

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2013

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zur ICD-10-GM entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM zu.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

| | |
|---------------------------------------|--|
| Organisation * | Bundesvereinigung Sadomasochismus e.V. |
| Offizielles Kürzel der Organisation * | BVSM e.V. |
| Internetadresse der Organisation * | www.bvsm.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | Herr |
| Name * | Reimers |
| Vorname * | Jörg |
| Straße * | Brahmsstr. 7a |
| PLZ * | 32756 |
| Ort * | Lemgo |
| E-Mail * | Takeru@bvsm.de |
| Telefon * | 0 52 61 / 94 10 311 |

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Organisation * | |
| Offizielles Kürzel der Organisation * | |
| Internetadresse der Organisation * | |
| Anrede (inkl. Titel) * | |
| Name * | |
| Vorname * | |
| Straße * | |
| PLZ * | |
| Ort * | |
| E-Mail * | |
| Telefon * | |

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Eine Abstimmung ist nicht erfolgt.

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Ersatzlose Streichung der Diagnosen F65.0, F65.1 und F65.5

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Begründung für die ersatzlose Streichung der F65

1. Einleitung
2. Begriffsklärung
3. Prüfung der Schlüssel unter F65 hinsichtlich Logik und Relevanz für die ICD
4. Problematik der Definition einer Norm für menschliches Sexualverhalten
5. Paraphilien, psychische und physische Gesundheit und dafür relevante Faktoren
 - 5.1 Paraphilien und physische Gesundheit
 - 5.2 Paraphilien und psychische Gesundheit
 - 5.3 Klassifikation von sozialen und staatlichen Reaktionen auf Paraphilien
6. Auswirkungen der Schlüssel unter F65 auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt / Psychotherapeut und Patient
7. Ethik in der Medizin
 - 7.1 Kurzer Exkurs: Verhältnis von Psychologie, Gesellschaft und Staat
 - 7.2 Bedeutung von Diagnoseschlüsseln in Gesellschaft, Politik und Justiz
 - 7.3 Ethische Betrachtung von Datenschutz und überflüssigen Diagnoseschlüsseln
8. Zweck und Grenzen statistischer Erhebungen im Gesundheitswesen
9. Betrachtung der F65-Schlüssel als Kostenfaktor für die Leistungserbringer
10. Zusammenfassung
11. Quellen

1. Einleitung

Die Klassifizierung von sexuellen Vorlieben als psychopathologisch hat eine lange Tradition. Nichtsdestotrotz bedarf diese Praxis dringend einer Revision. Sämtliche Fälle, in denen ein Patient mit Problemen in Zusammenhang mit seiner Sexualität professionelle Hilfe sucht, werden bereits durch andere Schlüssel abgedeckt. Die mit Hilfe der F65 gewonnenen Daten sind wertlos für statistische Erhebungen, da sie eine völlig inhomogene Gruppe und wahrscheinlich bei weitem nicht alle Patienten erfassen, die das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen. Die F65 bewirkt nachhaltigen Schaden im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, fördert Diskriminierung und lässt in Folge unnötige Kosten im Gesundheitswesen entstehen.

Es drängt sich der Verdacht auf, dass die F65 ein kulturhistorisches Relikt ist, um gesellschaftlich unerwünschtes Verhalten als psychopathologisch zu stigmatisieren. Mittlerweile wurden einige Diagnosen ersatzlos gestrichen, die alleine auf einem Verhalten beruhten, wie z.B. Homosexualität oder die Sadistic Personality Disorder. Dies ist konsequent auch auf die F65 anzuwenden. Eine Streichung einer Diagnosekategorie bedeutet keinesfalls eine Legitimation für ein Verhalten, sprich dass dieses

gesellschaftlich toleriert oder sogar belohnt werden soll.

2. Begriffsklärung

Bei der Betrachtung von Paraphilien muss zwischen psychologischen und soziologischen Definitionen in der Nomenklatur unterschieden werden.

Im psychologischen bzw. psychiatrischen Bereich variieren die Definitionen der Begriffe inhaltlich leicht hinsichtlich Intensität; Kernstück dieser Definitionen ist jedoch die Beschreibung eines spezifischen Verhaltens in sexuellem Kontext.

Die bisherige empirische Forschung zeigt, dass paraphiles Verhalten bzw. entsprechende Interessen das einzige gemeinsame Merkmal der untersuchten Personengruppen sind. [Moser Kleinplatz 2003] Der Grad der Ausprägung bzw. Präferenz für das entsprechende Verhalten ist fließend.

Unabhängig vom Sexualverhalten einer Person ist ihre sexuelle Identität. Die sexuelle Identität hängt zum einen davon ab, welchen Stellenwert die individuelle Sexualität im Selbstbild der betreffenden Person hat und zu anderen vom Abgleich des eigenen Sexualverhaltens mit den individuellen Vorstellungen/Definitionen von paraphilem Verhalten. Eine Person, die paraphiles Verhalten zeigt, muss dies also nicht selbst so empfinden. Mittlerweile haben sich bei einem Teil der Paraphilien wie beispielsweise Sadomasochismus / Fetischismus entsprechende Subkulturen herausgebildet, in denen spezielle sexuelle Vorlieben in einem sozial verträglichen Rahmen einvernehmlich ausgelebt werden können. Diese wurden auch zum Forschungsgegenstand. Ob eine Person sich dieser Subkultur zugehörig fühlt oder nicht hängt davon ab, ob sie sich mit dem Image der entsprechenden Subkultur identifizieren kann. Nicht jede Person mit einer sexuellen Identität, die von paraphilem Verhalten geprägt ist, muss sich in der Subkultur bewegen. Umgekehrt muss nicht jede Person, die Kontakte zu einer solchen Subkultur hat, selbst paraphiles Verhalten zeigen.

Es soll betrachtet werden, ob Paraphilien Psychopathologien darstellen bzw. in sonstiger Weise klinisch relevant sind oder nicht. Eine klinische Verzerrung ist vorprogrammiert, wenn nur Arbeiten herangezogen werden über Personen(gruppen), die wegen psychischer oder sonstiger Probleme mit möglichem Bezug zu ihrer sexuellen Identität professionelle Hilfe gesucht haben oder strafrechtlich auffällig wurden. Für die ethische Diskussion war es erforderlich, weitere Literatur von nichtwissenschaftlichen Quellen heranzuziehen.

Für die Betrachtung der Psychodynamik von Paraphilien ist das individuelle Gruppenzugehörigkeitsgefühl einer Person unerheblich bzw. ob diese Person selbst ihr Verhalten als paraphil definiert oder nicht. Für die therapeutische Betrachtung sind alleine das objektiv beobachtete Verhalten bzw. der Wunsch / die Absicht nach dessen Praktizierung von Interesse [Moser 1999]. An der Logik und Haltbarkeit des Paraphiliebegriffs im DSM-IV-TR bzw. den „Störungen der Sexualpräferenz“ in der ICD-10 kamen massive Zweifel auf. Dennoch wird für die einfacherre Lesbarkeit der Begriff „paraphil“ bzw. „Paraphilie“ hier angewandt auf Personen, die die Kriterien für eine Diagnosestellung nach F65 erfüllen.

Von „paraphilem Verhalten“ bzw. „paraphilen Interessen“ ist die Rede bei Personen, die das entsprechende Verhalten praktizieren oder die Absicht haben, dieses durchzuführen – diese Begriffe umfassen folglich eine wesentlich größere Personengruppe als die Schlüssel unter F65.

3. Prüfung der Schlüssel unter F65 hinsichtlich Logik und Relevanz für die ICD:

Zweck der ICD ist die Klassifizierung von Krankheiten und verwandten gesundheitlichen Problemen für statistische Erhebungen und als Diagnoserichtlinie für die Anwendung im Gesundheitswesen. Die Relevanz von Paraphilien und damit ihre Auflistung muss stark angezweifelt werden. Es gibt keine wissenschaftlich haltbare Evidenz für die Psychopathologie von Paraphilien oder eine Rolle als kausaler Faktor bei gesundheitlichen Problemen. Sämtliche Problembereiche, für die ein Zusammenhang mit Paraphilien vermutet wird, werden bereits durch andere Diagnoseschlüssel abgedeckt. Die Schlüssel sind unsauber und hochgradig problematisch in der praktischen Anwendung, weil sie eine völlig inhomogene Personengruppe und nicht klar abgrenzbare Kriterien beschreiben. Bei genauer Betrachtung kann man nur zu dem Schluss kommen, dass die unter F65 beschriebenen „Störungen der Sexualpräferenz“ überhaupt nicht existieren.

Bis auf die Praktizierung eines in den F65-Schlüsseln der ICD beschriebenen Verhaltens bzw. entsprechende Fantasien konnten bisher keine weiteren Gemeinsamkeiten zwischen Personen mit einer Paraphilie und festgestellt werden [Moser Kleinplatz 2003]. Die Schlüssel unter F65 beschreiben definitiv kein psychisches Zustandsbild oder eine Persönlichkeitsstörung. In Frage kommt also nur die Klassifizierung als Verhaltensstörung.

Eine „Verhaltensstörung“ im Sinne der ICD setzt klinische Relevanz voraus, ist also ein Verhalten, das gleichzeitig ein „gesundheitliches Problem“ darstellt. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Paraphilien

und pathologischen psychischen Zustandsbildern konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Paraphiles Verhalten hat ebenso wenig zwangsläufig einen negativen Einfluss auf den physischen Gesundheitszustand. Eine explizite Erwähnung von bestimmten paraphilen Interessen im Sinne eines möglichen gesundheitlichen Risikofaktors (Verletzungsgefahr, Infektionen) ist unsinnig, wenn andere vergleichbare Risikofaktoren (sexuelle Kontakte ohne Vorsichtsmaßnahmen gegen sexuell übertragbare Krankheiten, Sportarten mit Verletzungsrisiko) nicht aufgeführt werden. Diskriminierung und staatliche Reaktionen auf nicht einvernehmliches paraphiles Verhalten werden bereits durch andere Diagnoseschlüssel erfasst.

Über die Frage der klinischen Relevanz hinaus ergibt sich ein Definitionsproblem. Die komplette Kategorie ist unsauber. Es sind Überschneidungen mit anderen Diagnosen gegeben, und eine Abgrenzung zum „gesunden“ Zustand ist nicht möglich. Wenn man die „Diagnostischen Kriterien für Forschung und Praxis“ [WHO 2004] und die „Klinisch-Diagnostischen Leitlinien“ [WHO 2005] zur Hand nimmt, stellt man fest, dass hier gravierende Mängel bestehen. Als Grundvoraussetzung für die Stellung einer Diagnose nach F65 werden folgende Kriterien genannt:

„G3 Diese Präferenz besteht seit mindestens sechs Monaten.“ [WHO 2004]

Dieses Kriterium sagt nichts weiter aus, als dass die Interessen des Patienten stabil sind. Weshalb gerade 6 Monate als untere Grenze für den Zeitraum gewählt wurden ist so nicht ersichtlich.

„G2 Handelt entsprechend den Impulsen oder fühlt sich durch sie deutlich beeinträchtigt.“ [WHO 2004]

„Diese Phantasien, Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in unterschiedlichen Funktionsbereichen Leiden und Beeinträchtigung bei den Betroffenen und ihren Objekten.“ [WHO 2005]

Leidensdruck ist ein völlig ungeeignetes Diagnosekriterium. Es stellt sich eine grundlegende Frage: Woher stammt der Leidensdruck? Z.B. kann Diskriminierung oder Vereinsamung aufgrund von Angst vor Diskriminierung zu Depression führen. Die Tatsache, dass jemand seine paraphilen Interessen verbirgt und damit Diskriminierung vermeidet, kann also den Unterschied zwischen einer Störung und einem gesunden psychischen Zustand ausmachen. Oder die Partnersuche kann sich erschwert gestalten und zu Frustration führen, wenn eine Person die Auswahl auf andere Menschen mit paraphilen Interessen begrenzt. Das sind aber indirekte Folgen, die nicht direkt ihre Ursache in dem paraphilen Verhalten haben. Dieses kann zum Ventil einer psychischen Störung werden bzw. symptomatischer Ausdruck einer solchen Störung sein. Eine Therapie dieser Störung führt dann zu Veränderungen im Sexualverhalten, so dass der Leidensdruck behoben und der Patient psychisch gesund ist. Die paraphilen Verhaltensweisen können dabei beibehalten bleiben oder auch nicht. Eine andere Möglichkeit ist, dass der Patient glaubt, dass ein konkreter Aspekt seiner Persönlichkeit die Ursache all seiner alltäglichen Probleme und persönlichen Unzufriedenheit sei, deshalb müsse dieser "wegtherapiert" werden. Oder der Patient befindet sich gerade in einer Coming Out Krise, die mit einem einfachen Aufklärungsgespräch behoben werden kann. Leidensdruck kann nicht eindeutig und klar abgrenzbar einer konkreten Ursache zugeordnet werden. Leidensdruck ist die Motivation, die den Patienten in die Praxis treibt, aber auch nicht mehr.

Es ist nicht logisch ersichtlich, welchen Unterschied für die Begutachtung des psychischen Zustands einer Person die Auswirkung deren Verhaltens auf andere Menschen macht. Hier wird ein sozialer Kontext als Kriterium für eine Störung herangezogen; diese Problematik wird unter 4. noch detailliert erläutert.

„G1 Wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse und Fantasien, die sich auf ungewöhnliche Gegenstände oder Aktivitäten beziehen.“ [WHO 2004]

Der zweite Teil des Satzes ist eine rein willkürliche Definition. Da die Erklärung einer längeren Ausführung bedarf, wurde diese in ein eigenes Kapitel 4. verlagert.

Der erste Teil des Satzes beschreibt nichts weiter, als dass das Individuum sexuell aktiv ist.

„Es treten über einen längeren Zeitraum – mindestens 6 Monate – ungewöhnliche sexuelle Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen auf, die sich [...]“ [WHO 2005]

„Intensiv“ und „dranghaft“ werden nicht näher definiert, eine Abgrenzung von einem gesunden Sexualtrieb ist nicht möglich. Wenn die Begriffe „intensiv“ und „dranghaft“ eine Pathologie implizieren sollen, dann muss diese sich unterhalb der Schwelle einer Zwangsstörung (F42) bewegen oder Wahnvorstellungen und Grübelzwängen mit deviant-sexuellem Inhalt bei anderen psychischen Störungen. Ansonsten wäre das Intensitätskriterium überflüssig, da dieser Bereich dann schon von anderen Diagnoseschlüsseln abgedeckt wäre. Falls dem so ist, stellt sich die Frage, weshalb dann die Begriffe „intensiv“ und „dranghaft“ nicht auch für die Beschreibung eines gesteigerten sexuellen Verlangens (F52.7) herangezogen werden. Zu F52.7 sind in den Kriterien für Forschung und Praxis [WHO 2004] keine Diagnoserichtlinien zu finden, vermutlich weil keine definiert werden können. Es stellt

sich die berechtigte Frage, wie dann ein Intensitätskriterium für die „Störungen der Sexualpräferenz“ festgelegt werden kann. In den Klinisch-Diagnostischen Leitlinien wird zu F52.7 nur erwähnt:

„Männer und Frauen (meist Teenager oder junge Erwachsene) klagen gelegentlich über ein gesteigertes sexuelles Verlangen als eigenständiges Problem. Handelt es sich um ein sekundär gesteigertes sexuelles Verlangen bei einer affektiven Störung (F30-F39) oder in frühen Stadien einer Demenz (F00-F03), ist die zugrunde liegende Störung zu kodieren.

Dazugehörige Begriffe:

-Nymphomanie

-Satyriasis“ [WHO 2005]

Diese Einschränkung gibt es aus unerfindlichen Gründen bei der F65 nicht. Wenn man mit der F65 vergleicht, ist hier Leidensdruck gegeben („klagen“), der in einer Verbindung zum Sexualverhalten steht. Wenn bei diesen Bedingungen ein bestimmtes, „ungewöhnliches“ Verhalten im sexuellen Kontext im Vordergrund steht, ist jedoch immer eine F65-Diagnose zu stellen. Diese Ungleichbehandlung ist unlogisch.

Ein weiteres Intensitätskriterium wird mit dem Stellenwert des beschriebenen Verhaltens in der Sexualität des Patienten eingeführt. Die Formulierung dafür variiert in den einzelnen Schlüsseln unter F65. Bei F65.3 ist von einer „wiederholten und andauernden Neigung“ die Rede, bei F65.0 ist es „die wichtigste Quelle sexueller Erregung oder für die sexuelle Befriedigung unentbehrlich.“, bei F65.4 eine „anhaltende oder dominierende Präferenz“ und bei F65.5 „die wichtigste Quelle sexueller Erregung oder nötig für die sexuelle Befriedigung.“. Ein „gesundes“ sexuelles Bedürfnis (was auch immer das sein mag) kann man auch als wiederkehrenden oder anhaltenden Drang/Neigung bezeichnen, und natürlich werden Erlebnisse bevorzugt, die als positiv empfunden werden. Eine Abgrenzung ist nicht möglich, eine Bewertung kann nur subjektiv erfolgen. Im Zweifelsfalle entscheidet das persönliche Wertebild des Therapeuten, so dass „er/sie übertreibt's“ immer „er/sie macht's häufiger/intensiver/widmet ihm höhere Priorität als der Betrachter“ bedeutet. Diese Problematik ist schon lange in der Diskussion bei der Abgrenzung eines übersteigerten sexuellen Bedürfnisses.

Die Diagnosekriterien Leidensdruck (eigener oder von weiteren Personen), Intensität, Präferenz und Stabilität sind nur sekundär, ohne das Primärkriterium haben sie keine Aussage. Das Kernstück der F65 ist, dass sich das sexuelle Begehren auf "ungewöhnliche" Dinge bezieht, die in den einzelnen Schlüsseln unter F65 differenziert werden. Eine Verhaltensstörung muss laut Definition der ICD-10-GM zu den „Psychischen und Verhaltensstörungen“ unabhängig von der klinischen Bedeutsamkeit – welche nicht gegeben ist - eine Abweichung vom „normalen“ Verhalten darstellen. Was ist "ungewöhnlich"? Hier wird ein völlig willkürlich gewähltes Kriterium als Grundlage für die Definition der Störung herangezogen. Eben diese Willkür soll ausgelagert unter 4. detailliert erläutert werden.

Wenn die Sekundärkriterien und das Primärkriterium keinen logischen Bestand haben, ist die komplette F65 irrational und damit hinfällig.

Die Schlüssel unter F65 lassen sich nur schwer von anderen Diagnoseschlüsseln und einem psychisch gesunden Zustand abgrenzen, wie noch unter 5. erläutert wird. Diese Unsicherheit wird in der Praxis dazu führen, dass Personen wegen einmaliger Erlebnisse mit einem F65-Schlüssel stigmatisiert werden, während andere Personen trotz u.U. schwerwiegender psychischer Probleme mit Bezug zur Sexualität und vieler therapeutischer Sitzungen mit anderen Schlüsseln außerhalb der F65 diagnostiziert werden, obwohl die F65-Schlüssel wohl mit der Absicht formuliert wurden, gerade diese Personen zu erfassen. Es liegt in der Natur der Paraphilien, dass eine Diagnose vollkommen willkürlich und von der persönlichen Meinung des Bewerbers abhängig sein muss. Häufig werden Eigenbeobachtungen der Patienten bzw. die sexuelle Identität des Patienten in die Diagnostik einfließen. Die sexuelle Identität eines Patienten und damit die soziologische Betrachtung ist für die psychologische Klassifikation unerheblich. Die saubere Diagnose psychischer Vorgänge ist eine sehr komplexe und schwierige Aufgabe, für die Psychologen und Psychiater eine jahrelange Ausbildung durchlaufen. Durch die Verwendung der ICD in allen Bereichen des Gesundheitswesens ergibt sich die absurde Situation, dass Mediziner ohne entsprechende psychologische oder psychiatrische Ausbildung in der Position sind, psychische und Verhaltensstörungen zu diagnostizieren. Es kann nicht erwartet werden, dass jeder Allgemeinmediziner die Diagnoserichtlinien für psychische Störungen kennt, und die Kurzbeschreibung im systematischen Verzeichnis ist auf das beschriebene Verhalten reduziert. Bei einer Verletzung durch einen Unfall im sexuellen Kontext mit einschlägigen Gegenständen könnte F65.5 Sodomasochismus als Verletzungsursache angegeben werden. Oder ein Patient, der seinen Arzt für prophylaktische Sexualberatung (Fragen zu Safer Sex) konsultiert, könnte neben Z70 auch zusätzlich mit einer F65-Diagnose gekennzeichnet werden. Das führt im Zweifel dazu, dass emotional zufriedene Patienten eine Paraphilie-Diagnose und einen entsprechenden Aktenvermerk bei ihrer

Krankenkasse erhalten. Die F65-Schlüssel können auch auf Personen angewendet werden, die keinen psychischen Leidensdruck verspüren.

Die durch die F65-Schlüssel gewonnenen Daten sind damit aus vielen Gründen nicht aussagekräftig. Informationen über die Verbreitung spezieller sexueller Vorlieben bringen keinerlei praktischen Nutzen bei statistischen Erhebungen im Gesundheitswesen. Diese gehören in den Aufgabenbereich der Grundlagenforschung. Selbst für die Grundlagenforschung sind diese Datensätze wertlos, da die Bedingungen für die Datenerhebung inhomogen und damit nicht vergleichbar sind. Die Bedingungen und Kriterien für die Diagnosestellung sind in den einzelnen Praxen auch nicht nachvollziehbar; das Erhebungsverfahren ist prinzipiell ungeeignet durch die Voraussetzung der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Unabhängig davon wären bei kontrollierten, definierbaren Versuchsbedingungen selbst die diagnostischen Forschungskriterien der ICD [WHO 2004] für eine qualitative Analyse bei weitem zu indifferent.

Ein Diagnoseschlüssel soll den aktuellen Wissensstand wiedergeben und dient Medizinern als Instanz zur Orientierung. In einem solchen Instrument zur Normierung haben nur gesicherte Sachverhalte eine Existenzberechtigung. Die Psychopathologie von Paraphilien wird zwar häufig vermutet und diese Vermutungen in anderen Arbeiten zitiert, jedoch fehlen bis heute evidente Belege. Ebenso wenig ist ein kausaler Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen/Störungen wissenschaftlich erwiesen. Die weitverbreitete Ansicht, dass Paraphilien psychopathologisch seien oder Ursache von Problemen, ist nichts weiter als eine Spekulation. Alleine schon die Tatsache, dass diese These angezweifelt und international von Sexualwissenschaftlern diskutiert wird [Moser Kleinplatz 2003, Martins Ceccarelli 2003], ist Grund genug, diese Schlüssel umgehend ersatzlos zu streichen. Die „Störungen der Sexualpräferenz“ beschreiben keine Persönlichkeitsstörung. Eine klinische Relevanz ist nicht gegeben, da weder zwangsläufig ein Leidensdruck verursacht wird noch das beschriebene Verhalten einen sicheren Indikator für das Vorhandensein einer psychischen oder Verhaltensstörung darstellt. Eine Verhaltensstörung setzt eine Abweichung von einer wie auch immer gearteten Norm voraus, die bei der Sexualpräferenz nicht definiert werden kann. Eine Abgrenzung von Paraphilien und „Normophilen“ ist nicht möglich, da die Übergänge völlig fließend sind. Es gibt keine Paraphilien / Perversionen / Störungen der Sexualpräferenz. Die gesamte Kategorie ist ein kulturhistorisches Relikt. Die Schlüssel unter F65 sind nicht nur überflüssig, sondern auch völlig unlogisch. Eine ersatzlose Streichung ist aufgrund der mangelhaften Stringenz dringend angeraten.

4. Problematik der Definition einer Norm für die Sexualpräferenz:

Wenn man einen evolutionsbiologischen Ansatz wählt, ist Neutralität bzw. Desinteresse aufgrund der Energiesparsamkeit die Norm für Interaktionen zwischen Individuen. Altruismus und Aggression sind mit einem Energieaufwand verbunden, der durch einen entsprechenden Vorteil gerechtfertigt sein muss. "Soziales" Verhalten (definiert als freundlich und großzügig) ist dem Individuum in der Gesellschaft von Nutzen und damit egoistisch (reziproker Altruismus). "Asoziales" (andere Individuen schädigendes) Verhalten ist von Nachteil für andere Individuen; folglich versuchen diese, das entsprechende Verhalten durch Flucht oder Kampf abzuwenden bzw. in einer Gemeinschaft zu bestrafen um die Kooperation zu erhalten. Natürlich gibt es auch "Betrüger", die Täuschungen versuchen, und Gegenstrategien, um Betrüger zu entlarven. Aber auch offen gezeigtes asoziales Verhalten kann situationsbedingt für das Individuum vorteilhaft sein. Despotismus als sozialer Proteismus beispielsweise ermöglicht durch die Abschreckungswirkung eine vorteilhafte Energieersparnis [Miller 2004 S. 333-344 u. 443-453]. Dann gibt es auch Situationen, in denen der Aufwand einer Täuschung oder Verschleierung sich nicht lohnt. Ein schönes Beispiele dafür sind Soldaten, die von ihrem sozialen Nahumfeld als freundlich und liebevoll beschrieben werden, aber im Krieg vergewaltigen - zweifellos ein Verstoß gegen moralische/gesellschaftliche Regeln. Allerdings überwiegt der Reproduktionsvorteil, weil durch die hohe Mortalität eine geringe Chance auf einen mit herkömmlichen Mitteln erzielten Reproduktionserfolg besteht und ein geringes Risiko für Bestrafung [Baker 1996 2003 S.406-432]. Natürlich kann und darf man nicht verallgemeinern, es handelt sich schlicht und einfach um erhöhte Wahrscheinlichkeiten. (Die sexuelle Selektion nach Reproduktionsstrategien, Charakter- und anderen Merkmalen sowie die entsprechende Spieltheorie und genetische Infiltration/Konkurrenz von Populationen sind hier noch nicht berücksichtigt; das würde auch zu weit führen.)

Voraussetzung für einen Vorteil durch ein wie auch immer geartetes aktives Verhalten ist, dass das Individuum dieses als positiv empfindet, also einen Belohnungsmechanismus auslöst. Auch das macht evolutionsbiologisch Sinn; Individuen, die "Spaß an der Sache" haben, praktizieren ein Verhalten häufiger als Individuen, die kein Vergnügen dabei empfinden. Für aus evolutiver Sichtweise vorteilhaftes Verhalten, das für diesen Vorteil häufig wiederholt werden sollte, ist die Koppelung an Glücksgefühle ein wichtiger Selektionsvorteil. Die Lerndisposition und damit das Belohnungszentrum im

Gehirn dienen als verstärkende Mechanismen zu den Hormonausschüttungen, die die Motivation für das entsprechende Verhalten induzieren.

Menschen können sich beim einvernehmlichen Geschlechtsverkehr einer Reproduktionsabsicht ("Pflichtübungen" damit eine Schwangerschaft zustande kommt) oder der Reziprozität dieser Interaktion (Prostitution, Castingcouch, emotionale Partnerbindung, Steigerung des sozialen Status) auch bewusst sein. Aber ein großer Teil der Akte wird ohne bewussten Hintergedanken praktiziert, weil die Beteiligten dabei ein Glücksgefühl empfinden (wollen). Alleine die Stimulation des Belohnungszentrums im Gehirn ist als Motivation ausreichend. So kann auch ein Verhalten als positiv empfunden werden und damit subjektiv vorteilhaft erscheinen, das keinerlei materiellen, sozialen oder reproduktiven Nutzen bringt. Das wäre eine logische Erklärung für "unsinniges" Verhalten wie z.B. Sexualkontakte zwischen unterschiedlichen Spezies, die auch im Tierreich nachgewiesen wurden. Die Gesamtkonstruktion ermöglicht eben solche Nebeneffekte.

Jetzt ist die spannende Frage: Wie definiert man in der Psychologie eine Norm für das menschliche Sexualverhalten? Um nichts anderes geht es bei den F65-Schlüsseln.

Ein möglicher Ansatz wäre die Statistik. Man könnte häufiges Verhalten als „normal“ definieren, seltenes Verhalten als „abnorm“. Dieses Wissen wäre aber rein statistisch von Interesse. Für die Psychologie ergeben sich daraus auch keine neuen Erkenntnisse, ob ein Verhalten „wegtherapiert“ werden soll oder nicht, bzw. ob es eines speziellen Therapieansatzes bedarf. Seltenheit ist kein Kriterium für eine Verhaltensstörung.

Eine weitere Möglichkeit wären "Dinge, die in der Natur nicht vorkommen". Da könnte man z.B. argumentieren, dass die Vorliebe für Sexspielzeug aller Art ("Standardgegenstände" wie Vibratoren und Reizwäsche, aber auch Fetischismus und SM-Praktiken mit entsprechenden Gerätschaften) eine Störung der Sexualpräferenz seien. Dagegen spricht, dass die Lerndisposition für den Werkzeuggebrauch auch beim menschlichen Sexualverhalten gegeben sein muss, und es sich folglich um ein im natürlichen Sinne normales Verhalten handelt. Nur weil der Mensch fähig ist, einen Computer zu bedienen, würde niemand das als Verhaltensstörung betrachten, nur weil Computer im Gegensatz zu Stöcken oder Steinen keine "von der Natur" erzeugten Gegenstände sind. "Natürlichkeit" wäre also ein kulturell bedingtes Kriterium und diese Diskussion besser in der Philosophie aufgehoben.

Wenn man einen möglichen Reproduktionserfolg als Kriterium für die Norm anlegt, dann wären Masturbation, homosexuelle Kontakte, Pädophilie, Gerontophilie (sofern es sich um eine Frau nach der Menopause handelt), Nekrophilie und Zoophilie ganz klar Störungen der Sexualpräferenz, aber auch alle anderen sexuellen Kontakte, bei denen der heterosexuelle vaginale Geschlechtsverkehr nicht ohne empfängnisverhütende Mittel durchgeführt wird mit einer Partnerin im gebärfähigen Alter außerhalb der Menstruation. Die einzige Ausnahme: wenn diese Verhaltensweisen zur gezielten Orgasmusauslösung dienen, um die Wahrscheinlichkeiten eines Reproduktionserfolgs zu beeinflussen. Weibliche Orgasmen und "unnötige" männliche Ejakulationen haben ja bei der Spezies Homo sapiens eine reproduktive Funktion, da sie die Spermienzusammensetzung bzw. die Permeabilität des Zervixschleims für Spermien beeinflussen [Baker 1996]. Das Timing wird aber unbewusst kalkuliert, folglich sind die Neurowissenschaften und wohl nicht die Psychologie das geeignete Instrument für diese Thematik. Gegen diesen auf Reproduktionswahrscheinlichkeiten und Kalkulation von Orgasmen beschränkten Denkansatz spricht aber vor allem die psychosoziale Funktion der Sexualität des Menschen.

Eine andere Option wäre das Kriterium, ob ein Verhalten einen sozialen Sinn haben könnte. Wenn man "sozial" weiter fasst und als wie auch immer geartete Interaktion zwischen zwei (oder mehr) Menschen definiert, dann wäre Zoophilie, Masturbation, Nekrophilie und Geschlechtsverkehr mit aufblasbaren Gummipuppen gestört, dagegen Pädophilie, Exhibitionismus, Frotteurismus und Sodomasochismus nicht. Beim Fetischismus käme es darauf an, ob außer dem Objekt der Begierde noch ein Mensch beteiligt ist, und beim Voyeurismus wäre ausschlaggebend, ob der/die Beobachtete(n) etwas davon mitbekommen (Ignorieren ist auch eine Reaktion). Wenn man "sozial" enger definiert als „freundliche“ Interaktion (= gesellschaftlich erwünschtes Verhalten) zwischen zwei menschlichen Individuen, dann wird wieder eine kulturelle Variable als Kriterium für die Psychopathologie eingebracht. Am Beispiel des Exhibitionismus oder des Voyeurismus kann man dies sehr schön sehen – das Verhältnis der beteiligten Personen zueinander und die Erwartungshaltungen beider Seiten an Interaktionen zwischen diesen sind der Unterschied zwischen „erwünscht“ und „unerwünscht“ bzw. Kriterium für die Diagnosestellung. Ein gesellschaftlicher Kontext ist aber völlig unlogisch und unsinnig. Zweifellos ist Verhalten, das andere Individuen schädigt, in vielen Fällen gesellschaftlich unerwünscht und wird sanktioniert. Gesellschaftliche Regeln und Normen - darunter auch und gerade die Sexualmoral - sind aber kulturell bedingt und unterliegen einem ständigen Wandel. Pädophile Kontakte waren beispielsweise im antiken Griechenland gesellschaftlich akzeptiert, während heutzutage in vielen Kulturen einvernehmliche sexuelle Kontakte von Erwachsenen mit Kindern aus Prinzip ausgeschlossen

werden. Verhalten, das andere Individuen psychisch oder physisch schädigen könnte, kann in einigen Situationen gesellschaftlich erwünscht sein, in anderen nicht. Z.B. ist Erniedrigung und Demütigung einer anderen Person bei der militärischen Ausbildung gesellschaftlich legitimiert, dagegen bei xenophoben oder antisemitischen Übergriffen unerwünscht und wird sanktioniert. Umgekehrt kann Verhalten von der Gesellschaft sanktioniert werden, das kein anderes Individuum schädigt, z.B. im muslimischen Kulturkreis einvernehmlicher vorehelicher Geschlechtsverkehr bei ledigen Personen im heiratsfähigen Alter. Extremistische Personen dieses (und auch anderer) Kulturkreise halten die Tötung von weiblichen Familienmitgliedern für moralisch gerechtfertigt und sogar erforderlich, um die Familienehre wiederherzustellen. Hier würde es sogar gesellschaftliche Sanktionen nach sich ziehen, wenn in einem bestimmten Kontext ein Verhalten, das ein anderes Individuum schädigt, NICHT praktiziert würde. Es kommt auf die moralischen Rahmenbedingungen an. Während gesellschaftliche Regeln kulturell variieren und einem ständigen Wandel unterliegen, hat die Psychologie im Gegensatz zu (zumindest Teilbereichen) der Philosophie den Anspruch, ohne kulturelle Beschränkung auf alle Menschen anwendbar zu sein. Ziel der Psychologie ist es auch nicht, Menschen zu einer gesellschaftlichen Verhaltensnorm hin zu korrigieren. Sanktionierung und Korrektur von unerwünschtem Verhalten ist Aufgabe der Gesellschaft und ihrer Institutionen. Daher darf Moral keine Rolle spielen bei der Definition von Störungen und entsprechenden Diagnoseschlüsseln. Die Psychologie kommt dadurch in ein Dilemma, da die Wissenschaftler selbst durch ihre Sozialisation von den Werten der Gesellschaft geprägt sind, in der sie aufgewachsen sind und leben. Die Lösung zu diesem Problem kann nur sein, sich über die gesellschaftliche Moral zu erheben und rein logisch zu operieren. Gesellschaftliche Regeln wurden entwickelt, um menschliches Verhalten einzuschränken; alleine deshalb haben sie in Diagnosekriterien nichts verloren.

Man müsste also ein „natürliches“ menschliches Verhaltensrepertoire als Norm ermitteln. Das wäre auch nur näherungsweise möglich, da Menschen in ihre Kultur und Gesellschaft hineinsozialisieren. Man könnte Stress als Kriterium für gestörtes Verhalten heranziehen, indem man mit Testpersonen aus möglichst vielen verschiedenen Kulturen und Gesellschaftsschichten das Verhaltensrepertoire und Reaktionsparameter im ungestressten Zustand als Norm definiert. Z.B. gelten erhöhte Schreckhaftigkeit, Abgestumpftheit, extreme Aggressivität usw. bei Tieren in Gefangenschaft als Symptom für Stress. Stress wäre im Gegensatz zu einem kurzfristigen Reiz (z.B. Auslöser für eine Fluchtreaktion) ein länger andauernder Zustand, der die Reizschwelle, Intensität und Frequenz der Reaktionen beeinflusst. Sprich: das Objekt muss über einen längeren Zeitraum einer Über- oder Unterforderung ausgesetzt sein. Wenn man dieses Konzept auf den Menschen übertragen möchte, dann muss man den Stresszustand definieren und vom ungestressten Zustand abgrenzen können. Da je nach Lebensumständen die individuelle Referenz stark variieren kann, muss ein subjektives Stressempfinden herangezogen werden, was z.B. mittels Fragebögen nach Kriterien für das allgemeine Wohlbefinden ermittelbar wäre. Der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und erektiler Dysfunktion oder Verringerung sexueller Bedürfnisse ist mittlerweile Populärwissen. Es sind aber keine Untersuchungen bekannt, die Verschiebungen der Sexualpräferenz als Auswirkung länger andauernder psychischer Belastung belegt hätten (nachträgliche Sexualisierung von Missbrauchserlebnissen sind ein anderer Fall, da hier die individuelle Verarbeitung konkreter einzelner Erinnerungen zugrunde liegt und kein anhaltender emotionaler Zustand/Stimmung.). Insofern muss man davon ausgehen, dass (zumindest noch) keine Störungen des Sexualverhaltens definiert werden können über stressbedingte Änderungen von Präferenzen für Aktionen oder Objekte, auf die sich diese Handlungen beziehen.

Nach derzeitigem Stand des Wissens ist es unmöglich, mit Sicherheit zurückzuführen, warum ein Mensch welche sexuellen Vorlieben entwickelt. Dies trifft nicht nur auf Heterosexualität, Homosexualität und Bisexualität zu, sondern auch auf paraphile Interessen. Über die psychische Entwicklung und mögliche gestörte Abläufe in dieser ist auch keine „normale“ Sexualität definierbar.

Wenn keine Norm definiert werden kann, dann können mangels Messbarkeit auch keine Störungen/Abweichungen von dieser Norm festgelegt werden. Damit ist alles Sexualverhalten "normal", was von irgendeiner Person an den Tag gelegt wird, weil die entsprechende genetische Determination bzw. Lerndisposition vorhanden war.

Das lässt nur einen Schluss zu: Es gibt keine Paraphilien/Perversionen/Störungen der Sexualpräferenz.

5. Paraphilien, psychische und physische Gesundheit und dafür relevante Faktoren

Für viele Umstände werden Paraphilien vordergründig als psychische Störung oder möglicher gesundheitlicher Risikofaktor in Betracht gezogen. Jedoch zeigt sich bei genauerer Betrachtung der Ursachen, dass die Problematik identisch ist bei „normophilem“ Sexualverhalten bzw. diese Problembereiche bereits vollständig abgedeckt werden durch andere, vom Sexualverhalten unabhängige Diagnoseschlüssel.

5.1 Paraphilien und physische Gesundheit:

Es ist anzunehmen, dass nicht alle praktizierenden Ärzte mit den Diagnoserichtlinien für die psychischen Störungen vertraut sind und nur die systematische Klassifikation kennen. Dadurch besteht das Risiko, dass Personen falsch diagnostiziert werden. Z.B. könnten die Schlüssel unter F65 zum Einsatz kommen im Rahmen einer Beratung zu Safer Sex, bei Diskriminierungsopfern oder F65.5 als Ursache einer Verletzung angegeben werden.

Manche der unter F65 beschriebenen Verhaltensweisen umschreiben Sexualpraktiken, bei denen ein Verletzungsrisiko besteht oder ein erhöhtes Risiko für Infektionen bzw. neue Übertragungswege durch Kontakt mit Blut, Urin oder Kot. In der Sexualpädagogik hat sich gezeigt, dass Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten oder unerwünschte Schwangerschaften vermieden werden können durch Aufklärungsarbeit und Bereitstellen von Information für sexuell aktive Menschen. Zum Vergleich hat sich in der Jahrzehnte alten sadomasochistischen Subkultur eine Tradierung von Wissen und sozialen Verhaltensweisen etabliert, um unerfahrene Neulinge über mögliche Risiken und Vorsichtsmaßnahmen bei Sexualpraktiken zu informieren; mittlerweile haben spezielle Fachpublikationen über Sicherheit bei Sexualpraktiken (z.B. [Grimme 2002]) und Informationsangebote im Internet (z.B. [DatenschlagHowTos]) zu großen Teilen diese Rolle übernommen. Hier hat sich gezeigt, dass die Erfahrung aus der Sexualpädagogik problemlos auf ungewöhnlichere Sexualpraktiken übertragbar ist. Somit stellen nicht die Paraphilien ein gesundheitliches Risiko dar, sondern ein Mangel an Aufklärung und ein möglicher Unwille, Safer Sex zu praktizieren. Die Problematik ist hier identisch wie im "normophilen" Bereich.

Für eine gesonderte Betrachtung im Rahmen der ICD besteht keine Veranlassung. Prophylaktische Beratungsgespräche werden durch den Schlüssel Z70 erfasst. Ebenfalls werden bei möglichen physischen Schäden und Unfallursachen / -hergängen bereits alle Eventualitäten vollständig abgedeckt. Bei der Klassifikation von Gewaltopfern werden in der ICD Fälle grundsätzlich nach erlittenen Verletzungen und Täter-Opfer-Beziehung klassifiziert, aber nicht nach Tathergang oder –waffen differenziert. Auch und sogar bei Fällen sexueller Gewalt ist paraphiles Sexualverhalten ein für diesen statistischen Diagnoseschlüssel irrelevantes Detail.

Viele Menschen mit paraphilen Interessen veranlasst der Mangel an potentiellen Sexualpartnern im näheren sozialen Umfeld zur Kontaktsuche im Internet oder über Anzeigen. Bei jedem Treffen mit einer unbekanntem oder nur flüchtig bekannten Person besteht ein potentielles Risiko, zum Opfer eines Gewaltverbrechens durch eben diese Bekanntschaft zu werden. Das Problem trifft Menschen mit paraphilen Interessen und „Normophile“ gleichermaßen, weshalb sich allgemein Coverservices zur Absicherung von Realtreffen etabliert haben. Ein pauschal erhöhtes Risiko für Menschen mit paraphilen Interessen, bei Verabredungen zu Gewaltopfern zu werden, ist nicht gegeben; dagegen ist dieses Risiko erhöht bei unvorsichtigen bzw. risikobereiten Personen unabhängig von den sexuellen Vorlieben. Auch in diesem Zusammenhang besteht kein Grund, Paraphilien durch spezielle Diagnoseschlüssel besonders hervorzuheben.

5.2 Paraphilien und psychische Gesundheit:

Es gibt, auch und insbesondere aus der Forensik, einige Therapieansätze für Paraphilien. Auffällig ist, dass diese sich nur indirekt auswirken - "No therapy but control".

Behandlung mit medikamentöser Triebreduzierung ist alleine nicht sinnvoll, eine Chronifizierung ist zu erwarten, da die psychischen Ursachen unangetastet bleiben. Kognitiv-behaviorale Ansätze werden unterschiedlich eingeschätzt.

Bei Patienten mit Defiziten in der Sozialisation, die mit ihrer Umgebung in Konflikt geraten durch Sexualstraftaten, "unangebrachtes" Verhalten unterhalb der Delinquenzschwelle oder Kommunikationsprobleme bei der Partnerwerbung bzw. Aufrechterhaltung einer Beziehung, kann eine Steigerung der Sozialkompetenz sehr förderlich sein.

Paraphiles Verhalten in unterschiedlicher Ausprägung kann, aber muss nicht zwangsläufig, als Symptom tiefergründiger Probleme in Erscheinung treten. Es gibt sehr viele Menschen, die paraphile Vorlieben in einem sozial verträglichen Rahmen ausleben, und ihre Fantasien und Vorlieben als positiv und befriedigend empfinden. Alleine diese Tatsache zeigt, dass bei Patienten nicht die Fantasien bzw. das Verhalten, sondern die dahinterliegende Motivation betrachtet werden müssen.

Die Probleme eines Patienten sind also entweder nicht durch die paraphilen Interessen verursacht. Oder es besteht nur ein indirekter kausaler Zusammenhang, da nicht die Sexualität an sich, sondern der Umgang mit dieser für den Patienten das eigentliche Problem darstellt. In diesem Fall werden nicht die speziellen sexuellen Vorlieben therapiert, sondern dem Patienten wird dabei geholfen, seine Sexualität ohne Leidensdruck auszuleben. Sexuelle Probleme werden bei Patienten mit paraphilen Interessen also prinzipiell auch nicht anders therapiert als bei herkömmlichen Patienten mit

normgerechter, heterosexueller populationsorientierter Sexualität. Paraphile Interessen können damit entweder als Symptome tieferliegender Probleme in Erscheinung treten, oder einen Faktor im Persönlichkeitsprofil darstellen, deren Veränderung nicht wünschenswert und aus therapeutischen Gesichtspunkten nicht erforderlich ist. Paraphile Interessen sind, wie alle anderen Lebensgewohnheiten, eine Detailinformation im therapeutischen Gespräch, die für den behandelnden Therapeuten in der Praxis wichtig sind und deshalb in Lehrbüchern Beachtung finden sollten. Aber sie haben keine Bedeutung für grundsätzliche Klassifikationen im Gesundheitswesen.

Im folgenden wird versucht, klassische Kontaktanlässe zu charakterisieren und genauer zu analysieren, für die oft ein Zusammenhang mit paraphilem Verhalten vermutet oder als gegeben vorausgesetzt wird. Probleme in der Partnerschaft bzw. mit der Partnersuche:

Die individuelle sexuelle Identität und daraus resultierende Erwartungshaltungen können der Grund für Probleme bei der Partnersuche oder in einer Beziehung sein, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden bzw. zu geringe Kompromissbereitschaft oder Verhandlungsfähigkeit besteht. Dafür ist es unerheblich, ob der Gegenstand dieser Erwartungshaltungen ein Schönheitsideal, die Koitusfrequenz, Treue in der Partnerschaft oder spezielle Sexualpraktiken sind.

Ein Interessenkonflikt in der Partnerschaft ist ein Interessenkonflikt, egal ob der Konflikt sich auf unterschiedliche sexuelle Bedürfnisse oder Differenzen bei den Vorstellungen über z.B. den Umgang mit dem gemeinsamen Geld bezieht. Es gibt keinen logischen Grund, weshalb dem Sexualverhalten als „Grund für Konflikte“ in Diagnoseschlüsseln besondere Bedeutung beigemessen werden sollte. Und erst recht gibt es keinen logischen Grund, weshalb gerade bei speziellen sexuellen Vorlieben so detailliert aufgeschlüsselt werden soll/muss.

Die Ursache sind immer unerfüllte Erwartungen. Dabei ist es auch ist es völlig belanglos, ob sich diese Erwartungen auf schlicht nicht erfüllbare Wünsche beziehen. Der äußere Grund, weshalb diese Wünsche und Erwartungen unerfüllbar sind (moralische oder rechtliche Gründe, unüberwindbare Interessenkonflikte durch zu unterschiedliche sexuelle Bedürfnisse, unerreichbarer Traumpartner, ...), ist für die psychologische Betrachtung irrelevant. Schlicht und einfach nicht erfüllbare Wünsche zu haben, wird sonst nirgendwo als Psychopathologie betrachtet. Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen mit Wahnvorstellungen werden bereits erfasst durch die Schlüssel unter F42, F2x, F30.2, F31.2, F32.3, F33.3.

Das therapeutische Gespräch muss auf die Bedeutungsfindung, Reflektion der eigenen Wünsche und Bedürfnisse, einen Realitätsabgleich sowie die persönliche Prioritätensetzung abzielen. Unter Umständen ist auch noch eine Steigerung der Sozialkompetenz angebracht, damit Wünsche besser kommuniziert werden können. Bei einer Paartherapie sollte auf eine für alle Beteiligten akzeptable praktische Lösung hingearbeitet werden. Die Behandlung unterscheidet sich also nicht von der „normophiler“ Patienten mit Beziehungsproblemen.

Es gibt keinen logischen Grund dafür, Beziehungsprobleme bei Personen mit paraphilem Sexualverhalten mit gesonderten Diagnoseschlüsseln zu klassifizieren. Z60 „Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung“ schließt „Probleme in der Beziehung zum Ehepartner oder Partner“ ein und ist damit ausreichend, alternativ gibt es noch Z70 „Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung“. Für die Fälle, in denen psychische Störungen die Beziehung(sfähigkeit) beeinträchtigen, sind die für diese Fälle üblichen Schlüssel anzuwenden.

„Coming Out“-Probleme:

Dieser Cluster von Problemen und Problemchen charakterisiert die sexuelle Identitätsfindung, die Einbindung dieser Identität in das gesamte Selbstbild und unter Umständen Reorganisation des sozialen Wertgefüges.

Zum einen fällt darunter die Verwirrung über die eigenen Gefühle, wenn ein Mensch mit paraphilen Interessen beginnt, sich seiner Fantasien bewusst zu werden und sich aktiv mit diesen auseinander zu setzen.

Zum anderen umfasst dieser Komplex Konflikte mit religiösen Tabus, gesellschaftlichen und Geschlechterrollenbildern, Werten und Normen, denen diese Fantasien zuwider zu laufen scheinen. Ein Kernpunkt dieser persönlichen Auseinandersetzung ist die Erkenntnis, dass nicht alle sexuellen Fantasien für die praktische Durchführung geeignet sind bzw. die Umsetzung 1:1 nicht wünschenswert ist. Dies können auch sehr gewalttätige Fantasien mit nicht einwilligungsfähigen Partnern oder Handlungen sein, die in der Praxis mit enormen Schmerzen oder einem nicht vertretbaren Risiko für psychische oder physische Schäden verbunden wären. Sexuelle Fantasien sind nicht zwangsläufig Handlungssimulationen, sondern sehr oft Ausdruck eines emotionalen Bedürfnisses und können dieses eben auch symbolisch abstrahiert darstellen. Für Personen mit einer „normophilen“ Sexualität ist dieser

Erkenntnisschritt durch geringeres Konfliktpotential gewöhnlich nicht erforderlich und oft nur schwer verständlich.

Hier liegt einfach nur eine temporäre Überforderung in einem geistigen Entwicklungsschritt vor. Für diese Situation gibt es bereits die Diagnoseschlüssel F43.2 „Anpassungsstörungen“ und Z73 „Probleme mit Bezug auf die Lebensbewältigung“ (schliesst „Sozialer Rollenkonflikt, andernorts nicht klassifiziert“ ein).

„Ichdystone sexuelle Identität“:

Die Ablehnung der eigenen Sexualität oder Bereichen davon wie z.B. bestimmten sexuellen Fantasien wird oft als ein „typisches“ Problem bei Paraphilien angenommen. Jedoch ist dies auch ein häufiger Kontakthanlass von Homosexuellen, Bisexuellen, oder „normalen“ Heterosexuellen, die deshalb therapeutische Hilfe suchen. Dieses Problem kann schon alleine deshalb nicht charakteristisch sein, da bei weitem nicht alle Paraphilien ihre Sexualität ablehnen.

Bei genauerer Betrachtung stellt sich heraus, dass die Gründe für eine allgemeine Ablehnung der eigenen Sexualität oder spezieller Teilbereiche davon sehr unterschiedlich sein können.

Beispielsweise werden Erfahrungen von sexuellem Missbrauch häufig nachträglich sexualisiert, was zu Konflikten mit der eigenen Sexualität führt und besonderer Therapieansätze bedarf [Maltz 2001 S. 266-267 und 274-276]. Die Ablehnung kann auch eine Konfliktphase im Coming Out Prozess darstellen. Die Angst, sexuelle Erwartungshaltungen nicht erfüllen zu können, oder von einem (potentiellen) Partner abgelehnt zu werden, kann auch zu diesem Zustand führen. Ebenso kann Diskriminierung, staatliche Sanktion oder negative Reaktionen aus dem näheren sozialen Umfeld auf die eigene Sexualität zu dieser Ablehnung als vordergründige Vermeidungsreaktion führen („Wenn ich nicht pervers wäre, hätte ich keine Probleme mehr!“). Alleine schon die Angst vor solchen Reaktionen kann zu sozialer Isolation führen, was die Lebensqualität der Betroffenen massiv beeinträchtigen kann. Zwangsstörungen, die sich über sexuelle Fantasien oder Handlungen Ausdruck verschaffen, können ebenfalls eine Ursache für diese Ablehnung sein. Diese Ablehnung kann auch Ausdruck von Schuld und Selbsthass sein, wenn aus einer autodestruktiven Motivation heraus, welche wiederum eine Vielzahl an möglichen psychischen Ursachen haben kann, riskante sexuelle Kontakte und Praktiken als Spezialfall von selbstschädigendem Verhalten gesucht werden.

Das „Herr-Doktor-machen-Sie-es-weg!“-Problem ist also nur ein Symptom anderer, tieferliegenderer Ursachen oder unter Umständen einer echten psychischer Störung. Für diese psychischen Störungen und Konflikte im sozialen Umfeld gibt es bereits eine Vielzahl von Diagnoseschlüsseln in der ICD. Dagegen macht es keinen Sinn, ein inhomogenes Zustandsbild wie die Ichdystonie durch einen eigenen Diagnoseschlüssel zu charakterisieren. Es macht bei weitem noch weniger Sinn, das konkrete Element des eigenen Persönlichkeitsprofils, auf das der Patient seine Ablehnung richtet, mit eigenen Diagnoseschlüsseln besonders hervorzuheben. Ichdystone sexuelle Identität ist keine psychische oder Verhaltensstörung, sondern ein Kontakthanlass. Dieser Kontakthanlass wird bereits durch den Schlüssel Z70 „Beratung in Bezug auf Sexualorientierung, -verhalten oder -einstellung“ erfasst.

Sexueller Zwang:

Eine Zwangsstörung kann sich über jede Art von Verhalten Ausdruck verschaffen. Dafür ist es irrelevant, ob ein Patient sich 200 mal am Tag die Hände wäscht, als „herkömmliche Sexsüchtiger“ ein „normophiles“ Objekt der Begierde hat oder als Paraphiler entsprechende Präferenzen. Für die Diagnose von Zwangs- und ähnlichen Störungen ist es sinnvoll, nach Ausprägung und nicht nach den Objektpräferenzen oder Verhaltensweisen zu klassifizieren, in denen sich die Symptomatik dieser Störungen äußert. Dieser Bereich wird in der ICD bereits durch die Schlüssel unter F42 vollständig abgedeckt. Auch in diesem Zusammenhang sind die Diagnoseschlüssel für Paraphilien völlig überflüssig. Durch die weniger strenge F65 entsteht dagegen die Problematik, dass sich Patienten ungerechtfertigt mit einer Diagnose einer Störung konfrontiert sehen, nur weil sie ein ungewöhnliches sexuelles Interesse haben, während ein „normophiler“ Patient, dessen Sexualleben sich mit derselben Intensität abspielt, keine Störung diagnostiziert bekäme. Hier zeigt sich wieder die Problematik der Definition einer „normalen“ Sexualpräferenz.

5.3 Klassifikation von sozialen und staatlichen Reaktionen auf Paraphilien:

Diskriminierung ist eine traurige Realität für viele Gruppen – Homosexuelle, Transidenten, Angehörige einiger Religionsgemeinschaften, Ausländer, gesellschaftliche Randgruppen usw. Diskriminierung hat viele Gesichter, von Ablehnung und Ausschluss im sozialen Umfeld über Verweigerung von gesellschaftlichen Privilegien und materiellen Ressourcen bis hin zu aktiver Feindseligkeit in Form von psychischer, physischer und sexueller Gewalt. Zweifellos wirkt sich Diskriminierung negativ auf die Lebensqualität Betroffener aus und führt in direkter oder indirekter Folge zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Nirgendwo wird jedoch der Grund für die Diskriminierung in der ICD verschlüsselt;

Diagnoseschlüssel wie z.B. „unerwünschte politische Ansichten“, „Zugehörigkeit zu einer umstrittenen Religionsgemeinschaft“ oder ethnische Zugehörigkeit sucht man vergebens.

Einige der unter F65 beschriebenen Verhaltensweisen können staatliche Sanktionen nach sich ziehen, wenn sie nicht einvernehmlich praktiziert werden bzw. eine Einwilligungsfähigkeit des Partners kann bei einigen paraphilen Praktiken prinzipiell nicht vorliegen. Erfüllung eines Straftatbestandes ist offensichtlich kein Kriterium für die Aufnahme in die ICD als klinisch relevante Verhaltensstörungsgesundheitliches Problem (staatliche Sanktion als direkte kausale Folge). Sonst gäbe es auch Schlüssel für Autodiebstahl, Nuklearwaffenhandel, Steuerhinterziehung usw.; die ICD müsste konsequent den kompletten Katalog an Straftaten abdecken.

(II)legalität und die moralische Bewertung paraphiler Verhaltensweisen sind unerheblich für die psychotherapeutische Betrachtung [Moser Kleinplatz 2003].

Alle verschiedenen Formen von Diskriminierung und Berührungspunkte von Einzelpersonen mit dem Staat werden bereits durch Schlüssel in der ICD abgedeckt.

Z60 „Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung“ schließt „soziale Ausgrenzung und Ablehnung“ und „Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung“ ein. Z65 „Kontaktanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände“ schließt „Betroffenheit von einer Katastrophe, einem Krieg oder anderen Feindseligkeiten“, „Kindessorgerechts- oder Unterhaltsverfahren“ sowie „Opfer von Verbrechen, Terrorismus oder Folterung“ ein. Gewaltopfer werden durch die untergeordneten Schlüssel unter T74 „Missbrauch von Personen“ detailliert erfasst. Z03.2 „Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen“ schließt „Beobachtung wegen dissozialem Verhalten“ ein, Z04.5 „Untersuchung und Beobachtung nach durch eine Person zugefügter Verletzung“ ist ausdrücklich auf Opfer und Beschuldigte anzuwenden.

In allen diesen Schlüsseln wird auf eine weitere Aufschlüsselung nach speziellen Angriffsmotiven bzw. Grund für die Konflikte mit dem Staat verzichtet. Eine explizite Nennung von Paraphilien als Diskriminierungsgrund oder Grund für staatliche Sanktionen (und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in diesem Zusammenhang) ist damit unlogisch und überflüssig.

Unter dem Aspekt der Diskriminierung/Diskriminierungsopfer sowie Eingriffen des Staates besteht keine Veranlassung für die Kategorie F65.

6. Auswirkungen der Schlüssel unter F65 auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patient:

Für Patienten sind Fragestellungen und psychische Probleme mit Bezug zur Sexualität noch immer sehr schambehaftet. Vor allem wenn es um speziellere Anliegen geht, besteht eine große Hemmschwelle, sich seinem Arzt oder Therapeuten anzuvertrauen. Es besteht die Befürchtung, negative Reaktionen zu erhalten, sich für sein Verhalten moralisch rechtfertigen zu müssen, kritisiert zu werden oder erst beweisen zu müssen, dass man nicht verrückt sei [Moser 1999]. Dazu kommt noch Verunsicherung über die Verbreitung der sensiblen Informationen, die dabei dem Arzt oder Therapeuten anvertraut wurden.

Diese Ängste sind bei einigen Menschen so groß, dass sie notwendige ärztliche Untersuchungen hinauszögern, wenn an ihrem Körper Spuren von paraphilen Sexualpraktiken erkennbar sind. Krankheiten können verschleppt und verschlimmert werden, mögliche Verletzungen unbehandelt bleiben. Für so ängstliche Patienten kommen Ärzte auch nicht als Ansprechpartner in Frage, wenn sie Information und Beratung zu Risiken und Sicherheit bei Sexualpraktiken oder der Pflege von Intimpiercings benötigen. Gerade Ärzte könnten hier einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten.

Die Diagnoseschlüssel haben im Gesundheitswesen eine normative Funktion als Referenz für den Stand des Wissens. Ein praktizierender Psychotherapeut hat nicht die Zeit, sich in allen für ihn relevanten Bereichen umfassend weiterzubilden und Fachliteratur in der entsprechend erforderlichen Größenordnung zu studieren. Für einen Praktiker ist ein Überblick schlicht unmöglich über Sachverhalte, die im wissenschaftlichen Bereich kontrovers diskutiert und zu denen unterschiedliche Positionen vertreten werden. Die Überarbeitung von Diagnoseschlüsseln gibt Anregung zu gezielter Fort- und Weiterbildung. Überholte Diagnoseschlüssel verhindern eine Verbesserung des Behandlungs- und Betreuungsangebotes. Die Folge können Fehldiagnosen und damit falsche Therapieansätze sein, was Behandlungszeiten verlängert oder u.U. zum Abbruch einer Therapie führen kann. Die Lage ist identisch mit der historischen Situation Homosexueller, bei denen von Therapeuten oft eine Kausalität zwischen der sexuellen Identität und den psychischen Problemen vorausgesetzt wurde.

Vielen Menschen mit paraphilen Interessen sind diese Zusammenhänge bewusst. Deshalb werden häufig paraphile Vorlieben verschwiegen, wenn psychotherapeutische Hilfe benötigt wird. Dies kann so weit gehen, dass Patienten sich selbst bei Problemen mit Bezug zu ihrem Sexualleben um Details über

ihr Liebesleben „herummogeln“. Ein Psychotherapeut könnte die nonverbale Kommunikation und zögerliche Antworten dahingehend missinterpretieren, dass der Patient generell Hemmungen in Bezug auf seine Sexualität hat, oder andere Trugschlüsse ziehen.

Das Vertrauensverhältnis ist bereits massiv beschädigt durch die personenbezogene Krankenkassenabrechnung. In der Arztpraxis ist der Personenkreis noch überschaubar und greifbar, dem dieser höchstprivate Bereich der persönlichen Lebensgestaltung offenbart wird. Dagegen stellen die Verwaltung der Krankenkassen, Softwareunternehmen (EDV-Outsourcing), zentrale Datenbanken und Datenflüsse ein nicht abschätzbares Risiko und eine abstrakte Bedrohung für die eigene Privatshpäre dar. Ein Datenmissbrauch hätte für eine Person mit paraphilen Interessen ein Zwangsoouting mit weitreichenden sozialen Konsequenzen zur Folge, darunter auch unter Umständen Diskriminierung mit gravierenden Folgen wie dem Verlust des Arbeitsplatzes oder des Sorgerechts für die eigenen Kinder.

Zusätzlich kann noch paranoides Misstrauen gegenüber Medizinern entstehen durch Unsicherheit über die Rechtslage und die tatsächliche Sicherheit des Datenschutzes, wie lange diese Daten gespeichert werden (eine Datenlöschung kann schließlich nicht bewiesen werden), ob z.B. Strafverfolgungs- und Ermittlungsbehörden präventiv auf diese Daten zugreifen können („Rasterfahndung“ nach Sexualstraftätern) oder sonstiges Data Mining durch staatliche Stellen durchgeführt wird. Menschen mit Fragen oder Problemen könnten sich weigern, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen aufgrund von Angst und Misstrauen gegenüber dem staatlichen Gesundheitswesen. Das betrifft nicht nur „harmlose“ Menschen mit ausgefallenen Vorlieben, sondern auch potentielle Sexualstraftäter mit psychischen Störungen, für die so rechtzeitige Hilfe in einem Frühstadium nicht mehr möglich ist. Durch diese Verweigerung von Hilfsangeboten können sich nicht nur psychische Probleme verschlimmern, sondern indirekt auch andere Menschen an Leib und Leben gefährdet werden.

Eine Streichung der Schlüssel unter F65 würde insgesamt die Qualität der medizinischen und psychotherapeutischen Betreuung verbessern, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient stärken und Menschen professionelle Hilfe ermöglichen, die diese bisher verweigert haben aufgrund von paranoider Angst vor einer „Erfassung von Menschen mit abnormalen sexuellen Vorlieben durch den Überwachungsstaat“.

7. Ethik in der Medizin:

7.1 Kurzer Exkurs: Verhältnis von Geisteswissenschaften, Gesellschaft und Staat

In allen Kulturen und Organisationsformen der Gesellschaft bestand eine empfundene Notwendigkeit, das Sexualverhalten ihrer Mitglieder zu reglementieren. Die Bedürfnisse des Individuums sollen zugunsten eines wie auch immer gearteten Allgemeinwohls beschränkt werden. Diese Einteilung in „erwünschtes“ und „unerwünschtes“ Verhalten wandelt sich mit den äußeren Umständen, denen eine Gesellschaft ausgesetzt ist, und ihrem internen Weiterentwicklungsprozess. Damit ist eine beständige Werteverstärkung in der Sexualmoral zu beobachten.

Überall, wo mehrere Menschen aufeinander treffen, wird „erwünschtes“ Verhalten belohnt und „unerwünschtes“ Verhalten bestraft. Soziale Spielregeln sind nicht immer eindeutig definiert. Der Staat schlussendlich ist eine notwendige Instanz, um durch Gesetze klare Regeln zu definieren und so den Mitgliedern der Gesellschaft Sicherheit zu bieten für ihre Handlungen und Entscheidungen.

Um die Notwendigkeit für restriktive Maßnahmen zu vermitteln, muss eine Begründung geliefert werden, die von möglichst vielen Individuen dieser Gesellschaft akzeptiert wird. Eine Möglichkeit ist das religiös begründete Tabu, in der christlich-jüdischen Ideologie auch als Sünde bezeichnet. Von einer höheren, nicht hinterfragbaren Instanz vorgegeben, kann es nicht in Frage gestellt werden.

Das Zeitalter der Aufklärung brachte in Europa mit der Säkularisierung die Erosion der religiösen Kasten als Meinungsmacher und moralische Instanz. Damit entstand für die Gesellschaft und ihre selbst geschaffenen Instanzen die Notwendigkeit, Entscheidungen vor dem Individuum logisch begründen zu müssen. Hier boten sich die Geisteswissenschaften als „neuer Gott“ an. Auch wenn wissenschaftliche Erkenntnisse nicht für jedes einzelne Individuum logisch nachvollziehbar sind (und das betrifft nicht nur Quantenmechanik), so erhebt die Wissenschaft doch den Anspruch, vollkommen logisch zu sein. Dieser Anspruch wird allgemein anerkannt, und das „Qualitätssiegel wissenschaftliche Erkenntnis“ reicht für viele Menschen vollkommen aus, um die präsentierten Ergebnisse unhinterfragt zu akzeptieren.

Für die Wissenschaft bedeutet das, dass in der Gesellschaft und bei Wissenschaftlern als Teil dieser Gesellschaft der Wunsch besteht, traditionell überlieferte Werte und moralische Grenzen wissenschaftlich begründen zu können. Im Zuge der „medicalization of sin“ wurden unerwünschte Verhaltensweisen pathologisiert. Die Gesellschaft hat die führende Rolle in der Klassifizierung und Bewertung menschlichen Verhaltens an die Psychologie übergeben. Diagnoseschlüssel sind unfreiwillig

zu einer normativen Instanz für die Gesellschaft geworden. Homosexualität ist mittlerweile als Psychopathologie aus den Diagnoseschlüsseln verschwunden. Ebenso wurde die „sadistic personality disorder“ aus dem DSM entfernt. Beiden war wie auch den Paraphilien zu eigen, dass ein bestimmtes, gesellschaftlich unerwünschtes Verhalten das maßgebliche Kriterium ist.

7.2 Bedeutung und Auswirkungen der F65-Diagnosen in Gesellschaft, Politik und Justiz

Schlüssel mit veralteten Definitionen oder eine sachlich falsche Einstufung als Psychopathologie haben negative Auswirkungen auf die Lebensqualität von betroffenen Menschen, die unter die Kriterien dieser Schlüssel fallen. Direkt und indirekt fördern die Schlüssel unter F65 Diskriminierung und damit menschliches Leid. Aus diesen Zusammenhängen und dem Selbstverständnis des Mediziners, zu Heilen und Schaden abzuwenden [HippEid], ergibt sich die Verantwortung, bei der Erstellung und Überarbeitung von Diagnoseschlüsseln im psychischen Bereich größte Sorgfalt walten zu lassen. Ganz klar ist mögliche Diskriminierung von Betroffenen kein Argument für die Abschaffung eines Schlüssels, der nachweislich eine Psychopathologie beschreibt. Allerdings müssen unsaubere, falsche oder veraltete Schlüssel unbedingt revidiert werden, wenn Betroffene durch sie direkt oder indirekt induzierten negativen Auswirkungen ausgesetzt werden.

Im Folgenden sollen die Auswirkungen von Diagnoseschlüsseln allgemein und der F65 im Besonderen in Gesellschaft, Justiz und Politik genauer erläutert werden:

Ethisch problematisch an der ICD ist die Subsummierung von Kriterien, die auf unterschiedlichen Ebenen der Persönlichkeit und der Interaktion mit der Umwelt angesiedelt sind, unter den psychischen Störungen. Dadurch werden psychische Zustandsbilder, bei denen Kognition und Affektivität signifikant von Durchschnitt der Bevölkerung abweichen, mit einer unlogischen und scheinbar kulturell bedingten Auswahl an symptomatischen Ausprägungen/Verhaltensweisen vermengt. Der Begriff der „Störung“ hat die Psychopathologie/Krankheit ersetzt. Ein Laie, der diese Publikation liest, setzt die in der ICD beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten mit Psychopathologie gleich. Nur mit der ICD ohne die zugehörigen diagnostischen Leitlinien für verschiedene Anwendungsbereiche – welche schon für den ausgebildeten Therapeuten schwer abgrenzbar sind – kann ein Laie einfach zu dem Schluss kommen, dass eine Person, die ein dort beschriebenes auffälliges Verhalten zeigt, eine schwerwiegend gestörte Persönlichkeit besitzt. Bekanntermaßen haftet dem Zustand „psychisch krank“ ein negatives gesellschaftliches Stigma an. Die Gesellschaft hat, auch bedingt durch die historischen Ursprünge der zugehörigen Wissenschaft, für Delinquenten und psychisch Kranke ein ähnliches Konzept hervorgebracht, nämlich Auslagerung durch Institutionalisierung. Vor diesem Hintergrund ist es nicht weiter verwunderlich, dass eine ohnehin schon vorhandene Bereitschaft zur Diskriminierung geschürt wird bei im persönlichen Wertegefüge des Betrachters moralisch verwerflichen Verhaltensweisen, wenn diese zusätzlich als „Störung“ ausgewiesen sind. Bei großen Teilen der Bevölkerung herrscht Unfähigkeit vor, zwischen (durch Rechtsgüterabwägung bedingte Notwendigkeit zur) strafrechtlichen Verfolgung, traditionell bedingter gesellschaftlicher Ächtung (unabhängig davon, ob anderen Menschen durch das geächtete Verhalten tatsächlicher Schaden entsteht oder nicht), individueller ethischer Grenzziehung und Psychopathologie zu differenzieren. Diese Unfähigkeit erstreckt sich auch auf Journalisten, Juristen, Politiker und Lobbyisten bzw. wird bewusst für populistische Argumentationen und selektive Information ausgenutzt. Diagnoseschlüssel sind für Mediziner ein normatives Instrument und Maßstab für den aktuellen Stand des Wissens. Dieses Instrument wird außerhalb seines vorgesehenen Anwendungsbereichs missbraucht, was schwerwiegende Folgen für Menschen haben kann, auf die Schlüssel aus dem psychologischen Bereich (zumindest scheinbar für den Laien) angewendet werden können. Laien und Vertreter von Interessengruppen instrumentalisieren diese Diagnoseschlüssel, um ihre Interessen und Vorstellungen über ethische Fragestellungen zu vertreten. Auch bei der gesellschaftlichen und politischen Diskussion von paraphilen Verhaltensweisen werden Diagnoseschlüssel missbraucht. Beispielsweise argumentiert Dr. med Christl Ruth Vonholt, Vorsitzende des „Deutschen Instituts für Jugend und Gesellschaft“ der Christen in der Offensive e.V.:

„Im übrigen ist es mit sexuellem Missbrauch wie mit der Sklaverei: Wir verurteilen die Sklaverei, auch wenn es vielleicht einige Sklaven gegeben haben mag, die ihre Erfahrungen „positiv“ erlebten. Aber es geht schon weiter: Die europäische „Internationale Vereinigung von Lesben und Schwulen“ (ILGA) setzt sich dafür ein, dass Sadomasochismus von der in Europa gültigen Diagnoseliste gestrichen wird. Dann würde auch das – wie heute die Homosexualität - als „normale“ Sexualität gelten.“ [Vonholt 2004]

Hier werden sadomasochistisches Verhalten, Sadomasochismus als sexuelle Identität und die Diagnose Sadomasochismus (F65.5) als Störung der Sexualpräferenz gleichgesetzt. Für den Laien ist dieser Unterschied nicht ersichtlich und in der Diskussion auch nur schwer zu vermitteln. Darüber hinaus – und das ist das eigentliche Problem – wird eine gesellschaftliche Norm mit einer wissenschaftlichen Norm gleichgesetzt.

Sogar Vertreter der Legislative zitieren Diagnoseschlüssel, um ihre Absichten und Entscheidungen zu

begründen. Beispielsweise wird in einer „Schriftlichen Erklärung zum Schutz des Kindes in Zusammenhang mit Paraphilien“, die dem EU-Parlament vorgelegt wurde, das DSM der American Psychiatric Association undifferenziert, für den Laien missverständlich und suggestiv zitiert:

„B. in der Erwägung, dass zu den fünf Kategorien, die nach dem spezifischen Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) Paraphilien darstellen, folgende Formen gehören: Voyeurismus, Exhibitionismus, gegenseitige Zufügung von Schmerzen (sexueller Sadismus, sexueller Masochismus), einige Formen der sexuellen Belästigung (Frotteurismus oder ungebrachte Berührungen) und sexuelle Ausbeutung (Pädophilie),

C. in der Erwägung, dass Pädophilie nach DSM-IV eine kriminelle Handlung ist und die überwiegende Mehrheit der Pädophilen männlich sind, unabhängig von ihrer heterosexuellen, homosexuellen oder bisexuellen Ausrichtung,“ [EU 2004]

Diese Erklärung hatte zum Ziel, den Begriff „sexuelle Identität“ rechtlich zu definieren, bevor deren Schutz in den Antidiskriminierungsgesetzen umgesetzt wird. Bezeichnend an diesem Beispiel ist einmal dass die Feststellung, dass ein Verhalten strafrechtlich relevant sei, in den Schluss verdreht wird, dass dieses Verhalten strafrechtlich sanktioniert werden müsse, weil eine psychiatrische Klassifikation das empfehle. Zum anderen werden die Schlüssel in suggestiver Absicht auf das beschriebene Verhalten reduziert und die anderen, beschränkenden Diagnosekriterien weggelassen. Die logische Glanzleistung besteht darin, dass sämtliche Menschen, die die hierin beschriebenen Verhaltensweisen praktizieren, für psychisch gestört erklärt werden. Wenn es nach dem Willen der Autoren geht sollten also „unerwünschte“ psychisch kranke Menschen im Gegensatz zu behinderten Menschen von dem allgemeinen Diskriminierungsschutz (der nicht mit dem Strafgesetzbuch zu verwechseln ist) ausgenommen werden.

Amtliche Diagnoseschlüssel bieten Politikern und Lobbyisten eine seriöse Referenz und ein Argument, das bequem zu handhaben ist, weil Andersdenkende nur schwer gegen den autoritär-normativen Charakter dieser Quellen argumentieren können. Die Folge können nicht nur ein Ausschluss vom staatlichen Schutz vor Diskriminierung [EU 2004] sein, sondern sogar Kriminalisierung von sozial verträglichem Sexualverhalten durch sog. Sodomy Laws ([Sodomy],[Spanner Case]) oder andere Formen staatlicher Diskriminierung.

Aber auch im privaten Bereich wird Diskriminierung gefördert durch diese Diagnoseschlüssel. Personen, die „unerwünschtes“ Verhalten zeigen, sehen sich oft mit Diskriminierung konfrontiert, wie sozialer Ausgrenzung, Mobbing am Arbeitsplatz und sonstigen Benachteiligungen. Diese Diagnoseschlüssel bieten Menschen, die diskriminieren, einen Rechtfertigungsgrund. Die offizielle Einstufung als „geisteskrank“ ist ein Argument, das nur schwer zu widerlegen ist. Wer Autoritäten und ihre Publikationen in Frage stellt, wird schnell als Querulant abgestempelt und nicht ernst genommen. Eine objektive Diskussion über die ethische Bewertung der in diesen Schlüsseln beschriebenen sexuellen Verhaltensweisen wird verhindert und damit eine mögliche Revidierung der persönlichen Sichtweise und des Umgangs mit Menschen, die diese praktizieren. Eine Streichung dieser Schlüssel würde an der Diskriminierung von Personen mit sozial unverträglichem Sexualverhalten nichts ändern. Die Befürchtung einer „Normalisierung“ [Vonholt 2004] oder Toleranz von schädlichem Verhalten ist absurd und eine völlige Erosion der Sexualmoral sicherlich nicht zu erwarten, geschweige denn eine Entkriminalisierung schädlichen Verhaltens, das einen Straftatbestand darstellt. Jedoch wird die Streichung der F65 bisher abgeblockte gesellschaftliche Diskussionen fördern und damit beitragen zur Verbesserung der Lebensqualität und Diskriminierungsprävention für Menschen, deren Sexualverhalten niemandem schadet. Als Argument gegen die Revision von solchen kulturhistorischen Relikten wie der F65 wird gelegentlich die Begründung angeführt, dass dadurch die entsprechenden Praktiken legitimiert würden. Genauso argumentieren christliche Fundamentalisten in den USA, die im Kampf gegen den Niedergang der jüdisch-christlichen Sexualmoral massive Lobbyarbeit betreiben, um die Forschung von Sexualwissenschaftlern zu behindern [Agres 2003].

Die Rolle von Diagnoseschlüsseln in der Justiz und die Auswirkungen auf die öffentliche Meinung bedürfen einer gesonderten Betrachtung. Laien erscheinen offizielle Diagnoseschlüssel als stichhaltiges Argument, das den Ausgang eines Gerichtsurteils beeinflussen kann. Eine Person mit paraphilen Interessen kann unter Umständen ihre Kinder verlieren, wenn besorgte Bürger die Behörden einschalten oder der Expartner in einem Sorgerechtsstreit „auspackt“. Es ist ein immer noch verbreitetes Vorurteil, dass „abartige Veranlagungen“ einen Menschen zu einem schlechten Elternteil machen und deshalb zwangsläufig eine Gefahr für sexuellen Missbrauch und Misshandlung der eigenen Kinder besteht [Böttcher Wöhler 2004]. Es gibt auch einen Fall im Arbeitsrecht; einem Pfleger in der Psychiatrie sollte gekündigt werden, da er durch seine sexuellen Vorlieben eine Gefährdung für seine Patienten darstelle [Kündigung 1999]. Die Folge solcher Vorurteile ist eine subjektive Bewertung und möglicherweise Treffen der objektiv schlechteren Entscheidung. Durch das Stigma des „Perversen“

erscheint ein zweiter Blick „überflüssig“ und damit eine genaue Betrachtung der beteiligten Personen und des Sachverhalts.

Obwohl Sexualstraftaten weniger als 1% der gesamten Kriminalstatistik ausmachen und die Zahlen rückläufig [Egg 2003] sind, ist das Thema in der öffentlichen Wahrnehmung immer präsenter geworden. "Sex & Crime" ist ein Verkaufsgarant für die Medien, und eben diese Medienpräsenz steigert im Ringschluss das öffentliche Interesse. Eine objektive gesellschaftliche Betrachtung von Sexualstraftätern ist kaum noch möglich. Bei objektiver Betrachtung müssten Sexualstraftäter von der Gesellschaft nach Einsichtsfähigkeit in dieselben drei Gruppen eingeteilt werden wie alle anderen Straftäter:

- a) "uneinsichtige" Kriminelle/Regelbrecher, die vom Staat ihre "gerechte Strafe" als erzieherische Maßnahme erhalten (was als "Denkzettel" der Abschreckung vor Wiederholung dienen soll),
- b) "einsichtige" Kriminelle/Regelbrecher, die eine Resozialisation wünschen und deshalb im Strafvollzug zur Erreichung dieses selbstgesteckten Ziels therapeutische und soziale Hilfsangebote nutzen wollen,
- c) "nicht schulfähige" Personen, die massiv psychisch gestört und deshalb therapie-/hilfsbedürftig sind; die Therapie stellt eine präventive Maßnahme dar, die diese Person befähigen soll, ihr Verhalten im sozialen Kontext zu reflektieren (Wiederherstellung der „Schulfähigkeit“ als psychische Chancengleichheit)

Dagegen ist in der Realität eine Tendenz zum völligen Ausschluss von Sexualstraftätern aus der Gesellschaft zu erkennen. Symptomatisch für diese Geisteshaltung sind populistische Forderungen wie „Wegsperrten und Schlüssel wegwerfen!“, Ruf nach Wiedereinführung der Todesstrafe oder der Abschaffung von Therapieangeboten als „falschem Mitleid“. Das für alle anderen Bereiche des Rechtsstaats gesellschaftlich anerkannte Konzept der Resozialisation wird bei Sexualstraftaten von größeren Teilen der Bevölkerung abgelehnt. Zweifellos wird hier das ethische Verständnis der Gesellschaft auf eine sehr harte Probe gestellt, und diese Diskussion ist nicht Aufgabe der Psychologie und Psychiatrie. Jedoch wird die Wissenschaft unfreiwillig in diese Debatte hineingezogen und spielt dort eine bedeutende Rolle. Die undifferenzierte Betrachtung und Vermengung von Psychologie und Moral ist ein willkommener Mechanismus für Gesellschaft und Individuum. Die Psychologie wird instrumentalisiert, um als wissenschaftlich fundierte Instanz moralische Bewertungen zu rechtfertigen. Die allgemeine laienhafte Einschätzung eines gesellschaftlich unerwünschten Verhaltens als psychopathologisch ermöglicht es Gesellschaft wie Individuum, Sexualstraftäter als „Sexmonster“ oder „Soziopathen“ zu entmenschlichen und sich so von ihnen emotional zu distanzieren. Wo „stinknormalen“ Vergewaltigern und Voyeuristen / Spannern in einigen Teilen der Bevölkerung noch mit Verständnis begegnet wird, potenziert sich dieser Distanzierungseffekt bei sozial unverträglichem Sexualverhalten, das für große Teile der Bevölkerung weder emotional noch logisch nachvollziehbar erscheint. Das Unbegreifliche wird dämonisiert. Bei Sexualstraftaten mit paraphilem Täterverhalten sind für die meisten Menschen keine logischen Beweggründe erkennbar, und sie können die emotionale Motivation der Täter nicht nachempfinden.

Obwohl in der Forensik die Formulierung „schwere anderweitige seelische Abartigkeit“ (§§ 20, 21 StGB) bei der Frage nach der Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung und eingeschränkter Schulfähigkeit für den Laien auf deviantes Sexualverhalten abzielen scheint, erfolgt die psychiatrische Begutachtung von Sexualstraftaten nach denselben Schritten wie andere Straftaten. Kriterien für eine verminderte Schulfähigkeit sind progrediente Verlaufsformen (Zeitweiser Zusammenbruch der Kontroll- und Abwehrmechanismen als „schwere anderweitige seelische Abartigkeit“) und sexuelle Impulshandlungen (abweichend vom durchschnittlichen Verhalten situationsbedingt oder periodischer Durchbruch einer devianten Dynamik) herangezogen; ichtsyntone Formen stellen bei der Begutachtung einen Spezialfall dar, insbesondere Pädosexualität durch strukturelle Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung [Pfäfflin 2004]. Paraphile Interessen sind also mitnichten einen Grund für Strafmilderung, der Grad der psychischen Störung dagegen schon.

Ziel einer Psychotherapie ist Verminderung von Leidensdruck des Patienten, die Therapie „Hilfe zur Selbsthilfe“ und der Therapeut ein „persönlicher Trainer“, der die kognitiven und sozialen Fertigkeiten des Patienten individuell schult. Auch und gerade, wenn der Leidensdruck des Patienten zumindest teilweise von den Reaktionen der Umwelt auf das Verhalten des Patienten herrührt. Die Gesellschaft hat eine breite Palette von präventiven und sanktionierenden Maßnahmen auf unerwünschtes Verhalten von einzelnen Individuen entwickelt. Die Bereitstellung und Verfügbarkeit von psychotherapeutischen Angeboten ist eine dieser Maßnahmen, nicht jedoch die Therapie selbst. Die forensische Psychotherapie kommt zum Einsatz, wenn bei einer delinquenten Person nicht dieselben psychischen Voraussetzungen wie bei der Mehrheit der Bevölkerung gegeben sind, die Rechts-Unrechtsbewusstsein, Entscheidungsfähigkeit und die zum Überleben in der Gesellschaft erforderlichen sozialen Fertigkeiten bedingen, sowie eine Chance auf Verbesserung dieses Zustands besteht.

Therapieziel ist nicht, den Patienten den Wünschen der Gesellschaft entsprechend „umzuerziehen“ (dafür sind die anderen Sanktionen durch die Justiz gedacht), sondern psychische Chancengleichheit als Voraussetzung für die Resozialisierung des Patienten zu schaffen. Therapie von Sexualstraftätern mit paraphilem Verhalten ist „no therapy but control“, also Steigerung der Kontrollfähigkeit anstatt „wegtherapieren“ paraphiler Interessen. Zusätzlich werden mögliche weitere Störungen therapiert. Therapeuten und Gutachter haben nur die Verantwortung, die von der Gesellschaft dafür aufgebrauchten Ressourcen optimal einzusetzen. Dieser Verantwortung werden sie gerecht durch Fort- und Weiterbildung, die unabdingbar ist für eine Verbesserung von Gefahrenprognosen (Prävention durch Vermeidung der Freilassung von irrtümlich als nicht Rückfall gefährdet eingeschätzten Personen) und eine Optimierung der therapeutischen Behandlung (Verkürzung von Therapiezeiten + neue Konzepte für vormals „untherapierbare“ Patienten = Kostenersparnis). Dies entspricht sowohl den Interessen der Gesellschaft an der möglichst kostengünstigen Prävention solchen Verhaltens (und der daraus resultierenden Schäden), als auch den Interessen der Patienten in Behandlung, die eine möglichst kurze Verweildauer in den entsprechenden therapeutischen Einrichtungen wünschen.

Der irreführende Mythos in der Bevölkerung, dass sozial unverträgliches (Sexual)verhalten psychopathologisch sein müsse, wird durch die F65-Diagnoseschlüssel gefördert. Diese Einschätzung als „krank“ und die Tatsache, dass die Therapiewahrscheinlichkeiten für paraphile Interessen gegen Null tendieren, wirken wie Öl ins Feuer der allgemeinen irrationalen Massenhysterie in Bezug auf Sexualstraftaten. Die Folgen der öffentlichen Empörung sind Feindlichkeit gegenüber Forschungsprojekten und Therapieeinrichtungen, die zukünftige Sexualstraftaten verhindern könnten, und therapiefeindliche politische Entscheidungen wie beispielsweise die nachträgliche Sicherheitsverwahrung [DGfS 2004]. Bei Menschen, die über ihre eigenen sexuellen Fantasien beunruhigt sind und befürchten, dass sie in Zukunft selbst eine Sexualstraftat begehen könnten, schürt diese gesellschaftliche Haltung vielfältige Ängste und erhöht die Hemmschwelle, einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Insgesamt ist diese unreflektierte öffentliche Empörung kontraproduktiv für die Prävention von Sexualstraftaten durch frühzeitige Therapie von potentiellen Tätern und Senkung der Rückfallquote durch Verbesserung der Therapieangebote für verurteilte psychisch gestörte Täter.

Gleichzeitig fördert diese Hysterie das Vorurteil, dass Menschen mit ungewöhnlichen bzw. unmoralischen sexuellen Vorlieben diese zwangsläufig auf sozial unverträgliche Weise ausleben müssten. Dabei wird gern übersehen, dass nicht einvernehmliche Fantasien wie beispielsweise Vergewaltigungsfantasien in der Gesamtbevölkerung weit verbreitet sind. Sexuelle Fantasien sind jedoch nicht immer Handlungssimulationen, sondern haben sehr oft „nur“ symbolischen Charakter als Ausdruck eines emotionalen Bedürfnisses. Die Zweckentfremdung von Diagnoseschlüsseln außerhalb des Gesundheitswesens als moralische Instanz fördert die gesellschaftliche Tendenz zur Diskriminierung von nichtdelinquenten Paraphilen.

Die Klassifizierung von sozial unverträglichen Verhaltensweisen bei den „psychischen und Verhaltensstörungen“ hat weitreichende negative Auswirkungen auf die gesellschaftlichen und staatlichen Rahmenbedingungen für Prävention und Therapiemöglichkeiten von Straftätern. Gleichzeitig beeinflusst sie maßgeblich die gesellschaftliche Betrachtung von Menschen mit paraphilen Interessen, die ihre Vorlieben in einem sozial verträglichen Rahmen ausleben. Sowohl für die allgemeine Sicherheit der Bevölkerung als auch für die Lebensqualität von nichtdelinquenten Menschen mit paraphilen Interessen ergeben sich schwerwiegende Folgen. Zur Vermeidung menschlichen Leids sind veraltete Diagnoseschlüssel umgehend zu revidieren und überflüssige Schlüssel abzuschaffen.

7.3 Ethische Betrachtung von Datenschutz und überflüssigen Diagnoseschlüsseln

Die ICD wurde konzipiert als Instrument für die Erfassung einheitlicher Datensätze, um weltweit vergleichbare statistische Erhebungen zu ermöglichen. Für statistische Erhebungen sind möglichst detaillierte Datensätze sinnvoll, personenbezogene Daten nicht erforderlich. Aus Sicht des Datenschutzes ist die Erfassung von anonymen Daten kein Problem.

Allerdings wurde dieses Instrument jetzt einem neuen Verwendungszweck zugeführt. Für die Krankenkassenabrechnung sind personenbezogene Datensätze erwünscht. Hier besteht ein Interessenkonflikt zwischen dem Interesse des Patienten und den Interessen der Leistungserbringer. Die Leistungserbringer argumentieren, dass Datentransparenz zur Effizienzsteigerung und Vorbeugung von Missbrauch beitragen würde. Die Patienten allerdings haben ein Interesse daran, dass die Informationen, die sie ihrem Arzt anvertrauen, den Schutzraum der Praxis nicht verlassen. Wie bereits erläutert belasten die Diagnoseschlüssel unter F65 durch ihre reine Existenz das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Zusätzlich entsteht großes Misstrauen durch die personenbezogene Krankenkassenabrechnung seit dem 01.01.2004 und Verunsicherung über mögliche Verbreitung dieser Daten. Dieser Abrechnungsmodus ermöglicht lückenlose Profile bei den Krankenkassen

[BigBrotherAwards]. Gerade die Beteiligten im Gesundheitswesen sollten die ethische Notwendigkeit von Datenschutz besonders würdigen. Hier gilt nicht nur die rechtliche Verpflichtung gegenüber dem Bundesdatenschutzgesetz, auf die Erhebung nicht benötigter Daten zu verzichten. Das Bundesverfassungsgericht hat aus der Unantastbarkeit der Würde des Menschen ein Recht auf informationelle Selbstbestimmung hergeleitet [BVerfGE]. Ärzte und Psychotherapeuten sind darüber hinaus diesem Recht auf informationelle Selbstbestimmung ethisch besonders verpflichtet durch den Hippokratischen Eid:

„Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als Geheimnis betrachten.“ [HippEid]

Dieses Verständnis für das Bedürfnis der Patienten, sich einem Arzt oder Psychotherapeuten vollkommen anvertrauen zu können, wird ad absurdum geführt durch die Existenz von Diagnoseschlüsseln (und in Folge die Erhebung von Daten), die für die Krankenkassenabrechnung nicht erforderlich sind. Die Beschränkung der Datenerhebung auf ein absolut notwendiges Minimum leistet einen essentiellen Beitrag zum Datenschutz und zur Festigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Nicht erforderliche Schlüssel müssen deshalb ersatzlos gestrichen werden.

8. Zweck und Grenzen statistischer Erhebungen im Gesundheitswesen

Sicherlich ist es interessant, zu wissen, was die häufigsten „praktischen“ Gründe für Streitigkeiten in Beziehungen sind (Differenzen bei der Methode der Kindererziehung, Verwendung des gemeinsamen Geldes, unterschiedliche sexuelle Vorlieben, ...), wie weit verbreitet „unmoralische“ Vorstellungen und Fantasien tatsächlich in der Bevölkerung sind, wie viele Menschen von Amokläufen fantasieren, Angst vor Spinnen haben, Stimmen hören, illegale Drogen konsumieren, „gewalttätigen Medieninhalten“ (Splattermovies, Rugby-Spiele, Egoshooter games, Kriegsberichte mit Filmaufnahmen) ausgesetzt sind, sich überwiegend von Fast Food ernähren, Swinger Clubs besuchen, einer staatlich nicht anerkannten Religionsgemeinschaft angehören, davon träumen, die Weltherrschaft an sich zu reißen, oder die Menschheit mit genmanipulierten Killerviren auszurotten, an realistische Chancen für einen Lotto-Hauptgewinn glauben, wie viele Leute schon einmal eine Leiche geschändet oder einen Kürbis gepimpert haben usw..

Diese Ergebnisse könnten vielleicht zur Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Betreuung beitragen. Jedoch gehören diese Studien und ihre Diskussion ganz klar in die wissenschaftliche Grundlagenforschung und NICHT in den praxisorientierten Aufgabenbereich des staatlichen Gesundheitswesens. Für Spekulationen, Vermutungen und entsprechende suggestive/irreführende Diagnoseschlüssel ist kein Platz in einer amtlich herausgegebenen Klassifikation für statistische Erhebungen und die Normierung der Daten in der Krankenkassenabrechnung. Schlüssel, die weder einen erwiesenermaßen psycho- oder in sonstiger Weise pathologischen Zustand oder ein den Gesundheitszustand in einem direkten kausalen Zusammenhang negativ beeinflussenden Faktor darstellen, sind umgehend zu streichen. Die Kategorie F65 ist ersatzlos zu streichen, da es keine stichhaltigen Begründungen für die Einstufung als psychische Störung oder Verhaltensstörung gibt.

Unabhängig davon sind die mit Hilfe der F65 gewonnenen Daten nicht aussagekräftig und damit für statistische Erhebungen innerhalb wie außerhalb des Gesundheitswesens völlig ungeeignet, wie unter 5. (Prüfung der Schlüssel unter F65 hinsichtlich Logik und Relevanz für die ICD) ausführlich erläutert wurde.

9. Betrachtung der F65-Schlüssel als Kostenfaktor für die Leistungserbringer

Wie bereits erörtert beschreiben die F65-Schlüssel weder Krankheiten/psychische Störungen noch gesundheitliche Probleme/klinisch relevante Verhaltensstörungen. Psychische und physische Probleme, die in einem indirekten Bezug zu Paraphilien stehen können, werden bereits ohne Ausnahme durch andere Schlüssel außerhalb der Kategorie F65 abgedeckt. Die Schlüssel unter F65 sind damit in einem Diagnoseschlüssel überflüssig; die komplette Kategorie könnte problemlos gestrichen werden. Durch diese Schlüssel werden nur unnötige Daten produziert. Da diese Schlüssel in der Praxis wohl nur selten eingesetzt werden, wie die norwegische SINTEF-Statistik [SINTEF] zeigt, werden sich die Kosten in der Datenverarbeitung durch Bearbeitungszeit und belegte Speicherkapazität in Grenzen halten.

Es entstehen sogar zusätzliche Kosten durch den beschriebenen negativen Einfluss der F65-Schlüssel auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Misstrauen von Patienten ist der Grund für die Verschleppung von bestehenden Erkrankungen und pathologischen psychischen Zuständen, falschen Angaben gegenüber dem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten (und in Folge möglicherweise Behandlungsfehler und Verlängerung der Therapiezeiten) und der Verzicht, prophylaktische Beratungsangebote in Anspruch zu

nehmen. Eine Quantifizierung dieser Kosten ist nicht möglich, da ihre Ursache ja gerade die Bemühungen der Patienten sind, F65-Diagnosen zu vermeiden.

Darüber hinaus bedingen die F65-Schlüssel Behandlungsfehler im psychotherapeutischen Bereich auch ohne das Zutun bzw. Unterlassen von Patienten. Überholtes Wissen ist die Ursache von falschen Therapieansätzen, Fehlbehandlungen und in Folge verlängerte Therapiezeiten. Eine Streichung dieser irreführenden Diagnoseschlüssel würde eine Steigerung der Bereitschaft zur Fortbildung bewirken, in Folge Verbesserung der Betreuung und damit Effizienzsteigerung. Es lässt sich schwer einschätzen, in welcher Größenordnung sich diese Kosten bewegen, da hier viele Faktoren eine Rolle spielen.

Die vielschichtigen negativen Auswirkungen der Schlüssel unter F65 auf die Lebensqualität von Personen mit paraphilen Interessen führen zwangsläufig zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Eine Ermittlung der Höhe dieser Kosten ist nicht möglich, da diese Auswirkungen oft nur indirekt sind. Über statistische Erhebungen im Gesundheitswesen mit Hilfe der ICD würde nur der direkte Kontak Anlass wie z.B. eine psychosomatische Erkrankung oder depressive Symptome erfasst, aber nicht die soziale Konstellation in all ihrer Komplexität, die bei dem Patienten zu diesem Zustand geführt hat. Für Forschung über die Auswirkungen von psychosozialen Faktoren ist die ICD auch völlig ungeeignet, da sie bei weitem zu indifferent und die Bedingungen für die Datenerhebung nicht homogen sind.

10. Zusammenfassung:

Die Erfassung von Paraphilien in einem Diagnoseschlüssel hat alleine durch die Natur der Paraphilien keinerlei praktischen Nutzen im Gesundheitswesen oder Erkenntniswert für statistische Erhebungen. Für die Diagnoseschlüssel unter F65 besteht nach genauer Betrachtung des Sachverhalts keine Existenzberechtigung. Ganz im Gegenteil verursachen diese Schlüssel durch ihren normativen Stellenwert massiven Schaden im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft, der wiederum unnötige und vermeidbare Kosten für die Leistungserbringer nach sich zieht.

Paraphilien können keine psychische Störung sein, da sie ein reines Verhaltensmuster beschreiben. Die begleitenden Kriterien sind nicht klar abgrenzbar und ohne das beschriebene Verhaltensmuster sinnlos. Eine Verhaltensstörung ist auch nicht gegeben, da ohne Norm keine Störungen definiert werden können. Es besteht kein direkter kausaler Zusammenhang als gesundheitliches Problem oder Risikofaktor, weshalb eine Einstufung als „klinisch bedeutsame Verhaltensstörung“ auch nicht gerechtfertigt ist. Eine Kausalität wird oft in wissenschaftlicher Literatur vorausgesetzt bzw. als gegeben angenommen, jedoch existieren keine stichhaltigen Belege, die diese Vermutung begründen könnten. Ungesicherte Theorien haben keine Existenzberechtigung in einem Diagnoseschlüssel. Die Auflistung eines Sachverhalts, der bestenfalls symptomatisch für eine Störung sein kann, aber nicht zwingend ein Indiz für eine solche sein muss, macht für einen Diagnoseschlüssel keinen Sinn. Alle Eventualitäten, in denen ein indirekter Zusammenhang mit Paraphilien bestehen könnte, werden bereits durch andere, nichtsexuelle Diagnoseschlüssel abgedeckt. Am Beispiel der Homosexualität kann man, wie auch bei den Paraphilien, erkennen, dass auf tradierten Moralvorstellungen und Spekulationen beruhende Thesen lange Zeit ungeprüft übernommen oder durch Studien mit nicht repräsentativen Personengruppen bestärkt wurden. Die Lehrmeinung über Homosexualität wurde inzwischen grundlegend revidiert. Die öffentliche Aufmerksamkeit, nicht zuletzt ein Produkt der massiven Öffentlichkeitsarbeit und Interessenvertretung der Betroffenen, hatte verstärkte wissenschaftliche Aufmerksamkeit zur Folge. Dagegen begannen erst in jüngerer Zeit einige Sexualwissenschaftler, von der Einstufung von Paraphilien als pathologisch Abstand zu nehmen. Dieselben Argumente, die für die Streichung des Diagnoseschlüssels Homosexualität angeführt wurden, sind konsequent auf die gesamte F65 zu übertragen. Es gibt keinen logisch nachvollziehbaren Grund dafür, weshalb manche Verhaltensweisen in sexuellem Kontext als abweichend oder, wenn sie „übertrieben“ ausgeprägt sind, als pathologisch eingestuft werden und andere nicht. Dass ein Verhalten nach dem allgemeinen kulturellen Verständnis skurril, nicht normgerecht oder unter Umständen moralisch verwerflich bis strafrechtlich relevant ist, ist kein ausreichender Grund, daraus eine Psychopathologie oder einen besonders erwähnenswerten gesundheitlichen Risikofaktor zu konstruieren. Darüber hinaus ergeben sich massive Definitionsprobleme. Beim Individuum sind die Grenzen der Interessen und ihrer Intensität fließend, eine Unterscheidung zwischen Paraphilien und Nichtparaphilien kann nur subjektiv vorgenommen werden. Die sexuelle Identität eines Patienten und damit die soziologische Betrachtung ist für die psychologische Klassifikation unerheblich. Informationen über die Verbreitung spezieller sexuellen Vorlieben bringen keinerlei praktischen Nutzen bei statistischen Erhebungen im Gesundheitswesen. Diese gehören in den Aufgabenbereich der Grundlagenforschung, und dort sind die so gewonnenen Daten zu unspezifisch.

Die Listung in der ICD ist völlig überflüssig und ein nicht logisch begründbares kulturhistorisches Relikt. Ganz im Gegenteil verursacht dieser Sonderstatus direkt und indirekt massiven Schaden innerhalb des

Gesundheitswesens und in der Gesellschaft.

Wenn Diagnoseschlüssel wie die F65 massiv veraltet sind, hat das in der Praxis Fehldiagnosen und falsche Therapieansätze zur Folge durch die normative Wirkung der ICD als Maßstab für den Stand des Wissens in der Medizin/Psychologie. Die Kenntnis dieses Zusammenhangs, das gesellschaftliche Stigma der F65 und die für Laien intransparente Informationsverbreitung im Gesundheitswesen durch die Krankenkassenabrechnung beeinträchtigen das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient massiv. Dies äußert sich in Nichtinanspruchnahme prophylaktischer Angebote, Hinauszögern von notwendigen Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen sowie einseitige Informationsfilterung seitens der Patienten und damit möglicherweise Fehldiagnosen und Behandlungsfehler.

Diagnoseschlüssel werden in vielen Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens zweckentfremdet und missbraucht als normative Instanz für die Bewertung menschlichen Verhaltens. Die F65 ist die Ursache von menschlichem Leid, da sie direkt und indirekt Diskriminierung von sexuellen Minderheiten zur Folge hat. Gleichzeitig begünstigt die F65 eine irrational übersteigerte gesellschaftliche Eskalation bezüglich Sexualstraftaten, die in Folge die Prävention eben solcher Straftaten erschwert und darüber hinaus eine Diskriminierung von nichtdelinquenten Paraphilien fördert. Letztendlich führen diese Folgen der F65 wiederum zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Die Beibehaltung eines Diagnoseschlüssels, der inhaltlich überholt, überflüssig und nutzlos ist, aber weitreichende negative Auswirkungen hat, widerspricht vollkommen dem ethischen Kodex in der Medizin, zu heilen und Schaden abzuwenden.

11. Quellen:

[Agres 2003] Agres, T. (2003), „Sex, drugs and NIH“, in „The Scientist Daily News“, www.biomedcentral.com/news/20031103/06

[Baker 2003] Baker, Robin "Krieg der Spermien - Weshalb wir lieben und leiden, uns verbinden, trennen und betrügen", ISBN 3-404-6046502

[BigBrotherAwards] Big Brother Award 2004 Kategorie Gesundheit & Soziales: Ulla Schmidt www.bigbrotherawards.de/2004/.soc/

[Böttcher Wöhler 2004] Böttcher, I., Wöhler, H., 2004, Initiative Missbrauch des Missbrauchs, www.circle.de/missmiss.html

[BVerfGE] Bundesverfassungsgericht „Volkszählung“, BVerfGE 65,1, 1983, www.datenschutz-berlin.de/gesetze/sonstige/volksz.htm

[DatenschlagHowTos] Datenschlag HowTos www.datenschlag.org/howto/index.html

[Davis 1996] Davis, D.L. (1996). Cultural sensitivity and the sexual disorders of the DSM-IV: Review and assessment. In J.E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, & D. L. Parron (Eds.) Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective (pp. 191-208). Washington, DC: American Psychiatric Press.

[DGfS 2004] Berner, W., Hill, A., (2004). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung zum geplanten Gesetz zur Einführung einer nachträglich angeordneten Sicherheitsverwahrung. www.dgfs.info/DGfS_Stellungnahme.pdf

[DIMDI 2003] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2003). ICD-10-GM-2004. Köln, Deutschland: Deutscher Ärzte Verlag ISBN 3-7691-3204-1

[EU 2004] Scallon, D., Breyer, H., Sörensen, P., Blokland, H. (2004). Schriftliche Erklärung zum Schutz des Kindes in Zusammenhang mit Paraphilien. [www.europarl.eu.int/Declaration/document/2004/P5_DCL\(2004\)0022/P5_DCL\(2004\)0022_DE.doc](http://www.europarl.eu.int/Declaration/document/2004/P5_DCL(2004)0022/P5_DCL(2004)0022_DE.doc)

[Egg 2003] Egg, R., (2003). Kriminalität mit sexuellem Hintergrund. In Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg. Der Bürger im Staat Heft 1/2003, Sicherheit und Kriminalität. www.lpb.bwue.de/aktuell/bis/1_03/grund.htm

[Grimme 2002] Grimme, M. T. J. (2002). Das SM-Handbuch. Hamburg, Deutschland: Charon. ISBN 3931406016

[HippEid] Hippokrates, „Hippokratischer Eid“, Übersetzung, www.datenschutz-berlin.de/doc/gr/hippo.htm

[Kleinplatz 2001] Kleinplatz, Peggy J., PH.D. (2001). A Critique of the Goals of Sex Therapy, or the Hazards of Safer Sex“. In P.J. Kleinplatz (Ed.). New directions in Sex Therapy Innovations and Alternatives. (S. 109-131). Philadelphia, USA: Brunner-Routledge. ISBN 0-87630-967-8

[Kündigung 1999] Urteil „Kündigung wegen sexueller Neigung“ Arbeitsgericht Berlin, (1999) Urteil 36 Ca 30545/98 www.arbeitsrecht-fa.de/hefte/200007/0407.pdf

[Maltz 2001] Maltz, Wendy, MSW, LCSW LMFTCC, CST (2001). Sex Therapy With Survivors of Sexual

- Abuse. In P.J. Kleinplatz (Ed.). New directions in Sex Therapy Innovations and Alternatives. (S. 258-278) Philadelphia, USA: Brunner-Routledge. ISBN 0-87630-967-8
- [Martins Ceccarelli 2003] Martins, M. C., Ceccarelli, P. R., (2003). The so-called „deviant“ sexualities: Perversion or right to difference?. www.revisef65.org/cuba1.html
- [McConaghy 1999] McConaghy, N. (1999). Unresolved issues in scientific sexology. Archives of Sexual Behavior, 28, 285-302.
- [Miller 2000] Miller, G. F. (2000). Die sexuelle Evolution - Partnerwahl und die Entstehung des Geistes", Heidelberg, Berlin, Deutschland: Spektrum. ISBN 3-8274-1097-5
- [Moser 1999] Moser, C. (1999). Health care without shame – a handbook for the sexually diverse and their caregivers. San Francisco, USA: Greenery Press, ISBN 1-890159-12-3
- [Moser Kleinplatz 2002] Moser, C., Kleinplatz, P. J., (2002). Transvestic fetishism: Psychopathology ir iatrogenic artifact?. New Jersey Psychologist, 52(2) 16-17 home.netcom.com/~docx2/tf.html
- [Moser 2001] Moser, C. (2001). Paraphilia: A Critique of a Confused Concept. In P. J. Kleinplatz (Ed.). New directions in Sex Therapy Innovations and Alternatives. (S. 91-108) Philadelphia, USA: Brunner-Routledge. ISBN 0-87630-967-8
- [Moser Kleinplatz 2003] Moser, C., Kleinplatz, P.J., (2003). DSM-IV-TR and the Paraphilias: An Argument for Removal. home.netcom.com/~docx2/mk.html
- [Pfäfflin 2004] Pfäfflin, F. (2004). Sexualstraftaten. In K. Foerster (Ed.), Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen (S. 275-302), München, Deutschland: Urban & Fischer ISBN 3-437-22900-1
- [Rubin 1992] Rubin, G. (1992). Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In C. S. Vance (Ed.), Pleasure and danger: Exploring female sexuality (pp.267-319). London, U.K.: Pandora Press.
- [Runkel 2003] Runkel, G. (2003). Die Sexualität in der Gesellschaft. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung, Münster, Deutschland: LIT ISBN 3-8258-6825-7
- [SINTEF] SINTEF statistics Norway 2000-2002 at ReviseF65 www.revisef65.org/sintef.html
- [Silverstein 1984] Silverstein, C. (1984). The ethical and moral implications of Sexual Classification: A Commentary. Journal of Homosexuality, 9 (4), 29 -37.
- [Sod] Sodomy Laws Worldwide www.sodomylaws.org
- [Spanner Case] Society for Human Sexuality. Text of Final Judgement on Spanner Case. www.sexuality.org//bdsmlaskey.html
- [Suppe 1984] Suppe, F. (1984). Classifying sexual disorders: The Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association. Journal of Homosexuality, 9 (4), 9-28.
- [Vonholt 2004] Dr. med Christl Ruth Vonholt (2004). Pädophile auf dem Vormarsch. www.kath.net/detail.php
- [Wetzstein 1993] Wetzstein, Steinmetz u.a. (1993) Sadomasochismus - Szenen und Rituale, Rowohlt Taschenbuch Verlag ISBN 3-499-19632-8
- [WHO 2004] Weltgesundheitsorganisation, Ed. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort E. (2004) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 3. korrigierte Auflage. Bern, Schweiz: Hans Huber ISBN 3-456-84098
- [WHO 2005] Weltgesundheitsorganisation, Ed. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-Diagnostische Leitlinien. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern, Schweiz: Hans-Huber ISBN 3-456-84124-8

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

- a. **Problembeschreibung** (inkl. Begründung von Vorschlägen, die primär 'klassifikatorisch' motiviert sind, z.B. inhaltliche oder strukturelle Vorschläge) *

Bei Vorschlägen, die primär klassifikatorisch motiviert sind, sind grundsätzlich auch die Auswirkungen auf das Entgeltsystem zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7b genannten Fragen.

Siehe oben

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? *

- Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen ('aktuell' vs. 'neu') voraussichtlich betroffen?
- Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (neue Schlüsselnummern)?
- Mittels welcher Schlüsselnummernkombinationen (ICD/OPS) werden die im Vorschlag genannten Fallgruppen aktuell verschlüsselt?
- **Benennen Sie die maßgeblichen Kostenpositionen (inkl. ihres Betrags) zum ggf. geltend gemachten Behandlungsmehr- oder -minderaufwand. Stellen Sie diese auch gegenüber den bisher zur Verfügung stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar.**

Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.

Wir möchten speziell in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit verweisen, einer Veröffentlichung Ihres Antrags auf den Internetseiten des DIMDI zu widersprechen (siehe Seite 1).

Siehe oben.

c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.)

Nicht bekannt

d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant?

Nicht bekannt

8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)