

Prävention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot (FEBEST)

Anna Kreuzmann, Katharina Schweder, Iron Hahn, Maximilian von Heyden, Julia Brito Rozas, Clara Niemann, Klaus M. Beier

Prevention by Remote Treatment – prevention of child sexual abuse in the Federal State of Saxony-Anhalt through a remote diagnostic and therapeutic program

Abstract

In May 2018, the German Medical Assembly (Deutscher Ärztetag) lifted the ban on remote medical treatment in Germany, thereby making it possible to offer remote diagnostic and therapeutic services for adolescents and adults who feel sexually attracted to pre- and/or early pubescent children. In June 2020, the Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin initiated its *Prevention by Remote Treatment program* (FEBEST) in the federal state of Saxony-Anhalt. This article describes the program, its purpose and design, its outreach and initial clinical results. During the first year, 63 persons contacted the program, and 23 (average age 32) completed the clinical interview. Of these 23, 20 (87 %) indicated having a sexual interest in children. 7 (36 %) reported never having used child abusive images and never having sexually abused a child; 16 persons (ca. 70 %) acknowledged having committed at least one of these offenses. The frequent utilization of the FEBEST program indicates a need for remote diagnosis and therapy of people with pedophile responsiveness in Saxony-Anhalt and presumably other German states. The high percentage of patients with comorbidities requires collaboration with local physicians and therapists.

Keywords: Remote treatment, Prevention, Child sexual abuse, Child abusive images, Pedophilia, Hebephilia, Comorbidities

Zusammenfassung

Im Mai 2018 hat der Deutsche Ärztetag das Verbot der medizinischen Fernbehandlung aufgehoben und damit ermöglicht, fern-diagnostische und therapeutische Leistungen für Jugendliche und Erwachsene anzubieten, die sich von vor- und/oder früh-pubertären Kindern sexuell angezogen fühlen. Im Juni 2020 hat das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin im Bundesland Sachsen-Anhalt das *Programm*

Prävention durch Fernbehandlung (FEBEST) gestartet. Dieser Artikel beschreibt das Programm, seinen Zweck und sein Design, seine Reichweite und erste klinische Ergebnisse. Im ersten Jahr kontaktierten 63 Personen das Programm und 23 (Durchschnittsalter 32) beendeten das klinische Interview. Von diesen 23 gaben 20 (87 %) an, ein sexuelles Interesse an Kindern zu haben. 7 (ca. 36 %) erklärten, noch nie Bilder von Kindesmissbrauch verwendet und nie ein Kind sexuell missbraucht zu haben; 16 Personen (ca. 70 %) gaben an, mindestens eine dieser Straftaten begangen zu haben. Die häufige Inanspruchnahme des FEBEST-Programms weist auf einen Bedarf an Ferndiagnostik und -therapie von Menschen mit pädophiler Ansprechbarkeit in Sachsen-Anhalt und vermutlich auch in anderen Bundesländern hin. Der hohe Anteil von Patienten mit Komorbiditäten erfordert die Zusammenarbeit mit lokalen Ärzten und Therapeuten.

Schlüsselwörter: Fernbehandlung, Prävention, sexuelle Übergriffe, Missbrauchsabbildungen, Pädophilie, Hebephilie, Komorbiditäten

Ausgangssituation und Entwicklung

Der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS, Bundeskriminalamt, 2021) zufolge bilden Sexualstraftaten einen nicht unerheblichen Anteil an der Gesamtkriminalität, im Jahr 2020 konnten 14.500 sexuelle Übergriffe an Kindern (Individuen unter 14 Jahren) gemäß dem Straftatbestand § 176 StGB verzeichnet werden. Dies entspricht einem Zuwachs von 6.4 % zum vorangegangenen Berichtsjahr. Im Vergleich zum Vorjahr ist auch die Zahl derjenigen Personen, die Missbrauchsabbildungen von Kindern nutzen, auf 53 % (18.761 Fälle) angestiegen (§ 184b StGB; PKS, 2021). Eine besondere Entwicklung zeigt sich auch unter Minderjährigen, die Missbrauchsabbildungen erwarben, besaßen, weiterverbreiteten oder herstellten, indem 7.643 Fälle angezeigt wurden, was einer Verfünffachung verglichen mit den Zahlen aus dem Jahr 2018 entspricht. Neben der polizeilich erfassten Kriminalstatistik ist von einer deutlich höheren Dunkelziffer auszugehen (Bundeskriminalamt, 2020). Vor dem Hintergrund

teils verpflichtender, pandemie- und quarantänebedingter Häuslichkeit bestätigen auch internationale Zahlen eine Zunahme insbesondere in der Verbreitung von Missbrauchsabildungen über soziale Medien, *peer-to-peer*-Networks und im *Darknet* (Europol, 2020). Unter den Männern, die sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen, ist bei schätzungsweise 40 bis 50 % von einer präferenzbezogenen Motivation auszugehen (Beier et al., 2005).

Das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Berliner Charité bietet seit mehr als 15 Jahren eine diagnostische und therapeutische Anlaufstelle für aktuell nicht justizbekannte Menschen, die eine pädophile bzw. hebephile Neigung haben, und sicherstellen wollen, dass es (nicht mehr) zu sexuellen Kontakten mit Kindern oder zur Nutzung von Missbrauchsabildungen kommt. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen eine potenzielle Erreichbarkeit jugendlicher sowie erwachsener Betroffener durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit (von Heyden & Stockmann, 2021). Die Erfahrungen weisen auch darauf hin, dass der verursacherbezogene Ansatz zur Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch einen wesentlichen Beitrag zum aktiven Kinderschutz leistet, indem potenziell fremdgefährdende Menschen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für Kinder ein therapeutisches Angebot wahrnehmen und dadurch das Fremdgefährdungsrisiko reduziert werden kann. Neben dem Standort in Berlin finden Betroffene an zwölf weiteren Standorten in Deutschland therapeutische Unterstützung. Zudem gibt es ein Online-Selbsthilfe-Programm (*Troubled Desire*), das in neun verschiedenen Sprachen genutzt werden kann und Hilfe bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualpräferenz bietet.

Da auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2018 das Fernbehandlungsverbot aufgehoben wurde, konnte erstmalig die Entwicklung einer über Telekommunikationsmedien stattfindenden, uneingeschränkten therapeutischen bzw. ärztlichen Videosprechstunde sowie die Gründung eines virtuellen Standortes in Erwägung gezogen werden. Eine entsprechende Behandlung per Fernbehandlung sollte insbesondere eine videobasierte diagnostische bzw. therapeutische Versorgung von Betroffenen aus dem genannten Indikationsgebiet sicherstellen, die nicht die Möglichkeit haben, einen der bundesweit vorhandenen Standorte des Netzwerkes aufzusuchen. Da das Bundesland Sachsen-Anhalt bislang noch nicht über einen eigenen Standort zur Versorgung von jugendlichen und erwachsenen Betroffenen verfügte, bot sich dieses Bundesland zur Etablierung eines digitalen Angebotes an. Auch zeigen die Kontaktaufnahmen der vergangenen Jahre (Stichtag: 30.06.2021) aus dem Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD; $n = 43$, gezählt ab 2005) und dem Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ; $n = 7$, gezählt ab 2014), dass es in Sachsen-Anhalt Bedarf an diagnostischer und therapeutischer Unterstützung gibt, die über die Etablierung eines sicheren anonymen, kostenlosen, fernmündlichen Verbindungsweges gewährleistet werden sollte.

Im Juni 2020 wurde somit am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin das Projekt *Prä-*

vention durch Fernbehandlung – Verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot (kurz: Fernbehandlungsprojekt; FEBEST), das durch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Jugend des Landes Sachsen-Anhalt finanziert wird, ins Leben gerufen, der offizielle Projektbeginn erfolgte am 17.06.2020 durch eine Pressekonferenz in Magdeburg unter Beteiligung von Ministerin Petra Grimm-Benne, Jerome Braun von der Deutschen Kinderschutzstiftung Hänsel-Gretel sowie Prof. Dr. Dr. Klaus Beier von der Berliner Charité. Die Finanzierung wurde durch das sachsen-anhaltinische Sozialministerium zunächst auf zwei Jahre angesetzt, wobei eine Weiterfinanzierung für das Jahr 2022 in Aussicht gestellt werden konnte. Gerechnet wurde jährlich mit ca. 50 Kontaktaufnahmen, 20 diagnostisch erfassten Fällen und 15 therapeutisch angebundenen Patient:innen, wobei sich an den entsprechenden Zahlen aus der Anlaufstelle in Schleswig-Holstein orientiert wurde. Der Versorgungsbedarf im Indikationsgebiet artikuliert sich in der Inanspruchnahme der bundesweit vertretenen Dunkelfeldprojekte, die unter anderem auf eine aktive Öffentlichkeitsarbeit seit Begründung des Präventionsnetzwerkes zurückzuführen ist. Neben der Einbettung des *Fernbehandlungsprojektes* in die mediale Aktivität des Präventionsnetzwerkes von *Kein Täter werden* wurde zudem eine für das Fernbehandlungsprojekt in Sachsen-Anhalt spezifische Website erstellt: <https://www.kein-taeter-werden.de/aktuelles/fernbehandlungsprojekt-fuer-menschen-mit-paedophiler-neigung-in-sachsen-anhalt/>.

Das *Fernbehandlungsprojekt* fußt einerseits auf der klinischen Expertise der Präsenzstandorte des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* sowie des an der Berliner Charité ansässigen Projektes *Du träumst von ihnen* für Jugendliche und andererseits auf empirischen Erkenntnissen zur Online-Therapie, die auch aufgrund der pandemiebedingten Zunahme digitaler Angebote derzeit verstärkte klinische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhalten (z.B. Fernandez et al., 2021, van Daele et al., 2020, van Daele et al., 2021). Bestrebungen, verschiedene digitale Formate in die Anwendung von Psychotherapie zu integrieren, bestehen mittlerweile bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten (z.B. Newman et al., 1997). Die Formate reichen dabei von digitalen Therapiematerialien über videobasierte Psychotherapie zu computergestützten Programmen ohne menschliche Therapeut:innen.

Die Wirksamkeit von videobasierter Therapie bei verschiedenen Störungen konnte nachgewiesen werden (z.B. Fernandez et al., 2021). Wirksamkeitsstudien in Bezug auf Videotherapie wurden beispielsweise bei posttraumatischen Belastungsstörungen (vgl. Übersichtsarbeit von Sunjaya et al., 2020) als auch bei Depressionen und Ängsten untersucht (vgl. Metaanalyse von Fernandez et al., 2021). Besonderes Augenmerk in der Forschung erhält die Frage, wie die therapeutische Beziehung über videobasierte Verfahren gestaltet werden kann. Die therapeutische Beziehung ist seit Jahrzehnten als Prädiktor für The-

rapieerfolg bei verschiedenen Therapiesettings und Störungen bekannt (z.B. Horvath, 2011). In einer Übersichtsarbeit mit 13 Studien zum therapeutischen Kontakt mit Formen von digital unterstützten Therapieformaten im Vergleich mit Präsenz-Therapieangeboten wurde gezeigt, dass bei den digital unterstützten Verfahren eine mit Präsenz-Ansätzen vergleichbare therapeutische Beziehung aufgebaut werden konnte, welche ähnlich positiv bewertet wurde wie bei Präsenz-Therapien (Klasen et al., 2013).

Bei der Konzeption des auf Videotherapie und Ferndiagnostik basierenden Fernbehandlungsprojekts wurde dem Thema Datenschutz besondere Wichtigkeit beigemessen. Sorgen bezüglich Schweigepflicht und Datensicherheit werden häufig als Bedenken bei Onlinetherapien angeführt (siehe bspw. Stoll et al., 2020). Für die Berücksichtigung dieser Bedenken und der Implementierung höchstmöglicher Sicherheitsstandards war die Datenschutz-Grundverordnung (Artikel 9, DSGVO, 2018) der Ausgangspunkt, die gesundheitsrelevante Daten im Allgemeinen per Gesetz schützt. Im Kontext der Präventionsprojekte berichten Hilfesuchende und Betroffene in Exploration sowie Therapie von teils justizrelevanten Inhalten, die nicht nur durch die Therapeutin/den Therapeuten und die Schweigepflicht nach § 203 StGB, sondern auch durch den Rahmen geschützt werden müssen. Dementsprechend muss garantiert werden, dass Dritte keinerlei Zugang zu in der Sitzung ausgetauschten Inhalten erhalten können. Damit soll nicht nur den rechtlich und ethisch bedeutsamen Rahmenbedingungen Rechnung getragen, sondern gleichermaßen eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen werden, die es den Teilnehmenden ermöglichen soll, sich zu öffnen und anzuvertrauen. Angesichts der großen Notwendigkeit, einen geschützten digitalen Rahmen zu schaffen, musste zunächst eine neue technische Infrastruktur zur verschlüsselten Tele-Diagnostik und die Möglichkeit für videotherapeutische Maßnahmen nach bestehenden Sicherheitsrichtlinien erstellt werden. Für die videotherapeutischen Maßnahmen fiel die Wahl unter Voraussetzung datenschutzrechtlich relevanter Kriterien auf einen durch die Kassenärztliche Bundesvereini-

gung zertifizierten, Ende-zu-Ende verschlüsselten Videodiensteanbieter.

Wichtige Merkmale in der Wahl des Videodiensteanbieters waren die Voraussetzungen, dass eine sehr benutzerfreundliche und gleichzeitig nach neuesten Standards gesicherte Lösung gefunden wurde. Dies beinhaltet, dass die Teilnehmer:innen in keiner Form Informationen preisgeben müssen, die über die Diagnostik hinaus gehen; so müssen zum Beispiel für die Teilnahme an der Diagnostik keine Benutzerkonten erstellt werden. Die Datensicherheit wird unter anderem dadurch garantiert, dass die Tele-Diagnostik nur über eine gesicherte Verbindung aufgerufen werden kann und die erhobenen Daten anschließend unter Verwendung einer asymmetrischen Verschlüsselung nur von Befugten der Charité abgerufen werden können. In Zusammenarbeit mit den Sicherheits- und Datenschutzverantwortlichen der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurden die technischen Voraussetzungen der neu aufgebauten Infrastruktur auf Einhaltung der datenschutzrechtlichen Richtlinien überprüft und angepasst. .

Das Angebot für Betroffene

Freiwillig hilfesuchende Projektinteressierte (oder deren Bezugspersonen) nehmen per Hotline oder per Mail Kontakt auf (vgl. Abbildung 1). Zur Pseudonymisierung wird – analog zur Vorgehensweise an den Präsenzstandorten – eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) dokumentiert. Auch wenn der Erstkontakt per Mail stattgefunden hat, wird ein kurzes Telefongespräch vereinbart, um erste Informationen zum Projektverlauf, darunter auch zur Nutzung eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten, Ende-zu-Ende-verschlüsselten Videodiensteanbieters (z.B. datenschutzrechtliche Grundlagen, technische und räumliche Voraussetzungen, Informationen zur verschlüsselten Dokumentenzusendung) zu vermitteln und über die relevanten

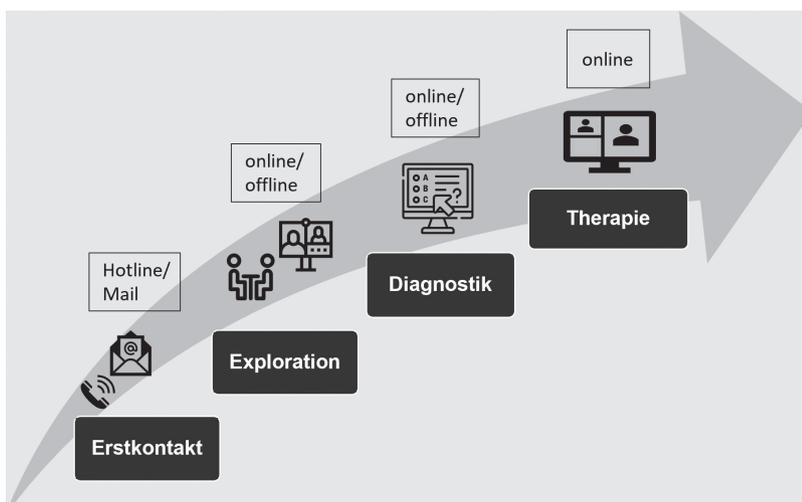


Abb. 1: Weg der Hilfesuchenden von der ersten Kontaktaufnahme bis hin zur regelmäßigen Therapie

Rahmenbedingungen aufzuklären (z.B. über Ausschlusskriterien wie den Justizstatus, diese sind analog zu den Präsenzstandorten, vgl. Beier et al., 2015). Neben der Vermittlung von Projektinformationen wird bei Interesse ein Termin für ein online stattfindendes Explorationsgespräch vereinbart. Die Angabe personenbezogener Daten erfolgt freiwillig, in den meisten Fällen wird eine E-Mail-Adresse für die zukünftige Terminkoordination hinterlegt. Im Anschluss an das Gespräch erhalten Projektinteressierte, die einen Online-Explorationstermin vereinbart haben, ausführliche Informationen via E-Mail sowohl über den Videodienstanbieter als auch zur Durchführung der vereinbarten Videosprechstunde. Eine alternative Möglichkeit zur Online-Exploration durch den Videodienstanbieter stellt die durch Projektgelder finanzierte Anreise mit einem persönlichen Kennenlernen an der Berliner Charité dar. Dies kann insbesondere in Fällen, in denen sich frühzeitig die Indikation einer impulsdämpfenden medikamentösen Begleitbehandlung abzeichnet, sinnvoll sein, da am Präsenztermin die notwendige Aufklärung sowie die Blutuntersuchung vorgenommen werden können.

Die semistrukturierte klinische Exploration findet, sofern keine persönliche Vorstellung am Berliner Standort gewünscht ist, über den Videodienstanbieter statt. Der Videodienstanbieter setzt ausschließlich die Verfügbarkeit eines internetfähigen technischen Endgerätes voraus, das sowohl über eine funktionierende Kamera als auch über ein Mikrofon verfügt. Da dieser über gängige Webbrowser aufgerufen werden kann, ist eine der Videosprechstunde vorgeschaltete Installation nicht notwendig. In Anlehnung an die gängigen, an den Präsenzstandorten eingesetzten Instrumente, variieren die Verfahren für Jugendliche und Erwachsene.

Erwachsene. Inhaltlich dient die klinische, virtuelle Erstexploration der geschützten Übersendung einer schriftlichen Projektinformation sowie einer -einwilligung. Analog zum Erstgespräch an den Präsenzstandorten werden hierbei der Vorstellungsanlass erhoben sowie eine juristische, eine psychiatrische und eine Sexual- und eine Sozialanamnese durchgeführt. Daneben werden somatische Vorerkrankungen sowie die aktuelle Medikation erfasst. Hauptziele des Erstgesprächs sind sowohl die Einschätzung der Sexualpräferenz des Projektinteressierten auf Basis des „5x3 der Sexualmedizin“ (Ahlers et al., 2004) als auch die Erfassung der aktuellen Risikoprognostik unter Verwendung von Fremdbeurteilungsverfahren zur Erhebung statischer sowie dynamischer Risikofaktoren (STATIC-C, Franqué & Briken, 2012; STABLE-2007, Hanson et al., 2007). Gleichzeitig werden Behandlungs- und Veränderungsmotivation zur prognostischen Einschätzung des Therapieerfolgs beurteilt. Nach Beendigung der explorativen Gespräche (Dauer i. d. R. 120 Minuten pro Termin, 1–2 Termine notwendig) erhalten die erwachsenen Projektteilnehmenden einen Link zur digitalen Testbatterie zur weiteren Diagnostik, die sie über eine verschlüsselte Verbindung erreichen. Da zur Bearbeitung der digitalen Fragebögen personenbezogene Angaben nicht an-

gegeben werden müssen, können aus dem Antwortverhalten keinerlei Schlüsse durch Dritte auf die teilnehmende Person gezogen werden. Erhebungen finden neben dem Messzeitpunkt zu Beginn auch während des Therapieverlaufs statt, wobei sich die Auswahl der Fragebögen sowie der Messzeitpunkte an der bestehenden Fragebogenbatterie des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* orientiert, mit dem späteren Ziel, die Therapiewirksamkeit der Online-Therapie mit der an den Präsenzstandorten durchgeführten Behandlung zu vergleichen (vgl. BEDIT; Beier, 2018). Gleichzeitig wurde auf eine verstärkte Ökonomisierung des Umfangs geachtet, um die Belastung für die Teilnehmenden bezüglich der Teilnahme bei den Testungen möglichst gering zu halten. Neu eingeführt wurde zudem ein Fragebogen zur Erfassung der therapeutischen Beziehung, der *Working Alliance Inventory – Short Revised* (WAI-SR) im Selbst- und Fremdrating (Hatcher & Gillaspay, 2006; deutsche Version von Wilmers et al., 2008), der mit Projektbeginn ebenfalls in die Standardbatterie des Berliner PPD implementiert wurde, um eine Möglichkeit der Vergleichbarkeit zu erschaffen. Um die Wahrnehmung des Videosettings aus Perspektive der Projektteilnehmenden zu erfassen, wurde eine Eigenkonstruktion entwickelt (*Skala zur Beurteilung der Zufriedenheit in Fernbehandlungen*, SBZF; Hahn et al., 2020). Die Testbatterie liegt ausschließlich im digitalen Format vor und wird auch im Falle einer persönlichen Vorstellung computerbasiert durchgeführt.

Jugendliche. Während der Ablauf von Erstkontakt und Erstgespräch analog zu erwachsenen Teilnehmenden stattfindet, entschieden sich die Bezugspersonen der jugendlichen Projektteilnehmenden ($n = 2$) für eine persönliche Vorstellung am Berliner Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, weswegen die diagnostische Untersuchung in Form einer Papier-Bleistift-Testung realisiert wurde. Die eingesetzten Fragebögen wurden hier ebenfalls im Sinne der Vergleichbarkeit der Daten analog zu der bestehenden Testbatterie des seit 2014 bestehenden Forschungsprojektes *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ) gewählt (vgl. Beier et al., 2015), eine digital verfügbare Testung befindet sich in Planung.

Therapiestruktur

Die inhaltliche Konzeptualisierung des teletherapeutischen Angebotes erfolgte auf Grundlage des im Präventionsnetzwerkes von *Kein Täter werden* Anwendung findenden Manuals der *Berliner Dissexualitätstherapie* (BEDIT; Beier, 2018) für Erwachsene sowie der adaptierten Version für Jugendliche (BEDIT-A; Beier, 2018) zur Behandlung von Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema. Im Rahmen des Fernbehandlungsprojektes wurden die Module für Erwachsene an das im 2-wöchigen Rhythmus stattfindende Einzelsetting angepasst

(vgl. Faistbauer, 2011), eine Adaptierung des Therapiemanuals für Jugendliche, ebenfalls im 2-wöchigen Rhythmus, ist in Planung.

Analog zur Durchführung der Telediagnostik wurde der ausgewählte Videodienstanbieter ebenfalls für die Durchführung der Teletherapie gewählt. Ebenso wie in der BEDIT-A-Behandlung an den verschiedenen Netzwerkstandorten vorgesehen, werden auch im teletherapeutische Angebot Arbeitsmaterialien eingesetzt; diese liegen in digitalisierter Form (pdf) vor und können den Patient:innen unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen über eine Upload-Funktion übermittelt werden. Umgekehrt können Patient:innen darüber auch digital beschreibbare Aufgabenblätter, die zwischen den Sitzungen zur Wissenskonsolidierung bearbeitet werden sollen, mit den Therapeut:innen teilen. Weiterhin können Inhalte auch auf einer sich im Therapieraum befindlichen Flipchart, die in den Kamerafokus gerückt wird, erarbeitet werden. Eine weitere Möglichkeit stellt die Funktion des „Bildschirmteilens“ dar, die es erlaubt, ein Word-Dokument in Echtzeit gemeinsam mit dem/der Patient:in zu bearbeiten.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Die Vorstellung erfolgte kurz nach einer persönlichen Krise des 33 Jahre alten Patienten A. mit dem Anliegen, sich bei Besuchen seiner Kinder besser regulieren zu können. Zudem berichtete er von einem sexuellen Übergriff auf seine Tochter vor einigen Jahren. Aus Kindheit und Jugend berichtete A. von Überforderungserleben der Eltern und einer psychischen Erkrankung des Vaters. Bei ihm selbst bestehe eine schizoaffektive Störung (psychotische Symptome, teilremittiert, sowie Impulsdurchbrüche). Aktuell absolviere der Patient eine berufliche Maßnahme, eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei auf Grund der Einschränkungen durch die psychische Erkrankung nicht möglich gewesen. Gute Unterstützung bestehe durch seine ältere Schwester, die auch bezüglich der sexuellen Präferenz und des sexuellen Übergriffs eingeweiht sei. Im Elternhaus habe eine sexualfeindliche Atmosphäre geherrscht. Im Alter von 14 Jahren sei es zu einem versuchten Übergriff auf die 9-jährige Schwester gekommen. Über die sexuelle Präferenz für das kindliche Körperschema sei er sich bereits in der Pubertät bewusst gewesen. Nach der Masturbarche mit circa 9 Jahren erfolgte der erste Geschlechtsverkehr mit 24 Jahren mit seiner damaligen Partnerin. Vor vier Jahren erfolgte der sexuelle Übergriff auf die damals 6-jährige Tochter mit Berührungen an der Vulva. Außerdem sei es ebenfalls vor einigen Jahren zu sexualisierter Rede mit seiner damals 11-jährigen Nichte gekommen. Aktuell bestünden sexuelle Fantasien und Impulse in Bezug auf eines der Kinder. Als Bewältigungsstra-

tegien habe der Patient in der Vergangenheit Besuche der Kinder abgesagt, wenn er ein erhöhtes Risiko wahrnahm. Es sei aber in den letzten Wochen zu schwierigen Situationen für ihn im Kontext der Übernachtungsbesuche gekommen. Die Ex-Partnerin und Mutter der Kinder sei bezüglich des Übergriffs und der Präferenz nicht eingeweiht. Sexualanamnestisch lässt sich eine sexuelle Präferenz für das vorpubertäre, frühpubertäre und erwachsene weibliche Körperschema explorieren. Als bevorzugte Interaktionsform spielten manuelle, orale und penetrative (anal und vaginal) Praktiken eine Rolle. Außerdem bestehe eine hohe sexuelle Befasstheit mit aktuell circa 20 Organismen pro Woche. Direkt im Anschluss an die Exploration wurde vereinbart, dass keine Übernachtungen und sozial unkontrollierten Kontakte mit den Kindern stattfinden, d.h., dass der Patient die Kinder nur in Begleitung seiner Ex-Partnerin sieht, welche in die Behandlung zeitnah einbezogen werden muss. Außerdem erklärte der Patient sich bereit, die Möglichkeit der impulsdämpfenden (in seinem Fall antiandrogen wirkenden) Medikation wahrzunehmen und reiste dafür kurzfristig nach Berlin an. Hierzu fand mit seinem Einverständnis ein fachlicher Austausch mit behandelnden Ärzt:innen statt, um eine Abstimmung mit der Behandlung der Grunderkrankung zu gewährleisten. Mittel- und langfristige Therapieziele waren neben der stabilen Verhaltenskontrolle die Integration der Präferenz in das Selbstbild.

Fallbeispiel 2

Patient L., 21 Jahre alt, meldete sich beim Fernbehandlungsprojekt nach eigenständiger Google-Suche nach Anlaufstellen. Beim Erstgespräch besteht ein hoher Leidensdruck, vor allem in Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen, aber auch in Bezug auf die mögliche sexuelle Ansprechbarkeit per se. Herr L. habe in den letzten zwei Jahren einige Schicksalsschläge und Umbrüche erlitten, so sei seine alleinerziehende Mutter bei einem Verkehrsunfall verstorben. Zum Vater bestehe seit der frühen Kindheit kein Kontakt. Durch einen Umzug innerhalb Sachsen-Anhalts bestünden aktuell keine sozialen Kontakte und auch die Pandemiesituation wurde durch das Wegfallen sportlicher Hobbies als starke Belastung wahrgenommen. Einzige Bezugsperson sei aktuell ein Onkel, in dessen Nähe er nach dem Tod der Mutter dieses Jahr gezogen sei. Nach einer im letzten Jahr abgebrochenen Ausbildung zum Verwaltungsfachangestellten sei Herr L. momentan arbeitssuchend.

In der Präferenzanamnese wurde zunächst von Fantasien mit erwachsenen Männern und spätpubertären Jugendlichen berichtet. Im Verlauf wurde dann deutlich, dass in den Fantasien auch vorpubertäre Jungen vorkämen, auf denen sogar der Fokus liegt, während erwachsene Männer so gut wie keine Rolle spielen. Es ergibt sich somit eine exklusive pädo-hebephile Präferenz. Soziosexuelle Kontakte hätten als jugendlicher im Rahmen von kurzen Beziehungen mit gleichaltrigen männli-

chen Jugendlichen stattgefunden und seien als erfüllend erlebt worden. Herr L. äußerte wiederholt die von ihm als unrealistisch bewertete Hoffnung, dass die Präferenz für Kinder nur eine Phase sein könne. Der Materialkonsum habe vorletztes Jahr in einer Krisensituation begonnen, damals noch mit legalem Material. Nach einigen Monaten sei es dann zur Nutzung von Material mit Kindern und Jugendlichen gekommen, auf denen sexuelle Aktivitäten abgebildet waren; es kam zu intensivem Suchverhalten online, das in Phasen auftretend bis kurz vor dem Erstgesprächstermin bestand. Der Leidensdruck und die Motivation zur Abstinenz imponieren als sehr hoch. Zu realen Kindern habe Herr L. sich bisher nicht hingezogen gefühlt und es habe bisher keine sexuell grenzverletzenden Situationen mit Kindern gegeben. Die Enkelkinder des Onkels, mit denen er häufiger Kontakt habe, seien nicht attraktiv für ihn. Somatische Vorerkrankungen bestünden nicht. Vordiagnostiziert sei eine depressive Episode, die auch zum Zeitpunkt des Erstgesprächs weiterhin besteht, wobei Antriebslosigkeit und Interessenverlust im Vordergrund stünden.

Herr L. wünsche sich weiterhin, beruflich in der Verwaltung Fuß zu fassen; viele Familienmitglieder würden im öffentlichen Dienst arbeiten. Allerdings bestünde eine große Sorge, dass die Präferenz und/oder der Materialkonsum ihm bei diesem Berufswunsch im Wege stehen könnte. Die Sorge vor einer Hausdurchsuchung sei stark ausgeprägt und motiviere ihn zusätzlich bezüglich des Abstinenzwunsches.

Klares Ziel ist die stabile Verhaltenskontrolle in Bezug auf das Bildmaterial, wofür Strategien besprochen wurden. Zentral ist weiterhin die Integration der Präferenz, die aktuell nur wenig akzeptiert werden kann. Auf den vorgeschlagenen Besuch vor Ort in Berlin konnte Herr L. sich nicht einlassen; es bestünde eine zu große Sorge, in Berlin auf ihm bekannte Personen (auch aus dem erweiterten Angehörigenkreis) zu stoßen und Nachfragen gegebenenfalls nicht beantworten zu können. Die Videotermine möchte Herr L. jedoch wahrnehmen. Es besteht eine ambivalente Motivation bezüglich impulsdämpfender medikamentöser Unterstützung. Geplant ist eine Medikamentenaufklärung durch einen ärztlichen Kollegen per Video und im Verlauf ggf. die Kooperation mit der Hausärztin, um die für die Medikamentengabe notwendigen Blutuntersuchungen gewährleisten zu können. Weiterhin geplant ist die Unterstützung bei der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie hinsichtlich der depressiven Symptomatik, bei der im Idealfall auch die sexuelle Präferenzbesonderheit nicht ausgeklammert wird. Erwartbar ist eine Besserung der depressiven Symptomatik bei zunehmender Integration der Präferenz in das Selbstbild, die durch die initiierte Fernbehandlung in Gang gesetzt werden soll.

Fallbeispiel 3

Patient B., 38 Jahre alt, stellte sich nach Empfehlung seines ambulanten Psychotherapeuten vor, dem er von seiner Neigung und dem Konsum von Missbrauchsabbildungen erzählt hatte. Er wolle keine Missbrauchsabbildungen mehr konsumieren und mit dem „Gefühl umgehen lernen“. Zum Zeitpunkt des Explorationsgesprächs bestand der Wunsch, dass „die Neigung nicht mehr da sein“ solle.

Der Patient berichtete zudem von somatischen und psychischen Vorerkrankungen: Aufgrund einer körperlichen Erkrankung benutzt er eine Gehhilfe. Außerdem bestehe eine schizophreniforme Störung mit der ersten Episode im Alter von 20 Jahren. Er lebe in einer betreuten Wohneinrichtung und arbeite in einer Einrichtung für Menschen mit Einschränkungen. Mobil sei er ohne Begleitung nicht – auch wegen seiner sozialen Ängste. Regelmäßige Termine an einem Standort wären daher nur schwer realisierbar. Aktuell bestünden paranoide Verarbeitungen bezüglich der Präferenz im Sinne einer übersteigerten Sorge vor Strafverfolgung bei der Vorstellung, dass Menschen aus seinem Umfeld von seinem Konsum ahnen und sich von ihm abwenden könnten. B. sei schon immer ein „relativ zurückhaltender Mensch“ gewesen und habe ein Problem mit Freundschaften und fühle sich mit fremden Personen meist unwohl. Er sei behütet aufgewachsen; seine Eltern hätten sich immer gut gekümmert und er habe sich zu Hause wohl gefühlt. Mit 15 Jahren sei es mit einem Mädchen (Tanner-Stadium 4) zu Petting gekommen sowie im Alter von 17 Jahren mit einem Freund zu gegenseitiger manueller Befriedigung, da habe es „Klick“ gemacht und er habe realisiert, dass er sich zu Männern hingezogen fühle. Im Alter von 17 Jahren sei ihm seine Neigung klargeworden, als er feststellte, dass er beim Anblick von spielenden Jungs mit nacktem Oberkörper eine Erektion bekam. Seitdem er 20 sei, würde er sich legale Materialien von Jungs anschauen (z.B. Kinder in Bademode), die Frequenz schwanke von alle paar Wochen zu mehrmals täglich. Im letzten Jahr sei es dann drei Mal zum Konsum von Materialien mit erotischem Posing gekommen und einmal zum Konsum von Materialien, die sexuelle Übergriffe von Kindern durch Erwachsene darstellten. Die Nutzung der Materialien finde meist nachts statt, was dann häufig zu Schlafentzug führe, der ihm nicht guttue. In der Öffentlichkeit sei er sehr besorgt, dass Personen bemerken könnten, dass er sich zu Kindern hingezogen fühle, was ein Grund dafür sei, dass er ungerne in der Öffentlichkeit sei. Bezüglich der Sexualpräferenz liege der Fokus auf Jungen zu Beginn der Pubertät, welche schon beginnende Schambehaarung haben sollten. Ihm seien ein kindliches Gesicht sowie der Oberkörper wichtig. Weiterhin besteht eine Ansprechbarkeit für das erwachsene Körperschema (androphil), wobei frühpubertäre Jungs die intensivsten Gefühle auslösten. Bezüglich der Behandlung stehen neben der stabilen Verhaltenskontrolle in Bezug auf den Materialkonsum die Akzeptanz und die Integration der Präferenz im Vorder-

grund. Weiterhin wurden Gespräche mit Helfer:innen geführt (Psychotherapeut:in, Betreuer:in aus der Wohneinrichtung). Weitere Inhalte sind das Vorbereiten eines Outings gegenüber den Eltern und ggf. der Arbeitsstelle.

Aktueller Projektstatus und erste Ergebnisse

Bis zum Stichtag am 30.06.2021 wurden seit Juni 2020 $N = 63$ Kontaktaufnahmen gestellt (vgl. Tabelle 1); darunter meldeten sich in $n = 58$ Fällen Betroffene selbst sowie in $n = 5$ Fällen Bezugspersonen (Familienangehörige oder Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens). Unter den $N = 63$ Kontaktaufnahmen waren $n = 2$ Personen jünger als 18 Jahre sowie $n = 61$ Personen mindestens 18 Jahre alt. Aufgrund eines aktuell laufenden Straf- oder Ermittlungsverfahrens (sog. *Hellfeld*), die für die Projektteilnahme ein Ausschlusskriterium darstellen, konnte $n = 11$ Betroffenen keine ausführliche Exploration angeboten werden. Weiterhin wurde das Angebot auch außerhalb des Landes Sachsen-Anhalt wahrgenommen: $n = 12$ Kontaktaufnahmen (19.1 %) stammten aus anderen Bundesländern und $n = 5$ Anfragen (7.9 %) aus dem Ausland.

Von den 30 Anfragen aus dem juristischen Dunkelfeld wurden $n = 23$ Teilnehmende, die sich alle als männlich identifizierten, vollständig exploriert. Eine Person, die sich als weiblich identifizierte, wurde von einem anderen Standort direkt in die Einzelversorgung übernommen, sodass keine erneute Exploration stattfand. Von den 23 Personen, die sich zur Exploration vorstellten, nutzten $n = 10$ Personen die Möglichkeit, sich im Laufe des diagnostischen Prozesses persönlich am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin vorzustellen, wobei die Reisekosten durch Projektgelder übernommen werden konnten.

Die $n = 23$ Teilnehmenden, die die Erstexploration abschlossen, waren durchschnittlich 32 Jahre alt ($SD = 12$ Jahre). Die jüngste Person war 16, die älteste 64 Jahre alt. Bezüglich der Wohnform waren $n = 10$ Teilnehmende (43.5 %) alleinlebend, $n = 4$ (17.4 %) wohnten mit Partner:innen zusammen, weitere $n = 4$ (17.4 %) wohnten bei den Eltern, $n = 3$ Personen (13.0 %) wohnten in einer Wohngemeinschaft und $n = 2$ Personen (8.7 %) wohnten in einer betreuten Wohnform. Mit $n = 12$ Personen befand sich etwas mehr als die Hälfte (52.2 %) zum Zeitpunkt der Exploration in einer festen Partnerschaft, die anderen $n = 11$ Personen (47.8 %) waren alleinstehend.

Bei $n = 20$ der explorierten Personen (87 %) lag eine Form der Präferenzbesonderheit im Sinne einer Pädophilie (Ansprechbarkeit für das vorpubertäre Körperschema) und/oder einer Hebephilie (Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema) vor. Dabei erfüllten $n = 5$ Personen (21.7 %) die Kriterien für eine exklusive sexuelle Präferenz (vorpubertäres Körperschema: $n = 1$, 4.3 %; frühpubertäres Körperschema: $n = 1$, 4.3 %; erwachsenes Körperschema: $n = 3$, 4.3 %) und $n = 18$ Personen für eine non-exklusive sexuelle Präferenz (vor- und frühpubertäres Körperschema: $n = 2$, 8.7 %; vorpubertäres und erwachsenes Körperschema: $n = 2$, 8.7 %, frühpubertäres und erwachsenes Körperschema: $n = 6$, 26.1 %, vorpubertäres, frühpubertäres und erwachsenes Körperschema: $n = 8$, 34.8 %). Neben der sexuellen Präferenz wurde auch problematisches Verhalten im Sinne der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und sexuellen Übergriffen auf Kindern in der Selbstauskunft erhoben. Tabelle 2 gibt Auskunft darüber, welches problematische Verhalten berichtet wurde. 13.0 % ($n = 4$) erhielten mit Projekteinschluss eine impulsdämpfende medikamentöse Unterstützung zur Verbesserung der Verhaltenskontrolle.

Basierend auf im diagnostischen Prozess durchgeführte, semistrukturierte klinische Interviews (SCID-5-CV und SCID-5-PD, Beesdo-Baum et al., 2019) sowie unter Berücksichtigung ärztlicher bzw. therapeutischer Vorbefunde zeigte sich, verglichen mit konventionellen Standorten des Präventionsnetzwer-

Tab. 1: Kontaktaufnahmen und Statuszahlen bis zum Stichtag am 30.06.2021 ($N = 63$)

Form	Anzahl
Zahl der Kontakte insgesamt	63
Zahl der Kontakte mit potentiellen Teilnehmenden	60
Abgeschlossene Exploration	23
Unterbreitete Therapieangebote	20
Begonnene Behandlungen	21
Aktuell in Einzeltherapie	4
Aktuell in Beratung/ Psychoedukation / Einzelversorgung	7
Abgeschlossene Therapien / Einzelversorgungen	5
Abgebrochene Therapien / Einzelversorgungen	5

Anmerkung: Anzahl der Kontaktaufnahmen insgesamt bezieht sich auf Anfragen durch Betroffene und Angehörige.

Tab. 2: Sexuell grenzverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte der Teilnehmenden ($n = 23$)

Sexuell grenzverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte	<i>n</i>	%
nein	7	36,4
ja	16	69,6
Sexuelle Übergriffe auf Kinder	4	17,4
Nutzung von Missbrauchsabbildungen	6	26,1
Beide Deliktformen	6	26,1

Tab. 3: Übersicht über psychiatrische Komorbiditäten ($N = 23$)

	<i>n</i>	%
Nein	6	26,1
Ja	17	73,9
Organische bedingte psychische Störungen	1	4,3
Substanzbezogene Störungen	4	17,4
Psychotische Störungen	5	21,7
Depressive Störungen	7	30,4
Angst- und Zwangserkrankungen	3	13,0
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3	13,0
Entwicklungsstörungen	1	4,3
ADHS	3	13,0

kes von *Kein Täter werden*, dass sich eine höhere Anzahl von Betroffenen meldeten, die von z.T. schwerwiegenden psychiatrischen Komorbiditäten belastet waren. So gaben von den $N = 23$ explorierten Betroffenen $n = 16$ Teilnehmende (69,6 %) an, schon einmal psychotherapeutische Hilfe (ambulant oder stationär) in Anspruch genommen zu haben. Eine Darstellung der psychiatrischen Komorbiditäten der explorierten Personen findet sich in Tabelle 3.

Fazit nach einem Jahr Projektlaufzeit

Die ersten Ergebnisse zeigen, dass eine deutliche Nachfrage für ein Fernbehandlungsangebot im Bereich der Dissexualitätstherapie besteht. Auch bestätigt sich die Vorannahme, dass über das Fernbehandlungsprojekt vermehrt Personengruppen erreicht werden, die aufgrund hemmender Faktoren (z.B. Distanz zu Präsenzstandort, psychiatrische Komorbiditäten) konventionelle Versorgungsangebote bisher nicht oder selten in Anspruch genommen wurden.

Es zeigte sich, dass das videobasierte Angebot eine große Spanne an Altersgruppen erreichte. Die 23 Teilnehmenden waren im Schnitt 7 Jahre jünger als vergleichbare Teilnehmende aus dem Präsenzprojekt an der Berliner Charité (Beier, 2015). Denkbar ist, dass das videobasierte Format vermehrt eine jüngere Zielgruppe anspricht.

Nach einem Jahr Projektlaufzeit ließ sich zudem die Tendenz einer hohen Prävalenz an psychiatrischen Zusatzkrankungen bei den explorierten Betroffenen erkennen, da bei 69,6 % mindestens eine Komorbidität klinisch festgestellt werden konnte. Aufgrund der vielen explorierten Betroffenen, bei denen mindestens eine psychiatrische Zusatzkrankung festgestellt werden konnte, ergab sich häufig die Notwendigkeit einer intensiveren Versorgung außerhalb der Dissexualitätstherapie, etwa durch den kollegialen Austausch mit weiteren professionellen Helfer:innen aus dem Versorgungssystem im Bundesland selbst. Häufig kam es vor, dass trotz schwerer Belastung noch keine angemessene therapeutische bzw. medikamentöse Versorgung im Wohnumfeld bestand, sodass die Bahnung und Vermittlung einer zusätzlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Anbindung auch Teil der Versorgung durch das Fernbehandlungsprojekt wurde. Implikationen ergaben sich hieraus auch für die manualorientierte Dissexualitätstherapie, da psychiatrische Komorbiditäten diese beeinflussen oder zum gegebenen Zeitpunkt als nicht indiziert erscheinen lassen können. So kann eine akute psychische Erkrankung mit kognitiven Einschränkungen, einer starken Belastung und einer geringeren Flexibilität einhergehen, die eine manualgerechte Dissexualitätstherapie erschweren oder gar verhindern kann. Zudem muss die Bedeutung der entsprechenden psychiatrischen Komorbiditäten für die Risikoeinschätzung prognostisch beurteilt werden. Neben der Versorgung psychiatrischer Komorbiditäten durch medikamentöse Unterstützung muss

zudem bei einem möglicherweise zeitlich bestehenden Risiko für sexuellen Kindesmissbrauch und/oder den Konsum von Missbrauchsabbildungen neben einer dissexualitätstherapeutischen Versorgung auch die eine impulsdämpfende Medikation erwogen werden, bis sich die Hilfesuchenden stabilisiert haben und sie die Ressourcen haben, um sich mit den Therapieinhalten auseinanderzusetzen. Im Fernbehandlungsprojekt ergab sich aufgrund der hohen Anzahl psychiatrischer Komorbiditäten mit einhergehendem sexuellen Risikoverhalten die Notwendigkeit, schon früh die Indikation für eine potenzielle impulsdämpfende medikamentöse Versorgung in dem diagnostischen Prozess zu prüfen und sicherzustellen. Die Sicherstellung erfolgte über das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Berliner Charité, wohin die Hilfesuchenden über Projektgelder anreisen. Insgesamt $n = 4$ Teilnehmende (13,0 %) erhielten auf diesem Wege eine unterstützende impulsdämpfende Medikation; eine teilnehmende Person erhielt die Medikation über eine Kooperation mit einer Ärztin vor Ort. Neben der medikamentösen Einstellung im Zusammenhang mit psychiatrischen Vorerkrankungen musste bei einzelnen Betroffenen auch eine flexible Form der Versorgung sowie der sexualtherapeutischen Arbeit konzipiert werden, da die psychiatrischen Erkrankungen die Teilnahme an einer manualgeleiteten Therapie erschwerten.

Eine weitere Herausforderung ergab sich durch die zu gleichem Maße positiv zu bewertende, geringere Hemmschwelle, da eine geringere Verbindlichkeit der Hilfesuchenden, z.B., hinsichtlich des Einhaltens von Terminabsprachen, beobachtet werden konnte. So stellte die Schaffung eines angemessenen Rahmens für die diagnostische und therapeutische Arbeit auf Seiten der Hilfesuchenden eine Herausforderung dar. Nicht alle verfügten über private Rückzugsräume, eine adäquate technische Ausstattung oder eine stabile Internetverbindung. Basierend auf den ersten klinischen Erfahrungen ergibt sich der Eindruck, dass die Niedrigschwelligkeit des Projektes auch gleichermaßen zu Problemen in der Einhaltung des Rahmens führt, indem Betroffene z.B. nicht frei und ungestört sprechen können, ein zu kleiner Bildausschnitt gewählt wird oder parallel anderen Aktivitäten nachgegangen wird. Hier ist es wichtig, die Bedeutung des Rahmens im diagnostischen Prozess mit den Teilnehmenden zu erörtern sowie festzulegen. Für Betroffene, die über keine adäquaten technischen Geräte oder entsprechende Räumlichkeiten verfügten, konnte eine Kooperation mit der Beratungsstelle *ProMann e.V.* in Magdeburg hergestellt werden. Dort können bei Bedarf Räumlichkeiten, in denen die Teilnehmenden ungestört die Videositzungen wahrnehmen können, sowie gegebenenfalls die nötigen Geräte bereitgestellt werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Fernbehandlungsangebot soll fortlaufend um klinische, wissenschaftliche und technische Erkenntnisse ergänzt, angepasst und verbessert werden. Ein bedeutsames Projektanliegen stellt der Ausbau der Vernetzung im Bundesland Sachsen-Anhalt dar, um eine zusätzliche Komplexversorgung von Betroffenen mit behandlungsbedürftigen psychiatrischen Komorbiditäten gewährleisten zu können. Aufgrund der gehäuften Indikation einer begleitenden Gabe von triebdämpfenden Medikamenten, die zum aktuellen Zeitpunkt noch eine Anreise nach Berlin notwendig macht, ist die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt:innen in Planung. Auch soll die Vernetzung mit der klinischen Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt dabei helfen Personengruppen zu erreichen, die bislang das Hilfsangebot wenig in Anspruch genommen haben (z.B. Jugendliche). Über vermehrte Kooperationen mit Beratungsstellen soll Betroffenen in mehreren Städten in Sachsen-Anhalt die Möglichkeit geboten werden, bei fehlendem Rückzugsraum, beengten Verhältnissen oder mangelnder technischer Ausstattung das diagnostisch-therapeutische Angebot trotzdem in Anspruch zu nehmen. Für eine entsprechende Vernetzung mit professionellen Helfer:innen aus dem Gesundheitswesen ist eine Fachtagung geplant. Auch sind Verbesserungen im Bereich des Datenschutzes geplant: So ist perspektivisch angedacht, ein verschlüsseltes Chat-System zu implementieren, das eine Kommunikation zwischen den Sitzungen ermöglicht, um darüber einen unsicheren E-Mailverkehr zu vermeiden. Aufgrund der Übereinstimmung der eingesetzten testpsychologischen Verfahren mit denen der Präsenzstandorte ist eine Evaluation der Wirksamkeit der videobasierten Dissexualitätstherapie im Vergleich zur Präsenztherapie in Planung. Hierbei soll auch die Rezeption des Online-Angebots insbesondere im Hinblick auf die therapeutische Beziehung untersucht werden. Neben der Evaluation der videobasierten Dissexualitätstherapie soll zudem eine vergleichende Untersuchung Aufschluss darüber geben, ob spezifische Unterschiede zwischen Betroffenen, die eine videobasierte Therapie in Anspruch nehmen wollen, verglichen mit denjenigen, die eine Präsenztherapie aufsuchen, bestehen.

Literatur

- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Beier, K.M., 2004. Erhebungsinstrument in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. *Sexuologie* 11 (3/4), 74–97.
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M., Ullrich-Wittchen, M. (Eds.), 2019. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 – Persönlichkeitsstörungen.

- Hogrefe, Göttingen.
- Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis. Elsevier, München.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2015. The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (2), 529–542.
- Bundeskriminalamt, 2020. Polizeiliche Kriminalstatistik: Jahrbuch 2019 – Bd. 4 – Einzelne Straftaten/-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität. Wiesbaden, 21.
- Exploiting isolation: sexual predators increasingly targeting children during COVID pandemic., 2020. Europol. <https://www.europol.europa.eu/newsroom/news/exploiting-isolation-sexual-predators-increasingly-targeting-children-during-covid-pandemic>
- Feisbauer, S., 2011. Dissexualitätsbehandlung im einzeltherapeutischen Setting zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder. Doctoral Dissertation.
- Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B., Aboujaoude, E., 2021. Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1–15.
- Franqué F., Briken P., 2012. Static-C (PKSM). Unveröffentlichtes Manuskript. Hamburg, Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Hahn, I.J., Kreutzmann, A., Schweder, K., 2020. Skala zur Beurteilung der Zufriedenheit in Fernbehandlungen (SBZF).
- Hanson, R.K., Harris, A.J., Scott, T.L., Helmus, L., 2007. Assessing the risk of sexual offenders in community supervision: The Dynamiy Supervision Project. Ottawa, Ontario. Public Safety Canada.
- Hansen-Oest, S., 2019. DSGVO/BDSG. *Computer und Recht* 35 (2), r21-r22.
- Hatcher, R.L., & Gillaspay, J.A., 2006. Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research* 16 (1), 12–25.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C., Symonds, D., 2011. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 48 (1), 9–16.
- Klasen, M., Knaevelsrud, C., Böttche, M., 2013. Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Therapieverfahren. *Der Nervenarzt* 84 (7), 823–831.
- Newman, M.G., Consoli, A., Taylor, C.B., 1997. Computers in assessment and cognitive behavioral treatment of clinical disorders: Anxiety as a case in point. *Behavior Therapy* 28 (2), 211–235.
- Stoll, J., Müller, J.A., Trachsel, M., 2020. Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry* 10, 993.
- Sunjaya A.P., Chris, A., Novianti, D., 2020. Efficacy, patient-doctor relationship, cost and benefits of utilizing telepsychiatry for the management of post-traumatic stress disorder (PTSD): A systematic review. *Trends in Psychiatry Psychotherapy* 42 (1).
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A.P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D.D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Van Assche, E., De Witte, A.N.J., 2020. Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration* 30 (2), 160–173.
- Van Daele, T., Best, P., Bernaerts, S., Van Assche, E., De Witte, A.N.J., 2021. Dropping the E: The potential for integrating e-mental health in psychotherapy. *Current Opinion in Psychology* 41, 46–50.
- Von Heyden, M., Stockmann, C., 2021. Gesundheitskommunikation im Präventionsnetzwerk Kein Täter werden. *Sexuologie (in diesem Heft)*.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., Linster, H.W., 2008. Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR) – Ein schulensübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1 (3), 343–358.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and guidelines. World Health Organization, Geneva.

Autor:innen

M.Sc. Psych. Anna Kreutzmann, M.Sc. Psych. Katharina W. Schweder, B.Sc. Iron Hahn, B.A. Maximilian von Heyden, Julia Brito Rozas, B.Sc. Clara Niemann, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: anna.kreutzmann@charite.de
