

Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* – Entwicklung und Ziele

Gerold Scherner

The *Prevention Network Kein Täter werden (Don't Offend)*

Abstract

The present article describes the development and goals of the prevention network *Kein Täter werden* (English: *Don't Offend*). The experiences of the *Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD) (Prevention Project Dark Field)* at the *Institute for Sexual Medicine and Sexual Science Charité, University Clinic Berlin*, showed that persons with a sexual responsiveness to the juvenile (prepubertal and/or early pubertal) body – and thus the potential to endanger others (i.e., children) – utilize therapeutic offers and that there is a general shortage of therapeutic programs for this group. Efforts to establish regional centers throughout Germany led to the formation of the prevention network *Kein Täter werden*, which now has 11 sites (October 2015). This network of cooperating partner institutions pursues the task of realizing common quality standards concerning diagnostic procedure, therapy and accompanying research, as well as the ongoing establishment of additional therapeutic possibilities for the persons affected. The article provides an overview of the various committees and working groups within the prevention network.

Keywords: Area-wide treatment offers, Network, Prevention, Cooperation, Standard of quality

Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel werden die Entwicklung und die Ziele des *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* beschrieben. Die Erfahrungen der ersten Jahre innerhalb des *Präventionsprojekts Dunkelfeld (PPD) am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin* zeigten, dass ein therapeutisches Angebot für Personen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit durch das kindliche (vor- und frühpubertäre) Körperschema, die mit potentieller Fremdgefährdung einhergeht, von Betroffenen in Anspruch genommen wird und eine generelle Versorgungslücke bezüglich präventiver Therapieangebote für diese Zielgruppe besteht. Die Bemühungen, entsprechende Therapieangebote flächendeckend und bundesweit anzubieten, mündeten in der Gründung des *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden*

mit bundesweit 11 Standorten (Stand Oktober 2015). Dieses Netzwerk aus kooperierenden Partnerinstitutionen hat sich die Etablierung gemeinsamer Qualitätsstandards in den Bereichen Diagnostik, Therapie und begleitender Forschung, sowie die flächendeckende Erweiterung der Versorgungsangebote für die genannte Zielgruppe zur Aufgabe gesetzt. Die entsprechenden Arbeitsgruppen und Gremien des Netzwerks werden im Überblick dargestellt.

Schlüsselwörter: Flächendeckende Therapieangebote, Netzwerk, Prävention, Kooperation, Qualitätsstandard

Entwicklung

Die Erfahrungen der ersten Jahre im *Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD) am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin* zeigen eine steigende Inanspruchnahme des Angebots und die prinzipielle Erreichbarkeit der Zielgruppe durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit. Somit konnte belegt werden, dass für Personen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit durch das kindliche (vor- und frühpubertäre) Körperschema, die mit potentieller Fremdgefährdung einhergeht, eine generelle Versorgungslücke bezüglich präventiver Therapieangebote besteht. Dies ist insofern bedeutsam, als dass es zu diesem Zeitpunkt keine konkreten Angebote eines potentiell verursacherbezogenen Ansatzes zur Verhinderung sexuellen Kindesmissbrauchs in dieser Form in Deutschland gab und zu Beginn des Projekts unklar war, ob dieser Ansatz auch von betroffenen Personen angenommen werden würde. Somit erwies sich, dass der Ansatz des Projektes einen weiteren wichtigen Baustein zum aktiven Kinderschutz darstellt und Personen mit einer potentiell fremdgefährdenden sexuellen Ansprechbarkeit dieses Angebot auch wahrnehmen. Hierbei sollte erwähnt werden, dass ein solches Angebot sicherlich nicht alle Personen mit entsprechender sexueller Ansprechbarkeit erreichen kann, da die Grundlage für das Angebot die Eigenmotivation der Teilnehmer ist. Die Erfahrungen der ersten Jahre des Projektes verdeutlichen weiterhin, dass die Gruppe derer, die das Angebot nutzen und Hilfe suchen größer ist, als dies von kritischen Seiten vor Beginn des Projekts vermutet wurde.

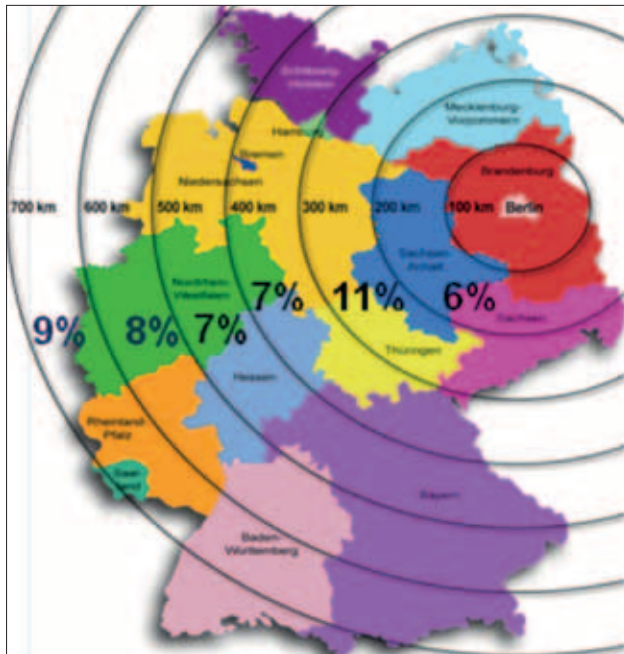


Abb. 1: Vor Gründung des Präventionsnetzwerks sowie Etablierung weiterer Standorte (2011) reisten rund 48% der Interviewpartner weiter als 100 km an

Ebenso wurde offenkundig, dass sich Personen aus dem gesamten Bundesgebiet und darüber hinaus beim Berliner Standort meldeten. Einem Großteil dieser Personen war es organisatorisch nicht möglich, für ein Erstgespräch nach Berlin zu reisen. Diesen konnte letztlich lediglich telefonische Beratung bzw. der Versuch von Weitervermittlung an andere evtl. mögliche Anlaufstellen oder niedergelassene KollegInnen, die sich der Thematik öffneten und fachlich-kollegiale Beratung/Austausch am Projektstandort Berlin nutzen konnten, angeboten werden. Ein Teil der Interessenten aus dem weiteren Bundesgebiet oder auch aus dem anliegenden Ausland reisten für ein diagnostisches Erstinterview an, wobei auch hier für die meisten aus organisatorischen Gründen eine weitere Teilnahme an der Therapie in Berlin nicht umsetzbar war. Wie in Abb. 1 dargestellt, reisten bis zum Jahre 2011 48% der Teilnehmer für ein diagnostisches Interview weiter als 100 km an.

Durch diese Gegebenheiten wurde die Notwendigkeit deutlich, die Etablierung und den Ausbau weiterer Anlaufstellen im Bundesgebiet mit dem Ziel einer möglichst flächendeckenden Versorgung anzustreben. Aufgrund langjähriger persönlicher und kollegialer Kontakte kam es bereits im Jahre 2009 zur Etablierung eines weiteren Standortes in Kiel, Schleswig-Holstein unter der damaligen Leitung von Prof. Dr. med. H.A.G. Bosinski. Dies geschah in enger Kooperation mit Berlin und unter zunächst schwieriger Finanzierungslage. Ende 2010 konnte durch eine Kooperationspartnerschaft mit der Universität Regensburg unter der Leitung von Prof. Dr. M. Oster-

heider ein weiterer Standort eröffnet werden. Damit war die Basis für das Präventionsnetzwerk geschaffen. Weiterführende Bemühungen wurden dahingehend unternommen, Kooperationspartner aus dem psychosomatischen und/oder forensisch-psychiatrischen Bereich in den jeweiligen Bundesländern zu gewinnen.

Die primären Überlegungen mit Bezug auf die Erweiterung und den Aufbau eines Netzwerks mit präventivem Angebot bezogen sich zunächst auf folgende Punkte:

- Gewährleistung einer niedrighschwelligem Kontaktaufnahme – mögliche Anonymität zu Beginn der Kontaktaufnahme
- Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter (therapeutische Ausbildung und sexualmedizinische /-therapeutische Zusatzqualifikation)
- Möglichkeit der begleitenden Forschungsbestrebungen durch universitäre Anbindung
- Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und einheitlicher öffentlicher Auftritt als Präventionsnetzwerk.

Die Bestrebungen zur Etablierung einer bundesweiten Versorgungsstruktur mündeten im Aufbau weiterer Standorte des zukünftig gemeinsam benannten *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden*. An acht weiteren Standorten konnten Kooperationspartner gewonnen und Anlaufstellen des *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* errichtet werden, so dass es z.Z. elf Standorte gibt, die in zeitlicher Reihenfolge in Abb. 2 aufgelistet sind.

1. **Berlin** (Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. K.M. Beier),
2. **Kiel** (Leitung: Prof. Dr. med. H.A.G. Bosinski, ab 2014 Dr. M. Budde & Dr. C. Huchzermeier,
3. **Regensburg** (Leitung: Prof. Dr. M. Osterheider),
4. **Leipzig** (Leitung: Prof. Dr. med. H. Alexander, ab 2014 Prof. Dr. P. Schönknecht)
5. **Hannover** (Leitung: Prof. Dr. Dipl.-Psych. U. Hartmann),
6. **Hamburg** (Leitung: Prof. Dr. med. Briken),
7. **Stralsund** (Leitung: Dr. med. Rösing),
8. **Gießen** (Leitung: Prof. Dr. med. J. Kruse),
9. **Düsseldorf** (Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Tress),
10. **Ulm** (Leitung: Prof. Dr. med. H. Gündel)
11. **Mainz** (Leitung: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. Beutel).

Abb. 2: Entwicklung des Präventionsnetzwerks Kein Täter werden 2011–2015



Netzwerkarbeit und Ziele des Präventionsnetzwerks Kein Täter werden

Die übergeordneten Ziele des Netzwerks wurden mit den Kooperationspartnern der jeweiligen Standorte in gemeinsamen Treffen verabschiedet. Hierbei flossen die bereits gemachten Erfahrungen der bisherigen Arbeit ebenso mit ein wie die gegebenen Expertisen an den einzelnen Standorten, um positive Synergie-Effekte zu generieren. Neuen Standorten sollen die Einarbeitung und der prinzipielle Aufbau eines Versorgungsangebots vor Ort erleichtert sowie die vereinbarten und angestrebten Qualitätsstandards gesichert bzw. weiter entwickelt werden.

Die gemeinsam ausgearbeitete Arbeitsgrundlage der Partner im *Netzwerk Kein Täter werden* wurde in einer für alle bestehenden und zukünftigen Standorte gültigen Kooperationsvereinbarung schriftlich niedergelegt.

Um diese relevante Netzwerkarbeit dauerhaft zu gewährleisten, wurden durch die Netzwerkpartner zentrale Stellen für die Koordination der Netzwerkarbeit und der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit designiert, die die strukturelle und inhaltliche Abstimmung der Partner entsprechend umsetzen, allen Standorten verfügbar machen, neue Standorte bei der Implementierung unterstützen und den Aufbau sowie die inhaltliche Arbeit des Netzwerks koordinieren.

Primärziele der Netzwerkarbeit

- Etablierung einer flächendeckenden Versorgung mit niedrigschwelliger Kontaktmöglichkeit im Bundesgebiet und entsprechende Verstetigung des Angebots (wohnnortnahe ambulante Anlaufstellen ohne

- Zugangshürden, mit dem Angebot standardisierter qualifizierter Diagnostik und Therapie),
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und einheitliches Auftreten in der Öffentlichkeit,
- Standards für Qualifikation und Weiterbildung der Mitarbeiter – Psychotherapeutische Qualifikation in einem Richtlinienverfahren sowie sexualmedizinische / -therapeutische Zusatzqualifikation,
- Standards für Diagnostik (Leitlinien) – Synchronisierung/Vergleichbarkeit des Vorgehens an den Standorten – Berücksichtigung der Pädophilie als krankheitswertige Störung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10-Diagnose),
- Entwicklung von therapeutischen Leitlinien bezüglich der Besonderheiten des Klientels – Nutzbarmachung von Synergien der vorhandenen Expertisen an den einzelnen Standorten,
- Entwicklung von strukturellen Leitlinien bezüglich des formalen Projektaufbaus an den Standorten und Bereitstellung entsprechender Vorgehensweisen – Erleichterung für den Aufbau an neuen Standorten
- Vergrößerung der Stichprobe für begleitende Forschung und Evaluation.

Weitere Ziele

- Qualitätsmanagement und Fortbildungen bei den bestehenden Standorten,
- Bildung von gemeinsamen Arbeitsgruppen zur Ausarbeitung einer Leitlinienstruktur des diagnostischen Vorgehens innerhalb des Netzwerks und der möglichen Synergien der vertretenen therapeutischen Expertisen. Ebenso Konkretisierung der gemeinsamen Begleitforschung (Operationalisierung, Auswahl der zu erhebenden Konstrukte, gemeinsame/ einheitliche Datenbanken),

- Bestrebungen zur Sicherung einer dauerhaften Basisfinanzierung der einzelnen Standorte, um die notwendige Versorgungsstruktur nicht zu gefährden und die fachlich qualifizierte anonyme Inanspruchnahme Betroffener zu gewährleisten,
- Informationsangebot und mögliche Zusammenarbeit mit interessierten Kollegen/Kolleginnen aus dem Bereich der Forensik, niedergelassenen Therapeuten/ Therapeutinnen, Tätigen im Bereich des Opferschutzes – mit dem gemeinsamen Ziel des präventiven Kinderschutzes,
- Anbindung internationaler Kooperationen im Sinne von assoziierten Partnerschaften.

Einbindung neuer Standorte in das Netzwerk *Kein Täter werden*

Die Einbindung neuer Standorte in das Netzwerk erfolgt in mehreren vorbereitenden Stufen (vgl. schematische Darstellung in Abb. 3). Im Vordergrund steht eine frühzeitige Integration der möglichen neuen Standorte in den Arbeitsablauf innerhalb des Netzwerks, Prüfung der Einhaltung der Qualitätsstandards und Unterstützung bezüglich des Aufbaus unter Berücksichtigung der speziellen inhaltlichen Besonderheiten bei der Erstellung eines Versorgungsangebots. Dies gilt äquivalent für das Eingehen von assoziierten Partnerschaften mit Projekten, die in ähnlichen Arbeitsbereichen situiert sind oder auch mit internationalen Interessenten, die aufgrund anderer Rah-

menbedingungen entsprechende Versorgungsangebote wie in Deutschland gegeben nicht umsetzen können.

Zu erwähnen ist hier ebenfalls die Prüfung einer Grundfinanzierung, die nicht nur den prinzipiellen Aufbau eines Standortes betrifft, sondern auch die geplante Grundversorgung der Klienten, die die Therapieteilnahme über einen Zeitraum von einem Jahr gewährleisten muss. Dies ist neben den inhaltlichen Aspekten von besonderer Bedeutung für die generelle Etablierung und Verstetigung des Versorgungsangebots innerhalb des Netzwerks. So ist zu erwähnen, dass an den meisten Standorten die Finanzierungslage durchaus nicht als dauerhaft gewährleistet gesehen werden kann, sondern mitunter als prekär zu bezeichnen ist, da bereitgestellte Gelder z.T. von Jahr zu Jahr in Frage stehen und nur eine rudimentäre Grundversorgung dadurch abgedeckt werden kann. Hier sind Bemühungen notwendig, die Arbeit der Standorte in Zukunft finanziell stabiler abzusichern.

Nach formaler Einbindung eines neuen Standortes auf Basis der Kooperationsvereinbarung wird der Aufbau des Standortes durch die Koordination des Netzwerks unterstützt. Dies betrifft zunächst primär die notwendige regionale Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung des neuen Standortes, ebenso die Weitergabe von bisherigen Erfahrungen und Beratung hinsichtlich der Auswahl angemessener Örtlichkeiten/Räume für das Versorgungsangebot, notwendiger technischer Ausstattung und entsprechender Bereitstellung niedrigschwelliger Kontaktaufnahmemöglichkeiten für potentielle Klienten (Mail, separate Hotline etc.).

In einem nächsten Schritt werden neuen Standorten Datenbanken zur formalen Dokumentation der Kontaktaufnahmen sowie für den weiteren Projektverlauf zur Verfügung gestellt und die Mitarbeiter darin geschult, wobei entsprechende Datenschutzrichtlinien beachtet werden.

Ebenso werden die für die Diagnostik und Begleitforschung relevanten psychometrischen Verfahren (primär in Form von Fragebögen zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf) einheitlich an den Standorten eingesetzt. Auch hier erfolgt eine Vermittlung und Einarbeitung über die zentrale Koordination für die neuen Standorte (vgl. Abb. 4). Dies beinhaltet sowohl die konzeptionelle Vermittlung der erhobenen Daten/Variablen als auch die Bereitstellung entsprechender Dateneingabemasken zur späteren systematischen statistischen Auswertung im Bereich der begleitenden gemeinsamen Forschungsprojekte. In Einzelfällen unterstützt das Netzwerk die notwendige Dateneingabe an Standorten, die durch ihre Finanzierungslage keine ausreichenden Kapazitäten für diese Bereiche bereitstellen können.

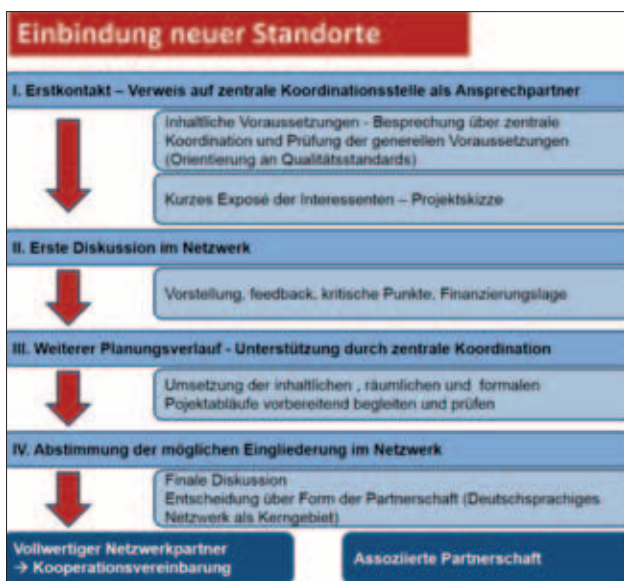


Abb. 3: Einbindung neuer Standorte und assoziierter Partnerschaften



Abb. 4: Überblick Netzwerkarbeit – Aufbau neuer Standorte, formale Einbindung, Forschung

Da das *Netzwerk Kein Täter werden* mit dem präventiven Ansatz im sogenannten Dunkelfeld weltweit bisher einzigartig ist, sollen die Bestrebungen im Netzwerk auch die begleitende Forschung betreffen, um hier den bisherigen Kenntnisstand aus primär forensischen Kontexten zu prüfen, zu hinterfragen und ggf. zu ergänzen. Die relevanten Forschungsgebiete betreffen hierbei die möglichen diagnostischen Methoden, die Übertragbarkeit bisheriger Erkenntnisse auf das Dunkelfeld, Fragen der Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens etc. Da die wissenschaftliche Literatur hierzu bislang wenig Anhaltspunkte bietet, sollen die Erfahrungen im Netzwerk wissenschaftlich ausgewertet und veröffentlicht werden.

Umsetzung der prozessorientierten Ziele in konkrete Netzwerkarbeit

Die oben beschriebenen Ziele sind primär prozessorientierte Ziele, die als Entwicklungsprozesse der gemeinsamen Netzwerkarbeit, aufbauend auf vorhandenen Rahmenbedingungen, diagnostischen Methoden, bestehender Forschungsliteratur, therapeutischen Ansätzen etc. zu verstehen sind. Die inhaltliche Umsetzung der Netzwerkarbeit mit dem Ziel, diese Entwicklungsschritte voranzutreiben und Synergien im Netzwerk zu generieren, soll im Folgenden skizziert werden. Für den Bereich der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit sei an dieser Stelle auf den entsprechenden Artikel in dieser Ausgabe verwiesen.

Generelle Aspekte mit Bezug auf Rahmen und Setting

Da das Projekt von Beginn an auf die Zielgruppe der aktuell juristisch unauffälligen Personen mit sexuellem Interesse an Kindern, sprich diejenigen, die bisher keine Taten begangen haben, deren vergangene Taten im sogenannten Dunkelfeld stattfanden oder die für begangene Taten verurteilt worden waren, ihre entsprechende Strafen verbüßt und unter keiner weiteren juristischen Auflage stehen, bezog, wurde dies auch für die Standorte des gesamten *Präventionsnetzwerks Kein Täter werden* übernommen.

Ebenso gilt dies für Personen, die aufgrund anderer Auflagen (z.B. durch Familiengerichte, Jugendämter u.a.) vorstellig wurden. Grundvoraussetzung für die Teilnahme am Projekt ist an allen Standorten die Freiwilligkeit der Teilnehmer und die eigene Motivation, sich Hilfe zu suchen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass andere Personen keine Beratung und Unterstützung an den Standorten in Anspruch nehmen können (Krisenintervention, übergangsweise Anbindung, Weitervermittlung, Kontakt zu entsprechenden sozialen Diensten der Gerichte, FTAs etc.), was jedoch von den Kapazitäten und der weiteren Einbindung des jeweiligen Standortes abhängig ist.

Aufgrund personeller Engpässe und beschränkter Therapieplätze an den Standorten kommt der Frage der Anbindung der Teilnehmer zwischen dem ersten klinischen Gespräch und erfolgter diagnostischer Ersteinschätzung und dem möglichen Beginn der Therapie gerade in diesem Bereich besondere Bedeutung zu. An allen Standorten besteht die Möglichkeit, je nach individuellem Bedarf und evtl. gegebenem Risiko Termine zur Überbrückung der Wartezeit zu gewährleisten, somit eine entsprechende therapeutische Anbindung im Einzelfall zu sichern und die Therapie entsprechend vorzubereiten.

Für die Therapie selbst wird an fast allen Standorten das Gruppensetting bevorzugt. Dies begründet sich sowohl in ökonomischen Betrachtungen bezüglich der Sicherstellung eines Therapieangebots für möglichst viele Teilnehmer vor Ort als auch durch inhaltliche Aspekte bezüglich der Wirksamkeitsaspekte des gruppentherapeutischen Settings. Je nach Indikationsstellung und Kapazitäten vor Ort sind an den meisten Standorten auch Einzeltherapien durchführbar.

Die Gruppentherapie findet in sogenannten Halboffenen Gruppen statt (flexibler Einstieg, regelmäßige Teilnahme), wobei der Einstieg in eine Gruppe und somit die ökonomische Verfügbarkeit von Therapieplätzen flexibler gehandhabt werden kann und frei werdende Plätze entsprechend schnell vergeben werden können. Die Gruppengröße ist auf ein Maximum von 10 Personen beschränkt und wird von je 2 TherapeutInnen (möglichst gemischtgeschlechtliches Therapeutenteam) geleitet. Die Sitzungen finden wöchentlich für ca. 90–120 Min. statt

(standortabhängig), im Einzelsetting 50 Min. Die Gesamtdauer der Therapie ist auf ca. ein Jahr angelegt, wird aber entsprechend der einzelnen Bedürfnissen, dem bestehenden Risiko und der Zielerreichung angepasst, so dass die Dauer der Therapie für die große Mehrheit der Klienten zwischen einem und maximal zwei Jahren liegt.

An allen Standorten werden bei Bedarf Beratungstermine für Angehörige, PartnerInnen etc. angeboten, bei vorhandenen Kapazitäten können auch begleitende Paartherapien durchgeführt werden.

Ein wichtiger Bereich der Arbeit betrifft auch die Versorgung nach Beendigung der Therapie im Form einer Nachsorge, die zur Stabilisierung der in der Therapie erreichten Ziele beitragen soll. Auch hier entwickelt das Netzwerk ein gemeinsames Nachsorgekonzept, das in niederfrequenten Sitzungen das Angebot erweitern soll, um auch nach der Therapie ein Angebot zur weiteren Stabilisierung und Interventionsmöglichkeit in evtl. späteren kritischen Phasen nach der Therapie bereit zu halten (Rückfallprophylaxe etc.)

Arbeitsgruppen und Gremien

Gremium Standortleiter

Die Standortleiter bilden das relevanteste Entscheidungsgremium hinsichtlich der angestrebten Verstetigung und der Etablierung des flächendeckenden Angebots. Hier werden die möglichen Schritte und Vorgehensweisen des Netzwerks bezüglich der Einbindung neuer Standorte, der Finanzierungsmöglichkeiten bestehender Standorte und das Einbringen des Themas in den politischen Diskurs auf Länder- und Bundesebene zur Klärung der Möglichkeiten einer stabilen Finanzierung des Netzwerks abgestimmt.

Arbeitsgruppe Diagnostik

Hauptaufgabengebiet der AG-Diagnostik ist die Erarbeitung einer im Netzwerk gültigen Standardisierung bezüglich des diagnostischen Vorgehens. Hier werden Leitlinien zur Erhebung relevanter diagnostischer Informationen in den klinischen Erstinterviews erarbeitet, wobei auf die gültigen Klassifikationssysteme (ICD-10; DSM-5) referiert wird. Die gültigen Klassifikationssysteme bilden die Grundlage zur diagnostischen Einschätzung; sie werden in Hinblick auf ihre jeweiligen Stärken und Schwächen kritisch diskutiert und durch weitere für die Arbeit im Netzwerk relevante Punkte ergänzt – dies betrifft v.a. das individuelle Erleben, relevante Verhaltensmerkmale und Inhalte sexueller Fantasien der Betroffenen, so dass eine phänomenologische Beschreibung und die daraus resultierende Einschätzung die Kriterien der gültigen Klassifikationssysteme inkludieren, darüber hinaus jedoch eine differenziertere Beschreibung der individuellen Problemlage ermöglicht (s. die Artikel „Diagnostik“ und „Therapie“, S. 155ff u. 165ff). Die sich daraus ergebende diagnostische Einschätzung (zunächst als Verdachtsdiagnose nach Erstgespräch) dient unter Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien zur möglichen Teilnahme und einem Therapieangebot im Netzwerk und wird im weiteren Verlauf immer wieder überprüft.

Weiterhin werden durch die AG-Diagnostik psychometrische Verfahren diskutiert, die primär in Form von Fragebögen relevante mögliche Problembereiche sowie sexuelles Erleben und Verhalten, mögliche Komorbiditäten (SKID-Interview), standardisierte Intelligenzmessung und individuelle Ressourcen etc. erfassen und an allen Standorten des Netzwerks gleichermaßen erhoben werden. Ein Überblick der Verfahren ist in Abb. 5 aufgeführt. Die Erhebungszeitpunkte der AG-Diagnostik und der AG-Intervention sind in Abb. 6 dargestellt.

T0		Tpre		Tpost	
Standard					
Klinisches Interview		Kognitive Verzerrungen	BMS	Kognitive Verzerrungen	BMS
Intelligenz	CFT-20R	Sexuelles Erleben und Verhalten	Q-SEB	Sexuelles Erleben und Verhalten	Q-SEB
Sexuelle Kontakte	ABF	Sexuelles Verhalten (KiPo)	Q-SENICA	Sexuelles Verhalten (KiPo)	Q-SENICA
Sexuelles Erleben und Verhalten	Q-SEB	Sexuelles Verhalten (Ki/Ju)	SBIM-S	Sexuelles Verhalten (Ki/Ju)	SBIM-S
Sexuelles Verhalten (KiPo)	Q-SENICA	Psychopathologie	SKID I	Coping Self Efficacy	SESM C
Sexuelles Verhalten (Ki/Ju)	SBIM-S	Persönlichkeit	SKID II	Einsamkeit	UCLA-LS-R
Risk	STATIC-C	Coping Self Efficacy	SESM C	Hypersexualität	HBI-19
Grooming	Grooming-Fragebogen	Einsamkeit	UCLA-LS-R	Impulsivität	BIS-11
Hypersexualität	HBI-19	Hypersexualität	HBI-19	Need / Outcome	TRS-10
Sexuelle Präferenz	DSM-IV	Impulsivität	BIS-11	Selbstwert	MSWS ESS
Sexuelle Präferenz	VRT	Need / Outcome	TRS-10	Sexuelle Präferenz	IASN
Trauma in der Kindheit	CTQ	Selbstwert	MSWS ESS	Intimität	SS-A
Gruppenindikation	GRQ	Sexuelle Präferenz	IASN	Prosoziale Einstellungen	ISK
		Intimität	SS-A	Zukunftspläne	PCI/GLM
		Prosoziale Einstellungen	ISK	Empathie/Perspektivenübernahme	ISK
		Zukunftspläne	PCI/GLM	Selbstwirksamkeit	LO
		Empathie/Perspektivenübernahme	ISK	Copingstrategien	CISS-24
		Selbstwirksamkeit	LO		

Abb. 5: Eingesetzte Verfahren der Standarddiagnostik im Netzwerk *Kein Täter werden*: T0 = bei Erstvorstellung, Tpre = bei Therapiebeginn, Tpost = nach Beendigung der Therapie. Tpost entspricht auch weiteren follow-up-Erhebungen T1, T3

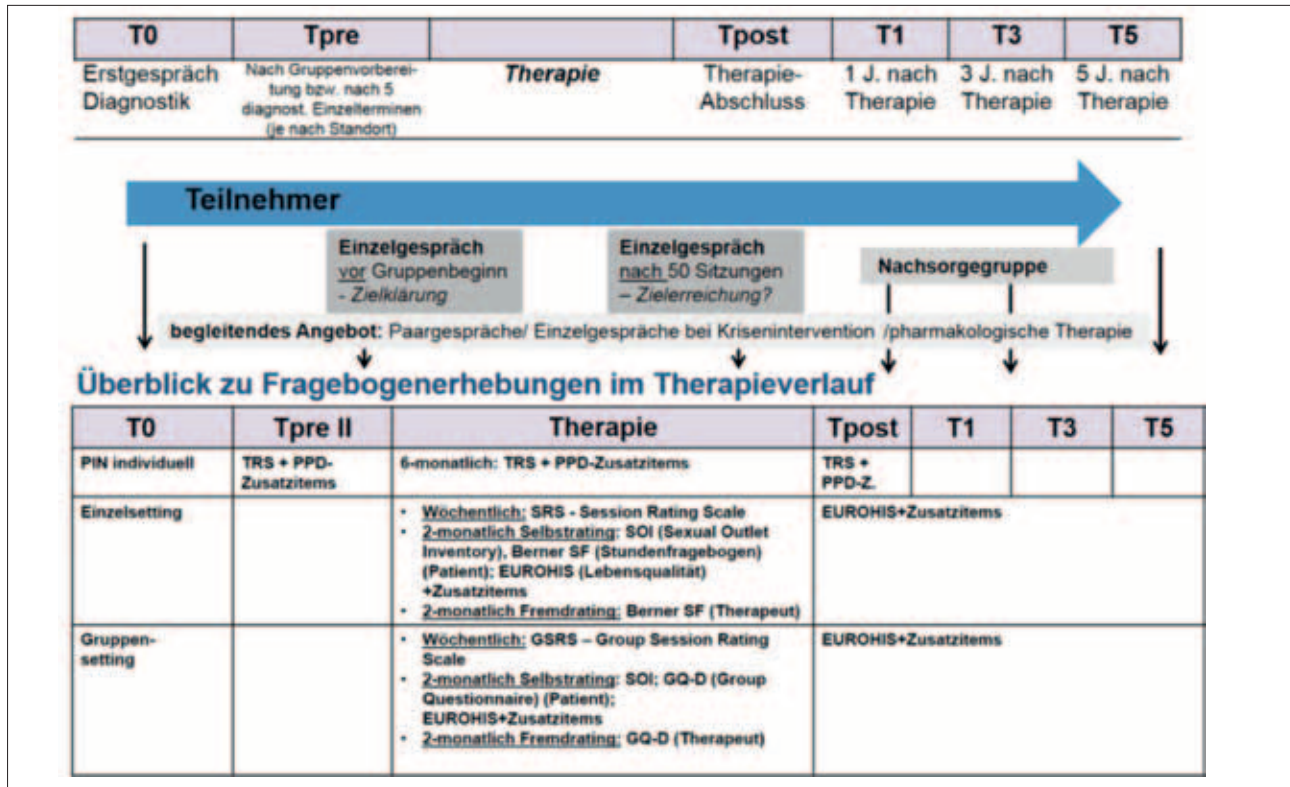


Abb. 6: Erhebungszeitpunkte der Verfahren der AG-Diagnostik und der AG-Intervention

Arbeitsgruppe Intervention

Die Mitarbeiter der AG-Intervention, in der ebenfalls alle Standorte vertreten sind, erarbeiten innerhalb des Netzwerks Konzepte und Richtlinien zu folgenden Themenschwerpunkten:

1. Therapieinhalte,
2. Verlaufsevaluation der Therapie,
3. Qualitätssicherung & Weiterbildung.

Therapieinhalte

Innerhalb der AG-Intervention wurde das System eines „Therapiebaukastens“ als Ziel generiert, der alle Therapiemodule, die im Rahmen einer Therapie im Präventionsnetzwerk Kein Täter werden bearbeitet werden sollen, beinhaltet. Hierzu wurde eine umfangreiche Literaturrecherche bezüglich existierender Modelle und Ansätze sowie therapeutischer Methoden und deren Wirksamkeit betrieben. Zu beachten galt und gilt es dabei, dass die meisten Erkenntnisse und wissenschaftlichen Veröffentlichungen sich auf Studien an Sexualstraftätern aus dem forensischen Kontext beziehen und Fragen der Übertragbarkeit auf den Ansatz im Netzwerk *Kein Täter werden* immer zu bedenken sind. Zusammengefasst lässt sich folgendes festhalten:

Zur Senkung des Rückfallrisikos von Sexualstraftätern werden verschiedene Behandlungsansätze genutzt.

Das Relapse-Prevention-Modell, das Good-Lives-Modell, das Risk-Need-Responsivity-Modell, Kognitiv-Behaviorale Therapie sowie bio-medizinische Ansätze sind hierbei die am meisten diskutierten Ansätze in der Literatur (für einen Überblick siehe McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli, & Ellerby, 2010).

Neben der wissenschaftlichen Literatur wurden die bisher gemachten Erfahrungen und therapeutischen Vorgehensweisen einbezogen. Hierbei flossen vor allem die Ansätze der Standorte Berlin und Hamburg mit ein. In Berlin wurde 2005 am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité die Präventionsarbeit initiiert und in Hamburg, am *Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie* des UKE (Univ.-Klinikum Eppendorf), besteht eine lange wissenschaftliche und klinische Erfahrung im forensischen Kontext und im Bereich sexueller Störungen. Bei gemeinsamen Treffen wurden die Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Ergänzungen der jeweiligen Ansätze und Vorgehensweisen herausgearbeitet und sich auf inhaltliche Themenbereiche geeinigt, die unabhängig vom Standort feste Bestandteile der Therapie sind. Ebenso wurde als ein wichtiges Evaluationsinstrument die Therapist Rating Scale-2 (Marshall & Marshall, 2009) in deutscher Übersetzung eingeführt (Fuchs, Berner & Briken, 2013) und um spezielle netzwerkrelevante Punkte ergänzt. Die primären Inhalte der Therapie lassen sich in folgenden Punkten beschreiben:

1. Selbstwirksamkeit,
2. Allgemeine Empathie,
3. Prosoziale Einstellungen,
4. Angemessenheit von Coping-Strategien/-Stilen,
5. Angemessenheit im Umgang mit Intimität,
6. Positives Selbstwertgefühl,
7. Gute allgemeine Selbstregulation,
8. Gute sexuelle Selbstregulation,
9. Verständnis von Risikofaktoren,
10. Qualität der Zukunftspläne,
11. Biografiearbeit (überdauernde Stärken und Schwächen [stabil-dynamisch] identifizieren und bearbeiten bzw. zur Veränderung nutzen),
12. Angemessene Informationsverarbeitung (kognitive Verarbeitung, automatische Gedanken und Zusammenhänge mit Problemverhalten),
13. Eigene Sexualität (Auseinandersetzung mit eigenen sexuellen Interessen und deren Entwicklung (Zusammenhang mit Motiven, Wünschen, Gefühlen, Bedürfnissen)).

Die Umsetzung in konkrete Therapiemodule im Sinne des oben angesprochenen „Therapiebaukastens“ ist im Artikel „Therapie“ in dieser Ausgabe, S. 165ff) exemplarisch anhand des am Standort Berlin erarbeiteten Therapiemanuals dargestellt.

Verlaufsevaluation der Therapie

Zur Evaluation des Therapieverlaufs wird an allen Standorten des Netzwerks einheitlich vorgegangen. Psychometrische Instrumente, sowohl als Selbst- als auch Fremdratingverfahren werden zur Erfassung von Prozess- und outcome-Variablen eingesetzt. Bei den Instrumenten

wurde darauf geachtet, dass diese valide und in klinischer Arbeit erprobt sind. Damit soll auch eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu anderen Kontexten, in denen die Instrumente eingesetzt werden, ermöglicht werden und gleichzeitig die Therapie im Sinne einer Qualitätssicherung im Verlauf bewertet werden. Das Konzept der Verlaufsevaluation ist in Abb. 7 dargestellt. Abb. 8 zeigt einen Überblick über die zeitliche Anordnung der eingesetzten Instrumente im Verlauf.

Qualitätssicherung & Weiterbildung

Ein wichtiges Merkmal der Qualitätssicherung der Netzwerkarbeit wurde im Zusammenhang mit der angestrebten Basisqualifikation der therapeutischen Mitarbeiter bereits angesprochen:

1. Ausbildung in einem der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie)
2. Zusatzausbildung Sexualmedizin (z.B. bei der Fachgesellschaft DGSMTW, DGfS)

Weitere qualitätssichernde Maßnahmen der Netzwerkarbeit

- Halbjährlich stattfindende Netzwerktreffen zur Abstimmung der gemeinsamen Tätigkeit, Klärung struktureller und perspektivischer Netzwerkfragen, Abstimmung formal-organisatorischer Punkte. (Berichte aus den Standorten; Erarbeitung gemeinsamer Vorgehensweisen zur Erweiterung des Netzwerks und zur bundesweiten Etablierung des Vorsorgeangebots)

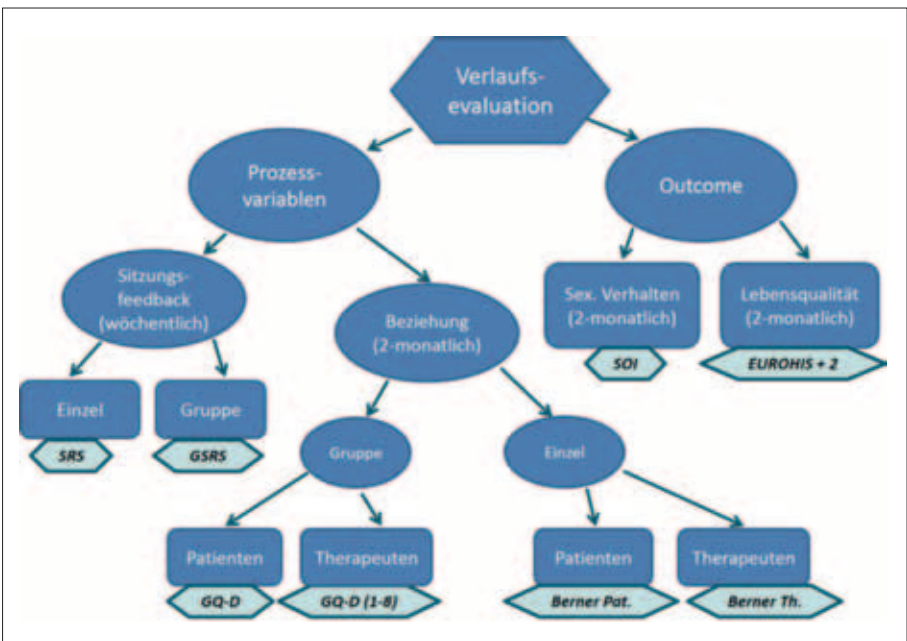


Abb. 7: Verlaufsevaluation-Variablen. Mit freundlicher Genehmigung von M. Butz

Abb. 8: Verlaufsevaluation-Instrumente und Messzeitpunkte. Mit freundlicher Genehmigung von M. Butz

Zeitpunkt	Wöchentlich (Itemanzahl)	Alle 2 Monate (Itemanzahl)	Alle 6/12 Monate (Itemanzahl)
Gruppensetting			
Patienten	GSRS (4)	SOI (5) GQ-D (30) EUROHIS mit PPD-Zusatzitems (10)	
Therapeuten		GQ-D (Items 1-8)	TRS mit PPD-Zusatzitems (13)
Einzelsetting			
Patienten	SRS (4)	SOI (5) Berner Stundenbogen (P:22) EUROHIS mit PPD-Zusatzitems (10)	
Therapeuten		Berner Stundenbogen (Th:26)	TRS mit PPD-Zusatzitems (13)

- Mindestens halbjährlich stattfindende Treffen der therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen im Rahmen von „Therapeutentagen“ zum fachlichen Austausch, Weiterentwicklung/Optimierung der Therapie, Intervention und Fallbesprechung
- Workshops zur Weiterbildung der therapeutischen Mitarbeiter (z.B. in neueren Verfahren/Methoden wie MI [Motivational Interviewing], EFT [Emotionsfokussierte Therapie] etc.)
- Hospitation von therapeutischen MitarbeiterInnen an anderen Standorten und Einlernung von MitarbeiterInnen neuer Standorte
- Bestrebungen zu gemeinsamer Begleitforschung und in diesem Rahmen auch zur digitalen Erhebung der dafür relevanten netzwerkübergreifenden Daten
- Konzepterstellung für Krisenmanagement – zum abgestimmten Vorgehen bei Fällen mit akutem Übergriffsrisiko wurde im Netzwerk ein gemeinsamer Stufenplan unter Einbeziehung des Kinderschutzgesetzes erarbeitet.

Zahlen zur Versorgung innerhalb des Präventionsnetzwerks Kein Täter werden

Seit Beginn des Projektes im Jahre 2005 in Berlin bis Ende April 2015 unter Einbeziehung aller aktuellen 11 Standorte ergeben sich für das Präventionsnetzwerk Kein Täter werden folgende Zahlen zur Kontaktaufnahme (generelle Annahme des Versorgungsangebots), den daraus resultierenden Erstgesprächen und weiterer klinischer Diagnostik, den unterbreiteten Therapieangeboten im Netzwerk sowie Zahlen zur therapeutischen Behandlung (vgl. Abb. 9 und 10). Für die Bewertung der Zahlen bezüglich der einzelnen Phasen des Versorgungsangebots sind folgende Punkte zu beachten:

- Die mögliche geographische Distanz der Wohnorte potentieller Teilnehmer zu einem der Standorte trägt sicherlich dazu bei, dass trotz Suche nach the-

Kontaktaufnahmen	5258
Angeschlossene Klinische Diagnostik	1729
Therapieangebot unterbreitet	954

Abb. 9: Zahlenverlauf seit 2005 im gesamten Präventionsnetzwerk vom Erstkontakt bis zur Unterbreitung eines Therapieangebots (31.04.2015)

Therapie angefangen	431
In Beratung/Psychoedukation	52
Therapie abgeschlossen	181
Aktuell in Therapie	148
Therapie abgebrochen	98

Abb. 10: Therapiestatus innerhalb des Präventionsnetzwerks (31.04.2015)

rapeutischer Unterstützung ein Erstgespräch vor Ort aus organisatorischen Gründen erschwert sein kann, was für die weiteren Schritte, wie Möglichkeit der regelmäßigen Therapieteilnahme, umso mehr zutrifft.

- Die Finanzierung etlicher Standorte kann nicht als adäquat bezeichnet werden, so dass z.T. nur eine minimale Grundversorgung gewährleistet werden kann und Klienten nicht zeitnah therapeutische versorgt werden können, da schlicht die finanziellen Kapazitäten nicht vorhanden sind, um die Standorte zu befähigen, eine solides und dauerhaftes Grundversorgungsangebot zu gewährleisten.

Tabelle 1: Erarbeitung einheitlicher Qualitätsstandards im *Präventionsnetzwerk Dunkelfeld*

	Öffentlichkeitsarbeit	Projektaufbau & -durchführung	Diagnostik & Therapie
Kernziele	Ansprache von Probanden Aufklärung der Öffentlichkeit Einheitlicher Außenaufttritt Kommunikation wissenschaftlicher Qualitätsstandards	niedrigschwelliger Zugang Bindung Selektion & Filterung Evaluation Beratung	Klassifikation Indikationsstellung Risikoeinschätzung Therapieprognose Risikosenkung Verhaltenskontrolle
Inhalte	Pressearbeit (Presseanfragen, etc.) Öffentlichkeitsarbeit, Gemeinsame Website Kampagne „Kein Täter werden“ Vernetzung	Verwaltung Organisation Kommunikation	Kriterien (Diagnosen, Leid, Motivation, Risiko, Indikation) Haltung Module
Organisatorische Rahmenbedingungen	Koordination Medienarbeit Kosten	institutionelle Anbindung Räumlichkeiten Zeiten	Kosten, Setting Dunkelfeld vs. Hellfeld Medikamentensprechstunde
Personalqualifikation & -management	Medientrainings (Ausbildung) PR-Treffen	Ausbildung Mitarbeiteranzahl	Ausbildung Mitarbeiteranzahl multizentrische Fallkonferenzen
Datenerhebung & -management	Dokumentation & Archivierung Auswertung	Verfahren, Modus Operandi Messzeitpunkte, Eingabe & Archivierung, Datensicherung	Standardisierungsgrad, Objektivität Modus Operandi Dokumentation & Archivierung
Rechtsfragen & Ethik	Persönlichkeitsrechte Datenschutz (Website, etc.)	Persönlichkeitsrechte Datenschutz	Anonymisierung, Schweigepflicht Umgang mit Ausschlüssen
Krisenmanagement	Zusammenarbeit mit Journalisten Abstimmung/Koordination	Akute Fremd- & Selbstgefährdung Angehörige, Datenmissbrauch	Akute Fremd- & Selbstgefährdung Angehörige

Überblick der Netzwerkarbeit zur Qualitätssicherung und Leitlinien

Zum Abschluss wird in der nachfolgenden Tabelle 1 nochmals ein zusammenfassender Überblick über Bereiche der Entwicklung von Qualitätsstandards und Leitlinien der Arbeitsbereiche „Öffentlichkeitsarbeit“, „Projektaufbau und -durchführung“ sowie „Diagnostik & Therapie“ mit entsprechenden Kernzielen, Inhalten, Rahmenbedingungen etc. stichwortartig aufgezeigt, um die Bereiche der Netzwerkarbeit im *Präventionsnetzwerk Kein Täter werden* zu veranschaulichen.

Literatur

- Fuchs, A., Berner, W., Briken, P., 2013. Deutsche Fassung der Therapist Rating Scale-10. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7 (1), 44–46.
- Marshall, L.E., Marshall, W.L., 2009. The Therapist Rating Scale-2. Unpublished Manuscript.
- McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., Ellerby, L., 2010. Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey. Safer Society Press, Brandon, Vermont.

Autor

Dipl. Psych. Gerold Scherner, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: gerold.scherner@charite.de