

10 Jahre Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*

Maximilian von Heyden im Gespräch mit Klaus M. Beier und Isabel Schilg

Maximilian von Heyden (MvH): In den zehn Jahren seit Gründung des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden* ist vieles erreicht worden. Was ist denn der aktuelle Stand der verursacherbezogenen Präventionsarbeit im Dunkelfeld?

Klaus M. Beier (KMB): Mittlerweile können wir sicher sagen, dass ein Teil der Menschen, die eine pädophile oder hebephile Sexualpräferenz aufweisen, nicht nur Hilfe sucht, sondern sie auch in Anspruch nimmt, sofern dafür die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen wurden – nämlich ein anonymes, nicht stigmatisierendes Angebot, das die meist bestehende psychische Symptombelastung und den damit verbundenen Leidensdruck zu mildern hilft.

MvH: Was genau meint psychische Symptombelastung?

KMB: Ängste, Depressionen, soziale Isolation – das führt nachvollziehbar zu Leidensdruck aufgrund der pädophilen Sexualpräferenz, und zwar auch wenn die Betroffenen nie einen Übergriff begangen haben. Aus dem Grund ist es auch richtig, dass die internationalen Klassifikationssysteme dies als psychische Störung fassen – das gilt für das ICD-10 und auch für das neue ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation sowie auch für das DSM-5 der US-amerikanischen Psychiatervereinigung. Das heißt, niemand zweifelt daran, dass wir hier einen krankheitswertigen psychischen Zustand vor uns haben, der durch definierte Maßnahmen therapeutisch angebar ist, und dass man diese Hilfe – wie ja auch bei anderen psychischen Störungen – grundsätzlich gewähren sollte. Wobei hier der Punkt hinzukommt, dass unter bestimmten Bedingungen auch ein Fremdgefährdungsrisiko eintritt und das ist eben der zusätzliche Nutzen, dass wir gleichzeitig diese mögliche Fremdgefährdung auf das geringstmögliche Maß reduzieren wollen. Das gelingt dann, wenn auch die Betroffenen das möchten – was eben im Dunkelfeld bei vielen justizunbekannten Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Sexualpräferenz der Fall ist.

MvH: Wie finden die denn zu Ihnen bzw. zum Netzwerk?

KMB: Durch eine genau auf diese Zielgruppe ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit, wobei die Außendarstellung des Netzwerks in der gesellschaftlichen Wahrnehmung sicher zur Entstigmatisierung der Pädophilie und Hebephilie beigetragen hat. Die Folge ist, dass sich immer mehr Betroffene melden und wir die Chancen erhöhen, dass die Betroffenen (a) eine geringere psychische Symptombelastung aufweisen und dadurch bei ihnen (b) ein geringes Risiko besteht, Übergriffe zu begehen oder Missbrauchsabbildungen zu nutzen, was wiederum (c) eine hö-

here Wahrscheinlichkeit auf eine gelungene soziale Integration in die Gesellschaft mit sich bringt. Das ist das Ziel, was auch bei anderen psychischen Störungen angestrebt wird – jedenfalls aus therapeutischer Sicht – und die uns vorliegenden Verläufe in den letzten zehn Jahren zeigen, dass dieses Ziel erreichbar ist.

MvH: Sie haben den doppelten Auftrag der Präventionsarbeit im Dunkelfeld angesprochen: Einerseits die Gesundheitsfürsorge, andererseits die Prävention fremdgefährdenden Verhaltens. Wie ist das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* gegenwärtig im Hinblick auf die Finanzierung verortet? Ist es Teil der Kriminalprävention oder des Gesundheitssystems?

KMB: Jetzt des Gesundheitssystems. Und das ist eine der grandiosen Errungenschaften im Laufe dieser zehn Jahre gewesen, dass es gelungen ist, aus der Finanzierung über Länderhaushalte und Bundshaushalte – überwiegend angesiedelt in den Justizbereichen – durch politische Unterstützung eine Überführung in das Gesundheitssystem zu erreichen. Immer mehr politische Meinungsbildner haben eingesehen, dass – weil es sich um eine psychische Störung handelt – das Gesundheitssystem für präventive therapeutische Maßnahmen vorrangig einzubeziehen ist. Dementsprechend müssen nun in einem Modellvorhaben die Krankenkassen die Finanzierung dieses anonymen Präventionsangebotes übernehmen. Das wird noch bis zum Jahr 2025 der Fall sein. Insgesamt sind das dann acht Jahre der Finanzierung des Netzwerks und der in diesem verbundenen Standorte.

MvH: Und danach?

KMB: Die jetzt zugrunde liegende rechtliche Vorschrift im §65d des Fünften Sozialgesetzbuches hat ja sichergestellt, dass die Leistung anonym in Anspruch genommen werden kann. Das zeigt, dass der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme steigt, wenn die Menschen keine Sorge haben müssen, für ihre Sexualpräferenz – die sie sich nicht ausgesucht haben – stigmatisiert zu werden. Genau das ist richtig und müsste in der späteren Regelversorgung so fortgesetzt werden. Hierzu wird man Wege einer Leistungserfassung auch bei Versicherten, die anonym bleiben wollen, installieren müssen, zum Beispiel indem man den Versichertenachweis gesondert führt und mit der erbrachten Leistung anonym verknüpft. Und seitens der Leistungserbringenden müssten Qualifikationsnachweise erbracht werden.

MvH: Welche?

KMB: Diejenigen, die jetzt schon im Netzwerk gelten: Eine Qualifizierung in der Diagnostik und Therapie sexueller Störungen neben Fertigkeiten in der Psychotherapie und im Risikomanagement bei drohender Fremdgefährdung.

MvH: Es ist also gelungen, die Arbeit des Präventionsnetzwerks als Teil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zu verorten. In diesem Bereich dominierte seit 2020 vor allem die Debatte um die Bewältigung von SARS-CoV-2. Wie wurde denn im Präventionsnetzwerk auf die Pandemie reagiert? Gab es Einschränkungen oder auch Innovationen in der Therapie?

KMB: Wir mussten auf die Erschwernisse in der praktischen Umsetzung des Therapieangebots, der Einschränkung von Präsenz- und Gruppenterminen, reagieren. Wir haben aber auch von unseren Vorarbeiten hinsichtlich der Fernbehandlung profitieren können, die ja seit 2018 möglich ist. Noch vor der Pandemie war ein Entwicklungsstrang am Berliner Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, dass wir uns überlegten, wie man die Schwelle zur Kontaktaufnahme noch niedriger setzen und über ein Fernbehandlungsangebot Menschen erreichen könnte, die sich nicht in einen unserer Standorte trauen würden. Insofern waren wir nicht völlig unvorbereitet und haben mittlerweile auch ein Fernbehandlungsprojekt zusammen mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt ins Leben rufen können. Die Umstellung auf Online-Therapien war dadurch vorgedacht und hat sich relativ zügig realisieren lassen. Nach unseren bisherigen Erfahrungen hat das ausgesprochen gut funktioniert, was allerdings nur eingeschränkt für die Gruppenangebote gilt, aber ich bin zuversichtlich, dass wir technische Lösungen finden werden, solche Gruppenformate vorzuhalten.

MvH: Gerade die Fernbehandlung müsste sich ja international einsetzen lassen?

KMB: Genau – das ist eine ideale Möglichkeit, um auch Betroffene in anderen Ländern zu erreichen, die das gleiche Problem, aber weniger ausgebaute Netzwerke zur Verfügung haben. Für mich spielt es keine Rolle, ob jemand eine pädophile Sexualpräferenz in Kolumbien oder in Sachsen-Anhalt hat, denn wenn es beispielsweise zu einer Nutzung von Missbrauchsabbildungen kommt, führt diese unabhängig vom Aufenthaltsort des Nutzers – also ob nun in Kolumbien oder in Sachsen-Anhalt – zu einer Verbreitung dieser Materialien. Insofern muss unser Ziel sein, die Bemühungen und das Wissen, das wir in den vielen Jahren erlangt haben, auch in anderen Ländern verfügbar zu machen. Mein Eindruck ist, dass sich dort einerseits die therapeutische Landschaft für diese Arbeit aufschließen lässt und es andererseits völlig unzweifelhaft ist, dass es die Hilfesuchenden in diesen Ländern genauso gibt. Das wissen wir von den vielen Anfragen, die uns überwiegend per E-Mail erreichen.

MvH: Sie haben die Chancen angesprochen, die neue Technologien für die Versorgung von Menschen haben, die aufgrund von einstellungsbezogenen oder strukturellen Barrieren bisher nicht von einer Therapie profitieren können. Gibt es denn auch technologische Entwicklungen, die sie in diesem Zusammenhang mit Sorge beobachten?

KMB: Ja, die Sorge betrifft vor allem die Verbreitung von Abbildungen sexuellen Kindesmissbrauchs und deren leichte Zugänglichkeit. Überhaupt haben die letzten Jahre dazu geführt, dass wir die Perspektive weitem müssen, uns also fragen müssen, wo findet dieser Austausch statt, wer nutzt diese Angebote und wie begünstigt die genutzte Struktur selbst – also das Internet – den fortgesetzten sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen.

MvH: Sie haben in dem Zusammenhang von einer Trauma-Pandemie gesprochen und das Internet als Übertragungsweg gekennzeichnet.

KMB: Korrekt. Aufgegriffen habe ich das Pandemie-Konzept und dazu erläutert, dass man dies üblicherweise auf ein Infektionsgeschehen bezieht, z.B. bedingt durch Viren, es aber ebenso auf Krankheitszustände anwenden kann, die durch Menschen verursacht werden, also gerade nicht bedingt durch ein infektiöses Agens, was sich bei der Betrachtung des sexuellen Kindesmissbrauchs allerdings aufdrängt, weil sämtliche Definitionskriterien einer Pandemie hier erkennbar werden: Wir haben eine weltweite kulturübergreifende Ausdehnung und hunderte Millionen betroffener Kinder und Jugendlicher, es sind eindeutige Übertragungswege im Sinne einer strukturellen Begünstigung von sexuellem Kindesmissbrauch – nämlich Institutionen wie die Kirche oder Sportvereine und eben auch das Internet erkennbar und wir wissen sehr viel über die Verursacher. Durch die Pandemie-Perspektive erweitert man die Optik, weil diese Felder gleichwertig adressiert und dafür mehr Ressourcen der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden müssten.

MvH: Sie grenzen das in dem Zusammenhang verwendete Pandemiekonzept explizit vom infektiologischen Standardmodell ab?

KMB: Richtig. Schon um sicherzustellen, dass sich Menschen – welcher Sexualpräferenz auch immer – nicht mit Viren vergleichen fühlen könnten. Es gibt viele Verursacher von sexuellem Kindesmissbrauch, die keine sexuelle Präferenzbesonderheit im Sinne einer Pädophilie oder einer Hebephilie aufweisen. Der maßgebliche Punkt ist also das (fremdgefährdende) Verhalten, nicht die Präferenz. Verhaltensabstinente Menschen mit pädophiler Sexualpräferenz sind keine Verursacher. Das Ziel von verursacherbezogenen Präventionsbemühungen ist deshalb auch die Verhaltensabstinenz. Je mehr das gelingt, umso mehr steigen die Chancen, Opferschäden zu vermeiden, wozu man aber auch die Übertragungswege adressieren muss. Darüber hinaus

ist es erforderlich, durch frühzeitige Interventionen Langzeitfolgen bei Opfern zu verhindern. Wir haben zunehmend Daten bezüglich der Folgen bei Erwachsenen, die in der Kindheit Opfer der Herstellung von Missbrauchsabbildungen geworden sind. Sie haben zum einen das Missbrauchsgeschehen selbst und zum anderen dessen dauerhafte Verbreitung im Netz zu verarbeiten, denn es ist äußerst schwer, Missbrauchsabbildungen zu löschen. Wir sehen in den letzten Jahren eine exponentielle Zunahme und müssen demzufolge viel mehr Ressourcen und Gedankenkraft in genau diese Übertragungswege stecken – wofür wir aber die Unterstützung der IT-Unternehmen brauchen, die ja letztlich den Nährboden dafür zur Verfügung stellen, dass die Verbreitung in diesem Umfang stattfinden kann. Ich habe auch den Eindruck, dass die großen Akteure in diesem Feld das selbst so sehen und immer mehr bemüht sind, Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

MvH: Was sollen die IT-Firmen denn konkret machen?

KMB: Mit deren Unterstützung könnten wir wesentlich gezielter präventiv tätig werden. Das betrifft zum einen die Werbung im Internet, die Adressierung dieser Nutzergruppen, aber es betrifft auch diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die online verfügbar gemacht werden könnten. Wenn die Fernbehandlung in diesem Indikationsgebiet eine Perspektive haben soll, dann geht das ja nur über die technischen Möglichkeiten, die das Internet bietet. Das gilt übrigens auch für die Opfer, denen meines Erachtens ebenfalls mit Möglichkeiten der Fernbehandlung geholfen werden könnte. Es ist ja längst bekannt, dass man evidenzbasierte Therapien auch online durchführen kann und ich bin überzeugt davon, dass es viele sexuell traumatisierte Menschen gibt, die ein solches Angebot – insbesondere wenn es anonym und einfach zugänglich ist – nutzen würden. Auf diese Weise könnte man also durch niedrigschwellige Online-Angebote die Langzeitfolgen für Opfer verringern helfen.

MvH: Wie sieht es denn in anderen Ländern aus? Gibt es dort Initiativen, die ebenfalls verursacherbezogene Präventionskonzepte etablieren möchten und welche Rolle spielt für diese das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden*?

KMB: Es gibt diese Initiativen und sie versuchen, sich an dem Konzept zu orientieren, das wir in Deutschland entwickelt haben. Für eine einfache Übertragung sind aber die Rechtssysteme und die kulturellen Bedingungen zu unterschiedlich. Nichtsdestotrotz stellen wir unser Fachwissen stets gerne zur Verfügung. Seit 2015 laufen Bemühungen in Indien, um dort ein *don't offend India*-Partnerprogramm etablieren zu helfen, das sowohl persönliche als auch internetbasierte Angebote in bisher zwei indischen Sprachen vorhält und um weitere Landessprachen ergänzt werden soll. Gerade kürzlich wurde die Zusammenarbeit mit der Schweiz auf ein festes Fundament gestellt – durch Trainingskurse und Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit.

Hier sehe ich eine sehr starke Verbindung zu dem deutschen Netzwerk, was auch dadurch zum Ausdruck kommt, dass es mit dem Titel *Kein Täter werden Schweiz* dem deutschen Namen nachempfunden ist.

MvH: Wer finanziert das?

KMB: Die Entwicklung in der Schweiz ist durch eine Bundesratsentscheidung angestoßen worden, die auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens den Ausbau von verursacherbezogenen Präventionsangeboten im Dunkelfeld anregen will, wofür diesbezüglich staatliche Mittel beantragt werden können.

MvH: Wohl nicht als Fernbehandlung.

KMB: Nein. Aber auch hier gilt, dass Präsenzangebote mit web-basierten Hilfen kombiniert werden können – eben bis hin zur Fernbehandlung. Das scheint mir international am aussichtsreichsten: Zunächst im Internet eine Art Selbsteinschätzung vorzunehmen, um dann eine Rückmeldung mit der im System angelegten Auswertung zu erhalten und hiernach die dort verfügbaren Selbstmanagement-Module zu nutzen, im Bedarfsfall aber die Chance zu haben, eine Therapeutin oder einen Therapeuten über eine Fernbehandlungsoption persönlich zu sprechen. Das wäre aus meiner Sicht das anzustrebende Ziel, weil ein solches Konzept grenzübergreifend global einsetzbar wäre – nämlich wenn professionell Helfende in den verschiedenen Sprachen ausgebildet sind und dann für ihre Leistung auch honoriert werden.

MvH: Ein langer Weg.

KMB: Zugegeben, aber wir bringen die fachlichen Voraussetzungen mit, um ihn erfolgreich zu beschreiten. Wir können Therapeut:innen ausbilden und die Internetangebote im Austausch mit den Kolleg:innen aus diesen Ländern an die kulturellen Gegebenheiten anpassen. Hierfür wiederum braucht man aber eine signifikante IT-Unterstützung, also technische Ressourcen für eine zielgenaue Umsetzung. Und man braucht eine internationale Vernetzung, die sich ja nicht von allein herstellt, sondern sorgfältig aufgebaut werden muss – nämlich durch humane Ressourcen.

MvH: Hier kommt Isabel Schilg ins Spiel. Sie sprechen regelmäßig mit Organisationen, die daran interessiert sind, in ihrem Zuständigkeitsbereich Präventionsmaßnahmen ähnlich dem PPD durchzuführen. Was hören Sie von diesen Organisationen?

Isabel Schilg (IS): Ja, ich stehe weltweit in regelmäßigem Kontakt mit vielen verschiedenen Organisationen, die Maßnahmen zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durchführen wollen. Die Zahl der Anfragen nimmt definitiv zu, was sehr er-

freulich ist. Die Menschen, mit denen wir sprechen, sind sehr motiviert, weil sie der festen Überzeugung sind, dass durch verursacherbezogene Prävention verhindert werden kann, dass es überhaupt zu sexuellem Missbrauch kommt. Sie sind oft enttäuscht darüber, dass es in ihren Ländern kein präventives Angebot gibt und zugleich große Hürden für die Implementierung eines Ansatzes wie in Deutschland bestehen.

MvH: Was sind ihre größten Herausforderungen?

IS: Ein vertieftes Verständnis dieser Frage ist entscheidend, um unsere internationalen Bemühungen zum Erfolg zu führen. Wir haben unsere strategischen Überlegungen im Gespräch mit Stakeholdern diskutiert und um eine Einschätzung gebeten. Dabei wurde deutlich, dass die größten Herausforderungen vor allem bei der Finanzierung sowie dem mangelnden politischen wie öffentlichen Rückhalt für verursacherbezogene Präventionsangebote bestehen. Diese Herausforderungen stehen in einer engen Beziehung zueinander. Ohne Anschubfinanzierung kann der Nutzen einer Maßnahme nicht belegt werden, was wiederum die Voraussetzung ist, um Politik und Öffentlichkeit als Unterstützer zu gewinnen. Genau das ist in Deutschland mit Unterstützung der Volkswagen-Stiftung gelungen. Wir möchten vergleichbare Prozesse in anderen Ländern anstoßen und unterstützen. Eine weitere bedeutsame Hürde sind die unterschiedlichen Rechtssysteme, die einer Übernahme des in Deutschland implementierten Ansatzes teilweise im Wege stehen. Hier müssen gemeinsam mit Expert:innen kreative Lösungen erarbeitet werden.

MvH: Können Sie sich vorstellen, dass Maßnahmen nach Vorbild des PPD mittelfristig in weiteren Ländern durchgeführt werden?

IS: Auf jeden Fall, aber man muss sich darüber im Klaren sein, dass es hier kein Patentrezept für alle gibt. Der Erfolg von *Kein Täter werden* liegt neben dem hohen Engagement der Mitarbeiter:innen und den qualifizierten Inhalten auch an den besonderen rechtlichen Rahmenbedingungen, der Struktur des Gesundheitssystems und den kulturellen Besonderheiten des Landes. Wahrscheinlich werden wir in den nächsten Jahren Pilotprojekte und Versuche mit leicht abgewandelten Modellen sehen, die diesen Unterschieden Rechnung tragen. So wurde beispielsweise in Kanada ein Programm gestartet, das individuelle Therapie, einen Online-Chat sowie eine Telefonhotline kombiniert. Dies ist ein guter Anfang und funktioniert im Rahmen des kanadischen Rechtssystems.

MvH: Wie können wir diesen Prozess beschleunigen, damit mehr Menschen erreicht und letztlich mehr Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch verhindert werden können?

IS: Erstens, in dem wir den Schwerpunkt auf den effektiven Einsatz von Technologien legen. Der technologische Fortschritt

hat zwar auch seine Schattenseiten, aber er bietet ungleich mehr Chancen. Durch die Popularität von mobilen Endgeräten können zahlreiche Menschen bei geringen Kosten erreicht werden. Technologien wie Chatbots und maschinelles Lernen können zur breitflächigen Versorgung von Risikogruppen beitragen. Um dieses Potenzial aufzuschließen werden jedoch Investitionen benötigt. Die Anonymität technologiegestützter Angebote kann die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme absenken, was vor dem Hintergrund der hohen Stigmatisierung von Menschen mit pädophiler Sexualpräferenz entscheidend ist. Die Entwicklung leicht skalierbarer Versorgungsangebote würde es uns ermöglichen, sowohl potenzielle Verursacher, als auch Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch besser zu erreichen. Zweitens müssen wir auf eine gute Zusammenarbeit von privaten und staatlichen Institutionen hinwirken. Die Wirtschaft verfügt über die notwendigen Technologien und Ressourcen für den Wandel, nach dem sich viele Akteure sehnen. Wir dürfen das Fortkommen nicht ausschließlich von politischen Entscheidungsträger:innen abhängig machen. Das PPD ist ein gutes Beispiel für das Zusammenwirken privater und staatlicher Geldgeber. Wir haben begonnen, internationale Bündnisse zu schmieden, um regionale Initiativen zu unterstützen, aber noch einen langen Weg vor uns.

MvH: Wie geht es weiter? Was sind die wichtigsten Prioritäten im Hinblick auf die internationale Ausbreitung verursacherbezogener Präventionsansätze?

IS: Das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin verfügt über ein beeindruckendes Team von Fachkräften mit klinischer und wissenschaftlicher Erfahrung, aber um einen wirksamen Beitrag zur weltweiten Bemühung für die Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs leisten zu können, werden zusätzliche Kompetenzen in Informatik, Public Health und Öffentlichkeitsarbeit benötigt. In den kommenden 12 Monaten sind die Förderung der Vernetzung und des Wissensaustauschs unsere Prioritäten.

Dabei geht es nicht nur um die Inhalte von Interventionen, sondern auch um das Implementationswissen. Wir hoffen, dass sich aus der Vernetzung Synergieeffekte ergeben und Ängste - insbesondere im Hinblick auf Konkurrenz durch verschiedene Akteure - oder Vorurteile gegenüber bestimmten Ansätzen abgebaut werden können. Schließlich eint alle das Ziel, Kinder zu schützen. Wir werden versuchen eine Struktur zu schaffen, die das weltweit wachsende Interesse bündeln und in produktive Bahnen lenken kann. Und schließlich werden wir versuchen, Partnerschaften mit der Technologiebranche und anderen Wissenschaftler:innen einzugehen und zu vertiefen, Zugangsbarrieren abzubauen und uns als Fürsprecher verursacherbezogener Prävention betätigen.

MvH: Herr Professor Beier, ich würde gern noch einmal zurück auf die Situation in Deutschland zu sprechen kommen. Kritiker

haben immer wieder betont, dass ein wissenschaftlich unangreifbarer Wirksamkeitsnachweis des präventiven Therapieansatzes noch nicht vorgelegt wurde. Welche Perspektiven gibt es denn, diese Art von Evidenz zu generieren?

KMB: Also der Wirksamkeitsnachweis hat zwei Aspekte. Zum einen ist es Ausdruck einer offensichtlich bestehenden breiten Problematik, wenn in einem großen Umfang Menschen mit einem definierten Störungsbild ein solches Angebot wahrnehmen, wie wir das bei *Kein Täter werden* erleben. Wir sind mittlerweile bei weit mehr als 10.000 Kontaktforderungen im gesamten Netzwerk. Bei einer geschätzten Anzahl von 250.000 Betroffenen in Deutschland ist das zwar erst ein kleiner Teil, aber ich würde daraus klar die Schlussfolgerung ziehen, dass es einen Bedarf gibt und dass wir einen Weg erschlossen haben, der diesem Bedarf zumindest inhaltlich und auf der Angebotsseite gerecht werden kann. Durch den angestrebten weiteren Ausbau würde ich mir erhoffen, dass wir immer mehr Betroffene erreichen können, weil das Angebot für sie hilfreich ist. Der zweite Aspekt wäre zu belegen, inwieweit es tatsächlich wirksam ist. Dazu kann man einerseits die subjektiven Auskünfte heranziehen, dann mögliche Änderungen der psychischen Belastungen, die man nachweisen kann, schließlich die Absenkung von Ri-

siken einer Fremdgefährdung. Die Beweiskraft ist allerdings abhängig von einer – möglichst randomisiert zustande gekommenen – Vergleichsgruppe, welche die zu untersuchende Intervention nicht erhalten hat. Und hier wird es meines Erachtens aus ethischen und versorgungspolitischen Gründen sehr schwer ein solches ideales – also randomisiert-kontrolliertes Studiendesign umzusetzen. Eine gewisse Chance besteht auf diese Weise Einzelfragen zu klären, indem man – übrigens auch das wieder internetbasiert – einzelne Therapiemodule per Zufallsauswahl einer Gruppe zuordnet und dann mit der Gruppe vergleicht, die dieses Modul nicht durchlaufen hat. Das Konzept lässt sich aber eben auf keinen Fall auf eine konkrete Gefahrensituation anwenden.

Bei drohender Fremdgefährdung würde man nicht auf die Idee kommen doppelblind zu untersuchen, ob eine Intervention wirkt, sondern auf diejenige zurückkommen, die sich bisher in der klinischen Arbeit als hilfreich erwiesen hat. Dies gilt auch für die Nutzung von Medikamenten in Gefahrensituationen, was schon daran erkennbar wird, dass bei einer doppelblind randomisiert-kontrollierten Studie in einer Gefahrensituation aus ethischen Gründen entblindet werden müsste.

MvH: Herzlichen Dank für Ihre Zeit.

Autor:innen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, LL.B Isabel Schilg, Wissenschaftliche Mitarbeiterin für Internationale Kooperation, Projektmanagerin der internationalen Dissemination des Ansatzes von *Kein Täter werden*, B.A. Maximilian von Heyden, Wissenschaftlicher Mitarbeiter für Gesundheitskommunikation, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de, isabel.schilg@charite.de, maximilian.von-heyden@charite.de



Rüdiger Maas

Generation lebensunfähig

Wie unsere Kinder um ihre Zukunft gebracht werden

Yes Verlag 2021, 224 Seiten, geb., 19.99 €

Die Studienergebnisse von Rüdiger Maas sind schockierend: Die nächste Generation ist deutlich weniger selbstständig und leistungsfähig, immer mehr Kinder leiden an Angststörungen und Depressionen. Messerscharf analysiert der Generationenforscher, Psychologe und zweifache Vater in *Generation lebensunfähig* die Nöte der Kinder und entwirft ein Zukunftsszenario, das großen Anlass zur Sorge gibt. Statt ihr Kind zu erziehen, überschütten die Eltern es mit Geschenken und Optimierungen. Erzieher*innen berichten, dass viele Kinder heute nur in Zwei-Wort-Sätzen sprechen oder sich nicht selbst anziehen können. Jugendliche verbringen längst vier bis sechs Stunden, seit der Coronakrise sogar acht Stunden, täglich am Handy und entgleiten so in die Parallelwelt des Internets. In der realen Welt hingegen tun sie sich schwer, die Ablösung von den Eltern will nicht gelingen und so sitzen diese inzwischen sogar bei Bewerbungsgesprächen oder im Hörsaal der Uni mit dabei.