

Tamara Bockshammer und Martin Rettenberger

### **Eine empirische Untersuchung der dezentralen therapeutischen Versorgung entlassener Sexualstraftäter : Befragung der Therapeuten von Probanden des Sicherheitsmanagements (SIMA) in Hessen**

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Psychiatrie Verlag

#### **Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Bockshammer, Tamara; Rettenberger, Martin (2015). Eine empirische Untersuchung der dezentralen therapeutischen Versorgung entlassener Sexualstraftäter Befragung der Therapeuten von Probanden des Sicherheitsmanagements (SIMA) in Hessen. *Recht und Psychiatrie* 33(2015), 4, S. 183–192.

#### **Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung – keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Terms of Use:**

This document is made available under a Deposit Licence (No redistribution – no modifications). We grant a non-exclusive, nontransferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, noncommercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public. By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

#### **Kontakt / Contact**

URL: [krimpub.krimz.de](http://krimpub.krimz.de)

E-Mail: [krimpub@krimz.de](mailto:krimpub@krimz.de)

## **KrimPub**

Dokumentenserver der Kriminologischen Zentralstelle

Tamara Bockshammer und Martin Rettenberger

## Eine empirische Untersuchung der dezentralen therapeutischen Versorgung entlassener Sexualstraf Täter

### Befragung der Therapeuten von Probanden des Sicherheitsmanagements (SIMA) in Hessen

Die Frage der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Behandlung von Sexualstraf Tätern wird in der forensischen Evaluationsforschung bis heute kontrovers diskutiert, wobei mehrheitlich davon ausgegangen wird, dass professionell durchgeführte Interventionen grundsätzlich die Rückfallraten von Straftätern reduzieren können. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn bei der Implementierung von Behandlungsprogrammen wissenschaftlich fundierte Rehabilitationsmodelle wie beispielsweise das »Risk-Need-Responsivity«-Modell (RNR-Modell) berücksichtigt werden. Die systematische Berücksichtigung solcher Modelle gelingt üblicherweise leichter in einer zentralen Organisationsstruktur forensischer Nachsorge wie sie in den mittlerweile bundesweit anzutreffenden Nachsorgeambulanzen umgesetzt wird. Gleichzeitig gibt es allerdings auch Vorteile eines dezentralen Versorgungsmodells, in dem niedergelassene Therapeuten die Nachsorge entlassener Sexualstraf Täter übernehmen. In der vorliegenden Studie wurden Therapeuten und Therapeutinnen aus Hessen, wo bis vor Kurzem die Nachsorge ausschließlich dezentral erfolgte, nach ihren Erfahrungen sowie den eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Techniken und Ansätzen befragt. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse werden die Vor- und Nachteile einer dezentralen Versorgungsstruktur diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Sexualstraf Täter, Behandlung, Evaluation, Rückfälligkeit, Nachsorge

### *Decentralized forensic aftercare of released sexual offenders: A survey of clinicians working with sexual offenders in Hesse*

*The effectiveness of treatment for sexual offenders is still a controversial issue. However, the majority of clinicians and researchers assume that professional interventions are basically able to reduce the recidivism rates of offenders, in particular when the implementation of treatment programs follows scientifically sound rehabilitation models like the »Risk-Need-Responsivity«-model (RNR-model). Systematic implementation of these models is usually easier for centrally organized forensic aftercare outpatient clinics. In the meantime, a number of such forensic aftercare outpatient clinics were set up in Germany. However, a decentralized organization of forensic aftercare treatment for sexual offenders could also have some advantages: local practitioners provide treatment for released sexual offenders within their routine clinical practice. In the present study survey data are presented about the clinical work of local practitioners in Hesse. Based on the survey results the opportunities and potential problems of a decentralized intervention structure are discussed.*

**Keywords:** Sexual Offenders, Treatment, Evaluation, Recidivism, Forensic Aftercare

### Die therapeutische Versorgung entlassener Sexualstraf Täter

Einem allgemeinen internationalen Trend folgend belegen aktuelle empirische Befunde zur Rückfallwahrscheinlichkeit entlassener Sexualstraf Täter, dass diese heute deutlich niedriger liegt als noch vor 20 Jahren (FINKELHOR & JONES 2006; HELMUS et al. 2009). Jüngere Studien aus dem deutschsprachigen Raum legen nahe, dass die offiziell registrierten Rückfallraten entlassener Sexualstraf Täter innerhalb eines 5-jährigen Nachbeobachtungszeitraums im einstelligen Prozentbereich liegen (RETTENBERGER et al. 2015). Auch wenn die Gründe für den allgemeinen Trend sinkender Basisraten noch unklar sind, ist es naheliegend, dass auch die verbesserte therapeutische Versorgungsstruktur ihren Beitrag zu dieser äußerst begrüßenswerten Entwicklung leistet.

Dennoch wird innerhalb der forensischen Evaluationsforschung die Frage nach der Wirksamkeit von Interventionsmaß-

nahmen aufgrund teilweise widersprüchlicher Ergebnisse nach wie vor kontrovers diskutiert (EHER & PFÄFFLIN 2011; MARSHALL & MARSHALL 2007; RICE & HARRIS 2013; SETO et al. 2008). So zeigten einige Studien einschließlich Studien über medikamentöse Therapieversuche bei Sexualstraf Tätern, dass behandelte Sexualstraf Täter im Vergleich zu unbehandelten Gruppen signifikant niedrigere Rückfallraten aufwiesen (HALL 1995; HANSON et al. 2002; LÖSEL & SCHMUCKER 2005). Auch aus dem deutschsprachigen Raum wurden einzelne Untersuchungen publiziert, die positive Behandlungseffekte berichteten (EHER et al. 2006; SAUTER et al. 2015). Hingegen wurden immer wieder kritische Stimmen laut, die diese positiven Effekte anzweifeln, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Großteil der berichteten Studien lediglich suboptimale Untersuchungsdesigns verwendete und die wenigen vorliegenden randomisierten Studien keinen Behandlungseffekt belegen konnten (DUGGAN 2014; EHER & PFÄFFLIN 2011; ORTMANN 2000; RICE & HARRIS 2013). Diese zuletzt ge-

nannten methodenkritischen Analysen postulieren nicht, dass die vorhandenen Wirksamkeitsuntersuchungen zeigen würden, Behandlung wäre nicht wirksam. Sie kommen lediglich zu dem Schluss, dass mit dem vorhandenen Daten- und Erkenntnismaterial die Null-Hypothese (Behandlung ist nicht wirksam) nicht mit hinreichender Sicherheit zurückgewiesen werden kann (RICE & HARRIS 2013).

Die Mehrheitsmeinung forensischer Evaluationsforscher und klinisch tätiger Kollegen und Kolleginnen geht aktuell davon aus, dass professionell durchgeführte Interventionen grundsätzlich die Rückfallraten von Straftätern reduzieren können (ANDREWS et al. 1990; SCHMUCKER 2004). Dies scheint allerdings nur dann zuzutreffen, wenn wissenschaftlich fundierte Rehabilitationsmodelle in der Betreuung und Behandlung systematisch Berücksichtigung finden. HANSON et al. (2009) führten hierzu im Bereich der Sexualstraftäterbehandlung eine Meta-Analyse durch und zeigten, dass behandelte Sexualstraftäter im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen nur dann geringere Rückfallraten aufwiesen, wenn sie an Behandlungsprogrammen teilnahmen, die sich an den »Risk-Need-Responsivity«-Prinzipien (RNR; ANDREWS & BONTA 2006) orientierten. Mit anderen Worten führten Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter nur dann zu einer Reduktion der Rückfälligkeit, wenn bei der Programmimplementierung und -durchführung die Prinzipien »Risk« (d. h. Straftätergruppen mit einem höheren Rückfallrisiko sollten mehr Behandlung bekommen), »Need« (d. h. dass bei der Auswahl konkreter Therapieziele empirisch fundierte Risikofaktoren besonders im Fokus stehen sollten) und »Responsivity« (d. h. Therapie- und Betreuungsprogramme sollten sich an den individuellen Lernstilen und Fähigkeiten der Patienten und Klienten orientieren) systematisch Berücksichtigung fanden. Auch andere Rehabilitationsmodelle gehen davon aus, dass bei Berücksichtigung bestimmter Behandlungskriterien und -techniken die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen substanzial erhöht werden kann (z. B. WARD & GANNON 2006). Ein Beispiel für ein Therapieprogramm für Sexualstraftäter, in dem die RNR-Prinzipien berücksichtigt werden, ist das *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* (BPS-R; REHDER 1990; WISCHKA et al. 2012). Die Wirksamkeit dieses Behandlungsprogramms, das mittlerweile in über 50 Strafvollzugseinrichtungen in Deutschland eingesetzt wird, konnte in ersten Evaluationsuntersuchungen bestätigt werden (WISCHKA 2013).

### Die dezentrale Nachsorge entlassener Sexualstraftäter in Hessen

Für die Nachsorge entlassener Sexualstraftäter wird in Hessen eine dezentrale Versorgungsstruktur vom Verein *Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V.* angeboten. Aufgrund der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Therapeuten und nicht forensischen Therapie-Ambulanzen (z. B. in Trägerschaft von *pro familia*) wird seit 2009 eine flächendeckende Versorgung in Hessen gewährleistet. Voraussetzung für diese Versorgung ist, dass die Sexualstraftäter Klienten der Bewährungshilfe in Hessen, d. h. dem Sicherheitsmanagement (SIMA), das im Folgenden kurz beschrieben werden soll, sind und eine gerichtliche Weisung zur Teilnahme an einer psychotherapeutischen Behandlung vorliegt.

Das Sicherheitsmanagement (SIMA) hat seinen Ursprung im gemeinsamen Runderlass »Verbesserung des Schutzes der Be-

völkerung von Sexualstraftaten« des Hessischen Ministeriums der Justiz, des Hessischen Ministeriums des Innern und für Sport und des Hessischen Sozialministeriums vom 3. Januar 2008 und wurde am 1. Oktober 2008 in allen hessischen Landgerichtsbezirken eingeführt (SCHARF 2013). Zielgruppe des SIMA sind alle Sexualstraftäter, die gemäß §§ 174 bis 184 StGB verurteilt wurden, Klienten mit Tötungsdelikten aufgrund sexueller oder unklarer Motivlage sowie ehemalige Sicherungsverwahrte. Neben den üblichen Aufgaben der Bewährungshilfe sollen die SIMA-Mitarbeiter auf eine begleitende psychotherapeutische Behandlung hinwirken. Der Verein *Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V.* stellt die psychotherapeutische Versorgung der SIMA-Klienten sicher, indem er auf Grundlage personengebundener gerichtlicher (Therapie-)Weisungen die ambulanten Behandlungen vermittelt und finanziert. Zentrale Ziele der psychotherapeutischen Behandlung sind wie in anderen strafrechtlichen Behandlungskontexten die Vermeidung weiterer (schwerwiegender) Straftaten und somit der Schutz potenzieller Opfer.

Während die Kontrolle und Überprüfung oben diskutierter Behandlungsstandards in geschlossenen Behandlungssettings ein fester Bestandteil institutioneller Qualitätssicherung sind, gestaltet sich dies bei ambulanten Therapieangeboten weitaus schwieriger (EGG 1990). BRAND (2006) untersuchte im Rahmen eines Evaluationsprojekts das ambulante Psychotherapieangebot für Sexualstraftäter in acht Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen. Die Untersuchung ergab, dass die Beratungsstellen mit vielen, teilweise sehr unterschiedlichen therapeutischen Konzepten arbeiteten. Daraus wurde die Empfehlung abgeleitet, eine Vereinheitlichung der diagnostischen Klassifizierung und der therapeutischen Arbeitsweise anzustreben.

### Fragestellung

Die Überbrückungszeit stellt für viele Sexualstraftäter die erste Bewährungsprobe außerhalb der geschlossenen Einrichtung dar und wird deshalb häufig als Hochrisikophase titulierte (BRAND 2006). Aus diesem Grunde gibt es heute bundesweit Nachsorgestrukturen, die versuchen, insbesondere in dieser vulnerablen Phase Betreuungs- und Behandlungsangebote bereitzustellen (HABERMANN et al. 2007). Dies geschieht meist über zentral organisierte Versorgungsstrukturen in Form von forensischen Nachsorgeambulanzen (SAUTER et al. 2015; SCHMIDT-QUERNHEIM & SEIFERT 2014; STEINBÖCK 2014)<sup>1</sup>, für deren Behandlungsangebot heute fundierte Behandlungsstandards vorliegen, die im Hinblick auf die intendierte Reduktion der Rückfallgefahr als empirisch gesichert gelten können (YOON et al. 2013). Während die Formulierung und Implementierung einheitlicher Behandlungsstandards in einer dezentralen Versorgungsstruktur sicherlich schwieriger zu gewährleisten ist, weist auch diese Vorteile auf (KLIESCH 2015). So sollen beispielsweise auf diesem Wege Kapazitäts- und Kostenprobleme vermieden werden, indem die Probanden direkt

<sup>1</sup> Solche zentral organisierten Versorgungsstrukturen können in Flächenländern wie Bayern (STEINBÖCK 2014) oder Nordrhein-Westfalen (SCHMIDT-QUERNHEIM & SEIFERT 2014) ebenfalls teilweise dezentral mit einzelnen über das Land verteilten regionalen Versorgungspunkten strukturiert sein. Der Unterschied zum hessischen Modell besteht darin, dass in Hessen die dezentrale Versorgung nicht über einzelne speziell forensische Ambulanzen sichergestellt wird, sondern durch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Therapeuten und Therapeutinnen und nicht forensischen Therapie-Ambulanzen.

an Therapeuten in örtlicher Nähe vermittelt werden können und nicht auf frei werdende Therapieplätze einer zentralen Einrichtung warten und/oder sich auf zeit- und kostenintensive Reisen begeben müssen.

Unklar bleibt in dezentralen Versorgungsstrukturen häufig, welche Behandlungs- und Betreuungsformen eigentlich genau durchgeführt werden. Aus diesem Grunde bestand in Anlehnung an BRAND (2006) das Ziel der vorliegenden Untersuchung darin, möglichst viele Therapeuten, die in den letzten drei Jahren in Hessen an der Behandlung der SIMA-Klienten beteiligt waren, zu den Rahmenbedingungen und Inhalten des Behandlungsangebots zu befragen. Der Fokus lag hierbei insbesondere auf der Erfassung von Daten und Informationen über die Kriterien und Methoden der Behandlung, da sich bestimmte Behandlungsmodelle als besonders effektiv erwiesen haben (SCHMUCKER 2004). Darüber hinaus wurden Anregungen und Wünsche der Therapeuten selbst erfasst, um daraus gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge für die zukünftige therapeutische Arbeit ableiten zu können.

## Methode

In Anlehnung an das Evaluationsprojekt ambulanter psychotherapeutischer Behandlung von BRAND (2006) wurde für die vorliegende Untersuchung ein Fragebogen entwickelt, der sich an den oben genannten Fragestellungen orientierte. Um in der vorliegenden Studie eine zu niedrige Teilnahmequote der Therapeuten und Therapeutinnen zu vermeiden – ein Problem der Untersuchung von BRAND (2006) – bestand von Beginn an das Bemühen, Forschungsziele und Studienzweck mit den beteiligten Therapeuten möglichst offen und transparent zu diskutieren. So informierte die Geschäftsführung des Vereins *Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V.* zwei Wochen vor der Aussendung der Fragebögen alle Therapeuten über die Studie und über die baldige Zusendung, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu gewährleisten. Für die Teilnehmenden bestand zudem die Möglichkeit, einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen, falls sie diese nicht beantworten konnten oder wollten. Die Sicherstellung der Anonymität der Antworten wurde durch die Verwendung anonymisierter Rücksendeumschläge gewährleistet.

Der Fragebogen umfasste insgesamt 19 Seiten und war in fünf Bereiche eingeteilt: Der erste Teil erfasste *allgemeine Informationen*, der zweite Teil des Fragebogens erfragte *Daten über den Therapeuten und die Praxis/Institution*, der dritte Teil befasste sich mit *Informationen über die Klienten des SIMAs*, der vierte Abschnitt des Fragebogens erhob *Informationen über das therapeutische und diagnostische Vorgehen* und der letzte Teil beinhaltete Fragen *über die Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe und dem Verein Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V.* Von besonderer Relevanz war im dritten Abschnitt die Auflistung klientenbezogener Kriterien für den Therapieerfolg, die aus der Studie von BRAND (2006) übernommen wurden, um anschließend beide Untersuchungen vergleichen zu können. Bei der Interpretation der relativen Häufigkeitsverteilungen ist zu berücksichtigen, dass bei einigen Fragen Mehrfachnennungen möglich waren; dadurch konnten Prozentwertsummen von mehr als 100% entstehen.

Bis Januar 2014 wurde der erste Entwurf des Fragebogens erstellt, mit Vertretern des Vereins *Förderung der Bewährungshilfe*

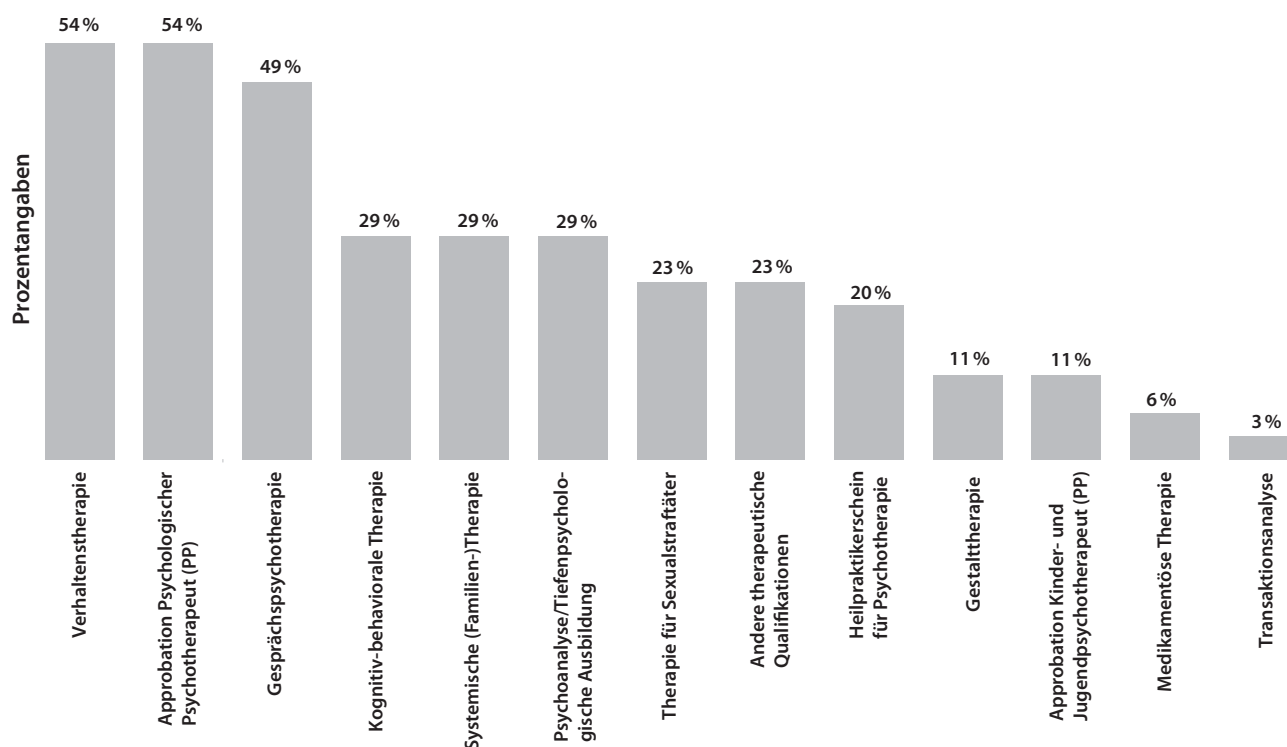
*in Hessen e. V.* diskutiert und geringfügig überarbeitet, sodass in der Woche vom 24. bis zum 28. Februar 2014 der Fragebogen an die Therapeuten und Therapeutinnen verschickt werden konnte. Die erste Rücksendefrist endete am 28. März 2014, wobei diese anschließend um vier Wochen verlängert wurde, da bis zu diesem Zeitpunkt eine Rücklaufquote von lediglich 43% zu verzeichnen war.

Von insgesamt 47 versandten Fragebögen wurden schließlich 35 Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet, was einer Rücklaufquote von 75% entsprach, die deutlich über der Quote früherer Untersuchungen lag (BRAND 2006). Die an der Befragung teilnehmenden Therapeuten und Therapeutinnen arbeiteten überwiegend (54%,  $n = 19$ ) in eigener Praxis oder waren in einer Institution (z. B. *pro familia*) beschäftigt (34%,  $n = 12$ ). Nur eine kleine Gruppe (11%,  $n = 4$ ) war in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Achtundzwanzig Therapeuten und Therapeutinnen (80%) gaben an, aktuell Klienten des SIMAs zu behandeln, während sechs Personen (17%) zwar in den letzten drei Jahren, nicht aber aktuell SIMA-Klienten behandelten. Eine Person (3%) beantwortete diese Frage nicht.

## Ergebnisse

Ein Großteil (63%,  $n = 22$ ) der Therapeuten und Therapeutinnen, die an der Befragung teilnahmen, waren Diplom-Psychologen, gefolgt von Diplom-Pädagogen (20%,  $n = 7$ ), Ärzten (14%,  $n = 5$ ) und Diplom-Sozialpädagogen (9%,  $n = 3$ ). Drei Personen (9%) gaben andere Qualifikationen an (z. B. Heilpraktiker). Die über die akademische Grundausbildung hinausgehenden therapeutischen Qualifikationen der befragten Therapeuten und Therapeutinnen sind in Abbildung 1 (S. 186) dargestellt. Erwartungsgemäß war mit jeweils 54% ( $n = 19$ ) die verhaltenstherapeutische Ausbildung in Verbindung mit einer Approbation als Psychologischer Psychotherapeut am häufigsten vertreten.

Langjährige allgemeintherapeutische Erfahrungen (mehr als 20 Jahre Berufserfahrung) gaben 51% ( $n = 18$ ) der Befragten an, nur ein geringer Teil der Befragten (11%,  $n = 4$ ) war zu diesem Zeitpunkt weniger als zehn Jahre therapeutisch tätig. Weniger erfahren waren die Therapeuten im Hinblick auf die Behandlung von Sexualstraftätern. So gaben hier 43% ( $n = 15$ ) an, weniger als fünf Jahre mit Sexualstraftätern zu arbeiten, und nur 9% ( $n = 3$ ) berichteten von einer mehr als 20-jährigen Berufserfahrung (eine Person ließ diese Frage unbeantwortet). Mit 94% ( $n = 33$ ) nahm die überwiegende Mehrheit regelmäßig an Supervisionsveranstaltungen teil, ein weiterer Bedarf an Supervision wurde von 17% ( $n = 6$ ) bejaht, 74% ( $n = 26$ ) hielten dies für nicht notwendig und drei Personen (9%) beantworteten diese Frage nicht. In der Gruppe, die weitere Supervisionsangebote begrüßen würde, wurde diese Haltung damit begründet, dass es sich um eine Klientel handle, die besondere Anforderungen an die Therapeuten und Therapeutinnen stelle. Die klare Mehrheit von 86% ( $n = 30$ ) der befragten Therapeuten nahmen neben den Supervisionen auch an Interventionsitzungen teil. Mit 91% ( $n = 32$ ) formulierte eine klare Mehrheit einen zusätzlichen Weiterbildungsbedarf, wobei dies vor allem die Anwendung kriminalprognostischer Verfahren (54%,  $n = 19$ ) betraf. Daran anschließend wurden die Anwendung diagnostischer Verfahren (23%,  $n = 8$ ), gutachterliche Tätigkeiten (17%,  $n = 6$ ) und die Anwendung des



**Abb. 1:** Therapeutische Qualifikationen der befragten Therapeuten und Therapeutinnen ( $n = 35$ )

ICD-10 (3%,  $n = 1$ ) genannt. Einen spezifisch therapeutischen Qualifizierungsbedarf äußerten zwölf Personen (34%), wovon vor allem spezielle Therapieformen für (Sexual-)Straftäter (20%,  $n = 7$ ) fielen.

Gefragt nach den am häufigsten eingesetzten therapeutischen Methoden und Behandlungsansätzen bei der Therapie der SIMA-Klienten, wurden vorrangig der kognitiv-behaviorale Psychotherapieansatz (77%,  $n = 27$ ) und die Gesprächspsychotherapie (60%,  $n = 21$ ) genannt. Lediglich 31% ( $n = 11$ ) der befragten Therapeuten gaben an, eine spezielle Therapie für Sexualstraftäter anzuwenden, davon war mit 23% ( $n = 8$ ) das *Sex Offender Treatment Programme* (SOTP; nach Mann bzw. in der deutschen Adaptation nach Fuchs; FUCHS & MANN 2007), ein gruppentherapeutisch orientiertes Behandlungsprogramm mit Schwerpunkt auf Deliktbearbeitung, Empathietraining und Rückfallvermeidung, am häufigsten vertreten. Am zweithäufigsten wurden Therapiemethoden in Anlehnung an das *Good Lives-Model* nach Ward und Kollegen (20%,  $n = 7$ ; WARD & GANNON 2006) genannt. Das Good Lives-Model geht von der Grundannahme aus, dass durch eine zufriedenstellende und glückliche Lebensführung kriminelle Verhaltensweisen verhindert werden können, entsprechend werden im Therapieprozess Ziele und Wege der Erreichung eines »guten Lebens« fokussiert (VON FRANQUÉ & BRIKEN 2013). Dieser Ansatz, der vor dem Hintergrund einer allgemeinen Orientierung innerhalb der Humanwissenschaften hin zu stärken-, ressourcen- und resilienzorientierten Ansätzen der Positiven Psychologie und Psychotherapie zu sehen ist, gewann auch international in den letzten Jahren stark an Einfluss (SELIGMAN 2005). WARD und Kollegen (2006) stellen beispielsweise das Erreichen prosozialer Ziele in Beruf und Freizeit oder Kreativität und Spiritualität als wichtiger dar als die (zu einseitige) Konzentration auf Risikofaktoren, Defizite und Dysfunktionen. Mit jeweils 14% ( $n = 5$ ) folgten das *Rückfallpräventionstraining* (PITHERS 1990) sowie das bereits genannte BPS-R

(REHDER 1990; WISCHKA et al. 2012). Das Rückfallpräventionstraining ist ein kognitives Verhaltenstraining, bei dem der Teilnehmer lernen soll, Risikosituationen und Warnzeichen rechtzeitig zu erkennen und mithilfe angemessener Strategien zu bewältigen. Pharmakotherapeutische Behandlungen mittels GnRH- bzw. LHRH-Agonisten (9%,  $n = 3$ ), Cyproteronacetat und/oder SSRI (jeweils 6%,  $n = 2$ ) wurden insgesamt von 11% ( $n = 4$ ) durchgeführt.

Die Auswahl der therapeutischen Methoden und Ansätze erfolgte meist individuell und orientierte sich bei 94% ( $n = 33$ ) der befragten Therapeuten und Therapeutinnen an Charakteristika des Klienten und bei 57% ( $n = 20$ ) an der Art des Anlassdelikts. Die RNR-Prinzipien von ANDREWS und BONTA (2006) nahmen in der Behandlungsplanung bei 34% ( $n = 12$ ) der behandelnden Therapeuten eine relevante Rolle ein, indem sie dieses Modell zur Therapiestrukturierung zu Beginn (14%,  $n = 5$ ) oder während des laufenden Therapieprozesses (17%,  $n = 6$ ) berücksichtigten. Für einen Großteil der befragten Therapeuten und Therapeutinnen (57%,  $n = 20$ ) war das RNR-Modell in der Behandlung von Sexualstraftätern nicht relevant, drei Personen (9%) beantworteten diese Frage nicht.

Die von den befragten Therapeuten angegebenen, geschätzten Anteile der behandelten Deliktgruppen ergaben, dass insbesondere Kindesmissbrauchstäter (42%) und Kinderpornografie-Konsumenten (27%) behandelt wurden. Von den berichteten Delikten fanden durchschnittlich 28% im häuslichen Bereich statt. Die Aufteilung der Deliktgruppen in Hands-off- und Hands-on-Delikte<sup>2</sup> verdeutlichte, dass durchschnittlich

<sup>2</sup> Hands-off-Delikte umfassen sexuell motivierte Straftaten, bei denen es zu keinem direkten körperlichen Kontakt zwischen Täter und Opfer kam (z. B. bei exhibitionistischen oder kinderpornografischen Straftaten), während Hands-on-Delikte solche Tatkonstellationen beschreiben, in denen es zu körperlichem Kontakt kam (z. B. sexueller Kindesmissbrauch oder Vergewaltigung).

**Tab. 1:** Angaben der Therapeuten und Therapeutinnen zu klientenbezogenen Kriterien für den Therapieerfolg ( $n = 34$ ; in Anlehnung an BRAND 2006)

Thema	Spezifikation	Wichtigkeit	Zufriedenheit
Verantwortung	Übernahme der Verantwortung für die Tat und deren Folgen beim Opfer	4,60	3,79 <sup>2</sup>
	Verantwortung für das eigene Leben und Handeln und für die Folgen eigenen Handelns übernehmen lernen	4,86	3,56 <sup>2</sup>
Emotionale Kompetenz	Kontrolle eigener Gefühle, Impulse und Bedürfnisse	4,71	3,38 <sup>2</sup>
	Fähigkeit und Bereitschaft, Grenzen, Gefühle und Bedürfnisse von anderen Menschen zu erkennen und zu achten (Opferempathie)	4,54	4,53 <sup>2</sup>
Frustrations-toleranz	Zulassen von Abhängigkeit und Enttäuschung sowie Bereitschaft, damit umzugehen	4,09	3,39 <sup>1</sup>
	Abschied nehmen von der Vorstellung, dass eigene Bedürfnisse immer befriedigt werden müssen	4,23	3,44 <sup>2</sup>
Soziales Lernen	Entwicklung sozialer Fertigkeiten im Umgang mit Erwachsenen	4,17	3,50 <sup>2</sup>
	Übernahme von Rahmenbedingungen und Regeln innerhalb des therapeutischen Settings	4,00	4,03 <sup>2</sup>
Deliktszenario	Detaillierte Rekonstruktion der einzelnen Übergriffe: Erkennen von Planungs-, Annäherungs- und Manipulationsschritten sowie eigenen Entscheidungen	4,43	3,76 <sup>2</sup>
	Erkennen von Warnzeichen, persönlichen Risikosituationen und riskantem Denken sowie Verhaltensweisen, die einem Rückfall vorausgehen	4,91	3,79 <sup>2</sup>
	Erlernen von Verhaltensalternativen in Risikosituationen	4,80	3,62 <sup>2</sup>
Sexuelle Identität	Auseinandersetzung mit der biografischen Entwicklung der eigenen sexuellen Delinquenz und ihrer Funktion	4,34	3,65 <sup>2</sup>
	Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Entwicklung und Identität (z. B. mit masturbationsbegleitenden Fantasien o. Ä.)	4,29 <sup>2</sup>	3,27 <sup>1</sup>
	Erarbeitung von Möglichkeiten, Sexualität befriedigend und nicht delinquent zu leben	4,50 <sup>2</sup>	3,27 <sup>1</sup>
Sonstiges	Aufbau zunehmender Therapiebereitschaft	4,49	3,91 <sup>2</sup>
	Auseinandersetzung mit den eigenen Realitätskonstruktionen, Lebensplänen, Weltbildern und kognitiven Verzerrungen	4,57	3,47 <sup>2</sup>

Anmerkungen: Die Angaben zur Zufriedenheit beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf  $n = 34$  befragte Therapeuten und Therapeutinnen. Die Antworten basieren auf einer 5-stufigen Skala, wobei die 1 für *Sehr unwichtig/Sehr unzufrieden* und die 5 für *Sehr wichtig/Sehr zufrieden* steht. <sup>1</sup> $n = 33$ ; <sup>2</sup> $n = 34$

35 % der behandelten Klienten aufgrund eines Hands-off-Delikts und durchschnittlich 65 % aufgrund eines Hands-on-Delikts verurteilt worden waren. Eine ausführliche Deliktbearbeitung wurde generell als ein wichtiger Bestandteil der Behandlung gesehen, der am bedeutendsten bei Kindesmissbrauchsdelikten (80 %,  $n = 28$ ) eingeschätzt wurde, gefolgt von Vergewaltigung und/oder sexueller Nötigung (74 %,  $n = 26$ ), Kinderpornografie-Delikten (71 %,  $n = 25$ ), nicht sexuell motivierten Gewaltstraftaten (63 %,  $n = 22$ ) und exhibitionistischen Straftaten (57 %,  $n = 20$ ).

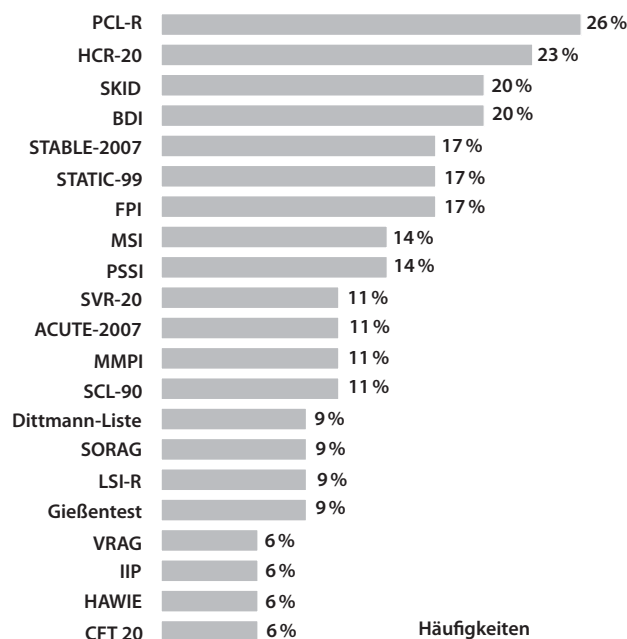
Die von den Therapeuten und Therapeutinnen angegebenen klientenbezogenen Kriterien des Therapieerfolgs sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Bewertung ist aufgeteilt in die Kriterien »Wichtigkeit für die Behandlung« und »Zufriedenheit mit diesem Kriterium in der eigenen therapeutischen Arbeit« und orientierte sich an der Arbeit von BRAND (2006). Als besonders wichtig wurde das Erarbeiten von Warnzeichen bzgl. rückfallbezogener Hoch-Risiko-Situationen, das Identifizieren von persönlichen Risikosituationen und riskantem Denken sowie von Verhaltensweisen, die einem Rückfall vorausgehen, eingeschätzt. Weniger relevant schien hingegen die Akzeptanz und Übernahme von Rahmenbedingungen und Regeln innerhalb des therapeutischen Settings zu sein, mit dem die befragten Therapeuten und Therapeutinnen in ihrer eigenen therapeutischen Arbeit neben der Entwicklung von Opferempathie jedoch besonders zufrieden waren. Weniger zufrieden waren die befragten Therapeuten und Therapeutinnen mit dem Themenbereich der sexuellen Entwicklung und Identität sowie mit

der Erarbeitung von Möglichkeiten, Sexualität befriedigend und nicht delinquent zu leben.

Im Hinblick auf das diagnostische Vorgehen gaben 63 % ( $n = 22$ ) der Therapeuten an, immer eine diagnostische Abklärung zu Therapiebeginn durchzuführen, bei 6 % ( $n = 2$ ) geschah dies selten. Ein Therapeut (3 %) gab an, keine Diagnosestellung durchzuführen, da die hierfür erforderliche Ausbildung fehle bzw. diagnostische Informationen meist ohnehin bereits vorliegen würden. Eine Diagnosestellung speziell nach ICD-10 erfolgte bei 51 % ( $n = 18$ ) immer, bei 20 % ( $n = 7$ ) häufig und bei 17 % ( $n = 6$ ) selten. Elf Prozent ( $n = 4$ ) gaben an, nie ICD-10-Diagnosen zu vergeben, da die hierfür erforderliche Ausbildung fehle, eine Diagnosestellung nicht notwendig sei und/oder solche Informationen in der Regel bereits vorlägen. Von 51 % ( $n = 18$ ) der befragten Therapeuten wurde angegeben, dass sie darüber hinaus zusätzlich testpsychologische Untersuchungsmethoden einsetzen: Hierbei zählten die Fragebögen des *Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV* (SKID-I und SKID-II; WITTCHEN et al. 1997) und das *Beck-Depressions-Inventar* (BDI-II; HAUTZINGER et al. 2009) zu den am häufigsten genannten Verfahren. Die Anwendung von standardisierten Prognoseinstrumenten wurde von 31 % ( $n = 11$ ) bejaht, wobei mit 26 % ( $n = 9$ ) die *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R<sup>3</sup>; HARE 2003) bzw. mit 23 % ( $n = 8$ ) der *Historical-Clinical-*

<sup>3</sup> Die PCL-R wurde zunächst nicht als Prognoseinstrument konzipiert, sondern als ein psychometrisches Fremdeinschätzungsverfahren zur Erfassung psychopathischer Persönlichkeitseigenschaften. Da die Psychopathie-Konzept-

*Risk Management-20* (HCR-20; WEBSTER et al. 1997) besonders häufig angewandt wurden. Die übrigen Angaben bzgl. der testpsychologischen und kriminalprognostischen Anwendungspraxis sind in Abbildung 2 dargestellt.



**Abb. 2:** Häufigkeit der Anwendung unterschiedlicher testpsychologischer Verfahren und kriminalprognostischer Instrumente ( $n = 34$ )

BDI = Beck-Depressions-Inventar; CFT 20 = Grundintelligenztest Skala 2; FPI = Freiburger Persönlichkeitsinventar; HAWIE = Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene; IIP = Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme; LSI-R = Level of Service Inventory-Revised; MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MSI = Multiphasic Sex Inventory; PSSI = Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar; PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; SCL-90 = Symptom-Checklist-90; SKID = Strukturiertes klinisches Interview; SORAG = Sex Offender Risk Appraisal Guide; SVR-20 = Sexual Violence Risk-20; VRAG = Violence Risk Appraisal Guide.

Eine über alle an der dezentralen Versorgung beteiligten Therapeuten und Therapeutinnen hinweg vereinheitlichte Diagnostik würden 43 % ( $n = 15$ ) begrüßen, wohingegen sich 49 % ( $n = 17$ ) gegen eine solche Vorgabe aussprachen (keine Angabe von drei Personen, 9 %). In diesem Zusammenhang gaben 17 % ( $n = 6$ ) an, dass eine einheitliche Diagnostik die Kommunikation und Vergleichbarkeit erleichtern würde, dass dadurch die Risikoeinschätzung für bestimmte Deliktgruppen verbessert werden könnte (11 %,  $n = 4$ ) sowie dass dadurch die Formulierung von verpflichtenden Standards eher ermöglicht werden könnte (9 %,  $n = 3$ ). Die Therapeuten und Therapeutinnen, die gegen eine einheitliche Diagnostik stimmten, gaben an, dass eine einheitliche Diagnostik aufgrund sprachlicher Barrieren (z. B. bei nicht deutschsprachigen Klienten) oder aufgrund unterschiedlicher Delikte nur schwierig umzusetzen (20 %,  $n = 7$ ) oder die bisherige Vorgehensweise ausreichend sei (9 %,  $n = 3$ ). Fünf Personen (14 %) sahen eine Standardisierung generell als nicht notwendig oder machbar an, sieben Personen (20 %) machten diesbezüglich keine Angaben.

Die Einstellungen der Therapeuten und Therapeutinnen bezüglich der Behandlung von Sexualstraftätern werden in Tabelle 2 dargestellt. Ein vorrangiges Motiv lag für einen Großteil der befragten Therapeuten und Therapeutinnen in einem Gefühl der Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Unab-

hängig von den Gründen, diese Form der Behandlung durchzuführen, fühlten sie sich während den Behandlungen sicher und gaben an, auch bei Rückfällen von Klienten keine persönlichen Konsequenzen zu fürchten.

Die Häufigkeit des im Rahmen der Behandlung von SIMA-Klienten stattfindenden Austauschs mit Kollegen und Kolleginnen der Bewährungshilfe gab etwa die Hälfte der Therapeuten und Therapeutinnen ( $n = 17$ ) mit vierteljährlich an, während 14 % ( $n = 5$ ) regelmäßig einmal pro Monat im Austausch mit der Bewährungshilfe standen. Begründungen für eine weniger als vierteljährliche Kontaktfrequenz mit der Bewährungshilfe wurden von acht Therapeuten (23 %) angegeben: Dabei wurden z. B. eine schlechte Erreichbarkeit, kein Interesse seitens der Bewährungshilfe (jeweils 9 %,  $n = 3$ ) oder die Regelung, dass nur bei Bedarf (z. B. bei bestimmten Ereignissen oder Fristen) eine Kontaktaufnahme stattfindet (9 %,  $n = 3$ ), genannt. Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Bewährungshilfe war bei der Mehrheit der Befragten stark ausgeprägt (77 %,  $n = 27$ ), lediglich 6 % ( $n = 2$ ) waren (überhaupt) nicht zufrieden.

## Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, Erkenntnisse über Rahmenbedingungen und Methoden der Nachsorge und Behandlung von Sexualstraftätern in einer dezentralen Versorgungsstruktur, wie sie aktuell in Hessen umgesetzt wird, zu gewinnen. Hierfür sollten möglichst viele Therapeuten und Therapeutinnen, die über den Verein *Förderung der Bewährungshilfe in Hessen e. V.* an der Behandlung der Klienten des Sicherheitsmanagements (SIMA) in Hessen beteiligt waren bzw. sind, befragt werden. Im Vergleich zu früheren Evaluationsprojekten zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung entlassener Sexualstraftäter, die ein vergleichbares Forschungsdesign verwendeten (BRAND 2006), kann die Rücklaufquote mit 75 % ( $n = 35$ ) als zufriedenstellend eingestuft werden. Mögliche Gründe hierfür können in der Tatsache liegen, dass die Initiative zur Studie nicht extern verortet, sondern durch den Träger selbst an die Therapeuten und Therapeutinnen herangetragen wurde. Darüber hinaus wurde der Versuch unternommen, bereits in der Konzeptionsphase die Hintergründe und Ziele der Studie möglichst transparent an alle Beteiligten weiterzugeben. Zuletzt konnte aufgrund der vergleichsweise hohen Anzahl an Teilnehmenden insgesamt die Anonymität der Antworten möglicherweise eher geleistet werden als in früheren Untersuchungen (BRAND 2006).

Der Großteil der befragten Therapeuten und Therapeutinnen, die Klienten des SIMAs im Rahmen ihrer eigenen Praxis behandeln bzw. behandelten, waren verhaltens- oder gesprächspsychotherapeutisch ausgerichtete Diplom-Psychologen, die allgemeintherapeutisch sehr berufserfahren waren, deren Erfahrung im Hinblick auf die Behandlung von Sexualstraftätern hingegen eher gering ausgeprägt war. Dementsprechend wurde bei der Indikationsstellung und Therapieplanung tenden-

tion im Sinne von HARE (2003) allerdings von jeher eine enge Verbindung zu delinquenten und devianten Verhaltensweisen aufwies und die PCL-R darüber hinaus auch empirisch eng mit (Rückfall-)Delinquenz zusammenhing (MOKROS 2013), wird sie in der forensischen Praxis häufig als Prognoseinstrument eingesetzt.

Tab. 2: Angaben der Therapeuten und Therapeutinnen bzgl. der Behandlung von Sexualstraftätern (n = 34)

Aussage	Mittelwert
Bei der Behandlung von Sexualstraftätern denke ich über die Beachtung von allgemeinen Sicherheitsmaßnahmen nach.	2,88
Wenn ich Sexualstraftäter behandle, beachte ich bestimmte Sicherheitsmaßnahmen (z. B. nicht allein in den Räumlichkeiten zu sein oder keine scharfen Gegenstände sichtbar im Behandlungsraum liegen zu haben).	1,53 <sup>2</sup>
Ich fühle mich unsicherer, wenn ich Sexualstraftäter behandle.	0,64 <sup>1</sup>
Ich habe mich schon einmal persönlich bedroht/gefährdet gefühlt, als ich einen Sexualstraftäter behandelt habe.	0,26
Ich mache mir Sorgen, dass es mir schaden könnte, wenn andere Klienten erführen, dass ich Sexualstraftäter behandle.	0,85
Ich sehe kein größeres Gefährdungspotential durch Sexualstraftäter als durch andere Klienten.	3,32 <sup>3</sup>
Sexualstraftäter sind für mich Klienten wie alle anderen Klienten auch.	3,55 <sup>1</sup>
Ich befürchte persönliche Konsequenzen, wenn ein von mir behandelter Sexualstraftäter rückfällig wird.	1,85
Ich befürchte, öffentlich zur Rechenschaft gezogen zu werden, wenn ein von mir behandelter Sexualstraftäter rückfällig wird.	2,00 <sup>1</sup>
Um sicherzugehen und alle Eventualitäten auszuschließen, behandle ich Sexualstraftäter länger als ich dies bei anderen Klienten für erforderlich halten würde.	1,85 <sup>1</sup>
Sexualstraftäter beschäftigen mich in Gedanken außerhalb der Behandlung mehr als andere Klienten.	1,58 <sup>1</sup>
Ich behandle Sexualstraftäter aus einem beruflichen Interesse an forensischer Psychologie.	2,72 <sup>2</sup>
Meine Bereitschaft, Sexualstraftäter zu behandeln, besteht auch aus gesellschaftlicher Verantwortung.	3,12
Die Behandlung von Sexualstraftätern innerhalb des Projektes des Sicherheitsmanagements ist für mich vor allem wirtschaftlich interessant.	1,68
Das Abrechnungsverfahren mit dem Kostenträger ist unbürokratisch.	4,59
Das Abrechnungsverfahren mit dem Kostenträger verleitet dazu, Klienten mit gerichtlicher Weisung länger zu behandeln als notwendig.	0,79
Ich mache mir Gedanken darüber, welchen Umfang die Behandlung von Sexualstraftätern tatsächlich erfordert.	3,74

Anmerkungen: Sofern nicht anders angegeben n = 34. Das Antwortformat bestand aus einer 6-stufigen Likert-Skala mit 0 = »Trifft überhaupt nicht zu« und 5 = »Trifft vollkommen zu«. <sup>1</sup> n = 33; <sup>2</sup> n = 32; <sup>3</sup> n = 31

ziell auf allgemeine Psychotherapietechniken und -methoden zurückgegriffen und nicht unbedingt auf eines der zahlreichen in den letzten zwei Jahrzehnten entwickelten speziellen Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter (LAMOTT & PFÄFFLIN 2009). Zwar wurden bei der Auswahl der Behandlungsmethode die Anlasst bzw. die Besonderheiten des individuellen Klienten häufig berücksichtigt, lediglich ein Drittel griff bei der konkreten Therapieplanung und Intervention dann aber auf Methoden zurück, die speziell für diese Klientengruppe entwickelt wurden. Allgemein wurden in der vorliegenden Stichprobe, ähnlich wie bei BRAND (2006), sehr unterschiedliche Therapiemethoden und -konzepte verwendet, wobei eine Vereinheitlichung der Diagnostik und der therapeutischen Arbeitsweise von einigen Therapeuten und Therapeutinnen generell eher kritisch beurteilt wurde.

In diesem Zusammenhang muss das Ergebnis, dass lediglich ein Drittel der Befragten angab, die Erkenntnisse und (diagnostischen, therapeutischen) Vorgaben des »Risk-Need-Responsivity«-Modells (RNR) nach ANDREWS und BONTA (2006) systematisch zu berücksichtigen, kritisch diskutiert werden. Die Bedeutung des RNR-Modells für die Entwicklung und Durchführung möglichst effektiver Behandlungsprogramme wurde in der Vergangenheit mehrfach empirisch bestätigt (ANDREWS et al. 1990; LÖSEL & BENDER 1997; SCHMUCKER 2004) und besitzt insbesondere auch im Hinblick auf die Behandlung von Sexualstraftätern eine hohe Relevanz (HANSON et al. 2009). Gemäß den aktuell vorliegenden Erkenntnissen zur Wirksamkeit von Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern sollten sich Behandlungsprogramme demnach am Rückfallrisiko des Klienten (Risk-Prinzip) orientieren, an den im individuellen Fall vorliegenden empirisch gesicherten dynamisch-veränderbaren Rückfallprädiktoren ansetzen (Need-Prinzip) sowie die individuellen Lernstile und

Veränderungspotenziale des Klienten aufgreifen und berücksichtigen (Responsivity-Prinzip).

Für die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ergibt sich daraus, dass die Kenntnis sexualstraftäterspezifischer Behandlungsprogramme, die üblicherweise diese drei Prinzipien berücksichtigen, zu einer Erhöhung der Behandlungswirksamkeit beitragen sollte – immer vorausgesetzt, dass die Reduktion der Rückfallgefahr das zentrale Wirksamkeitskriterium darstellt (SCHMUCKER 2004). Bei intuitiven Behandlungsplanungen, die die spezifischen Besonderheiten der Sexualstraftäterbehandlung nicht bewusst aufgreifen, muss davon ausgegangen werden, dass die RNR-Prinzipien nicht systematisch erfüllt werden, selbst wenn ihre Herleitung und Berücksichtigung im ersten Moment von Praktikern als trivial und selbstverständlich wahrgenommen wird (HANSON et al. 2009). Mit dieser Argumentation in Einklang stehend, wurde von der Mehrheit der befragten Therapeuten und Therapeutinnen ein hoher Weiterbildungsbedarf formuliert: Während Supervisions- und Interventionsangebote auch bei einer dezentral organisierten Behandlungsstruktur in ausreichendem Maße vorzuliegen scheinen, wurde eine (sexual-)straftäterspezifische Weiterbildung mehrheitlich als notwendig erachtet.

Darüber hinaus wurde ein großer Bedarf an spezifischer Weiterbildung in der Anwendung kriminalprognostischer Instrumente formuliert (RETTENBERGER & VON FRANQUÈ 2013). Bisher wurden standardisierte Prognoseinstrumente bei der Behandlung der SIMA-Klienten von den behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen vergleichsweise selten eingesetzt, obwohl die angesprochene RNR-Literatur auch hier nahelegt, dass die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen direkt daran geknüpft ist. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte speziell in Hessen darin liegen, dass für alle SIMA-Klienten im



Rahmen der Bewährungshilfe von entsprechend geschulten Mitarbeitern routinemäßig eine Rückfallrisiko-Einschätzung anhand des Static-99 (HANSON & THORNTON 2000; EHER & RETTENBERGER 2013) vorgenommen wird. Ob diese Einschätzung den zuständigen Therapeuten und Therapeutinnen zur Verfügung gestellt wird bzw. ob und wie konkret die Information in die Behandlung(-splanung) einfließt, bleibt jedoch offen.

Allgemein formuliert werden Prognoseinstrumente nicht nur benötigt, um das Rückfallrisiko eines Klienten möglichst valide einzuschätzen, sondern auch, um therapeutische Ressourcen dementsprechend zu steuern (Risk-Prinzip; RETTENBERGER et al. 2010) und die im Need-Prinzip angegebenen dynamischen Risikofaktoren zu identifizieren, deren Veränderung die zentrale Zielsetzung der Behandlung sein sollte (KLIESCH 2013; RETTENBERGER et al. 2011). Hierfür liegen mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum eine ganze Reihe geeigneter Verfahren vor (RETTENBERGER et al. 2014; RETTENBERGER & VON FRANQUÉ 2013). Die in der vorliegenden Untersuchung genannten Instrumente PCL-R und HCR-20 sind zwar auch in internationalen Umfragen die am häufigsten verwendeten Prognoseinstrumente (SINGH et al. 2014), insbesondere der kriminalprognostische und diagnostische Wert der PCL-R im Rahmen einer Indikationsstellung und Eingangsdiagnostik bei Sexualstraftätern ist jedoch diskussionswürdig (EHER et al. 2012; ROSS & PFÄFFLIN 2005).

Durch die Verwendung von Prognoseinstrumenten, die ausschließlich auf empirisch fundierte Risikofaktoren zurückgreifen, kann gewährleistet werden, dass die therapeutischen Ressourcen tatsächlich dafür eingesetzt werden, das noch vorhandene Rückfallrisiko nachhaltig zu senken. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Behandlungsziele formuliert und verfolgt werden, die zwar im ersten Moment augenscheinlich valide sein mögen, deren tatsächliche Rückfallrelevanz jedoch infrage steht bzw. bisher nicht nachgewiesen werden konnte. In der vorliegenden Untersuchung weisen die in Tabelle 1 angegebenen vorrangigen Therapieziele teilweise in diese Richtung: Mit Empathie und Verantwortungsübernahme wurden Konstrukte als für die Behandlung der Sexualstraftäter besonders relevant erachtet, deren empirische Belege bisher nur schwach sind bzw. sogar gänzlich fehlen (HANSON & MORTON-BOURGON 2004; MANN et al. 2010). Ähnlich müssen die Ergebnisse im Hinblick auf die Auswahl der testpsychologischen Verfahren interpretiert werden: Zwar ist der Wert testpsychologischer Befunde für die Einzeldiagnostik heute unbestritten und mit dem Erkenntnisgewinn anderer medizinischer Diagnostikformen vergleichbar (MEYER et al. 2001), die Auswahl der Testverfahren sollte im forensisch-therapeutischen Bereich aber ebenfalls auf kriminologisch gesicherten Erkenntnissen basieren. So müssen beispielsweise depressive Symptome selbstverständlich Bestandteil einer allgemeintherapeutischen Intervention sein, entgegen weitverbreiteter Annahmen gibt es aber keinen Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und (Rückfall-)Delinquenz (ANDREWS & BONTA 2006; MANN et al. 2010).

Der Großteil der zu behandelnden SIMA-Klienten waren Kindesmissbrauchstäter und/oder Kinderpornografie-Konsumenten, dementsprechend wurde eine ausführliche Deliktbearbeitung bei diesen Tätergruppen mit am wichtigsten eingestuft. Auch in der Untersuchung von BRAND (2006) zeigte sich, dass Kindesmissbrauch mit 73 % die am häufigsten be-

handelte Deliktgruppe war, gefolgt von Vergewaltigung und sexueller Nötigung (5 %) sowie Exhibitionismus (4 %). Innerhalb des therapeutischen Settings schätzten die befragten Therapeuten und Therapeutinnen die Übernahme und Einhaltung von Regeln im Durchschnitt als am wenigsten wichtig ein, gaben jedoch an, mit diesem Kriterium und dem der Entwicklung der Opferempathie im bisherigen Therapieprozess besonders zufrieden zu sein. Weniger zufrieden im Hinblick auf die eigene therapeutische Arbeit waren die Befragten hingegen bezüglich der Auseinandersetzung mit der sexuellen Entwicklung und Identität der Klienten sowie mit der Erarbeitung von Möglichkeiten, Sexualität befriedigend und nicht delinquent zu leben. Daraus lassen sich zumindest zwei Schlussfolgerungen ableiten: Zum einen wurde durch diese Zahlen noch einmal deutlich, dass die Bedeutung der Behandlung von Kinderpornografie-Konsumenten stetig zunimmt, wobei sich der empirische und theoretische Erkenntnisstand zu dieser Klientengruppe nach wie vor in Grenzen hält (MERDIAN & EGG 2009). Zum anderen wird deutlich, dass im Bereich der Sexualstraftäterbehandlung nicht nur die Bearbeitung sexualitätsbezogener Risiken und Defizite wichtig ist, sondern darüber hinaus auch die Entwicklung gesunder, nicht devianter sexueller Verhaltensalternativen.

Neben der Erfassung des Status quo diente die vorliegende Untersuchung auch der Ableitung möglicher Verbesserungsvorschläge für die zukünftige Versorgung. Neben den bereits genannten Weiterbildungsangeboten im Bereich der Kriminalprognose und Behandlungstechnik sollten darüber hinaus die Chancen und Risiken der Formulierung von Mindeststandards für die (therapeutisch orientierte) Nachsorge entlassener Sexualstraftäter diskutiert werden, da die vergleichsweise stark ausgeprägte Heterogenität in vielen formalen und inhaltlichen Aspekten auffallend war und im Einklang mit früheren Untersuchungen stand (BRAND 2006). Für Hessen ist gleichwohl zu berücksichtigen, dass die Heterogenität der Vorgehensweisen als eine direkte Folge des dezentralen Versorgungskonzepts bis 2014 angesehen werden muss. Von den Initiatoren beabsichtigt war die Bereitstellung von Mitteln zur Durchführung personengebundener gerichtlicher Weisungen, d. h. ausdrücklich ohne strukturelle Verklammerung. Seit 2015 ist nun durch die Einrichtung einer Fachambulanz eine Orientierung am RNR-Modell vorgesehen (KLIESCH 2015), da aufgrund des heutigen Standes der Forschung davon ausgegangen werden muss, dass eine nachhaltige Reduktion der Rückfallgefahr bei (Sexual-)Straftätern nur dann erreicht werden kann, wenn die Kernbereiche dieses Modells ausreichend und systematisch berücksichtigt werden (ANDREWS et al. 1990; HANSON et al. 2009; LÖSEL & BENDER 1997).

Wie frühere Untersuchungen nahelegen (SCHASER & STIERLE 2005), wäre eine Befragung der SIMA-Klienten darüber, wie sie die Betreuungsmaßnahmen erleben, eine hilfreiche Ergänzung bei der Formulierung von Verbesserungsvorschlägen bezüglich der gegenwärtigen Interventionspraxis. Eine Evaluation der psychotherapeutischen Versorgung entlassener Sexualstraftäter in Hessen im Hinblick auf einen möglichen Unterschied der Rückfallraten zwischen behandelten und unbehandelten Personen wird aktuell durch den Zweitautor der vorliegenden Studie durchgeführt, zur weiteren Planung der zukünftigen Versorgung sollten dann auch diese Ergebnisse Berücksichtigung finden. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass bei Einbindung professioneller Behandlungsstan-

dards der Behandlungserfolg grundsätzlich verbessert und somit die Ziele des Sicherheitsmanagements – die Vermeidung weiterer Straftaten und der Schutz potenzieller Opfer – mit höherer Wahrscheinlichkeit erreicht werden können.

## Literatur

- ANDREWS DA, BONTA J (2006) The psychology of criminal conduct. Newark/NJ: LexisNexis/Anderson
- ANDREWS DA, HINGER I, HOGE RK, BONTA J, GENDREAU P, CULLEN FT (1990) Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. In: *Criminology* 28: 369–404
- BRAND T (2006) Verurteilte Straftäter: Evaluation ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Hamburg: LIT-Verlag
- DUGGAN C (2014) The empirical basis of sex offender treatment effectiveness. In: *Sexual Offender Treatment* 9: 1–13. Online zugänglich (letzter Zugriff am 08.05.2015) <http://www.sexual-offender-treatment.org/index.php?id=136&type=123>
- EGG R (1990) Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 73: 358–368
- EHER R, LACKINGER F, FRÜHWALD S, FROTTIER P (2006) Beziehungsorientierte Psychotherapie bei entlassenen Straftätern und einer Gruppe von Sexualstraf Tätern – Ergebnisse einer 7-Jahreskatamnese. In: *Recht & Psychiatrie* 24: 83–90
- EHER R, PFÄFFLIN F (2011) Adult sexual offender treatment – is it effective? In: BOER DP, EHER R, CRAIG LA, MINER MH, PFÄFFLIN F (Hg.) *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders*. Chichester: Wiley-Blackwell, 3–12
- EHER R, RETTENBERGER M (2013) Der Static-99 zur Erfassung des statischen Risikos bei Sexualstraf Tätern. In: RETTENBERGER M, VON FRANQUÉ F (Hg.) *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe, 189–201
- EHER R, RETTENBERGER M, HIRTENLEHNER H, SCHILLING F (2012) Dimensionale Struktur und prognostische Relevanz der PCL-R in einer Population österreichischer Sexualstraf Täter. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 95: 235–251
- FINKELHOR D, JONES L (2006) Why have child maltreatment and child victimization declined? In: *Journal of Social Issues* 62: 685–716
- FRANQUÉ F VON, BRIKEN P (2013) Das »Good Lives Model« (GLM) – Ein kurzer Überblick. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7: 22–27
- FUCHS A, MANN R (2007) Das Sexual Offender Treatment Programme (SOTP) in England und Wales. In: BERNER W, BRIKEN P, HILL A (Hg.) *Sexualstraf Täter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 33–46
- HABERMANN N, BRIKEN P, BERNER W (2007) Ambulante Nachsorge für aus der Haft entlassene Sexualstraf Täter. In: BERNER W, BRIKEN P, HILL A (Hg.) *Sexualstraf Täter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 113–131
- HALL GC (1995) Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 802–809
- HANSON RK, BOURGON G, HELMUS L, HODGSON S (2009) The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. In: *Criminal Justice and Behavior* 36: 865–891
- HANSON RK, GORDON A, HARRIS AJR, MARQUES JK, MURPHY W, QUINSEY VL, SETO MC (2002) First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of treatment for sex offenders. In: *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14: 169–194
- HANSON RK, MORTON-BOURGON KE (2004) Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis (Corrections User Report No. 2004-02). Ottawa/Ontario, Kanada: Public Safety Canada
- HANSON RK, THORNTON D (2000) Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. In: *Law and Human Behavior* 24: 119–136
- HARE RD (2003) *Hare Psychopathy Checklist-Revised*. 2. Aufl. Toronto: Multi-Health Systems
- HAUTZINGER M, KELLER F, KÜHNER C (2009) *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar*. 2. Aufl. Pearson Assessment: Frankfurt
- HELMUS L, HANSON RK, THORNTON D (2009) Reporting Static-99 in light of new research on recidivism norms. In: *The Forum* 21: 38–45
- KLIESCH O (2013) Besonderheiten der deliktpräventiven Psychotherapie mit Sexualstraf Tätern. Leugnen, Schweigen, passiver Widerstand? In: EGG R (Hg.) *Straffällige mit besonderen Bedürfnissen*. Wiesbaden: Kriminologie und Praxis (KUP), 89–132
- KLIESCH O (2015) Die Hessische Fachambulanz (HeFA). Über die Implementierung einer Forensischen Ambulanz unter Integration der gemeindenahen Versorgung. Online zugänglich (letzter Zugriff am 22.06.2015) [http://www.praeventionstag.de/kriminalpraevention/Module/Media/Medias/DPT-2015\\_Kliesch\\_HeFA-Zum-Einbezug-gemeindenaher-Versorgung-inden-Ausbau-einer-Forensischen-Ambulanz\\_VORTRAG1\\_431.pdf](http://www.praeventionstag.de/kriminalpraevention/Module/Media/Medias/DPT-2015_Kliesch_HeFA-Zum-Einbezug-gemeindenaher-Versorgung-inden-Ausbau-einer-Forensischen-Ambulanz_VORTRAG1_431.pdf)
- LAMOTT F, PFÄFFLIN F (2009) Psychotherapie für Straftäter – Ein Überblick. *Psychotherapeut* 54: 245–250
- LÖSEL F, BENDER D (1997) Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: STELLER M, VOLBERT R (Hg.) *Psychologie im Strafverfahren*. Bern: Huber, 171–204
- LÖSEL F, SCHMUCKER M (2005) The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. In: *Journal of Experimental Criminology* 1: 117–146
- MANN RE, HANSON RK, THORNTON D (2010) Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. In: *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 22: 191–217
- MARSHALL WL, MARSHALL LE (2007) The utility of the random controlled trial for evaluating sexual offender treatment: The gold standard or an inappropriate strategy? In: *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 19: 175–191
- MERDIAN HL, EGG R (2009) Kinderpornographie und sexueller Missbrauch – eine Literaturübersicht aus internationaler Perspektive. In: *Sexuologie* 16: 90–101
- MEYER GJ, FINN SE, EYDE LD, KAY GG, MORELAND KL, DIES RR, EISMAN EJ, KUBISZYN TW, REED GM (2001) Psychological testing and psychological assessment – A review of evidence and issues. In: *American Psychologist* 56: 128–165
- MOKROS A (2013) PCL-R/PCL:SV – Psychopathy Checklist-Revised/Psychopathy Checklist: Screening Version. In: RETTENBERGER M, FRANQUÉ F VON (Hg.) *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe, 83–107
- ORTMANN R (2000) The effectiveness of social therapy in prison – A randomized experiment. In: *Crime & Delinquency* 46: 214–232
- PITHERS WD (1990) Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing exter-

- nal supervision. In: MARSHALL WL, LAWS DR, BARBAREE HE (Hg.) *Handbook of sexual assault: Issues, Theories and treatment of the offender*. New York: Plenum, 346–361
- REHDER UH (1990) *Aggressive Sexualdelinquenten: Diagnostik und Behandlung der Täter im Strafvollzug*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag
- RETTENBERGER M, BRIKEN P, TURNER D, EHER R (2015) Sexual offender recidivism among a population-based prison sample. In: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 59: 424–444
- RETTENBERGER M, FRANQUÈ F VON (Hg.) (2013) *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe
- RETTENBERGER M, MATTHES A, SCHILLING F, EHER R (2011) Die Validität dynamisch-veränderbarer Risikofaktoren bei der Vorhersage einschlägiger Rückfälle pädosexueller Straftäter. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 5: 45–53
- RETTENBERGER M, MÖNICHWEGER M, BUCHELLE E, SCHILLING F, EHER R (2010) Entwicklung eines Screeninginstruments zur Vorhersage der einschlägigen Rückfälligkeit von Gewaltstraftätern. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 93: 346–360
- RETTENBERGER M, SCHMITT C, MATTHES A, FEIL M (2014) Die Anwendung standardisierter Kriminalprognoseinstrumente in unterschiedlichen rechtspsychologischen Praxisfeldern. In: *Praxis der Rechtspsychologie* 24: 72–91
- RICE ME, HARRIS GT (2013) Treatment for adult sex offenders: May we reject the null hypothesis? In: HARRISON K, RAINEY B (Hg.) *The Wiley-Blackwell handbook of legal and ethical aspects of sex offender treatment and management*. New York: Wiley-Blackwell, 219–235
- ROSS T, PRÄFFLIN F (2005) Risk Assessment im Maßregelvollzug: Grenzen psychometrischer Gefährlichkeitsprognose im therapeutischen Umfeld. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 88: 1–11
- SAUTER J, VOSS T, DAHLE KP (2015) Wirksamkeit ambulanter Nachsorge bei Strafvollzugsentlassenen. Erste Evaluation der Forensisch Therapeutischen Ambulanz für Gewalt- und Sexualstraftäter in Berlin. In: *Der Nervenarzt* 86: 571–578
- SCHARF H (2013) Das hessische Sicherheitsmanagement in der Bewährungshilfe / Schnittstellen mit der Forensisch-psychiatrischen Ambulanz. Online zugänglich (letzter Zugriff am 22.06.2015) [http://www.dbh-online.de/fa/Scharf\\_Kassel\\_11-03-13](http://www.dbh-online.de/fa/Scharf_Kassel_11-03-13)
- SCHASER C, STIERLE C (2005) *Nachbetreuung entlassener Sexualstraftäter – Eine Befragung Betroffener*. Aachen: Shaker
- SCHMIDT-QUERNHEIM F, SEIFERT D (2014) Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. In: *Nervenarzt* 85: 1133–1143
- SCHMUCKER M (2004) *Kann Therapie Rückfälle verhindern? Meta-analytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung*. Herbolzheim: Centaurus
- SELIGMAN MEP (2005) *Der Glücks-Faktor. Warum Optimisten länger leben*. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe
- SETO MC, MARQUES JK, HARRIS GT, CHAFFIN M, LALUMIÈRE ML, MINER M, BERLINER MH, RICE ME, LIEB R, QUINSEY VL (2008) Good science and progress in sex offender treatment are intertwined. In: *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 20: 247–255
- SINGH JP, DESMARAIS SL, HURDUCAS C, ARBACH-LUCIONI K, CONDEMARIN C, DEAN K, DOYLE M, FOLINO J, GODOY-CERVERA V, GRANN M, MEI YEE HO R, LARGE M, NIELSEN LH, PHAM T, REBOCHO RM, REEVES K, RETTENBERGER M, DE RUITER C, SEEWALD K, OTTO RK (2014) International perspectives on the practical application of violence risk assessment: A global survey of 44 countries. In: *International Journal of Forensic Mental Health* 13: 193–206
- STEINBÖCK H (2014) Maßregelvollzug in der Gemeinde – vom Tatort zum sozialen Empfangsraum. Lengerich: Pabst
- WARD T, GANNON TA (2006) Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive Good Lives Model of treatment for sexual offenders. In: *Aggression and Violent Behavior* 11: 77–94
- WEBSTER CD, DOUGLAS KS, EAVES D, HART SD (1997) *HCR-20: Assessing the Risk for Violence (Version 2)*. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University
- WISCHKA B (2013) Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R) – Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In: *Recht & Psychiatrie* 31: 138–145
- WISCHKA B, REHDER U, FOPPE E (2012) *BPS-R. Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter – revidierte Fassung*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verein
- WITTCHEN HU, ZAUDIG M, FYDRICH T (1997) *SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe
- YOON D, MOTEKALLEMI S, RETTENBERGER M, BRIKEN P (2013) Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern: Möglichkeiten und Unmöglichkeiten. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7: 177–182

---

#### Anschrift der Verfasser

Tamara Bockshammer  
 Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Riedstadt  
 Philippsanlage 101  
 64560 Riedstadt

Martin Rettenberger  
 Kriminologische Zentralstelle (KrimZ)  
 Viktoriastraße 35  
 65189 Wiesbaden

---