

Anonyme Behandlungsangebote in der Regelversorgung

Klaus M. Beier, Tillmann Krüger (Sprecher des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden*)

Der ursprünglich am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahre 2005 initiierte verursacherbezogene Ansatz zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs mündete im Jahre 2011 in die Gründung des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* ein, das mittlerweile mit 13 Standorten in Deutschland vertreten ist und seit 2018 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) auf der Grundlage einer neuen gesetzlichen Regelung im Fünften Sozialgesetzbuch finanziert wird. Danach sind „mit insgesamt fünf Millionen Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Leistungserbringer [zu finanzieren], die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln. Förderungsfähig sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die ein freiwilliges Therapieangebot vorhalten und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als förderungsfähig anerkannt werden.“ Dabei wird ausdrücklich dargelegt, „dass die Anonymität der Patienten zu gewährleisten ist. Die Anonymität darf nur eingeschränkt werden, soweit die Patienten dazu ihre Einwilligung erteilen.“ (Vgl. § 65d SGB V, Abs. 1)

Diese – weltweit einmalige – gesetzliche Grundlage für die verursacherbezogene Prävention sexueller Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen hat zwei Wurzeln: Zum einen hat die kontinuierliche Inanspruchnahme der Behandlungsangebote, die sich auf Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz richteten, die eigenmotiviert, d.h. ohne justiziellen Druck, therapeutische Hilfe suchten, der Öffentlichkeit und damit auch der Politik vor Augen geführt, dass die Zielgruppe wesentlich größer ist, als die allermeisten angenommen hatten und darüber hinaus nicht wenige offenbar einen Leidensdruck verspürten, der den Wunsch nach fachlicher Hilfe verständlich machte. Dies wiederum führte zweitens dazu, dass sich die Perspektive von der juristischen Betrachtung und der Ausrichtung auf das Hellfeld immer stärker zu einer klinisch-medizinischen wandelte, wonach die Pädophilie als Störungsbild gemäß den internationalen Klassifikationssystemen, insbesondere dem ICD der Weltgesundheitsorganisation nach definierten Kriterien einzuordnen ist und damit viel stärker als bisher dem Aufgabenbereich des Gesundheitssystems zuzuordnen ist. Damit einhergehend gaben auch die Prävalenzzahlen aus epidemiologischen Untersuchungen zur Häufigkeit der pädophilen Sexualpräferenz Anlass diese zumindest innerhalb der männlichen Bevölkerung mit einer Größenordnung von 1 % als relevante Problematik anzusehen, die nicht nur einen Schlüssel zum Verständnis des sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen im Dunkelfeld zu geben vermochte, sondern zugleich ein plausibles Konzept eröffnete, wonach die Behandlung einer psychischen Störung nicht nur die psychische

Gesundheit Betroffener und deren soziale Integration, sondern auch die möglicherweise mit der Störung verknüpfte Fremdgefährdung in einem positiven Sinne zu beeinflussen vermochte.

Mit Hilfe einer von Beginn an professionell beratenen und bis zum heutigen Tag vom Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz geförderten Öffentlichkeitsarbeit (vgl. den Beitrag von von Heyden und Stockmann) sind die hohen Inanspruchnahmezahlen der verschiedenen Projekte auch Ausdruck von Synergieeffekten zwischen Wissenschaft, klinischer Arbeit, aufgeschlossenen Medien und unterstützungsbereiter Politik.

So wurden für das anonyme Präventionsangebot für Erwachsene seit Projektbeginn (1. Juni 2005) bis Ende des Jahres 2020 am Gründungsstandort in Berlin 3.297 Kontakte registriert (telefonisch, per E-Mail), von denen 1.467 die Diagnostik vollständig abgeschlossen hatten und 738 ein Therapieplatz angeboten wurde. Die Betroffenen stammten aus allen sozialen Schichten, wussten im Schnitt seit dem 22. Lebensjahr um ihre sexuelle Neigung, kamen aber erst im Alter von durchschnittlich 38 Jahren ins Projekt. Nachdem mittlerweile das Konzept bundesweit etabliert wurde und an allen 13 Standorten des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* ein auf erwachsene Menschen ausgerichtetes kostenloses und durch Schweigepflicht geschütztes diagnostisches und therapeutisches Angebot für Individuen mit einer Pädophilie vorgehalten wird, ließ sich die Inanspruchnahme des Angebots bis Ende des Jahres 2020 mit über 11.374 Kontaktaufnahmen verdreifachen, von denen 4.229 diagnostisch vollständig erfasst und 2.314 ein Therapieangebot unterbreitet werden konnte (vgl. den Beitrag von Kuhle et al.).

Das *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ) am Berliner Standort erreichten seit der Gründung im Jahr 2014 bis zum Dezember 2020 insgesamt 357 Anfragen, wobei es sich mit einer Ausnahme um männliche, durchschnittlich 15-jährige Jugendliche handelte. Die Anfragen stammten aus dem gesamten Bundesgebiet. Insgesamt haben 177 (männliche) Jugendliche die Eingangsdiagnostik vollständig abgeschlossen und 102 Jugendlichen wurde ein Therapieangebot unterbreitet (vgl. den Beitrag von Schlinzig et al.). Hinzu kommen die durch diese Projekterfahrungen und -kenntnisse angestoßenen Weiterentwicklungen.

Zum einen die mit Unterstützung des Landes Sachsen-Anhalt etablierte anonyme Fernbehandlung für nicht justizbekannte Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz, die eigenmotiviert Hilfe suchen und – wie erwartet – niedrigschwellige Angebote bevorzugt in Anspruch nehmen. Dies war durch die Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2018 möglich geworden und soll sich auf noch nicht versorgte Gebiete konzentrieren. Ein Pilotprojekt hierzu wird im Zeitraum 1.05.2020 bis zum

31.12.2021 vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt unter dem Projekttitel „Prävention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot“ finanziell gefördert. Seit Projektbeginn (Mai 2020) bis November 2020 hatten sich 32 Erwachsene und 3 Jugendliche gemeldet (vgl. den Beitrag von Schweder und Kreutzmann).

Zum anderen wurde ein weiteres niedrigschwelliges Angebot entwickelt: Das internetbasierte Selbstmanagementprogramm *Troubled Desire*, das auf Deutsch, Englisch, Französisch, Hindi, Marathi, Portugiesisch, Spanisch, Russisch und Türkisch online verfügbar ist. Innerhalb von 30 Monaten (zwischen dem 25.10.2017 und dem 25.04.2020) haben 7.496 Nutzer aus allen Kontinenten (insgesamt aus 87 Ländern) eine Online-Session begonnen. 4.161 Nutzer haben die Diagnostik vollständig durchlaufen, bei ca. 80 % besteht eine pädophile und/oder hebephile Sexualpräferenz (vgl. den Beitrag von Gieseler et al.).

Dies macht bereits deutlich, dass die verursacherbezogene Primärprävention sexuellen Kindesmissbrauchs auch international Resonanz erzeugt und zu entsprechenden Kooperationen geführt hat (vgl. den Beitrag von Beier und von Heyden).

Gleichwohl bedarf es der sorgfältigen wissenschaftlichen Aufbereitung der Präventionsangebote, wofür im Absatz 2 des § 65d SGB V entsprechende Voraussetzungen geschaffen wurden. Darin heißt es: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung ist die Erreichung möglichst hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit der Therapieangebote nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der pädophilen Sexualstörungen.“

Auch wenn mit einem abschließenden Bericht seitens der von GKV-SV mit der Evaluation beauftragten Forschungseinrichtung (Professur für Klinische Psychologie, Prof. Mühlig, TU Chemnitz) erst im Jahr 2022 zu rechnen ist, liegen Zwischenergebnisse aus standortbezogenen Evaluationen vor, die zum einen die Verbesserung der psychischen Gesundheit bei den Betroffenen (vgl. den Beitrag von Konrad et. al) sowie komorbide Störungen und spezielle Versorgungsangebote (vgl. den Beitrag von Freitag et. al), zum anderen die Drop-Out-Analyse und Follow-Up-Daten (vgl. den Beitrag von Scherner und Gieseler) zum Thema haben. Über die methodischen Schwierigkeiten für die wissenschaftliche Forschung in dem Themengebiet gibt der Beitrag von Amelung und Grundmann Aufschluss.

Bezüglich der Präventionsarbeit mit Jugendlichen ist wiederum auf eine besonders gefährdete Gruppe hinzuweisen: Intelligenzgeminderte Jugendliche mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema, für die es einer besonderen Wohn Einrichtung bedarf, die es bislang in Deutschland nicht gibt (vgl. den Betrag von Schuler et. al).

Die Darstellung klinischer Fallkonstellationen runden den Gesamtüberblick in diesem Sonderheft ab und sollen dazu beitragen, einen Eindruck von der Breite des erforderlichen Behandlungsangebotes zu vermitteln und zugleich das Erfordernis zu verdeutlichen, diese Angebote zu einem festen Bestandteil der Regelversorgung zu machen.

Dafür wird es allerdings erforderlich sein – eine positive Evaluation des Modellvorhabens vorausgesetzt – gesundheits- sowie ggf. auch rechtspolitische Lösungen für die Überführung anonymer Behandlungsangebote in die Regelversorgung zu finden, zumal das Modellvorhaben selbst maximal bis zum Jahr 2025 verlängerbar ist und der Bundesrat in seiner Sitzung am 25. Juni 2021 dieser Verlängerung bereits zugestimmt hat.

Eine entsprechende gesundheitspolitische Lösung müsste so ausgerichtet sein, dass die Krankenkassen und damit die Solidargemeinschaft sicher sein können, dass die dafür vorgehaltenen Mittel auch bei den Betroffenen ankommen und insofern eine Überprüfbarkeit zumindest in gewissem Umfang gewährleistet ist.

Dies könnte beispielsweise durch eine notarielle Beglaubigung der Übereinstimmung zwischen der Person, die real gesehen wird, und der Versichertenkarte geschehen, ohne dass für den/die Notar:in über die Gesichtserkennung hinausgehende Informationen verfügbar sind. Dies könnte man nach einigen Sitzungen, wenn Vertrauen aufgebaut wurde, initiieren und diesen Beleg der Kasse einreichen.

Vorstellbar wäre aber auch ein *Online-Ident-Verfahren*, ähnlich der notariellen Variante, aber eben Online. Von Vorteil wäre es, eine solche Prüfung über die GEMATIK zu organisieren, d.h. eine dafür entwickelte Telematik-Infrastruktur vorzuhalten, so dass über einen Anbieter, dem die Kassen vertrauen, diese Verifikation vorgenommen wird.

Mit dem Beleg der Verifikation können die Betroffenen das Behandlungsangebot dann in Anspruch nehmen – bei von den Kassen zertifizierten Anbietern dieser Leistung, die dafür entsprechend vergütet werden.

Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* wird auch zukünftig dazu beitragen, die klinischen und wissenschaftlichen Anknüpfungspunkte für die politischen Entscheidungsfindungen zu liefern und dankt *allen bisherigen Mitarbeiter:innen und Förderern*.