen strafbaren sexuellen Handlungen mit Minderjährigen oder Kinderpornografienutzung berichten.

Eigene Behandlungserfahrung mit Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen

37. Wie viele männliche Personen, von deren sexuellem Interesse an Minderjährigen Sie wussten, haben Sie *ambulant* behandelt (ungefähre Anzahl)?
38. Wie viele weibliche Personen, von deren sexuellem Interesse an Minderjährigen Sie wussten, haben Sie *ambulant* behandelt (ungefähre Anzahl)? (*falls bei beiden 0 -> 44*)
39. Welcher Anteil der von Ihnen behandelten Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen hatte zusätzlich sexuelles Interesse an Erwachsenen? (Prozentangabe)
40. Welcher Anteil der Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen hat freiwillig (ohne justizielle Auflagen) Behandlung bei Ihnen nachgesucht? (Prozentangabe)
41. Welcher Anteil der von Ihnen behandelten Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen hat bereits zu Beginn der Therapie von sich aus sein sexuelles Interesse an Minderjährigen Ihnen gegenüber offenbart? (Prozentangabe)
42. Welcher Anteil Ihrer Patientinnen und Patienten mit sexuellem Interesse an Minderjährigen hat Ihnen gegenüber davon berichtet, sexuelle Missbrauchshandlungen (Delikte mit Körperkontakt) an Minderjährigen vorgenommen zu haben? (Prozentangabe)
43. Welcher Anteil der von Ihnen behandelten Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen hat Ihnen gegenüber davon berichtet, Darstellungen von sexuellem Kindesmissbrauch (sog. Kinderpornografie) genutzt zu haben? (Prozentangabe)
44. Verweisen Sie Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen, denen Sie keinen Behandlungsplatz anbieten können oder wollen, an eine andere Stelle?

Nein (-> 45)

Ja (*ab hier wieder Skala: 1 trifft gar nicht zu – 7 trifft vollkommen zu*)

- a. An spezielle Behandlungsangebote für Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen (z.B. Angebote wie «Kein-Täter-werden»)
 - b. An forensische Behandlungsangebote wie z.B. Forensische Ambulanzen
 - c. An psychiatrische Kolleginnen und Kollegen
 - d. An neurologische Kolleginnen und Kollegen
 - e. An Kolleginnen und Kollegen mit sexualtherapeutischer Spezialisierung (-> 46)
45. Ich würde Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen, denen ich keinen Platz anbieten kann, gerne an andere Stellen weiterverweisen, kenne aber keine geeigneten Angebote.
 46. Einrichtungen mit spezifischen Angeboten zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch für Personen, die sexuelles Interesse an Minderjährigen erleben, finde ich hilfreich.

47. Es sollte mehr spezifische Behandlungsangebote für Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen geben.
48. Die meisten Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen, die eine Behandlung oder Beratung nachsuchen, haben die folgenden Probleme:
- a. Schwierigkeiten, auf die Nutzung kinderpornografischer Materialien zu verzichten
 - b. Schwierigkeiten, keine sexuellen Missbrauchshandlungen an Kindern und Jugendlichen zu begehen
 - c. Probleme mit der nicht befriedigenden Auslebbarkeit von Sexualität
 - d. Probleme, die aus der Geheimhaltung eigener sexueller Interessen an Kindern resultieren
 - e. Probleme in Intimbeziehungen mit erwachsenen Personen
 - f. Probleme, die aus eigener Missbrauchserfahrung in der Kindheit/Jugend resultieren
 - g. Einsamkeit/sozialer Rückzug
 - h. Affektive Probleme (z.B. Depressivität)
 - i. Angstprobleme (z.B. soziale Ängstlichkeit)
 - j. Substanzmissbrauch/-abhängigkeit
 - k. Persönlichkeitsstörungen
 - l. Selbstkontrollprobleme/Emotionsregulationsprobleme
 - m. Probleme mit chronischer Kriminalität (Antisozialität/Dissozialität)
 - n. Sexuelle Funktionsstörungen
 - o. Hypersexualität
 - p. Intelligenzminderungen
 - q. Probleme aus dem psychotischen Spektrum
 - r. Wichtigstes anderes Problem, nicht auf der Liste: _____
49. Den Einbezug von Angehörigen unter Zustimmung der behandelten Person mit sexuellem Interesse an Minderjährigen halte ich für hilfreich.
50. Masturbieren zu nicht strafbaren Darstellungen von Minderjährigen (z.B. Bekleidungskataloge, Comic-/Mangadarstellungen, Computeranimationen) ist bei sexuellem Interesse an Minderjährigen problematisch.
51. Die Nutzung von Sexpuppen, die Minderjährige darstellen, ist eine unproblematische Möglichkeit für Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen, ihre Sexualität zu leben.

52. Welche der folgenden Aspekte sind für Sie Hindernisse in der Behandlung von Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen?

- a. Ich bin für die Behandlung dieser Personen nicht qualifiziert genug.
- b. Ich fühle mich unwohl in der Arbeit mit diesen Personen.
- c. Ich habe Sorge, dass ich einen Fehler machen könnte, der Opfer zur Folge haben könnte.
- d. Ich habe Sorge, dass ich einen Fehler machen könnte, für den ich persönlich haftbar gemacht werden könnte.
- e. Ich mache mir Sorgen, was meine anderen Patientinnen und Patienten denken, wenn Sie erfahren, dass Personen mit sexuellem Interesse an Minderjährigen ebenfalls von mir behandelt werden oder Sie diesen Personen bei mir begegnen könnten.
- f. Diese Personen sind unberechenbar.
- g. Diese Personen sind zu arbeitsintensiv.

53. Möchten Sie noch etwas anmerken?

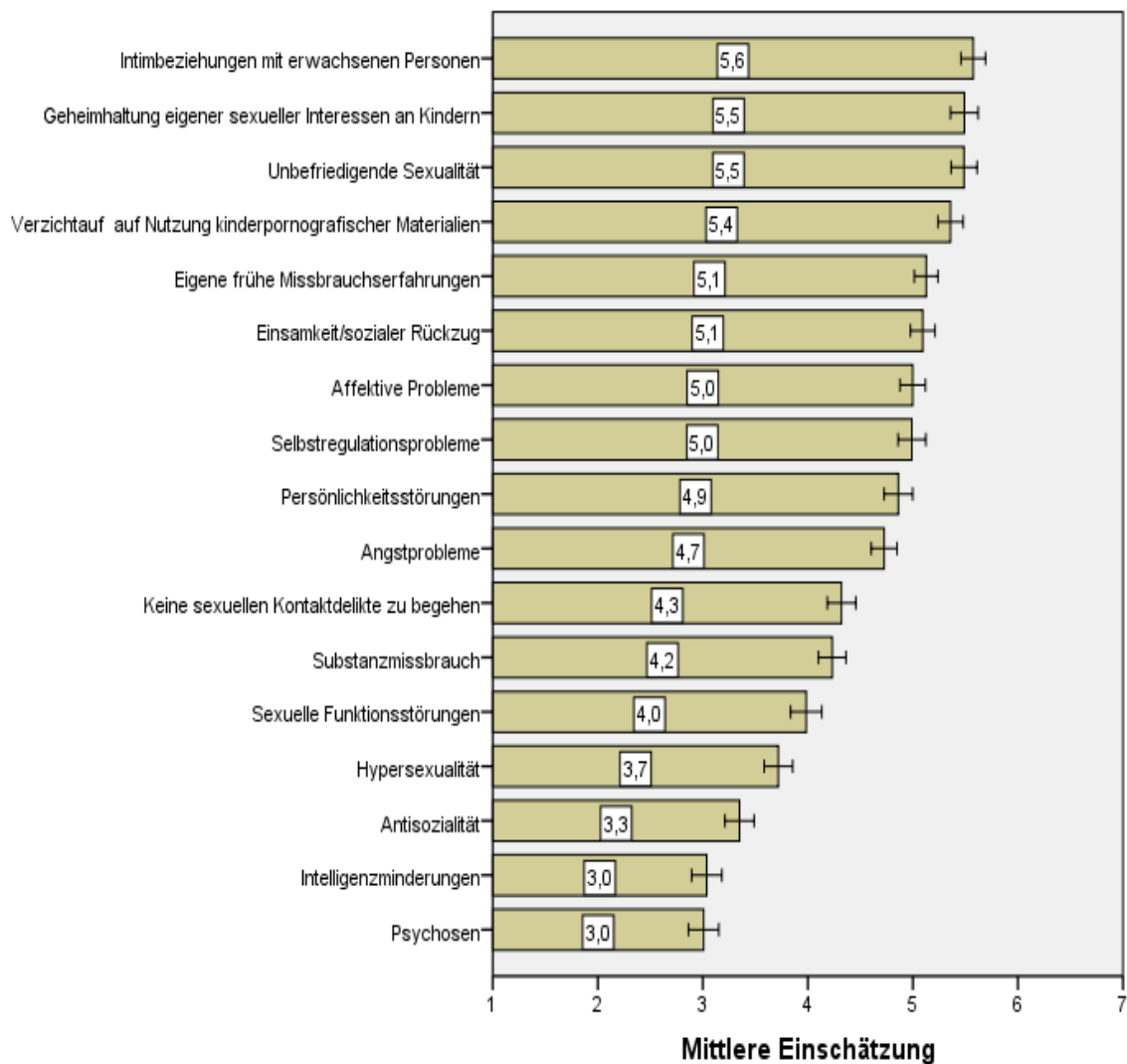
Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Tabelle A2: Deskriptive Daten und Geschlechts- sowie Regionsunterschiede teilnehmender Psychotherapeut(inn)en, Psychiater(innen) und Sexolog(inn)en

	Total		Männlich n = 134		Weiblich n = 293		p	η ² /V	SWD n = 319		FRA n = 90		ITA n = 18		p	η ² /V
	M	SD	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD	M	SD		
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%		
Geschlecht (weiblich)	293	68,6							214	67,1	67	74,4	12	66,7	.424	.065
Arbeitsform						.041	.128*								.019	.112*
Angestellt in Praxis			10	8,3	47	18,0			50	17,7	4	4,7	3	20,0		
Angestellt in amb. Institution			20	16,7	54	20,7			56	19,9	18	20,9	1	6,7		
Selbständig			90	75,0	160	61,3			176	62,4	64	74,4	11	73,3		
Patienten						.279	.078								.026	.116
Erwachsene			87	68,0	171	60,6			201	66,1	48	53,9	9	52,9		
Kinder/Jugendliche			20	15,6	43	15,2			46	15,1	17	19,1	0	0		
Erwachsene & Kinder/Jugendl.			21	16,4	68	24,1			57	18,8	24	27,0	8	47,1		
Behandlungsort						.393	.098								.020	.146*
Einwohner																
≤ 5.000			5	3,9	15	5,3			14	4,6	6	6,8	0	0		
5.001 – 10.000			7	5,5	30	10,7			27	8,9	6	6,8	4	23,5		
10.001 – 40.000			36	28,3	81	28,8			90	29,7	21	23,9	6	35,3		
40.001 – 100.000			20	15,7	49	17,4			49	16,2	14	15,9	6	35,3		
≥ 100.001			59	46,5	106	37,7			123	40,6	41	46,6	1	5,9		
Alter	53,9	10,9	56,5	10,3	52,7	11,0	.302	.002	54,7	10,8	52,1	10,9	49,4	12,2	.014	.020*
Therapieerfahrung (Jahre)	23,6	11,9	27,4	12,0	21,9	11,5	.081	.008	23,2	11,5	25,5	13,3	21,2	12,1	.602	.003
Gefährlichkeit	3,7	1,2	3,6	1,2	3,7	1,2	.066	.008	3,6	1,2	3,9	1,2	3,8	1,0	.085	.012
Intentionalität	1,8	1,0	1,8	0,9	1,8	1,0	.076	.008	1,8	1,0	1,7	0,9	1,9	1,2	.439	.004
Devianz	4,9	1,3	4,6	1,3	5,1	1,3	.021	.013*	4,7	1,3	5,6	1,2	6,1	0,8	<.001	.087***
Punitivität	3,1	1,1	2,8	1,0	3,2	1,1	.064	.008	2,9	1,0	3,6	1,1	3,6	1,1	<.001	.055***
Soziale Distanz	4,0	1,6	3,5	1,5	4,2	1,6	.329	.002	3,7	1,6	4,7	1,4	5,1	1,6	<.001	.081***
Erfolgserwartung	5,3	1,2	5,2	1,2	5,4	1,1	.019	.013*	5,3	1,1	5,3	1,3	5,5	1,1	.389	.005
Nützlichkeit Medikamente	3,7	1,1	3,6	1,1	3,7	1,1	.309	.003	3,6	1,0	4,0	1,1	3,6	1,3	.008	.024**
Behandlungsbereitschaft	3,5	2,0	4,3	2,1	3,1	1,9	.035	.011*	3,5	2,0	3,4	2,1	2,9	1,7	.277	.006
Behandlungshindernisse	3,9	1,1	3,6	1,2	4,0	1,1	.603	.001	3,8	1,1	4,3	1,2	4,1	1,0	<.001	.036***
Problembelastung	4,6	0,7	4,5	0,6	4,6	0,7	.059	.008	4,5	0,7	4,9	0,8	4,5	0,6	.002	.029**
Masturbation leg. Abbild.	4,3	1,7	4,1	1,8	4,4	1,7	.434	.001	4,2	1,8	4,8	1,6	4,9	1,5	.013	.020*
Sexpuppennutzung	4,7	1,7	4,6	1,7	4,8	1,6	.048	.009*	4,8	1,6	4,5	1,7	4,2	2,0	.042	.015*
Wunsch nach Sek.Präv.	6,2	1,0	6,1	1,1	6,3	0,9	.017	.013*	6,2	1,0	6,4	1,0	5,9	1,2	.219	.007
Einbezug Angehöriger	5,2	1,5	5,1	1,5	5,2	1,5	.837	<.001	5,2	1,5	5,1	1,5	5,2	1,4	.197	.008
Anteil sex. Int. Erwachs. ^a	50	-	58,0	-	50,0	-	.269		50,0	-	50,0	-	1,0	-	.145	
Ohne justiz. Druck ^a	12,5	-	26,5	-	10,0	-	.634		50,0	-	0	-	0	-	<.001	***
Sex. Interesse mitgeteilt ^a	1	-	50,0	-	0	-	.001	**	20,0	-	0	-	0	-	.099	
Kontaktdelikt eingeräumt ^a	0	-	15,0	-	0	-	.038	*	0	-	0	-	0	-	.415	
Kinderpornogr. mitgeteilt ^{ab}	1	-	33,0	-	0	-	.004	**	13,0	-	0,5	-	-	-	.087	

Anmerkung. N = 427. Alle zugrundeliegenden Bewertungsskalen waren siebenstufig (1 trifft gar nicht zu – 7 trifft vollkommen zu). ^a Angaben in prozentualen Anteil, berichtet sind Mediane und non-parametrische Tests. ^b Median für Gruppe ITA nicht berechenbar, da Daten konstant waren (0). *** p < .001, ** p < .01, * p < .05. Die Zeilen im grau unterlegten Kasten (links) beschreiben stigmatisierende Einstellungen. Die hellgrauen Zellen stellen die Ergebnisse der Geschlechtsvergleiche bzgl. der in der ersten Spalte aufgelisteten Variablen dar, die dunkelgrauen Zellen den Vergleich der Sprachregionen. In der ersten Spalte (p) nach den jeweiligen Mittelwerten ist das im statistischen Test erreichte Signifikanzlevel aufgelistet (Werte < .05 indizieren statistische Unterschiede zwischen den Gruppen). Die Spalte danach enthält verschiedene Effektstärkemasse zur weiteren Quantifizierung der Effekte.

Abbildung A1: Überblick über die von Schweizer Therapeut(inn)en wahrgenommene Intensität von Problembereichen, die MAPs betreffen



**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana «Aspetti
della sicurezza sociale»**

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**