

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 028/040

Entwicklungsstufe:

1

Sexuell delinquentes Verhalten

1. Klassifikation

Sexuell delinquentes Verhalten ist zunächst ein Symptom und noch keine Diagnose. Einige Arten sexuell delinquenten Verhaltens lassen sich in ICD-10 "Störungen der Sexualpräferenz" (F65) zuordnen. Es gibt jedoch auch sexuell delinquentes Verhalten, das keiner spezifisch sexuellen psychischen Störung nach ICD-10 zuzuordnen ist.

1.1 Definition

Jede sexuelle Handlung an einem anderen Menschen, die gegen den Willen dieses Menschen vorgenommen wird, kann als sexuell delinquentes Verhalten beschrieben werden. Somit gehören sowohl Vergewaltigung als auch von anderen als störend erlebte Selbstbefriedigung zu den symptomatischen Verhaltensweisen. Im Unterschied zu Sexualdelikten unter Erwachsenen bzw. unter gleichaltrigen Jugendlichen spielt Einwilligung keine Rolle für die Beurteilung der Delinquenz von sexuellen Handlungen mit, an oder vor Kindern durch einen Jugendlichen. Dazu zählen sexuelle Handlungen mit Körperkontakt, Zeigen bzw. Herstellen pornografischer Fotos und Filme sowie Exhibitionismus. Diese Handlungen stellen delinquentes Verhalten dar, da Kindern die geistige Reife für eine Einwilligung fehlt, da sie das Selbstbestimmungsrecht des Kindes verletzen und es einem erheblichen Risiko aussetzen (z. B. nachhaltige Störungen der psychosexuellen Entwicklung, Traumatisierungen, weitere psychische Störungen). Es kommt vor, dass Kinder behaupten, dass sie die sexuellen Handlungen auch gewollt hätten. Sie versuchen damit, ihre Machtlosigkeit und das Verhalten des Täters umzudeuten. Um sich bei innerfamiliärem Missbrauch z.B. das Vertrauen in Bruder und Eltern, die dies nicht verhindert haben, zu bewahren wird eine Erklärung gefunden, die Bruder und Eltern von jeder Schuld freispricht. Der Täter trägt jedoch die Schuld, nicht ein verführerisch erscheinendes Kind.

1.2 Störungsbilder und Sexualdelikte

Störungen der Sexualpräferenz nach ICD-10 (F65)

- *Exhibitionismus (F65.2)*: Wiederkehrende oder anhaltende Entblößung der Genitalien vor meist gegengeschlechtlichen Fremden in der Öffentlichkeit, ohne zu einem näheren Kontakt aufzufordern oder diesen zu wünschen. Meist wird das Zeigen von sexueller Erregung begleitet und im Allgemeinen kommt es zu nachfolgender Masturbation.
- *Voyeurismus (F65.3)*: Wiederkehrender oder anhaltender Drang, anderen Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder intimen Tätigkeiten, z.B.

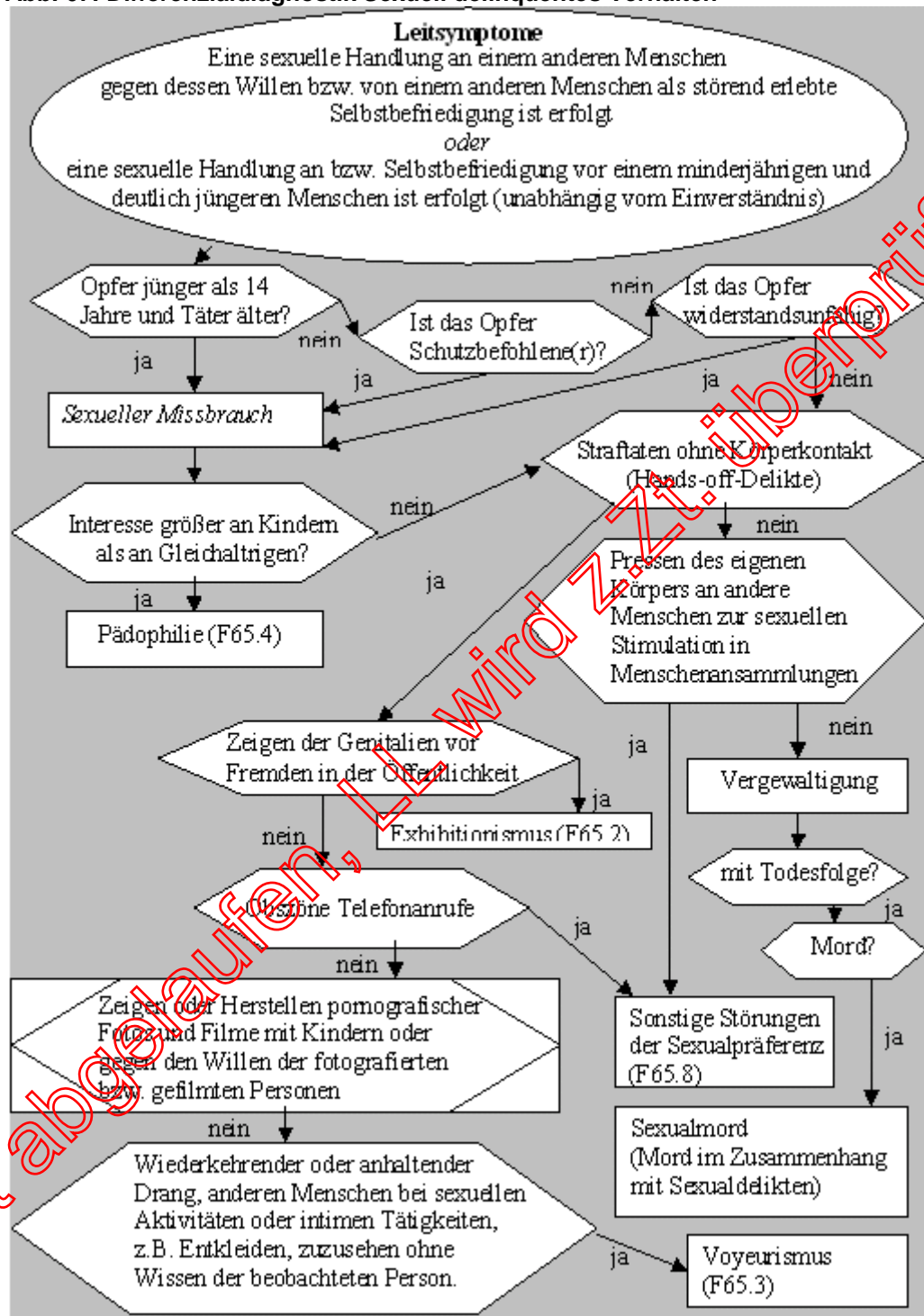
- Entkleiden, zuzusehen ohne Wissen der beobachteten Person. Zumeist führt dies beim Beobachtenden zu sexueller Erregung und Masturbation.
- *Pädophilie (F65.4)*: Sexuelle Handlungen Jugendlicher an deutlich jüngeren Kindern oder sich in der Vorpubertät bzw. in einem frühen Stadium der Pubertät befindenden Kindern.
 - *Sonstige Störungen der Sexualpräferenz (F65.8)*: Zu den delinquenten sexuellen Handlungen unter dieser Rubrik gehören obszöne Telefonanrufe und Pressen des eigenen Körpers an andere Menschen zur sexuellen Stimulation in Menschenansammlungen.

Andere Sexualdelikte

- *Sexueller Missbrauch*:
 - Sexuelle Handlungen mit, an oder vor einer Person unter 14 Jahren durch eine Person, die das 14. Lebensjahr vollendet hat (§176 StGB)
 - Sexuelle Handlungen mit, an oder vor einer Schutzbedürftigen (§174 StGB)
 - Sexuelle Handlungen mit, an oder vor einer Person, die widerstandsunfähig ist wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder aus körperlichen Gründen (§179 StGB)
- *Sexualmord*: Mord im Zusammenhang mit Sexualdelikten (§ 211 StGB)
- *Vergewaltigung*: Nötigung einer anderen Person mit Gewalt, durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich zu dulden oder an dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen (§ 177 StGB, mit Todesfolge § 178 StGB).
- *Zeigen oder Herstellen pornografischer Fotos und Filme*: unter Beteiligung von Kindern und/oder gegen den Willen der fotografierten bzw. gefilmten Personen (u. a. § 184b StGB).

Gültigkeit abgelaufen. Wird nicht überprüft

Abb. 67: Differenzialdiagnostik Sexuell delinquentes Verhalten



1.3 Schweregradeinteilung

Eine standardisierte kategoriale Schweregradeinteilung hat sich bisher nicht etabliert. Zur dimensionalen Beurteilung des Ausprägungsgrads können die folgenden Merkmale herangezogen werden:

- Altersunterschied zwischen Täter und Opfer
- Art der sozialen Beziehung zwischen Täter und Opfer
- Art des sexuellen Verhaltens
- Fehlendes Einverständnis beim sexuellen Kontakt
- Dauer, Intensität und Häufigkeit der sexuellen Aktivität

- Spezifische Tatbegehungsmerkmale (Tatplanung, Anzahl der Tatorte, Verkleidung, Tatwaffen, Annäherungsstrategie an Opfer, Personifizierungskennzeichen)

Altersunterschied zwischen Täter und Opfer

Je größer die Altersdiskrepanz zwischen den beteiligten Personen ist, desto unangemessener ist die sexuelle Aktivität. Falls der Täter deutlich älter ist als das Opfer, kann dies auf Schwierigkeiten des Täters hinweisen, mit Gleichaltrigen Kontakte einzugehen und zu gestalten.

Art der sozialen Beziehung zwischen Opfer und Täter

Die Extreme dieses Kontinuums beziehen sich auf "völlig unbekannt" einerseits und "Mitglied derselben Kernfamilie" andererseits. Sexuelle Beziehungen zu den Extremen deuten auf besonders unangemessenes Verhalten hin.

Art des sexuellen Verhaltens

Abweichungen der gezeigten Verhaltensweisen vom sonstigen Entwicklungsstand des Täters weisen auf unangemessenes Verhalten hin. Z.B. können mehr Kenntnisse und Erfahrungen vorliegen als in der entsprechenden Altersgruppe zu erwarten sind. Symbolische oder ritualisierte Verhaltenselemente können auf nicht-sexuelle Bedürfnisse hinweisen.

Fehlendes Einverständnis beim sexuellen Kontakt

Sexuelle Handlungen, die nicht auf gegenseitigem Einverständnis und Gleichberechtigung beruhen, müssen als delinquent gewertet werden. In extremen Formen können die sexuellen Handlungen zur Demütigung, Verletzung oder Bestrafung eingesetzt werden.

Dauer, Intensität und Häufigkeit der sexuellen Aktivität

Der Schweregrad hängt auch davon ab, wie oft, wie lange schon, wie ausschließlich die sexuelle Aktivität stattfand und ob zwanghafte Züge eine Rolle spielen.

Spezifische Tatbegehungsmerkmale

Durch die gezielte Analyse von spezifischen und kriminalpsychologisch relevanten Tatbegehungsmerkmalen kann zusätzlich ein Rückschluss auf den Schweregrad gezogen werden. Beispielsweise kann eine hohe Tatplanung (z.B. das Mitführen von Fesselungswerkzeugen, Verkleidung des Täters, Cruising) oder die Annäherungsstrategie an das Opfer ein Hinweis auf eine kognitive Ausgestaltung der Tatbegehung oder zugrunde liegende abweichende Fantasien liefern.

1.4 Untergruppen

Die Gruppe jugendlicher Sexualstraftäter ist besonders heterogen.

Abweichendes Sexualverhalten kann hinsichtlich des *Delinquenzgrades* in 3 Untergruppen unterschieden werden:

15. Sexuelle Devianz als Sexualverhalten, für welches eine juristische, gesellschaftliche und klinische Bedeutung besteht (sexueller Missbrauch von Kindern, Vergewaltigung, Exhibitionismus, Sexualmord)
16. Atypisches Sexualverhalten, für welches eine primär gesellschaftliche und klinische, oft aber kaum juristische Bedeutung besteht. Hierzu zählen Voyeurismus, obszöne Telefonanrufe, Wäschefetischismus, Fesselung und Züchtigung, Sadismus, Transvestismus, Transsexualität. Ob eine juristische Bedeutung besteht, hängt hier vor allem vom Einverständnis des Objektes der sexuellen Handlungen ab.
17. Sexualverhalten, für welches eine gesellschaftliche Bedeutung bestehen mag, und für welche klinische Bedeutung nur dann vorliegt, wenn der Klient

selbst darüber besorgt ist. Hierzu zählen Homosexualität und sexuelle Dysfunktionen.

Die *strafrechtliche* Klassifikation der Sexualdelikte findet sich im 13. Abschnitt des Besonderen Teils des Strafgesetzbuches (StGB). Unter der Bezeichnung "Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung" wird in den Paragraphen 174-184c StGB eine Vielzahl divergierender Handlungsweisen aufgeführt, denen auf der Täter-, wie auf der Opferseite, sehr unterschiedliche Fallgruppen und Konstellationen entsprechen. Sexualmord als Mord im Zusammenhang mit sexuellen Handlungen ist nicht im 13. Abschnitt des StGB, sondern bei den Tötungsdelikten (§ 211 StGB) aufgeführt.

Aus kriminologischer Sicht wird der Kernbereich der sexuell motivierten kriminellen Handlungen in drei Hauptgruppen unterteilt:

18. **Sexuelle Gewaltdelikte:** Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung (§§ 177), sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge (§ 178 StGB) sowie Sexualmord (§ 211 StGB)
19. **Sexuelle Missbrauchsdelikte:** Sexueller Missbrauch von Kindern (§§ 176, 176 a und b StGB), von Schutzbefohlenen (§ 174 StGB), von Gefangenen, Verwahrten oder Kranken in Anstalten (§ 174a StGB), unter Ausnutzung einer Amtsstellung bzw. eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses (§§ 174b, c StGB), sexueller Missbrauch Widerstandsunfähiger (§ 179 StGB)
20. **Sexuelle Belästigungsdelikte:** Exhibitionistische Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses (§§ 183, 183a StGB). Die sexuelle Belästigung von Kindern wird strafrechtlich als sexueller Kindesmissbrauch gemäß § 176 Abs. 4 Ziff. 1 StGB verfolgt.

Hinsichtlich **Vorbelastungen** und **Rückfällen** können 5 Verlaufstypen unterschieden werden:

21. **Einmaltäter**
22. **Gelegenheitstäter** begehen zwar vor und/oder nach einer Verurteilung wegen einer Sexualstraftat weitere sexuelle Übergriffe; es bleibt aber bei einer einzigen sanktionierten *Sexualstraftat*.
23. **Aus- oder Umsteiger** sind schon mindestens zweimal wegen eines Sexualdeliktes verurteilt worden; danach kommt es aber zu keiner weiteren einschlägigen sanktionierten Tat.
24. **Einsteiger** sind Täter, die kein früheres ersichtliches Sexualdelikt begangen haben, aber einschlägig rückfällig werden
25. **Serientäter** werden mehrfach wegen der Begehung von Sexualdelikten verurteilt (mindestens drei einschlägige Verurteilungen).

Des Weiteren können Täter, die ihre Delikte *allein* begehen, von *Gruppentätern* unterschieden werden.

1.5 Ausschlussdiagnosen

Sexuelle Handlungen, die gesetzlich zulässig sind und mit Einverständnis der an den sexuellen Handlungen beteiligten Person(en) stattfinden.

Ebenfalls kein sexuell delinquentes Verhalten liegt vor bei gleichrangigen Beziehungen unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Einverständnis und sexuellen Handlungen, die gesetzlich zulässig sind.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Interview mit Jugendlichen und Eltern (getrennt und teilweise je nach Thema zusammen, ggf. zusätzlich mit anderen Familienmitgliedern oder einem festen Partner/einer festen Partnerin des Jugendlichen)

- Genaue Exploration der ausgeführten sexuellen Handlungen mit den begleitenden Emotionen
- Exploration der Onaniephantasien
- Exploration subjektiver und objektiver Belastungsfaktoren wie eigener erlebter sexueller Missbrauch, eigene erlebte körperliche Misshandlung, Anwesenheit bei körperlicher Misshandlung in der eigenen Familie bzw. im Familienersatzsystem
- Exploration hinsichtlich sozialer Randständigkeit in der Gleichaltrigengruppe, Erfahrungen von Ausgrenzung, Demütigung, Abwertung und Kränkungen
- Fragen nach bisheriger Unterstützung bei der Bewältigung dieser Erfahrungen

Vom Jugendlichen außerdem zu erfragen

- Familienbeziehungen und ihre Qualität
- Peer-Beziehungen und ihre Qualität
- Freizeitverhalten
- Bestrafte Delinquenz und Dunkelfeld delinquenz
- Alkohol- und Drogenkonsum
- Sexuelle Entwicklung
- Selbstbild

Von den Eltern außerdem zu erfragen

- Umgang in der Familie mit Sexualität und Schamgrenzen allgemein
- Sexuelle Entwicklung des Jugendlichen
- Umgang mit Problemen, familiäre Ressourcen (Stress, sozioökonomischer Status, soziale Integration/Isolation)
- Elterliche Erziehungsmethoden (Strenge, Grenzsetzungen, Vernachlässigung, Gewährenlassen, Inkonsistenz)
- Umgang mit Aggressionen des Jugendlichen
- Konfliktlösungsstrategien

Über Fremdbefunde zu erfassen (Ermittlungsakten, Gerichtsurteile, rechtsmedizinische Befunde):

- Hinweise auf Tatplanung (z.B. mehrere Tatorte, betrügerisch-manipulative Annäherungsstrategie an Opfer; Verkleidung des Täters, Tatwaffen mitgebracht/vom Tatort wieder entfernt)
- Hat der Täter Gegenstände vom Tatort oder Opfer mitgenommen (Souvenir/Trophäe) oder sind z.B. Fotografien vom Opfer/Tatort angefertigt worden?
- Gibt es im rechtsmedizinischen Befund Hinweise auf Personifizierungsmerkmale ("Over-Kill", Depersonifizierung, emotionale Wiedergutmachung)?
- Welcher Tatablauf wird anhand der objektiven Tatbestandsmerkmale festgestellt (Diskrepanz zur Schilderung des Täters?)

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Erleben sexueller oder körperlicher Gewalt oder Anwesenheit in solchen Situationen z.B. in der eigenen Familie führt in früheren Entwicklungsphasen zu Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Diese Gefühle werden in mittleren Entwicklungsphasen durch entsprechende sexualisierte Fantasien

zur Schädigung Anderer kompensiert und im Jugendalter ausagiert und sollten daher exploriert werden.

Entwicklung des Kindes/Jugendlichen

- Vorgeschichte bezüglich körperlichem und/oder sexuellem Missbrauch
- Ausbildung von Gewissen und Schuldgefühlen
- Entwicklung von selbstkontrolliertem Verhalten allgemein
- Steigerung der sexuellen Aktivität hinsichtlich Intensität und Häufigkeit kann auf zugrunde liegende psychische Dekompensationen, d.h. zunehmende psychische Schwierigkeiten beim Täter hinweisen.
- Welche sexuellen Fantasien begleiten die sexuelle Aktivität oder gehen ihr voraus? Fantasien können Aufschlüsse über die tatsächlichen sexuellen Interessen eines Täters liefern und sind deshalb wichtige Hinweise für eine diagnostische Einschätzung (u.a. für ein mögliches Entwicklungspotenzial der sexuellen Aktivität).
- Spezielle Besonderheiten der Opfer: Spezielle Charakteristika oder Opferqualitäten, die für den Täter bedeutungsvoll sind, können Hinweise auf Fixierungen oder andere Auffälligkeiten des Täters oder der zugrunde liegenden Bedürfnisse des Täters geben.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Aus rezidivanalytischen Studien ist bekannt, dass jugendliche Sexualstraftäter insgesamt gehäuft vor und nach dem Sexualdelikt bzw. den Sexualdelikten andere Delikte begehen. Angesichts dieser oft zusätzlich vorhandenen allgemeinen delinquenten Belastung und des Umstandes, dass Sexualstraftaten ein Ausdruck von Dissozialität sein können, ist primär von Störungen des Sozialverhaltens (F90.1, F91, F92) auszugehen. Andererseits ist bei jugendlichen Sexualstraftätern von einer äußerst heterogenen Gruppe auszugehen. Es mangelt an Vergleichsgruppen und die kleinen, hochausgelesenen Erhebungsgruppen setzen sich so unterschiedlich zusammen, dass eine Zusammenschau kaum möglich erscheint. Gesicherte Angaben zu Häufigkeiten bezogen auf die verschiedenen Untergruppen liegen bisher nicht vor. Zusätzlich zu den Störungen des Sozialverhaltens werden in der Literatur folgende Störungen als bei sexuell delinquentem Verhalten gehäuft auftretend beschrieben: Hirnorganische Störungen (F0), Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), Affektive Störungen (F30-F39), Angststörungen (F40-F41), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), Anpassungsstörungen (F43.2), Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1), Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2), Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3), Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (F61), Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.8), Multiple Störungen der Sexualpräferenz (F65.6), Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Faktoren in der Umgebung des Jugendlichen, die Grenzüberschreitungen erleichtern bzw. weniger dramatisch erscheinen lassen:

- Verfügbarkeit pornografischen Materials jeder Ausprägung
- Fehlende Schamgrenzen im sozialen Umfeld, in dem der Jugendliche lebt
- Fehlende Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Verfügbarkeit jüngerer oder sozial/intellektuell nicht gleichwertiger Opfer

Häufige Belastungsfaktoren

- (Früh-)kindliche Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten
- Reduziertes Selbstwertgefühl
- Außenseiter, Einzelgänger, gestörtes Kontaktverhalten
- Sexuell infantil oder frühreif
- Körperliche Auffälligkeiten (dadurch die Befürchtung, von angemessenen potenziellen Sexualpartnern abgelehnt zu werden und in der Folge mangelnde Bemühungen um Aufbau angemessener sexueller Beziehungen)
- Gewalttätiges Familienklima
- "Sexualisierte Familienatmosphäre" bzw. für die Kinder sichtbarer und erfahrbarer unangemessener Umgang mit Sexualität
- Unvollständige Familie
- Mehrfacher Wechsel der Bezugspersonen
- Längere Heimaufenthalte

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- **Spezifische Verfahren:** Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche (MSI-J); Verfahren zur Risikoeinschätzung Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR). Bei älteren Jugendlichen und Heranwachsenden wird z. T. auch das für Erwachsene evaluierte Verfahren Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) eingesetzt, für das allerdings bzgl. Minderjähriger bisher keine ausreichend evaluierten Daten vorliegen.
- **Persönlichkeitsverfahren:** z.B. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK), Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES KJ)
- **Ergänzende altersbezogene Testdiagnostik** bezüglich Intelligenzniveau und Teilleistungsstörungen
- **Körperliche und neurologische Untersuchung** bei Hinweisen auf körperliche bzw. neurologische Schädigung
- **Screeninguntersuchungen** bei Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, und/oder Medikamentenmissbrauch

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Es gibt Hinweise darauf, dass pränatale Alkoholexposition besonders häufig zu unangemessenem Sexualverhalten im Jugendlichen- und Erwachsenenalter führt. Die bei diesem Personenkreis häufig persistierenden Defizite in Gedächtnis und exekutiven Funktionen wie Treffen von Entscheidungen, Planung, Initiative, Setzen von Prioritäten, Sequenzieren, motorische Kontrolle, emotionale Regulation, Problemlösung, Impulskontrolle, Setzen von Zielen, Beobachtung der Ergebnisse von Handlungen und Selbstkorrektur erfordern Anpassungen hinsichtlich Diagnostik und Behandlung der Sexualdelinquenz. Gezielte Anamneseerhebung und Diagnostik hinsichtlich des Vorliegens eines embryofetalen Alkoholsyndroms (z. B. unterstützt durch Fotos im Säuglings- und Kleinkindalter) sind daher u. U. sinnvoll.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

- **Apparative Diagnostik** bezüglich hirnorganischer Störungen, wenn keine anamnestischen Hinweise oder Verdachtssymptome vorliegen

3. Multiaxiale Bewertung

Neben der Beurteilung auf den sechs Achsen des MAS muss die Beurteilung des Rezidivrisikos für einschlägige und andere Delikte erfolgen. In mehreren Verlaufsstudien war für jugendliche Sexualstraftäter das Rezidivrisiko für Sexualstraftaten geringer als für andere Straftaten. Gemeinsamkeiten und Abweichungen zwischen Risikofaktoren für einschlägige Rückfälle von erwachsenen und jugendlichen Sexualdelinquenten sind noch nicht ausreichend geklärt. Die aufgeführten Aspekte sind daher als vorläufig zu betrachten.

Risikofaktoren für gewalttätiges Sexualverhalten

- Anamnestische Hinweise auf eine Störung der psychosozialen Anpassung: Sexuelle Deviation, Opfer von Kindesmissbrauch, schwere psychische Störung, Alkohol-/Drogenproblematik, suizidale/homizide Gedanken, Beziehungsprobleme, Beschäftigungsprobleme, nicht-sexuelle gewalttätige Vordelinquenz, gewaltfreie Vordelikte, früheres Bewährungsversagen
- Anamnestische Hinweise auf Sexualdelinquenz: Hohe Deliktfrequenz, multiple Formen der Sexualdelinquenz, physische Verletzung der Opfer, Waffengebrauch/Todesdrohung gegen Opfer, Zunahme der Deliktfrequenz oder Deliktsschwere, extremes Bagatellisieren oder Leugnen und deliktfördernde Ansichten
- Fehlen realistischer Zukunftspläne: Fehlen realistischer Pläne und Ablehnung weiterer Interventionen.

Risiko für Rezidive sexueller Delikte

- Mehrere Opfer
- Kindliche Opfer
- Opfer ist viel jünger
- Völlig fremde Opfer
- Kein gemeinschaftliches Handeln
- Tat nicht unter Alkoholeinfluss
- Mehrere Sexualdelikte in der Vorgeschichte
- Behandlungsabbrüche in der Vorgeschichte

Insgesamt lassen sich die Risikomerkmale vorläufig in folgenden Kontext stellen: Junge einschlägig Rückfällige weisen eine so hohe Tatbereitschaft auf, dass es kaum enthemmender Faktoren bedarf, um sie zu dem Delikt zu veranlassen. Sie benötigen weder die Dynamik einer gemeinsamen Tatbegehung noch die enthemmende Wirkung des Alkohols. Statt "günstiger" Situationen wählen sie fremde Opfer, bei denen sie von fehlendem Einverständnis ausgehen müssen. Die Opfer werden nicht in der eigenen Altersgruppe bei gemeinsamer Freizeitgestaltung "gefunden", sondern aktiv gesucht. Dies und der Umstand, dass sie häufiger mehrere Opfer haben, zeigen zudem, dass Handlungsziel nicht der Kontakt zu einer individualisierten Person ist, der gegenüber persönliche Motive handlungsleitend sind. Nicht die vorgefundene Situation mit ihren vermeintlichen Möglichkeiten, sondern intrinsische Faktoren lösen die Tat aus.

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Folgende Aspekte sollen anamnestisch geklärt werden:

- Genaue Beschreibung der sexuell devianten Handlungen
- Genaue Beschreibung der auslösenden/begleitenden/folgenden Emotionen
- Analyse des Ablaufs in Bezug auf Planung vs. Impulsivität
- Erfragen von Gewaltanteilen
- Erfragen von Anteilen sexueller Befriedigung (paraphiles Verhalten?), von anderen emotionalen Zuständen und Gewinnen trennen
- Nähere Spezifikation des Opfers bzw. der Opfer
- Sind ein oder mehrere Leitsymptome vorhanden?
- Wie lange bestehen die Leitsymptome bereits?
- erneuten diese Symptome im Rahmen einer anderen psychischen Störung?

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Bestehen Entwicklungsstörungen? Finden sich Hinweise auf eine emotionale Instabilität? Wie ist der Zugang des Jugendlichen zur eigenen emotionalen Befindlichkeit? Besteht Substanzmissbrauch? Zeigt der Jugendliche dissoziale Verhaltensweisen? Bestehen schulische Leistungsdefizite? Besteht ein reduziertes Intelligenzniveau? Liegen chronische körperliche Erkrankungen bzw. Behinderungen vor, die schlecht bewältigt werden? Bestehen Störungen, die eine soziale Ausgrenzung bedeuten oder die die Funktionen von Sexualorganen betreffen? Besteht delinquentes oder gewalttätiges Verhalten in der Familie? Besteht chronische Disharmonie zwischen den Eltern? Bestehen oder bestanden körperliche Misshandlung und/oder sexueller Missbrauch? Bestehen psychische Störungen bei Familienangehörigen? Bestehen unzureichende Lebensbedingungen? Ist die Beziehung zu Gleichaltrigen gestört? Gehört der Betroffene einer Randgruppe an? Ist der Jugendliche eingebunden in soziale Strukturen und zeigt er Kooperationsbereitschaft?

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Zur Differenzialdiagnostik siehe Abbildung 67, zur Hierarchie des therapeutischen Vorgehens siehe Abbildung 68.

4. Interventionen

Bisherige Studienergebnisse schwanken hinsichtlich Rückfälligkeit bei jugendlichen Sexualstraftätern je nach berücksichtigtem Zeitraum zwischen etwa 4% und 79%. Das Rückfallrisiko ist offenbar niedriger als bei erwachsenen Sexualstraftätern. Andererseits ist von einer äußerst heterogenen Gruppe auszugehen und es spricht viel dafür, dass bei jugendlichen Sexualstraftätern das Risiko, erneut ein Sexualdelikt zu begehen, höher ist als das Risiko für ein sexuelles Erstdelikt in der Allgemeinpopulation. Die aus anderen kriminologischen Studien bekannte Episodenhaftigkeit der Delinquenz junger Menschen, die im Regelfall eine eher zurückhaltende kriminalrechtliche Reaktion ratsam erscheinen lässt, gilt bei Sexualdelikten, vor allem bei fremden Opfern und größerem Altersabstand zum Opfer, nicht in gleicher Weise.

Bei einer Vielzahl von Sexualdelikten sind situative Aspekte wie sozialer Stress, Alkoholeinfluss, Gruppendruck oder besondere Tatgelegenheiten wesentliche Entstehungsmerkmale, sodass in diesen Fällen eine erneute Sexualstraftat dann nicht zu erwarten ist, wenn zukünftig andere situative Bedingungen gegeben sind. Dies ist z.B. bei innerfamiliären Missbrauchern der Fall, deren Opfer aus Tätersicht lediglich leicht verfügbare Ersatzobjekte waren. Weitere sexuelle Übergriffe sind bei solchen Tätern dann wenig wahrscheinlich, wenn ihnen durch geeignete Maßnahmen geeignete Opfer nicht mehr zur Verfügung stehen. Anders verhält es sich jedoch bei Tätern, deren sexuelle Handlungen Ausdruck einer allgemein dissozialen Störung oder einer spezifischen sexuellen Abweichung sind. Hier ist die nachhaltige Reduzierung des Rückfallrisikos nur durch gezielte therapeutische Interventionen erreichbar, da die deliktrelevante Neigung meist auch nach längeren Freiheitsstrafen noch bestehen bleibt.

Jugendliche, die ein spezifisches Programm erfolgreich durchlaufen, haben ein niedrigeres Rückfallrisiko sowohl hinsichtlich einschlägiger als auch anderer Delikte (III).

Ziel der Behandlung jugendlicher sexuell Delinquenten ist, dass es erstens keine weiteren Übergriffe mehr gibt und zweitens die Jugendlichen in die Lage versetzt werden, ein möglichst selbstbestimmtes, aber psychosozial angepasstes Leben zu führen.

Im Mittelpunkt der Therapie steht die Arbeit mit dem Deliktszenario, in dem Realitätsverzerrungen, Tilgungen von missbrauchsbezogenen Erlebnisgehalten, das Bagatellisieren emotionaler Zustände sowie das Verleugnen eigener Handlungen

aufgehoben werden sollen. Ziel ist es, Selbstkontrolle hinsichtlich der delinquenten Handlungen einzuführen und zu stärken, sowie den Lernprozess der Jugendlichen hinsichtlich ihres Delikts und des Deliktverlaufes voranzubringen.

Eine deliktorientierte, auf jugendliche Sexualstraftäter zugeschnittene spezifische Behandlung unter Einbezug einer entsprechenden Peergroup ist notwendig. Eine Fokussierung auf das spezifische Delikt und dessen Entstehung beim jugendlichen Sexualstraftäter ist von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus müssen zahlreiche sich noch in der Entwicklung befindliche Bereiche berücksichtigt werden. Dies gilt für die Sexualentwicklung ebenso wie für die Entwicklung der persönlichen Identität und die Entwicklung sozialer Rollen und Beziehungen. Effektive Programme zielen direkt auf die Probleme, die in Zusammenhang mit der Tat stehen, und beinhalten außerdem Sexualerziehung sowie Methoden zur Entwicklung neuer konstruktiver, gesellschaftlich angemessener sozialer Fertigkeiten bei den Tätern. Module zur Rückfallprophylaxe sollten ebenfalls enthalten sein.

Kognitiv-behaviorale Konzepte in Verbindung mit erziehenden und unterstützenden Maßnahmen unter Einbeziehung des Familiensystems sind nach der bisherigen Datenlage offenbar am wirksamsten (III). Im Vordergrund steht Gruppentherapie in einer Gruppe sexuell delinquenten Jugendlichen, ergänzt durch Einzeltherapie. Die Dauer der bisher etablierten Behandlungsprogramme umfasst in der Regel etwa 2 Jahre. Gemeindeförderung Anschlussmaßnahmen sind notwendig.

- Störungsspezifische Behandlung hinsichtlich der Kernsymptomatik mit Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) einschließlich Strategien zur Überwindung der meist starken Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen (Hier sind störungshomogene Gruppen von Vorteil)
- Kognitive Verhaltenstherapie zur Verringerung und/oder Verbesserung der Kontrolle des problematischen sexuellen Verlangens (z. B. Reizüberflutung, kognitives Umstrukturieren, Entwickeln von Empathie für das Opfer)
- Methoden zur Erweiterung adäquater sexueller Interessen/Fertigkeiten (z. B. Training sozialer Kompetenzen, Selbstbehauptungstraining, Sexualerziehung, Paartherapie)
- Erarbeitung eines Zugangs zur emotionalen Befindlichkeit: Kreativtherapien (Musik, Kunst)
- Aufklärung und Beratung der Eltern und der Erzieher/Lehrer oder anderer wichtiger Bezugspersonen
- Interventionen in der Familie
- Klare Regelungen bzgl. Beziehungsaufnahme zu Personen, die potenzielle Opfer darstellen. Z.B. werden potenzielle Opfer und Erziehungsberechtigte vom sexuell delinquenten Jugendlichen in Begleitung seines Therapeuten/Bezugsbetreuers über die Taten des Jugendlichen klar informiert und alle Beteiligten müssen ihr Einverständnis geben zur Fortsetzung der Beziehung bzw. eine Fortsetzung untersagen und kontrollieren.
- Verlaufskontrolle
- Behandlung komorbider Störungen (Psychotherapie, Pharmakotherapie)

Sind Psychotherapie und pädagogische Maßnahmen hinsichtlich der Kernsymptomatik nicht ausreichend, kommt u. U. eine zusätzliche pharmakologische Behandlung zur Libidosenkung bei paraphilen und nicht-paraphilen hypersexuellen Störungen in Betracht. Eine medikamentöse Behandlung ausschließlich zur Reduzierung des Sexualtriebs stellt einen Eingriff in die persönliche Freiheit des Individuums dar und bedarf deshalb der schriftlich dokumentierten freiwilligen Zustimmung des Betroffenen bzw. in entsprechenden Fällen des gesetzlichen Vertreters nach eingehender ebenfalls zu dokumentierender Aufklärung über zu erwartende Wirkungen und mögliche Risiken und Nebenwirkungen. Eine Antiandrogenbehandlung kann in Deutschland weder vom Arzt noch vom Richter angeordnet werden. An eine Therapieablehnung hat man sich strikt zu halten. Während zur medikamentösen Behandlung erwachsener Sexualstraftäter eine Reihe von Studien und teils langjährige Erfahrungen vorliegen, ist die Datenlage bzgl. der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter unzureichend. Vereinzelt liegen vor für Leuprolid und Cyproteronacetat sowie SSRI, Risperidon und Naltrexon

hinsichtlich Abnahme von übermäßig häufigem Masturbieren, Zunahme von Erregungskontrolle, Abnahme von übermäßig häufigen sexuellen Fantasien und Abnahme von das Behandlungsprogramm störenden sexuellen Fantasien. SSRI sollen neben der Hypersexualität auch ggf. vorliegende zwanghafte Elemente bzgl. des sexuell delinquenten Verhaltens positiv beeinflussen.

Für den Einsatz von Androgenen ist die Pubertätsentwicklung in der Regel mit 16 Jahren ausreichend vorangeschritten. Vor Behandlungsbeginn werden jedoch immer in Zusammenarbeit mit Andrologen der individuelle Entwicklungsstand der sexuellen Reifung und der endokrinologische Status des Jugendlichen beurteilt. Eine dabei ggf. diagnostizierte verfrühte oder verzögerte Pubertätsentwicklung bedarf der Abklärung.

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Die Verantwortung für den Gesamtprozess tragen Justiz und Jugendamt unter Beteiligung der Eltern. Ein klarer juristischer Rahmen ist aufgrund der meist starken Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen erforderlich. Die Erstattung einer Anzeige bzw. die daraus drohenden Konsequenzen können Behandlungsmotivation und -verantwortung u.U. positiv beeinflussen.

Ob eine *ambulante* Behandlung ausreicht oder eine *stationäre* Behandlung notwendig ist, hängt u.a. ab von

- der Einordnung des Jugendlichen im Hinblick auf sein Gefährdungspotenzial
- der Kooperationsbereitschaft des Jugendlichen und der Erziehungsberechtigten
- der Behandlungsbedürftigkeit komorbider Störungen
- dem Vorhandensein spezifischer Behandlungsangebote vor Ort
- der Einbindung in betreuende, kontrollierende Strukturen vor Ort
- Begleitmaßnahmen (z. B. Heimunterbringung).

Unterschiedliche Settings/Gruppen sind erforderlich je nach

- Alter (strafmündig oder nicht)
- kognitiven Fähigkeiten (geistige Behinderung oder eher durchschnittliche Intelligenz)
- Geschlecht.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

- In der Regel steht hinsichtlich der Kernsymptomatik die spezifische Gruppenpsychotherapie im Vordergrund, begleitet durch Einzeltherapie und pädagogische Maßnahmen sowie Behandlung der komorbiden Störungen
- Sind Psychotherapie und pädagogische Maßnahmen hinsichtlich der Kernsymptomatik nicht ausreichend, kommt u.U. je nach Symptomatik des Patienten eine zusätzliche pharmakologische Behandlung in Betracht.
- Sind therapeutische und pädagogische Maßnahmen nicht ausreichend, müssen die juristischen Rahmenbedingungen diesbezüglich überprüft werden.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Rezidivgefahr bzw. Gefährdungspotenzial: Die im Vergleich zur stationären Therapie verringerten Kontrollmöglichkeiten müssen verantwortbar sein.

Komorbide Störungen: Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik zum Ausschluss komorbider Störungen (z.B. Alkohol- oder Drogenabhängigkeit) ist erforderlich. Es darf keine Begleitstörung vorliegen, die einer stationären Behandlung bedarf.

Opferschutz: Die grundlegende Voraussetzung für die Aufnahme einer ambulanten Therapie ist die Sicherstellung des Schutzes der von den Übergriffen Betroffenen. Insbesondere wenn die sexuelle Gewalt innerhalb der Familie stattfand, muss das betroffene Kind vor weiteren Übergriffen sicher geschützt sein.

Stabile äußere Lebenssituation: Die Lebensrealität der Jugendlichen ist häufig von Beziehungs- und Kontaktproblemen sowie anhaltenden schulischen oder beruflichen Misserfolgen gekennzeichnet. Dies wiederum führt zu einer chronischen Labilisierung des Selbstwertgefühls und erhöht die Wahrscheinlichkeit der Kompensation durch erneute sexuelle Übergriffe. Daher ist es unerlässlich, den Jugendlichen durch begleitende pädagogische Maßnahmen neue Perspektiven zu eröffnen. Dies betrifft sowohl eine stabile Wohnsituation, regelmäßige Schulbesuche als auch zufriedenstellende Freizeitaktivitäten.

Offenlegung der Übergriffe: Von dem Jugendlichen müssen die Übergriffe in dem bisher bekannt gewordenen Umfang eingeräumt werden. Ein Erklärungsmodell und die volle Übernahme der Verantwortung werden in der Therapie erarbeitet.

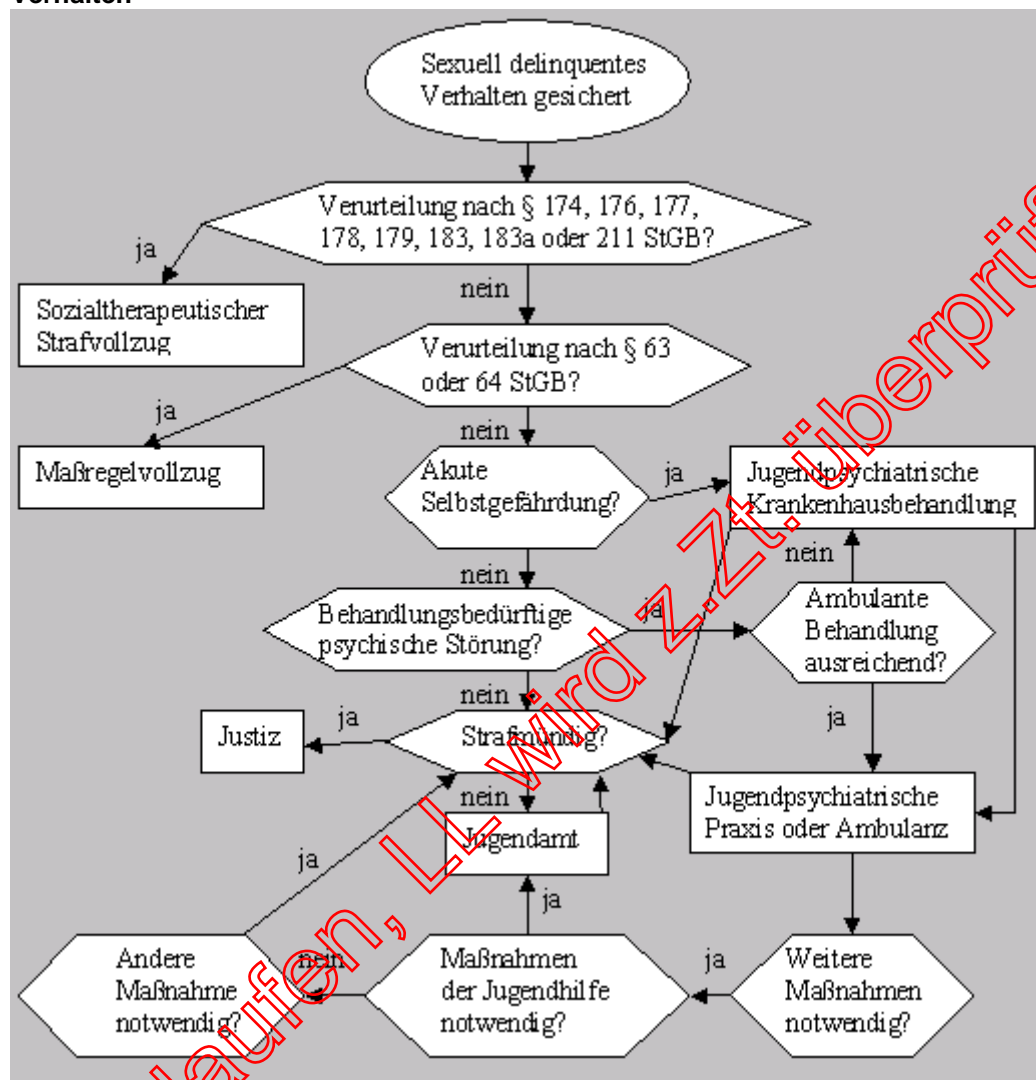
Kooperation aller Beteiligten: Die ambulante Therapie ist ein Baustein einer gesamten psychosozialen Behandlung und muss in verbindliche, kontinuierliche und transparente Kooperationsbeziehungen eingebettet sein. Die Kontinuität muss durch regelmäßige Hilfesprache zusammen mit dem Jugendlichen sichergestellt sein, der gesamte Hilfeprozess im Rahmen eines Case-Managements sollte durch den zuständigen Allgemeinen Sozialen Dienst koordiniert werden. Regelmäßige Eltern- und Familiengespräche werden angestrebt.

Sicherstellung von Kontinuität: Regelmäßige Teilnahme ist eine Voraussetzung für den Erfolg einer ambulanten Therapie. Es müssen daher zu Beginn klare Absprachen über die Konsequenzen bei Wegbleiben oder häufigen Absagen erfolgen. Eine kontrollierende Person (Jugendamt, Jugendgerichtshilfe) wird benannt, die im Falle eines Abbruchs oder eines Ausschlusses von der weiteren Therapie benachrichtigt wird, und die dann gegebenenfalls Sanktionen einleitet.

Folgende Ziele sollten vor Abschluss der Therapie erreicht sein:

- Stabile Lebenssituation, befriedigende Perspektive (beruflich, Freizeit)
- (Sexuelle) Beziehungen zu Peers, Aufbau eines sozialen Netzwerks
- Erklärungsmodell für Übergriffe in den Lebenskontext einordnen können, Bedeutungszusammenhang erkennen können.
- Empathie für andere Menschen aufbringen können. Nicht nur Empathie mit dem Opfer, sondern auch Empathie in einem umfassenderen Sinne als Einfühlung in die Bedürfnisse und Gefühle anderer Menschen.
- Gefährdungssituationen erkennen und beschreiben können, Handlungsalternativen entwickeln.
- Entwicklungsaspekte: Ablösung von Eltern, abgegrenzte Beziehungen leben und aushalten können.
- Sprache finden für das eigene Erleben, Fähigkeiten zum emotionalen Differenzieren, Ausdrücken eigener (Gewalt-)Erfahrungen.
- Übereinstimmung von Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung.

Abb. 68: Auswahl des Interventionssettings bei sexuell delinquentem Verhalten



4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Bisher liegen keine systematischen Erfahrungen zu tagesklinischer Behandlung vor.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Indikationen für eine stationäre Krankenhausbehandlung:

- Akute Eigen- oder Fremdgefährdung
- Spezifische ambulante Behandlung ist nicht möglich bzw. ausreichend oder wohnortnah nicht verfügbar
- Stationär behandlungsbedürftige psychiatrische Begleitstörung
- Ausgeprägte Rezidivgefahr

Prinzipien der stationären Behandlung

- Stationäre Milieutherapie
- Enge Verzahnung zwischen Alltag und Therapie zur Überwindung der Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen
- Fokussierung auf die Station als therapeutische Gemeinschaft und Gruppentherapie

- Arbeit mit dem Bezugssystem (Familie, Heim)
- Diagnostik und Behandlung der komorbiden Störungen
- Bei stationär behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit sexuell delinquentem Verhalten wird in der Regel das Jugendamt einbezogen.
- Kontakte mit Jugendgericht bzw. Bewährungshelfern sind bei Straffälligkeit notwendig
- Eine stufenweise Weiterbehandlung (nach der stationären Krankenhausbehandlung in der Regel stationäre Jugendhilfemaßnahmen und ambulante Behandlung)

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Spezifische stationäre Jugendhilfe- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen kommen in Betracht, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht (mehr) indiziert ist, jedoch

- intensive und umfassende pädagogische Maßnahmen erforderlich sind,
- zur Gewährleistung des Opferschutzes eine hohe externe Kontrolle erforderlich ist,
- ein langfristiges pädagogisch-therapeutisches Angebot für Kinder und Jugendliche notwendig ist,
- Integrationsbedarf in familiäre Ersatzstrukturen besteht.

Ist die Therapie beendet und das Risiko eines erneuten sexuellen Übergriffs deutlich reduziert, kann der Jugendliche oftmals, sofern nicht die Rückführung in den elterlichen Haushalt möglich ist, in der Einrichtung bis zum Abschluss der Schule bzw. Ausbildung, ggf. auch länger, verbleiben. Auch die Verselbstständigung bis zum Leben in einer eigenen Wohnung kann - soweit möglich - von hier aus erfolgen.

Nach der stationären Jugendhilfemaßnahme sind spezifische Nachsorge und ein Hilfesystem, das dem Jugendlichen weiterhin zur Seite steht, erforderlich.

4.7 Maßregelvollzug

- Hat der Jugendliche ein Sexualdelikt im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen, kann das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB anordnen, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.
- Hat der Jugendliche den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen eines Sexualdelikts, das er im Rausch begangen hat oder das auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, kann das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

4.8 Sozialtherapeutischer Strafvollzug

In Betracht kommen Verurteilungen nach Vergewaltigung und sexueller Nötigung (§§ 177, mit Todesfolge § 178 StGB), Sexualmord (§ 211 StGB), Sexuellem Missbrauch von Kindern (§§ 176, 176 a und b StGB), von Schutzbefohlenen (§ 174 StGB); von Gefangenen, Verwahrten oder Kranken in Anstalten (§ 174a StGB), unter Ausnutzung einer Amtsstellung bzw. eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses (§§ 174b, c StGB), sexuellem Missbrauch Widerstandsunfähiger (§ 179 StGB) sowie

exhibitionistischen Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses (§§ 183, 183a StGB).

Sozialtherapie ist für erwachsene Sexualstraftäter mit Freiheitsstrafen über zwei Jahren gesetzlich verpflichtend vorgeschrieben. Für jugendliche Sexualstraftäter erscheint dies ebenfalls sinnvoll, die Aufnahme in sozialtherapeutische Abteilungen im Jugendvollzug erfolgt jedoch bisher auf freiwilliger Basis.

Die bisher eingerichteten Behandlungskonzepte sehen einen Behandlungszeitraum von bis zu 2 Jahren vor. Komponenten sind Soziotherapie zur Förderung von Kommunikation, Regelbewusstsein sowie selbständiger Strukturierung des Lebensumfeldes, Psychotherapie als kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzeltherapie sowie Kunsttherapie, Sozialpädagogik zur Förderung sozialer Kompetenzen, Bildung und Ausbildung als protektive Faktoren für die berufliche Eingliederung nach Entlassung, Ergotherapie zur Förderung von Basiskompetenzen und Freizeitarbeit zur Ausbildung eines strukturierten Freizeitverhaltens.

4.9 Kritische und entbehrliche Therapiemaßnahmen

- Alleinige medikamentöse Behandlung
- Alleinige nondirektive Therapie
- Alleinige unspezifische Therapie ohne Deliktorientierung und -thematisierung
- Bei Aversionsverfahren zeigten sich zum Teil Erhöhungen der Rückfallraten.
- Eine chirurgische Kastration ist in Deutschland erst nach dem vollendeten 25. Lebensjahr gesetzlich erlaubt und bedarf der Einwilligung.

Literatur

1. Efta-Breitbach J, Freeman KA, Recidivism and resilience in juvenile sexual offenders: an analysis of the literature. *J Child Sex Abuse* (2004), 13, 257-279
2. Gruber T, Waschlewski S, Deegener G (2003) Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche (MSI-J). Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei jugendlichen Straftätern. Hogrefe, Göttingen 2003
3. Clauss M, Karle M, Günter M, Barth C (Hrsg.) (2005) Sexuelle Entwicklung - sexuelle Gewalt. Grundlagen forensischer Begutachtung von Kindern und Jugendlichen. Pabst Science Publishers, Lengerich
4. Hebebrand K, Hebebrand J, Remschmidt H, Medikamente in der Behandlung von Paraphilien und hypersexuellen Störungen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* (2002), 70, 462-475
5. Köhler D, Müller S, Hinrichs G (2005) Die Tatortanalyse auf dem empirischen Prüfstand. In: Saimeh N (Hrsg.), Was wirkt? Prävention - Behandlung - Rehabilitation, 148-166. Psychiatrie-Verlag, Bonn
6. Meyer-Deters W (2003) Minderjährige sexuelle Mißbraucher - Eine Herausforderung für die Jugendhilfe. In: Braun G, Hasebrink M, Nuxoll M (Hrsg.), Pädosexualität ist Gewalt. (Wie) Kann die Jugendhilfe schützen? 79-102. Beltz, Weinheim
7. Müller-Isberner R, Gonzalez Cabeza S, Eucker S (2000) Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20. Institut für Forensische Psychiatrie, Haina 2000
8. Rothhaus W, Gruber T, Die systemische Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. *PiD - Psychotherapie im Dialog* (2004), 5, 120-127
9. Schmelze M, Knölker U (2002) Therapie unter Zwang? Gruppenpsychotherapie jugendlicher Sexualdelinquenten. Pabst Publishers, Lengerich
10. Spitzcok von Brisinski U, Alsleben R, Zahn W, Sozialtherapie für Sexualstraftäter im Jugendvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* (2005), 3, 131-137
11. Walker DF, McGovern SK, Poey EL, Otis KE, Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: a meta-analysis and review. *J Child Sex Abuse* (2004), 13, 281-293
12. Worling JR, Curwen T (2001) The ERASOR - Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism; Version 2.0. SAFE-T Program, Thistletown Regional Centre, Toronto

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie

Ingo Spitzcok von Brisinski, Thomas Gruber, Günter Hinrichs, Christa Schaff

Korrespondenz an:
Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Rheinische Kliniken Viersen
Horionstraße 14
41749 Viersen

Redaktionskomitee:
federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

11/2006

Letzte Überarbeitung:

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)
Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)
Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)
HTML-Code aktualisiert: 05.02.2008; 15:11:51

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft