

Arbeitsberichte

aus dem

Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht
Freiburg im Breisgau

Gunda Wößner

Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern

Ergebnisse einer bundesweiten Expertenbefragung

Vorwort

Wie soll mit Sexualstraftätern umgegangen werden? Diese Frage beschäftigt nicht nur die Fachwelt, sondern auch die Öffentlichkeit. Vor allem die durch die Medien ins Zentrum des öffentlichen Interesses gerückten spektakulären Fälle von sexuell motivierten Tötungen von Kindern führten zu einer intensiven emotionsgeladenen Debatte in der Bevölkerung. Aber auch in Fachkreisen ist die Frage, wie mit Sexualstraftätern umgegangen werden soll, von großer Bedeutung: Zum einen wird am 01. Januar 2003 das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten wirksam, zum anderen wollen einige Bundesländer die nachträgliche Sicherungsverwahrung einführen.

Die vorliegende Expertenbefragung stellt die erste in dieser Art in der Bundesrepublik durchgeführte Studie dar, in der flächendeckend einschlägig tätige Experten befragt wurden zu Themen wie diagnostisches und therapeutisches Vorgehen im Umgang mit Sexualtätern, Behandelbarkeit und Merkmale unterschiedlicher Tätertypen. Die Ergebnisse dieser Expertenbefragung geben somit einen aktuellen und repräsentativen Überblick über den derzeitigen Stand des Umgangs mit Sexualtätern.

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Experten bedanken, die bereit waren haben, an der Befragung teilzunehmen. Des Weiteren danke ich den Leitern und Leiterinnen der sozialtherapeutischen Anstalten für ihre Kooperation. Mein Dank geht auch an die Justizministerien der Länder Hessen und Sachsen für die Übermittlung der Adressen von Gutachtern bzw. Experten. Mein besonderer Dank gilt dem Leitenden Regierungsdirektor der Justizvollzugsanstalt Freiburg, Herrn Rösch, sowie Frau Dipl.-Psych. Mauder und Herrn Dipl.-Psych. Kesenheimer. Ihre Aufgeschlossenheit und Mitwirkung haben es ermöglicht, im Vorfeld der Untersuchung wichtige Hinweise zu erhalten. Schließlich danke ich meinem Kollegen Dr. Joachim Obergfell-Fuchs, der immer zu einer offenen und konstruktiven Diskussion zu Fragen der Konzeption und Auswertung der Befragung bereit war. Ihnen allen sei dafür gedankt, dass sie sich die Zeit genommen haben, um die Befragung in ihren unterschiedlichen Phasen zu unterstützen.

Freiburg, im März 2002 Gunda Wössner

Einführung:

Hintergrund und Gesamtkonzeption des Projektes

Vor dem Hintergrund des am 28.01.1998 in Kraft getretenen Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten, nach dem jeder behandelbare Sexualstraftäter bei einer Freiheitsstrafe ab zwei Jahren ab dem Jahre 2003 in eine Sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden muss, kommt der Diskussion um effektive Interventionen und die adäquate Zuordnung der Täter zu solchen sowohl in der Politik, in Fachkreisen als auch in der Öffentlichkeit ein hoher Stellenwert zu. Dabei werden v.a. von Experten eine differenziertere Diskussion und Herangehensweise gefordert. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass eine erfolgreiche Therapie generell auf eine Therapiezuordnung zurückzuführen ist, die auf differentialdiagnostischen Aussagen basiert. Beruhend auf interindividuellen Unterschieden und Eigenschaftswerten werden klassischerweise Behandlungsstrategien für eine psychotherapeutische Intervention abgeleitet bzw. Patienten/Klienten einer adäquaten Therapie zugeordnet. Da es gegenwärtig keine konformen Kriterien für eine Zuordnung von Sexualstraftätern zu einer bestimmten Intervention gibt, sollen im vorliegenden Projekt als Ansatzmöglichkeit für eine gezielte Therapie Indikationsgrundlagen zur Therapiefähigkeit und zur Intervention bei entsprechenden Typen von Tätern ermittelt werden. Ziel des Projektes ist es, als Grundlage für eine effiziente Behandlung ein empirisch begründetes Indikationsmodell bereit zu stellen. Dies umfasst zum einen den Versuch, nur sehr schwer oder gar nicht behandelbare Tätertypen zu identifizieren, und zum anderen den Versuch, Aussagen über schwerpunktmäßige Behandlungsnotwendigkeiten zu ermöglichen.

Ausgangspunkt für die Notwendigkeit zur Erstellung eines Indikationsmodells ist die Tatsache, dass – zum Teil sogar noch in der Fachliteratur – verallgemeinernd von „den“ Sexualstraftätern die Rede ist und eine Differenzierung der Täter allenfalls noch nach der Art des begangenen Delikts stattfindet. Sexualstraftäter stellen jedoch hinsichtlich psychologischer Dimensionen keine homogene Gruppe dar. Man ist sich dabei weitgehend einig, dass innerhalb derselben Deliktsgruppen nicht notwendigerweise dieselbe Behandlung angezeigt ist. Strittig ist hingegen, welche Täter entsprechend dem Wortlaut des Gesetzes vom 28.01.1998 als „behandelbar“ gelten können. Eine spezifischere (also Differential-) Diagnostik könnte demzufolge zu einem effizienteren und gezielteren Einsatz von Behandlungs-

programmen oder -elementen führen (Hoyer, Borchard & Kunst, 2000). Lösel (1994) nennt zahlreiche frühere Reviews aus den späten siebziger Jahren, in denen schon eine differenziertere Perspektive mit spezifischeren Maßnahmen gefordert wird. Kraus & Berner (2000) sehen das ähnlich. Auch sie fordern „eine genauere Klassifikation der einzelnen Untergruppen von Sexualstraftätern“ (S. 395), da das klinische Spektrum auch innerhalb dieser Subgruppen so groß ist, dass Aussagen über „die Vergewaltiger“ oder „die Missbrauchenden“ für die praktische Anwendung wenig hilfreich sind. Laut Deegener (1999) vermochten die in Deutschland bisher vorgenommenen Gruppierungen und Kennzeichnungen (i.e. Täter mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen, Täter mit fixierten neurotischen Störungen im psychoanalytischen Sinne und Täter, bei denen sich das sexuell abweichende Verhalten im Rahmen einer normalen Entwicklung v. a. im Jugendalter als pubertäre Entwicklungskrise zeigt) „bisher zu wenig ... der Komplexität der Verursachungsfaktoren gerecht zu werden, ... und sie differenzieren zu wenig in Bezug auf den Schweregrad der sexuell aggressiven, devianten Verhaltensweisen sowie dem notwendigen Ausmaß an Therapiemaßnahmen“ (Deegener 1999, S. 24). Eine genauere Klassifikation einzelner Untergruppen von Sexualstraftätern ist für die praktische Anwendung im Umgang mit Sexualdelinquenten unabdingbar. Bei der Behandlung oder Behandelbarkeit der Täter scheint gegenwärtig jedoch nicht die Diagnose oder Ätiologie des abweichenden Verhaltens der ausschlaggebende Faktor für die jeweilige Intervention zu sein, sondern vielmehr, welche Therapierichtung in der jeweiligen Institution eben gerade angeboten wird, eine Tatsache, auf die auch Kury (1999) hinweist.

Auch im englischen Sprachraum sieht man das ähnlich. So fordert Graham (1993): „To help understand and provide treatment programs suited to the needs of sex offenders more study is needed with respect to their personality characteristics.“

Heilbrun, Nezu, Keeney, Chung und Wasserman (1998) machen auf den fehlenden Konsens darüber aufmerksam, ob verschiedene Subgruppen von Sexualstraftätern auch ein unterschiedliches Rückfallrisiko aufweisen. Die Tatsache, dass sie widersprüchliche Studien zitieren, zeigt, dass es eines genaueren Hinsehens bedarf, was genau das unterschiedliche Rückfallrisiko, eventuell auch innerhalb strafrechtlich homogener Deliktsgruppen („Kinderschänder“, Vergewaltiger), ausmacht. Dass eine Unterscheidung in Subgruppen eventuell nützlich sein kann, darauf weisen die Ergebnisse einer Studie von Beckett, Beech, Fisher, und Fordham (1994) (in Beech

1998) hin, die herausfanden, dass Täter, welche Kinder missbrauchten, sich unterschiedlichen Gruppen zuordnen ließen, die auch mit unterschiedlichen Rückfallrisiken einhergingen.

Deegener (1999) kommt in einem Resümee der gegenwärtigen Situation deshalb zu dem Schluss, „dass zur Zeit die Forschung nur recht allgemeine Hinweise liefert sowie die Diskussion differenzierter werden muss (in Richtung auf: Welche Behandlung ist für welche spezifische (Unter-)Täter-/Deliktgruppe mit welchen Sozialisationsvergangenheiten sowie welchen ausgeprägten Persönlichkeitszügen und gegenwärtigen Bezugssystem unter welchen institutionellen Bedingungen am effektivsten?), bevor hinreichend gesicherte und eben auch notwendig differenzierte Aussagen gemacht werden können“ (S. 34f.). Auch *Hoyer* (2001, S. 14f.) erklärte in jüngster Zeit, dass man „von einem befriedigenden Status in Prognose und Therapie noch weit entfernt“ sei. Diese Schwäche könnte durch verbesserte diagnostische Möglichkeiten beseitigt werden, denn: „Mit einer verbesserten Diagnostik steigt die Chance, angemessene Erklärungsmodelle zu entwickeln. Nur auf dieser Basis lässt sich die Frage nach den Behandlungsaussichten, nach Prognose und Rückfallrisiko, aber auch nach der Unbehandelbarkeit, wissenschaftlich fundiert beurteilen.“

Das vorliegende Forschungsprojekt soll einen Beitrag zur Schließung der dargestellten Wissenslücken leisten.

Für die empirische Untersuchung sind aktuelle Forschungsergebnisse über veränderungsrelevante Variablen in der Straftäterbehandlung zu berücksichtigen. Dies sind solche Persönlichkeitsaspekte, die zum einen veränderbar sind und deren Veränderung zum anderen auch tatsächlich dazu beitragen kann, dass möglichst keine Sexualdelikte mehr begangen werden. Die wenigen Versuche einer Klassifizierung von Sexualstraftätern bleiben mehr oder weniger eine Antwort schuldig, welche praktische Relevanz die jeweilige Typologie hat. Diese Einschätzung wird z.B. von *Nedopil* (2000, S. 206) gestützt, der die bisherigen Typisierungsversuche als nur begrenzt tauglich „für eine therapierelevante Differenzierung von Sexualdelinquenten“ bewertet. Andere Autoren sehen die Defizite dieser Typologien in der Tatsache, dass hierbei zudem psychiatrische bzw. klinisch psychologische Konstrukte verwandt werden (wie z.B. Depression), die nur wenig mit Rückfälligkeit und Delinquenz in Verbindung gebracht werden (*Lösel* 1993, *MacKenzie* 1997, S. 370ff.). Grundlage für die zu erarbeitende Klassifizierung sollen tatsächlich therapierelevante psychometrische Variablen sein. Hierbei befinden wir uns allerdings in einem

Dilemma. Zum einen gibt es durchaus bereits Kriterien, die sich als relevant für Veränderungen erwiesen haben. Zum anderen wurde ja bereits ein erheblicher Mangel über das Wissen konstatiert, welche Täter überhaupt behandelbar und wie behandelbar sind. Hier sollen solche Variablen zu einer praxisrelevanten Klassifizierung zusammengeführt werden, die sich in der gegenwärtigen Literatur, aber auch in den Ergebnissen der im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Expertenbefragung als relevant erweisen.

Die konkrete Fragestellung des Gesamtprojektes lautet: Inwieweit ist es möglich, ein differentialdiagnostisches Modell zu entwickeln, mit dem Sexualstraftäter nach therapeutisch relevanten Variablen klassifiziert werden können? Gibt es also Tätersubgruppen, die sich in psychometrischen Daten so unterscheiden, dass man auf deren Basis Aussagen machen kann über adäquate, spezifische Interventionsansätze bzw. die Therapiefähigkeit bestimmter Tätersubgruppen? Hierfür soll im Gesamtprojekt folgende Hypothese geprüft werden:

Sexualstraftäter unterscheiden sich hinsichtlich der in der Untersuchung erhobenen therapielevanten Variablen wie Empathiefähigkeit, Selbstwert, Vorstellungen über Sexualität, soziale Kompetenz, kognitive Verzerrungen¹, Impulsivität und Gewalt etc. Sowohl über verschiedene Deliktgruppen hinweg als auch bspw. innerhalb der Gruppe der Vergewaltiger gibt es Subgruppen, die sich durch Bündel diagnostischer Merkmale voneinander unterscheiden.

Das generelle Ziel der Arbeit ist es also, Sexualstraftäter so zu differenzieren, dass anhand dieser Differenzierung bzw. Typisierung Indikationshilfen geschaffen werden können, die

- a) die Identifikation behandelbarer und nicht behandelbarer Täter erleichtern und
- b) Entscheidungen über Behandlungsschwerpunkte erlauben.

Der Fokus liegt auf der Entwicklung einer objektiven, validen und reliablen Methodik, d.h. die Typisierung und die Methode der Zuordnung sollen dazu beitragen, methodologische Fehlerquellen zu minimieren und die Wissenschaftlichkeit und Einsetzbarkeit in der „scientific community“ zu erhöhen.

¹ Kognitive Verzerrungen sind dysfunktionale Denkmuster, mit denen das sexuell delinquente Verhalten aufrechterhalten werden kann. Es sind frauenfeindliche Annahmen, sog. Vergewaltigungsmythen, oder falsche Vorstellungen über Sexualität und die Rolle des Kindes.

Die Gesamtuntersuchung soll aus zwei empirischen Teilen, einer *Expertenbefragung* und einer *diagnostischen Befragung von Sexualdelinquenten*, bestehen.

Der erste Teil der empirischen Untersuchung, die Expertenbefragung, wurde im Vorfeld der Interviews mit den Straftätern durchgeführt. Hierfür wurde ein Fragebogen entwickelt, der an Berufsgruppen, die mit Sexualstraftätern arbeiten, versandt wurde. Anhand der hierdurch gewonnenen Ergebnisse soll das Erhebungsinstrument für die Klassifizierung der Sexualstraftäter gegebenenfalls überarbeitet werden. Die Ergebnisse der Expertenbefragung sollen darüber hinaus der Ergänzung der Ergebnisse der Täterinterviews dienen, da erwartet wird, dass eine extreme Selektion der Täterstichprobe entstehen dürfte.

Hierzu wurden in der Expertenbefragung zwei untergeordnete Ziele verfolgt:

1. Ziel: Darstellung der gegenwärtigen Praktiken im Umgang mit Sexualtätern in Deutschland. Hierunter fällt auch die Frage, inwieweit es überhaupt erforderlich ist, Sexualstraftäter nach Typen zu unterscheiden, und inwiefern es übereinstimmende Konzepte der Typisierung, aber auch der Behandlungspraxis gibt.
2. Ziel: Versuch einer Typisierung von Sexualstraftätern.

Für die Interviews mit den Sexualstraftätern soll ebenfalls ein Erhebungsinstrument entwickelt werden. Es wird sich dabei voraussichtlich um ein (halb) strukturiertes Interview handeln mit Skalen, welche die relevanten Persönlichkeitsvariablen von Sexualstraftätern erfassen und von denen – wie oben erwähnt – erwartet wird, dass sich Sexualdelinquenten in deren Ausprägung so unterscheiden, dass sie für die Erstellung von Differentialdiagnosen ausschlaggebend sind. Angaben zum Tathergang und zur Delinquenzbiographie sollen des Weiteren aus Akten gewonnen werden.

Um ein möglichst breites Spektrum in der Stichprobe abzudecken und somit statistische Fehler zu minimieren, sollen Täter in unterschiedlichen Institutionen interviewt werden:

- Sexualstraftäter im Regelvollzug
- Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Einrichtungen
- Sexualstraftäter im Maßregelvollzug

Fragestellung und Methodik der Expertenbefragung

Fragestellung und Zielsetzung

Im Rahmen der Gesamtkonzeption des Projektes wurden mit der Expertenbefragung folgende Ziele verfolgt:

1. Darstellung der gegenwärtigen Praktiken im Umgang mit Sexualtätern in Deutschland. Dabei geht es im speziellen um folgende Ziele:
 - A Deskriptive Analyse der Art der Behandlung von Sexualstraftätern in Justizvollzugsanstalten, sozialtherapeutischen Einrichtungen und Maßregelvollzug. Hier soll vor allem auch der Frage nachgegangen werden, inwiefern sich die Institutionen bei der Behandlung von Sexualstraftätern auf übereinstimmende Konzepte und Strategien beziehen und in die Praxis umsetzen.
 - B Beurteilung der Frage der Notwendigkeit einer Differenzierung von Sexualstraftätern nach Subtypen.
 - C Deskriptive Analyse zur Frage der Wirksamkeit und Notwendigkeit unterschiedlicher therapeutischer Stile im Umgang mit Sexualstraftätern.
2. Benennung von Variablen, die für eine diagnostisch relevante Typisierung von Sexualstraftätern in Frage kommen.

Hierzu wurden die Experten gefragt, ob sie selbst auf Grund ihrer Erfahrung bestimmte Typen oder Klassen von Sexualtätern feststellen können und, wenn ja, anhand welcher Variablen sie diese Differenzierung vornehmen würden. Mit dieser Fragestellung wurden zwei Ziele verfolgt:

- A Sammeln und Selektion von Variablen, die im zweiten empirischen Schritt des vorliegenden Projektes – den Täterinterviews – erhoben werden sollten. Dabei geht es um die Variablen, anhand derer eine etwaige Tätertypisierung vorgenommen werden soll.
- B Zusammenführen von Informationen zur Behandelbarkeit von Sexualstraftätern und somit Ergänzen der Ergebnisse der Täterinterviews. Bei den Tätern, die sich bereit erklären, an den Interviews teilzunehmen, dürfte es sich um eine hoch selektive Stichprobe handeln. Daher sollen die Ergebnisse der Expertenbefragung dazu dienen, diese Informationslücke auszugleichen.

Untersuchungsdesign und -material

Vor dem Hintergrund der genannten Zielsetzungen der Expertenbefragung wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt. Es wurde ein Fragebogen für eine schriftliche Expertenbefragung entworfen, in dem Experten, die in Diagnostik, Therapie, aber auch Prognose von Sexualstraftätern tätig sind, zu Fragen der Behandelbarkeit und Behandlungsschwerpunkten befragt werden sollten. Mit der schriftlichen Befragung sollte gewährleistet werden, dass eine möglichst große Anzahl von Experten zu Wort kommen würde. Eine mündliche Expertendiskussion hätte sich dagegen auf einige wenige Experten beschränken müssen und wäre zudem wiederum sehr selektiv gewesen. Gerade das Problem der Selektivität (der Täterstichprobe) sollte aber mit der Expertenbefragung sozusagen wieder wettgemacht werden. Hinzu kommt, dass das Thema Sexualtäter in letzter Zeit sehr heftig und emotionsgeladen diskutiert wurde. In solchen Fällen kann es sehr sinnvoll sein, wenn Techniken eingesetzt werden, die Interaktionen einschränken (vgl. *Wottawa & Thierau* 1990, S. 100). Es wurde ein Fragebogen zu den oben genannten Fragestellungen entworfen, der hauptsächlich aus offenen Fragen bestand. Damit wurde das Ziel verfolgt, die Probanden in ihren Antworten möglichst wenig zu lenken. Außerdem sollte den Experten dadurch ausreichend die Möglichkeit für Kommentare, Interpretationen, Bewertungen und Denkanstöße geboten werden, denn hierin liegt ein großer Vorteil der Expertenforschung (*Roth* 1995, S. 308).

Der Fragebogen

Die erste Fassung des Expertenfragebogens wurde einer Psychologin und einem Psychologen der JVA Freiburg vorgelegt bzw. ausgefüllt und aufgrund dabei festgestellter Mängel verändert bzw. vervollständigt. Der Fragebogen war mit 18 Fragen relativ kurz. Da die Expertenbefragung nicht eigentliches Kernstück des Projektes darstellt, wurde der Fragebogen bewusst kurz gehalten, um die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung zu erhöhen. Der Fragebogen wurde postalisch verschickt. Es wurde ein vorbereiteter Rückumschlag für die Antworten beigelegt. Einige Wochen, nachdem der Fragebogen verschickt wurde, sind die Experten mit einem brieflichen Erinnerungsschreiben erneut gebeten worden, an der Befragung teilzunehmen. Der Fragebogen ist in seiner Originalfassung im Anhang wiedergegeben.

In einem ersten Teil wurde nach dem Beruf und einer eventuellen psychotherapeutischen bzw. psychologischen Ausrichtung des Experten und dem institutionellen Rahmen gefragt. Danach wurde erhoben, wie die Notwendigkeit einer differenzierteren Klassifizierung von Subtypen von Sexualstraftätern beurteilt wird. Da es bereits schon Typologien gibt, wurde in einem nächsten Fragenblock gefragt, ob der Proband solche Typologien kennt und diese für seine praktische Tätigkeit auch nutzt.

Von zentraler Bedeutung für das Gesamtprojekt waren die nächsten beiden Fragen danach, ob der Experte aufgrund seiner persönlichen Erfahrungen Typen bzw. Klassen von Sexualtätern feststellen kann und, wenn ja, anhand welcher Merkmale er diese differenzieren kann.

In einem weiteren Frageblock ging es um die Erfassung des Therapieangebotes für Sexualstraftäter in der jeweiligen Einrichtung und das diagnostische Vorgehen. Des Weiteren wurde gefragt, ob der Experte, falls er in der Straftäterbehandlung tätig ist, Typen von Tätern feststellen kann, die einerseits besonders gut und andererseits besonders schlecht auf die Behandlung ansprechen. Auch hier sollte spezifiziert werden, welche Variablen sich identifizieren lassen, mit denen solche Täter beschrieben werden können, die besonders gut oder besonders schlecht auf die Behandlung ansprechen. Abschließend wurden die in der Behandlung von Sexualtätern tätigen Experten danach gefragt, ob es Typen von Tätern gibt, die unterschiedlich auf verschiedene therapeutische Stile ansprechen, und wie die Behandelnden die Effektivität eines gemischten gruppentherapeutischen Settings beurteilen.

Für diejenigen Experten, die als Gutachter tätig sind, wurde – äquivalent zur Frage nach dem diagnostischen Vorgehen in Einrichtungen – nach den diagnostischen Kriterien im Rahmen ihrer gutachterlichen Tätigkeit gefragt.

Stichprobe: Die Rekrutierung von Experten

Zielgruppe für die Expertenbefragung waren Psychologen/Psychologinnen, Psychiater/innen und Wissenschaftler/innen, die beruflich mit Sexualstraftätern zu tun haben. Hierzu sollten die genannten Berufsgruppen befragt werden, die im Regelvollzug, im Maßregelvollzug und in sozialtherapeutischen Einrichtungen tätig sind. Dabei wurde folgendermaßen vorgegangen:

1. Unter der Annahme, dass in sozialtherapeutischen Einrichtungen die meisten Experten zum Thema „Sexualstraftäter“ zu finden sein würden, wurden bundesweit alle Sozialtherapeutischen Anstalten und Justiz-

vollzugsanstalten mit sozialtherapeutischen Abteilungen angeschrieben. Dabei wurde zuerst die Leitung der jeweiligen Anstalt angeschrieben, über das Forschungsprojekt informiert und gebeten, die dem Schreiben beigefügten Fragebögen an die Experten im Hause weiterzuleiten. Mit diesem Vorgehen wurden 14 sozialtherapeutische Anstalten und Teilanstalten bzw. Justizvollzugsanstalten mit sozialtherapeutischen Abteilungen erfasst.

2. Aus ökonomischen Gründen wurden ferner Einrichtungen angeschrieben, von denen bekannt war, dass Sexualstraftäter untergebracht sind bzw. dass sich die Einrichtung speziell mit der Behandlung oder Unterbringung von Sexualstraftätern befasst bzw. auf diese zugeschnitten ist. Auf diesem Wege wurden bundesweit acht Justizvollzugsanstalten und zwei psychiatrische bzw. psychotherapeutische, auf die Behandlung von Sexualtätern spezialisierte ambulante Einrichtungen kontaktiert. Allerdings kam von einer Justizvollzugsanstalt die Rückmeldung, dass sie keine Sexualtäter aufnehmen, deren Sexualdelikt im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung anzusiedeln wäre, und es deshalb wohl wenig Sinn machen würde, an der Expertenbefragung teilzunehmen.
3. Aus Tagungsbänden und -beiträgen wurden solche Experten herausgefiltert, die sich erkennbar mit Sexualstraftätern befassen. Hierunter fielen 18 Vertreter universitärer Einrichtungen und forensisch psychiatrischer Institute sowie drei Vertreter anderer Forschungseinrichtungen. Im Regelvollzug und Maßregelvollzug tätige Psychologen bzw. Psychologinnen und Psychiater bzw. Psychiaterinnen wurden jeweils 14mal persönlich angeschrieben, und vier Mal wurden Leiter oder Mitarbeiter von sozialtherapeutischen Einrichtungen auf direktem Wege angeschrieben, weil bekannt war, dass sie sich intensiv mit dem Zielklientel der Sexualtäter befassen. Diese Experten wurden nicht auf dem unter Punkt 2. genannten Wege kontaktiert.
4. Schließlich wurden einige Experten von Justizministerien benannt. So benannte das Sächsische Staatsministerium der Justiz sechs Psychologen bzw. Psychologinnen aus Justizvollzugsanstalten, z.T. mit integrierter sozialtherapeutischer Abteilung. Darunter waren auch zwei Psychologen und eine Psychologin der JVA Waldheim, die zuvor wie unter Punkt 3. beschrieben kontaktiert wurde. Für Hessen wurden 13 Gutachter benannt, die z.T. nur als freie Gutachter tätig, z.T. auch in institutionelle Tätigkeiten eingebunden sind. Vier dieser benannten Gutachter wurden bereits über den unter Punkt 3. beschriebenen Verfahren kontaktiert.

Insgesamt wurden also acht Justizvollzugsanstalten und 14 Sozialtherapeutische Anstalten oder Abteilungen innerhalb des Regelvollzugs über die Leitung angeschrieben, mit der Bitte die dem Schreiben beigelegten Fragebögen an die zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen weiterzuleiten. Es bleibt bei diesem Vorgehen allerdings unklar, wie vielen Experten ein Fragebogen zukam.

Tabelle 1 spiegelt die Zuordnung der angeschriebenen Experten wider. Vertreter von Einrichtungen des Maßregelvollzugs und des Regelvollzugs wurden 14mal direkt angeschrieben. Direkt kontaktiert wurden auch vier in sozialtherapeutischen Einrichtungen für ihre einschlägige Kenntnis bekannten Leiter oder Mitarbeiter sowie acht benannte Gutachter. Des Weiteren wurden sechs benannte Psychologen und Psychologinnen, die im Regelvollzug tätig sind, angeschrieben. Schließlich wurden 18 Vertreter universitärer Einrichtungen und drei Experten aus anderen Forschungseinrichtungen kontaktiert. Somit wurden 22 Einrichtungen über die Leitung und 67 Experten persönlich angeschrieben.

Tabelle 1: Anzahl der angeschriebenen Experten

Über die Leitung kontaktierte Einrichtungen		Persönlich kontaktierte Experten	
JVA:	8	JVA:	14
ST:	14	ST:	4
		MRV:	14
		Uni:	18
		Andere Forschungseinr.:	3
		Benannte Experten:	14
Gesamt:	22	Gesamt:	67

Anmerkung zur Auswertungsmethodik

Eigentliches Kernstück des Gesamtprojektes sind die noch durchzuführenden Interviews mit Sexualstraftätern. Vor dem Hintergrund dieser Gesamtkonzeption kommt der Expertenbefragung somit ein a) Hypothesen generierender und b) ergänzender, qualitativer Charakter zu: Hypothesen generierend, weil die Ergebnisse der Expertenbefragung eventuell dazu dienen

sollen, die für die Täterinterviews relevanten Variablen zu modifizieren, und ergänzend, weil die Erkenntnislücken aufgrund einer zu erwartenden hoch selektiven Täterstichprobe mit den Ergebnissen der Expertenbefragung geschlossen werden sollen. Die Auswertung wird sich daher auf eine überwiegend deskriptive und qualitative Auswertung konzentrieren, in der die Ergebnisse zuallererst beschreibend dargestellt werden. Außerdem werden Interpretationen inhaltlicher Zusammenhänge zu erwarten sein, die qualitative Auswertungsverfahren wie Inhaltsanalysen notwendig machen (vgl. z.B. *Bortz & Döring* 2002, S. 329ff.).

Datenauswertung und Ergebnisse

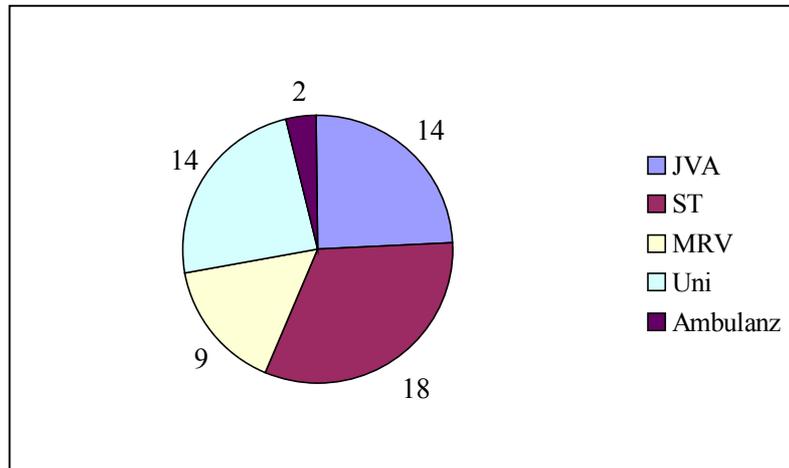
Rücklauf und Beschreibung der Stichprobe

Da leider nicht nachvollziehbar war, wieviele Experten über den Leitungsweg erreicht wurden, kann die Rücklaufquote nicht exakt bestimmt werden. Mit einem Rücklauf von 57 Fragebögen ist dieser aber als relativ hoch zu betrachten. Nimmt man an, dass in den angeschriebenen Einrichtungen ein oder zwei Experten tätig sind, so liegt die vorliegende Expertenbefragung mit einer Rücklaufquote zwischen 60% und 64%. Dies entspricht einer Rücklaufquote, wie sie in anderen Expertenbefragungen auch erzielt wurde: So z.B. 65,4% bei *Obergfell-Fuchs* (2001, S. 514f.) und 64,5% bei *Kasperzak* (2000, S. 149). Diese Befragungen richteten sich allerdings an einen ausgewählten Personenkreis aus Verwaltung, Polizei und – v.a. in der zuletzt genannten Befragung – aus Vertretern von Wirtschaftsvereinigungen. *Pecher* (1999, S. 78) erreichte bei einer Expertenbefragung von in Justizvollzugsanstalten tätigen Therapeuten, bei einer der vorliegenden Studie also vergleichbaren Zielgruppe, eine Rücklaufquote von 52,8%.

Jeweils eine über die Leitung angeschriebene sozialtherapeutische Einrichtung und eine Justizvollzugsanstalt gaben die Rückmeldung, dass sie keine Sexualtäter unterbringen. Zieht man diese Einrichtungen von der Empfängerzielgruppe ab, erhöht sich die Rücklaufquote entsprechend. Allerdings ist natürlich nicht auszuschließen, dass einige Experten aufgrund des ökonomischen Vorgehens nicht berücksichtigt wurden. Insgesamt kann die in der vorliegenden Expertenbefragung erzielte Rücklaufquote als durchaus zufriedenstellend betrachtet werden.

Vom institutionellen Rahmen her gesehen, waren die meisten (n=18; 32%) der 57 eingegangenen Fragebögen sozialtherapeutischen Einrichtungen (ST), also entweder eigenständigen sozialtherapeutischen Anstalten oder sozialtherapeutischen Abteilungen von Anstalten des Regelvollzugs, zuzuordnen. Aus dem Regelvollzug ohne sozialtherapeutischen Hintergrund (JVA) kamen 25% der Fragebögen zurück. Denselben Stellenwert nahmen mit ebenfalls 14 Antworten (25%) universitäre Einrichtungen bzw. die Forschung (Uni) ein. Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, stammten des Weiteren neun der Fragebögen (16%) aus Einrichtungen des Maßregelvollzugs (MRV) und zwei aus ambulanten Einrichtungen (Ambulanz) (ambulante Programme der Bewährungshilfe).

Abbildung 1: Institutioneller Hintergrund der Experten (N=57)



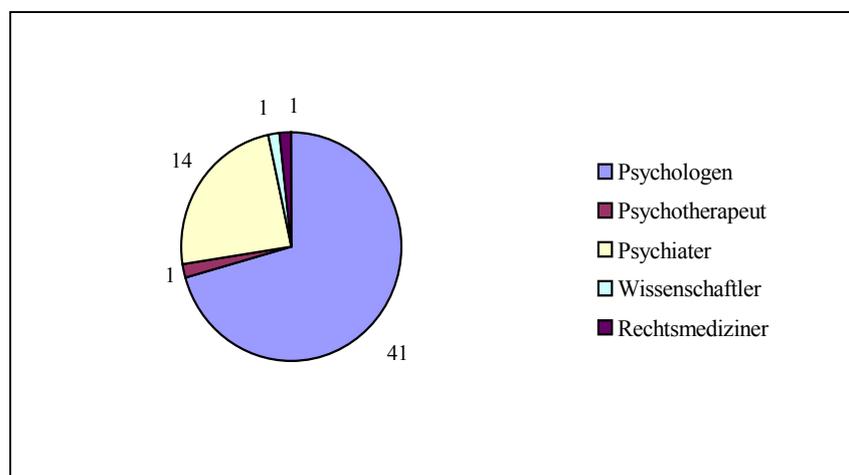
Mit 41 Psychologen war diese Berufsgruppe die am stärksten vertretene (71%). Daneben nahmen 14 Psychiater (24%) an der Expertenbefragung teil sowie ein Rechtsmediziner mit Spezialisierung Sexualmedizin. Je ein Wissenschaftler und ein Psychotherapeut gaben ihre eigentliche Berufszugehörigkeit nicht an. Da sowohl Psychologen als auch Psychiater als Psychotherapeuten tätig sein können, blieb es bei diesem Experten unklar, in welche Berufsgruppe er einzuordnen war. Abbildung 2 gibt die Verteilung der Experten nach Berufsgruppen wieder. Die bereits erwähnte Studie von *Pecher* (1999) brachte eine ähnliche Verteilung der Berufsgruppen hervor. Der im Vergleich zu *Pechers* Expertenbefragung höhere Anteil der Psychiater in der vorliegenden Studie ist damit zu erklären, dass hier der Maßregelvollzug und universitäre Einrichtungen, also auch Universitätskliniken, eingeschlossen wurden, die Studie von *Pecher* hingegen sich ausschließlich auf Justizvollzugsanstalten konzentrierte.

Des Weiteren war die Ausrichtung der Probanden von Interesse. Hierbei geht es um den Hintergrund der therapeutischen Ausbildung der Experten bzw. der Ausrichtung an einer der sogenannten psychotherapeutischen „Schulen“. Wie Tabelle 2a und 2b zu entnehmen ist, sind sowohl die Mehrzahl der Psychologen als auch der Psychiater einem eklektischen Ansatz verbunden. Der Eklektizismus ist ein schulübergreifendes Konzept, in das verschiedene Psychotherapien integriert werden². Er entwickelte sich

² Strenggenommen kann man unterscheiden zwischen vier Formen des Eklektizismus: 1.) Es wird jeweils diejenige Therapieschule angewandt, die aufgrund differentialdiagnostischer Kriterien indiziert ist; 2.) Ein Psychotherapeut beherrscht die gängigen

aus der Unzufriedenheit mit den Schwächen einzelner Therapieschulen. Durch die Integration verschiedener Ansätze soll die Wirksamkeit der Psychotherapie erweitert werden. Dieser Ansatz wird v.a. im angloamerikanischen Raum angewandt und dort i.d.R. schon in der universitären Ausbildung vermittelt. Im deutschsprachigen Raum steht man diesem Ansatz hingegen noch recht skeptisch gegenüber. Hier scheint die Diskussion noch von ideologischen Kleinkämpfen geprägt zu sein im Gegensatz zur tendenziell pragmatischeren Herangehensweise der Angloamerikaner.

Abbildung 2: Beruflicher Hintergrund der Experten* (N=58)



*Da ein Fragebogen von mehreren Mitarbeitern einer Einrichtung gemeinsam ausgefüllt wurde, ergeben sich hier mehr Probanden, als tatsächlich Fragebögen zurückkamen.

Danach kommt vor allem bei im Regelvollzug und in der Sozialtherapie tätigen Psychologen der Verhaltenstherapie ein großer Stellenwert zu. Interessant ist, dass sich die befragten Experten der klassischen Psychoanalyse oder der Tiefenpsychologie alleine kaum verbunden fühlen. Jeweils nur ein Psychologe und Psychiater gaben an, einen psychotherapeutischen Hintergrund in Psychoanalyse zu haben. Für die Tiefenpsychologie zeigt sich mit nur einer Nennung mehr ein fast identisches Bild. Es ist denkbar, dass solche Experten, die sich ausschließlich einem dieser beiden Ansätze verbunden fühlen, nicht an der Befragung teilgenommen haben, da bereits die

Methoden der verschiedenen Therapieschulen und wendet je nach Bedarf die angezeigte Methode an; 3.) Es werden neue, schulenübergreifende Theorien entwickelt, d.h. die Anwendung von Techniken bekommt zuerst einen fundierten theoretischen Rahmen; und schließlich 4.) Es werden sozusagen die gemeinsamen, zentralen Wirkfaktoren aller Therapierichtungen extrahiert und angewandt (sh. hierzu *Norcross 1995, Plaum 1991*).

Fragestellungen des Fragebogens bzw. der wissenschaftliche Zugang an sich auf Kritik bei Verfechtern der Psychoanalyse bzw. der Tiefenpsychologie stoßen könnten.

Tabelle 2a: Ausrichtung an psychotherapeutischen Schulen³ - Psychiater

<i>Psychiater</i>	VT	PA	TP	GT	Ekl.*	k.A.	Sonst.**	Gesamt
JVA								
ST			1					1
MRV**		1			2	1		4
Amb.					1			1
Forschg./Uni	2		1		5			8
Gesamt***	2	1	2	0	8	1	0	14***

*Davon (falls angegeben): VT und TP: 2
VT, PA, TP und GT: 1
VT und GT: 1

** Dabei eine Klinik für Psychiatrie und PT

*** Ohne Gutachternennungen, da nur eine Angabe zu der Kategorie Gutachter ausschließlich dieser zugeordnet werden konnte. Alle anderen sind in ihrer Hauptbeschäftigung als Psychologe oder Psychiater in einer Einrichtung tätig.

Tabelle 2b: Ausrichtung an psychotherapeutischen Schulen - Psychologen

<i>Psychologen</i>	VT	PA	TP	GT	Ekl.*	k.A.	Sonst.**	Gesamt
JVA	3			1	7	2		13
ST	8		1		7		1	17
MRV	1				4			5
Amb.	1				1			2
Uni		1			2	2		5
Gesamt***	13	1	1	1	21	4	1	42***

* Davon falls angegeben: TP und GT: 3
VT und GT: 4
PA, TP und GT: 1
VT und systemisch: 1
TP und systemisch: 1
TP, PA und morphologisch: 1
VT und TP: 4
PA und TP: 2
VT, PA und GT: 1
VT und Sexualmedizin: 1
PA, TP, GT, Psychodrama: 1

** Davon: Psychotherapie für Sexualtäter: 1

** Siehe Tabelle 2a.

³ Die Abkürzungen bedeuten: VT = Verhaltenstherapie, PA = Psychoanalyse, TP = Tiefenpsychologie, GT = Gesprächspsychotherapie, Ekl. = Eklektischer Ansatz.

Behandlung von Sexualstraftätern

Die Mehrheit der befragten Experten (n=45) ist im Rahmen ihrer Tätigkeit auch mit der Behandlung von Sexualstraftätern befaßt. Alle der in sozialtherapeutischen Einrichtungen beschäftigten Experten (n=18) sind auch in der Behandlung tätig. Von den insgesamt 14 im Regelvollzug arbeitenden Experten gaben 12 an, dass in ihrer Anstalt auch Therapie für Sexualstraftäter angeboten wird. Einer dieser Experten führte hingegen an, dass es in seiner Anstalt keine Behandlung für Sexualtäter gäbe. In der Anstalt eines weiteren Experten sei ein Therapieangebot für diese Täter gerade in Planung. Bei im Maßregelvollzug tätigen Experten konnten ebenfalls zwei keine Angaben zur Behandlung machen. Von den in universitären bzw. Forschungseinrichtungen ansässigen Experten (n=14) waren dies sogar acht Probanden. Das bedeutet, dass nur sechs Experten aus solchen Einrichtungen Aussagen über laufende Behandlungsmethoden von Sexualtäter machen konnten. Allerdings muss bei der Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, dass universitäre Einrichtungen in Form von psychiatrischen oder psychotherapeutischen Universitätskliniken oder Abteilungen häufig der Funktion des Maßregelvollzugs gleichzusetzen sind, da beide Täter unterbringen und behandeln, die nach §§ 63, 64 StGB verurteilt wurden. In Tabelle 3 sind die Ergebnisse zur Frage nach dem Behandlungsangebot in den Einrichtungen der Experten zusammengefasst.

Dreißig dieser Experten (67%) gaben an, dass in ihrer Einrichtung eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie die Methode der Wahl in der Behandlung von Sexualstraftätern sei. Hierbei wiederum nimmt der eklektische Ansatz (n=15) den größten Stellenwert ein, gefolgt vom kognitiv-behavioralen Ansatz (n=11). Bezogen auf die Experten, die auch in der Behandlung tätig sind, gaben 58% (n=7) der im Regelvollzug beschäftigten Experten an, dass in ihrer Anstalt ein eklektischer Ansatz verfolgt wird. In nur zwei Fällen von im Regelvollzug tätigen Experten wurde der Einsatz von rein verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-behavioralen Methoden genannt. Im Maßregelvollzug gaben zwei Experten an, dass die Kombination Gruppen- und Einzeltherapie rein verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sei; hier nannte nur ein Experte eine eklektische Orientierung der Behandlung. In sozialtherapeutischen Einrichtungen halten sich eklektischer und verhaltenstherapeutischer Ansatz mit fünf bzw. sechs Nennungen fast die Waage. Zwei Experten aus sozialtherapeutischen Einrichtungen gaben außerdem an, dass in ihrer Anstalt ein rein tiefenpsychologisches Konzept

verfolgt werde. Gruppentherapie ohne ergänzende Einzeltherapie findet in jeweils einer universitären Einrichtung und einer Anstalt des Regelvollzugs statt.

Tabelle 3: Interventionsmethoden in der Behandlung von Sexualtätern

Angaben in Anzahl an Nennungen

Art der Behandlung	Uni (n=6)	JVA (n=12)	MRV (n=7)	ST (n=18)	Amb. (n=2)	Gesamt (n=45)
Nur Einzeltherapie (o.A. der Ausr.)	1	2	1			4
Verhaltenstherapeutisch/kognitiv- behavioral	1		1	1		3
Eklektisch	1			2		3
Externe Psychotherapie		3				3
Nur Gruppentherapie (o.A. der Ausr.)	1	1				2
Gruppen- u. Einzeltherapie (o.A. der Ausr.)	1			1		2
Verhaltenstherapeutisch/kognitiv- behavioral		2	3	6		11
Tiefenpsychologisch/analytisch				2		2
Eklektisch		7	1	5	2	15
Milieu- und Sozialtherapie		4	3	3		10
Antiaggressivitätstraining und Kon- fliktmanagement		1	1	3		5
Training sozialer Kompetenzen		1		5		6
Pharmakotherapie (wenn nötig)	3		2			5
Arbeitstherapie		1	2	2		5
Rückfallpräventionsprogramm		1		2	1	4
Psychoedukation		1	3			4
Kognitive Umstrukturierung			1	1	2	4
Paar-Familien-Gespräche	1	1			1	3
Bildung sozialer Netze				3		3
Konkrete Programme		3	1	4		8
Sonstiges	1	4		3		8

Reine Einzeltherapie wurde von insgesamt 13 Experten als Methode der Wahl in ihrer Einrichtung genannt. Zwei Experten aus dem Regelvollzug und jeweils ein Experte aus dem Maßregelvollzug bzw. einer universitären Einrichtung machten dabei keine Angaben zur therapeutischen Ausrichtung. Jeweils drei Mal wurde der verhaltenstherapeutische bzw. eklektische Ansatz genannt. Der verhaltenstherapeutisch/kognitiv-behaviorale Ansatz wurde je ein Mal von einem Experten im Maßregelvollzug, in der Sozialtherapie und in einer universitären Einrichtung angeführt. Eklektische Einzeltherapie wurde von zwei Experten einer sozialtherapeutischen Einrichtung und einem Experten einer universitären Einrichtung genannt. Hier bleibt allerdings offen, was genau eklektisch bedeutet. Meint es „Einzeltherapie je nach therapeutischer Ausrichtung des Kollegen“ so, wie dies ein Experte im Maßregelvollzug formulierte, oder bedeutet diese Zuordnung, dass ein Therapeut unterschiedliche Methoden aus diversen therapeutischen Richtungen anwendet? Auf externe Psychotherapeuten wird dabei ausschließlich im Regelvollzug zurückgegriffen (drei Nennungen).

Ein relativ großer Stellenwert kommt mit zehn Nennungen der Sozial- und Milieuthherapie zu. Die Milieuthherapie zielt auf die Förderung der Gemeinschaftsfähigkeit, die Verringerung unerwünschter subkultureller Einflüsse und die Stärkung der Verantwortlichkeit füreinander ab. Sie findet v.a. in Wohngruppen und in der Freizeit statt. Beispiele dafür sind vier Fälle im Regelvollzug und je drei Fälle im Maßregelvollzug und in sozialtherapeutischen Einrichtungen.

Einen ebenfalls hohen Stellenwert haben Trainings zum Erlernen sozialer Kompetenzen (n=6) bzw. zum Umgang mit Aggressivität und Impulsivität in Konfliktsituationen (n=5). Diese Trainings finden vor allem in sozialtherapeutischen Einrichtungen statt: Allein acht der insgesamt 11 Nennungen zu diesem Themenbereich stammen von Experten aus solchen. Des Weiteren gaben zwei Experten aus dem Regelvollzug und ein Experte aus dem Maßregelvollzug an, dass in ihrer Einrichtung solche Trainings stattfinden.

Jeweils fünf Mal genannt wurden Arbeitstherapie und Pharmakotherapie, wobei letztere natürlich ausschließlich an Universitätskrankenhäusern (n=3) und im Maßregelvollzug (n=2) durchgeführt wird. Vier Nennungen gab es für Rückfallpräventionsprogramme, Psychoedukation und kognitive Umstrukturierung. Kognitive Umstrukturierung bezieht sich auf die Modifizierung von dysfunktionalen Denkmustern.⁴ Drei Nennungen fielen auf Paar-Familien-Gespräche und die Bildung eines sozialen Netzwerkes. In

⁴ Sh. Fußnote 1.

Tabelle 3 unter die Kategorie „Sonstige“ subsumiert sind einzelne Nennungen wie Verantwortungsübernahme (n=1), Sexualpädagogik bzw. -therapie (n=2), Opferempathie (n=1), Suchttherapie (n=2), Kunsttherapie (n=1), allgemeinpsychiatrische Behandlung (n=2) und Gruppe mit Beamten (n=1).

Schließlich wurde von acht Experten die Umsetzung spezieller Programme genannt wie zum Beispiel das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter im niedersächsischen Vollzug nach Bernd Wischka (BPS; zwei Nennungen aus dem Regelvollzug), das Sex Offender Treatment Programme (SOTP; jeweils eine Nennung aus dem Regelvollzug und aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung) oder das Programm nach Ruud Bullens (eine Nennung aus dem Maßregelvollzug). Diese Programme werden weiter unten noch genauer beschrieben. In der Sozialtherapie wurde des Weiteren drei Mal die Anwendung von deliktorientierten Gruppen genannt.

Diagnostik bei Sexualstraftätern

Mit dem Fragebogen sollte nicht nur ein Überblick über gängige Behandlungsmethoden gewonnen werden, von Interesse war zudem, wie die Diagnostik und Beurteilung von Sexualstraftätern derzeit aussieht. Hier wurde unterschieden zwischen der Frage nach der Diagnostik im Vorfeld bzw. im Rahmen von Straftäterbehandlung und der Diagnostik im Rahmen von Begutachtungen. Eine Frage richtete sich somit an Experten, die im Rahmen der von ihnen durchgeführten Behandlung diagnostische Entscheidungen treffen. Eine andere Frage erging an Experten, die im Rahmen gutachterlicher Tätigkeit diagnostisch tätig sind. Hier konnte es zu Überschneidungen kommen. Das bedeutet, dass manche Experten sowohl therapeutisch als auch gutachterlich tätig sind. In der ursprünglichen Auswertung der Rohwerte zur Frage der Diagnostik wurde danach unterschieden, ob die Experten in der Intervention oder als Gutachter tätig sind und ob es sich um Psychologen oder Psychiater handelte. Hierbei zeigte sich jedoch, dass die Häufigkeitsangaben über die Anwendung bestimmter diagnostischer Kriterien zumindest für diese Stichprobe unabhängig von der Berufsgruppe (Psychologen versus Psychiater) waren. In den Kompetenzbereich psychologischer Tätigkeit fällt der Umgang mit psychometrischen Tests, wodurch sich der tendenziell häufigere Einsatz von solchen bei Psychologen erklärt.

In Abbildung 3 sind die Angaben zur Erfassung diagnostischer Kriterien nach gutachterlicher und therapeutischer Tätigkeit getrennt dargestellt. Ins-

gesamt 51 an den diversen Einrichtungen tätigen Experten konnten Angaben zum diagnostischen Vorgehen machen. Es gab des Weiteren 26 Experten, die gutachterlich tätig waren, und dies, wie bereits erwähnt, entweder ausschließlich oder in Kombination mit einer therapeutischen Tätigkeit. Es fällt auf, dass die als Gutachter tätigen Experten eine tendenziell ausführlichere Diagnostik betreiben. Die in Abbildung 3 dargestellten diagnostischen Kriterien wurden im Fragebogen vorgegeben. Es wurde also danach gefragt, welche diagnostischen Kriterien erfasst werden, und dann die in Abbildung 3 dargestellten Kriterien vorgeschlagen. Daneben bestand die Möglichkeit, weitere diagnostische Kriterien zu nennen, die die Experten im Rahmen ihrer Tätigkeit erfassen. Hier zeigte sich ein sehr heterogenes Bild: Es wurden rund 20 verschiedene zusätzliche Variablen genannt. Insgesamt sechs Mal wurde dabei „Psychopathy“ (Gutachter: n=4; Therapeuten: n=2) genannt. Der im forensischen Kontext verwandte Begriff „Psychopathy“ geht auf *Cleckley* (1976) zurück, der den Begriff der „psychopathic personality“ prägte. In Folge entwickelte *Hare* (1980, 1990) eine „Psychopathy-Checklist“, die als Prognose-Instrument für Delinquenzrückfälle eingesetzt wird. „Psychopathy“ beschreibt ein Bündel von Persönlichkeitsmerkmalen, das gekennzeichnet ist durch ausgeprägten Egozentrismus, Impulsivität, Gefühlskälte und Empathiemangel, Verantwortungslosigkeit und weitere antisoziale und dissoziale Auffälligkeiten.

Darüber hinaus gab es einzelne Nennungen von Beziehungsfähigkeit, Bindungsstil, zerebrale Störungen, moralisches Urteil, zentrale Konfliktverarbeitungsstrategien, Alkohol, Symbolisierungsfähigkeit, Rückfall, Konzentrations- und Denkvermögen, Ich-Syntonie und Ich-Dystonie⁵, kriminogene Faktoren, persönliche und soziale Ressourcen, Selbstkontrolle, Klärung des zentralen Konflikts, Familieneinbindung und sogar Genetik.

Zur Erstellung der Diagnose kommen alle gängigen psychodiagnostischen Tests zur Anwendung. Es gibt kein erkennbares Schema, auf das die „scientific community“ der befragten Experten bei der Beurteilung von Sexualstraftätern zu verfahren scheint. Natürlich wird je nach Orientierung an einer der therapeutischen Schulen (s.o.) auf unterschiedliche diagnostische Methoden zurückgegriffen. So werden projektive Verfahren⁶ wie der Ror-

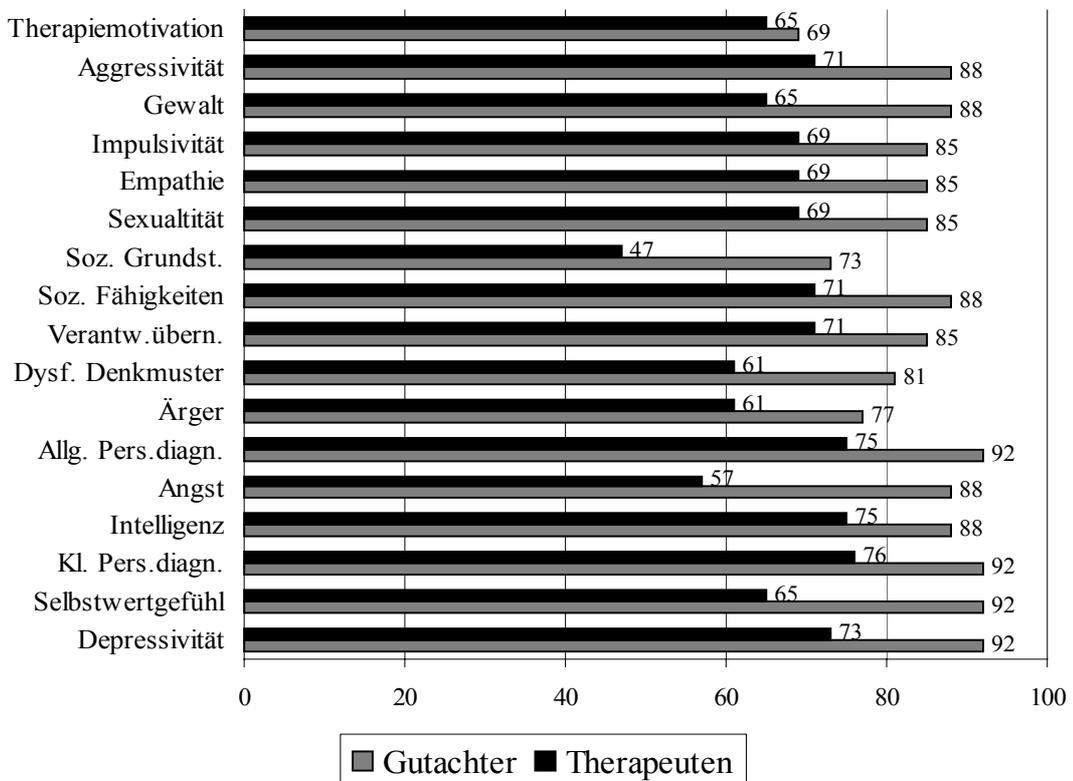
⁵ Unter Ich-Dystonie versteht man die Tatsache, dass der Betroffene bestimmte Phänomene als fremd und unerwünscht erlebt. Komplementär dazu wäre Ich-Syntonie eine von der Person als zu sich gehörend beurteilte Gegebenheit zu verstehen.

⁶ Zu den projektiven Verfahren gehören Formdeutungsverfahren, Verbal-thematische Verfahren und Gestalttests. Formdeutungsverfahren bestehen aus nicht eindeutig erkennbarem Reizmaterial (z.B. Tintenkleckse beim Rorschach-Test), das gedeutet

schach-Test, der Thematische Apperzeptions-Test (TAT) oder der Baum- bzw. Mann-Zeichen-Test vor allem von tiefenpsychologisch orientierten Experten verwendet, systemisch orientierte Experten erstellen hingegen auch Genogramme⁷.

Abb. 3: Erfassung diagnostischer Kriterien

(therapeutisch tätige Experten: n= 51; gutachterlich tätige Experten: n=26)
Angaben in %



werden soll. Zu den verbal-thematischen Verfahren sind Wortassoziations-, Satzer-gänzungs- oder Erzählverfahren zu zählen (z.B. TAT). Bei Gestaltungsverfahren wird der Proband aufgefordert, zu zeichnen (z.B. der Baum-Zeichen-Test) oder mit anderen Materialien etwas darzustellen. Diese Ausdeutungen und Inhalte werden zur Diagnostik dann nach vorgegebenen Richtlinien klassifiziert und interpretiert (*Brickenkamp* 1997).

⁷ Ein Genogramm ist eine Art Stammbaum, der sich auf die Darstellung psychologischer Faktoren oder auch von Lebensumständen konzentriert. Hierbei wird die jeweils zur Frage stehende Problematik in einem familiär-geschichtlichen Bezugssystem zu betrachtet.

An erster Stelle stehen bei allen Experten explorative und anamnestische Gespräche, die mal mehr und mal weniger von standardisierten Verfahren gestützt werden. Vor allem psychoanalytisch und tiefenpsychologisch orientierte Psychologen und Psychiater setzen kaum begleitende Verfahren ein. Das wohl am häufigsten genannte Verfahren ist hier der Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test (HAWIE), der in der Regel zur Diagnostik der Intelligenz Anwendung findet. Von den therapeutisch tätigen Experten wurde er 21mal genannt, d.h. er wird von ca. der Hälfte dieser Experten angewandt. Jeweils zwischen zehn und 20 Nennungen verfielen auf folgende Verfahren: 16-PF, FPI, SCL-90-R, SKID, BDI, MSI, FAF. Der 16-PF (16-Persönlichkeits-Faktoren-Test) und der FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) sind sogenannte Persönlichkeits-Struktur-Tests, mit denen bestimmte Persönlichkeitsmerkmale erhoben werden sollen, die in einer „normalen“ Persönlichkeit vorfindbar sein können. Beim SKID handelt es sich um ein strukturiertes klinisches Interview, das zur Diagnose psychischer Störungen eingesetzt wird. Die SCL-90-R ist eine Checkliste um aktuelle, subjektiv empfundene Beeinträchtigungen zu erheben. Der BDI (Beck-Depressions-Inventar) erfasst speziell die Symptomatik depressiver Störungen. Das MSI (Multiphasic-Sex-Inventary) dient der Erfassung psychosexueller Merkmale bei Sexualtätern. Der FAF (Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren) ermöglicht Aussagen über verschiedene Aggressionsbereiche.

Durchschnittlich jeweils drei bis fünf Experten nannten auch den SVR-20, die PCL-R, das MMPI, das IPDE und neuerdings den RRS. SVR-20, PCL-R und RRS sind spezielle Verfahren für den forensischen Bereich. SVR-20 (Sexual Violence Risk – 20) und PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) stammen aus dem angloamerikanischen Raum und sind mittlerweile ins Deutsche übersetzt worden. Der SVR-20 dient der prognostischen Einschätzung von Risikofaktoren für sexuelle Gewalt. Die PCL-R ist eine Checkliste zur Erfassung des Konstrukts „Psychopathy“, das sich durch eine Vielzahl dissozialer Merkmale auszeichnet (siehe hierzu weiter unten). Das RRS (Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern, *Rehder* 2001) ist ein neueres Verfahren, mit dessen Hilfe Rückfallrisiko und Behandlungsnotwendigkeit bestimmt werden können. Das MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ist ein umfangreicher Fragebogen zur Erfassung psychopathologischer, psychosomatischer und sozialpsychologischer Inhalte. Die IPDE (International Personality Disorder Examination) dient zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Einzelne Nennungen entfielen auf

MUT (Moralisches Urteil), Raven-Matrizen-Test (Verfahren zur sprachfreien Erfassung des Intelligenzpotentials) und auch die OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und AMPD, beides Verfahren, die in einem Mehrebenenmodell diverse Bereiche der Persönlichkeit erfassen, kommen vereinzelt zur Anwendung. Bei der OPD liegt der Schwerpunkt auf psychodynamischen Aspekten. Einzelne Anstalten haben darüber hinaus eigene diagnostische Checklisten entwickelt.

Erfahrung mit Typologien

Tätertypen aus der Berufspraxis

Kernstück der Expertenbefragung war die Frage danach, ob die Experten aufgrund ihrer eigenen Erfahrung Typen bzw. Klassen von Sexualtätern feststellen können und, wenn ja, anhand welcher Variablen sich diese Typen differenzieren lassen. Mit 54 Nennungen wurde diese Frage von der Mehrheit der Experten bejaht. Diejenigen Experten, die schließlich angeben, eine solche Differenzierung nicht feststellen zu können, waren alleamt Psychologen (je zwei aus dem Maßregelvollzug bzw. aus universitären bzw. Forschungseinrichtungen und ein Psychologe aus dem Regelvollzug).

Von den Experten wurden immerhin 102 verschiedene Begriffe genannt, anhand derer Typen festgestellt werden könnten. Bei diesen Einzelnennungen wurden am häufigsten erwähnt: Soziale Kompetenz (n=15), Aggressivität/Aggression (n=14), Intelligenz (n=13), Dissozialität (n=12), Impulsivität/Steuerungsfähigkeit (n=9) und Substanzmittelmissbrauch (n=9). Aufgrund der Heterogenität und der großen Anzahl der Einzelbegriffe bot sich die Durchführung einer Inhaltsanalyse an, bei der induktiv Kategorien gewonnen werden⁸. Tabelle 4 zeigt diese Begriffskategorien, in denen sich die unterschiedlichen Typen laut Angaben der Experten unterscheiden. Dabei ist die Anzahl unterschiedlicher, subsumierter Begriffe angegeben. Des Weiteren sind Beispiele von Einzelnennungen aufgeführt, die im genannten Begriff zusammengefasst wurden.

⁸ Hierbei handelt es sich um ein gängiges Verfahren qualitativer Sozialforschung (siehe Bortz & Döring 2002, S. 330). Hierzu wurden Begriffe mit gleichem Bedeutungsgehalt jeweils einander zugeordnet und sodann Begriffskategorien gebildet, die diese Zuordnungen bzw. Begriffscluster benennen sollten.

Die über 100 Einzelnennungen konnten zu 15 Begriffskategorien zusammengefasst werden. Mit jeweils 27 Nennungen kommt den Bereichen Psychopathologie und Sexualität eine große Bedeutung zu. Zum Bereich Psychopathologie gehören Aspekte wie das Vorhandensein bzw. die Art und Schwere einer vorhandenen Persönlichkeitsstörung sowie zugrunde liegende andere Störungen. Einige Experten nannten ganz konkret Narzissmus und Sadismus als psychopathologischen Hintergrund mancher Tätertypen. Die Kategorie „Sexualität“ erwies sich mit insgesamt 16 Einzelbegriffen alles in allem als eine recht heterogene Kategorie, denn die Einzelbegriffe sind sehr unterschiedlicher Natur. Wichtigster Punkt in der Kategorie ist, ob die Paraphilie fixiert ist und wie intensiv sie ausgeprägt ist. Darüber hinaus finden sich hier Einzelnennungen wie „sexueller Erfahrungshintergrund“, „sexuelle Funktionsstörungen“, „Einsicht in sexuelle Wünsche“ oder „geringe sexuelle Resonanz“.

Die Kategorie „Aggression und Gewalt“ ist homogener in ihren Einzelnennungen: Der Begriff Aggression und Aggressivität wurde 15mal genannt. Dies trifft auch für die Kategorie „soziale Kompetenz“ zu. Soziale Kompetenz bezieht sich auf angemessenes und effektives Sozialverhalten und umfasst „sämtliche psychische Funktionen, d.h. Wahrnehmen, Denken und Handeln einschließlich des verbalen und nonverbalen Verhaltens, bezogen auf soziale Situationen“ (Ellgring 1990, S. 311f.). Hierzu gehören Kontaktaufnahme, Beginnen von Gesprächen, Erkennen von und adäquates Eingehen auf Gesprächssignale, Ausdrücken von Einstellungen, aber auch einfach erscheinende Dinge wie Begrüßungs- und Verabschiedungsregeln. Rehder (2001, S. 14) hingegen versteht unter sozialer Kompetenz die Fähigkeit einer Person, „mittel- bis langfristig von der Gesellschaft gebilligte Pläne zu entwickeln und mit sozial angemessenen Mitteln umzusetzen, ohne sich durch kleinere Probleme und Schwierigkeiten irritieren bzw. von den Plänen abbringen zu lassen“. Der Autor verweist dabei darauf, dass es zur Umsetzung größerer Ziele der Verwirklichung kleinerer Ziele bedarf, die praktische Notwendigkeiten erforderlich machen wie z.B. die Kompromissfähigkeit zwischen eigenen und fremden Interessen. In der hier durchgeführten Inhaltsanalyse wurden deshalb die Nennungen zu Konfliktlösungsfähigkeiten bzw. Bewältigungsstrategien unter die Kategorie soziale Kompetenz subsumiert.

Unter die Kategorie „Ich“ wurden neun Einzelbegriffe subsumiert. Das „Ich“ kann als die individuelle psychische Struktur oder innerste Organi-

sation einer Person bezeichnet werden, deren Aufgabe darin besteht, zwischen der realen Außenwelt und der individuellen Innenwelt zu vermitteln. Dazu muss das Ich Funktionen erfüllen wie Denken, Gedächtnis sowie die Kontrolle von Bewegung und Affekt. Besitzt ein Individuum die Fähigkeit, in diesen Aufgaben effektiv zu funktionieren und diese auf adäquate Weise zwischen eigenen individuellen Ansprüchen und denen der Außenwelt in Balance zu bringen, spricht man von Ich-Stärke (vgl. hierzu Fröhlich 1987, S. 183, Peters 1999, S. 261, Carver & Scheier 1992, S. 206ff.).

Oder anders ausgedrückt ist Ich-Stärke die „Leistungsfähigkeit des Ichs bei der Anpassung an die soziale Wirklichkeit und bei der Verarbeitung von Belastungen“ (Lexikon der Psychologie 2001, S. 241). Begriffe, die unter diese Kategorie subsumiert wurden, sind neben „Selbstsicherheit“ bzw. „Selbstunsicherheit“ und „Ich-Stabilität“ (sh. Tabelle 4) beispielsweise „Grad der (gestörten) männlichen Identität“ (n=3), „Selbstbild“ (n=2), „Selbstwert“ (n=1) oder „persönliche Reife“ (n=3).

Vergleicht man diese Kategorie mit der oben genannten „sozialen Kompetenz“, wird deutlich, dass es nicht immer leicht ist, eine Einzelnennung klar einer Begriffskategorie zuzuordnen bzw. zwischen Begriffen klar zu differenzieren. Denn Begriffe wie „Bewältigungsstrategien“, die hier der Kategorie soziale Kompetenz zugeordnet wurden, könnte man auch der Kategorie „Ich“ zuordnen, schließlich ist die Fähigkeit, mit belastenden Situationen adäquat umgehen zu können, nicht immer auf soziale Situationen beschränkt, sondern kann auch eine rein „innerpsychische“ Aufgabe sein (z.B. Umgang mit negativen Gefühlen). Andererseits äußert sich der Versuch, mit solchen belastenden Situationen umzugehen, auch fast zwangsläufig im Umgang mit anderen Menschen. Manche Autoren (z.B. Ellgring 1990, S. 312) subsumieren unter „soziale Kompetenz“ Begriffe, die hier der Kategorie „Ich“ zugeordnet wurden, wie z.B. „Selbstsicherheit“ oder „Selbstbehauptung“. Eine selbstsichere Person muss aber nicht unbedingt auch sozial kompetent sein, wenn sie z.B. die Interessen der anderen in ihrer Selbstbehauptung ignoriert.

Bei der Begriffskategorie „Beziehung und Intimität“ wurden Begriffe wie „Beziehungs(un)fähigkeit“, „Empathie(un)fähigkeit“, „Bindungsfähigkeit“ (sh. Tabelle 4), aber auch „emotionale Schwingungsfähigkeit versus emotionale Distanziertheit“ (n=2), „Paarfähigkeit“ (n=1) und „Unrealistische Beziehung zu Missbrauchsopfern“ (n=1) zusammengefasst.

Tab. 4: Variablen zur Differenzierung selbst festgestellter Typen von Tätern
(n=54)

Begriffskategorie	Subsumierte Einzelbegriffe (Beispiele)	Anzahl der Einzel- nennungen	Nennung der Kategorie insgesamt
Psychopathologie	Persönlichkeitsstörung	7	27
	Narzissmus	4	
	Sadismus	3	
Sexualität	Ausmaß/Intensität der sexuellen Devianz	4	27
	Fixierung/fixierte Perversion	4	
Aggression und Gewalt	Aggressivität/Aggression	15	23
	Gewaltanwen- dung/Gewalttätigkeit	3	
soziale Kompetenz	Soziale Kompetenz	14	23
	Konfliktlösungsfähigkeit u. Be- wältigungsstrategien	6	
Ich	Selbst(un)sicherheit	4	22
	Ich-Stabilität	4	
Beziehung und Intimität	(Fehlende) Beziehungsfähigkeit	8	18
	Empathie(un)fähigkeit	4	
Dissozialität und „Psychopathy“	Dissozialität	12	18
	„Psychopathy“	6	
Intellekt	Intelligenzniveau	13	15
	Geistige Behinderung	2	
Psychodynami- sche und ent- wicklungspsy- chologische Fak- toren	Bedeutung der perversen Sym- ptomatik	2	12
	Ablösung von der Ursprungsfam- ilie	1	
Selbstkontrolle und Impulsivität	Selbstkontrolle, -regulation	3	12
	Impulskontrolle, Steuerungsfä- higkeit	9	
Sucht	Substanzmittelabusus	9	11
Opfer	Opfer-Täter-Verhältnis	5	9
Tat	Stereotypes Tatmus- ter/Inszenierung	2	7
	Gruppendynamik	1	
Alter des Täters	Jugendlicher versus Erwachsener	3	6
Tathäufigkeit	Deliktfrequenz	2	5
	Vordelikte	2	

Die relativ häufig genannten Einzelvariablen „Dissozialität“ (n=12) und „Psychopathy“ (n=6) wurden zu einer Kategorie zusammengeführt, da sie sich in ihrer zugrunde liegenden Konzeption stark ähneln (s.o.). Wie bereits erwähnt, beschreibt der Begriff „Psychopathy“ ein Bündel von Persönlichkeitsmerkmalen, das gekennzeichnet ist durch ausgeprägten Egozentrismus, Impulsivität, Gefühlskälte und Empathiemangel, Verantwortungslosigkeit und weitere antisoziale und dissoziale Auffälligkeiten. Die meisten dieser Merkmale überschneiden sich mit dem Konstrukt der dissozialen Persönlichkeitsstörung, die von der Weltgesundheitsorganisation in ihrer internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) und von der American Psychiatric Association im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) als eigene Diagnose beschrieben ist.

Wichtig scheint auch das intellektuelle Niveau des Täters zu sein. Es ist naheliegend, dass es gerade für die Frage nach einem Behandlungsansatz von großer Bedeutung ist, ob es sich z.B. um einen imbezilen Pädophilen handelt. Außerdem wurde hier auch das Merkmal, ob der Täter der deutschen Sprache mächtig ist oder nicht, erhoben. In Anbetracht der steigenden Zahl nicht oder nur mangelhaft deutsch sprechender Insassen verwundert es eher, dass dieses Merkmal nicht häufiger genannt wurde.

Die Kategorie der psychodynamischen und entwicklungspsychologischen Faktoren (n=12) setzt sich fast ausschließlich aus Einzelnennungen zusammen. Hierunter fallen Aspekte der persönlichen Entwicklung wie „Sozialisationsdefizite“, „Entwicklungshemmungen“ oder „Ablösung von der Ursprungsfamilie“. Zum anderen wurden hier auch psychodynamische und psychoanalytische Aspekte zugeordnet, wie z.B. das Vorhandensein von Bestrafungswünschen, von gesunden bzw. kranken Abwehrmechanismen oder der psychodynamische Unterbau. Hier wird erneut deutlich, wie schwierig eine genaue Zuordnung oder Interpretation von Begriffen ist, denn Abwehrmechanismen könnten auch unter die Kategorie „Ich“ subsumiert werden.

Ebenfalls 12 Nennungen fallen auf das Kriterium der Impulskontrolle bzw. Steuerungsfähigkeit. Mit 11 Nennungen nimmt auch die Suchtproblematik einen nicht unerheblichen Stellenwert in der Differenzierung von Tätertypen ein. Schließlich folgen Täter-, Tat- und Opfermerkmale. Das heißt, einige Experten messen der Frage nach der Täter-Opfer-Beziehung, nach dem Vorliegen eines „Kontaktdelikt“ oder nach Tatinszenierung, Auslösesituation oder danach, ob eine bestimmte Gruppendynamik bei der Tat vorlag, hohen Stellenwert bei.

Die stattliche Anzahl unterschiedlicher Einzelnennungen macht deutlich, dass es selbst Experten schwer fällt, einer gemeinsamen Terminologie zu folgen. Nicht nur die Tatsache, dass es über 100 unterschiedliche Variablenennungen gab, ist frappierend. Auch die Kombination von Einzelvariablen fiel sehr heterogen aus. Das bedeutet, dass einzelne Experten sehr unterschiedliche Kombinationen von einzeln genannten Variablen angaben, anhand derer sie Typen feststellen können. Übereinstimmende Nennungen von mehreren gleichen Einzelvariablen zur Ausdifferenzierung von Tätertypen gibt es allenfalls noch von Experten aus derselben Einrichtung, was in manchen Fällen (durch freiwillige Angaben der Probanden) nachvollziehbar war.

Hier war der Frage nachzugehen, ob sich bestimmte Merkmalskombinationen vielleicht vermehrt in gleichen Anstaltsarten zeigen, was bedeuten würde, dass z.B. im Maßregelvollzug bestimmte und andere Merkmalskombinationen zur Beschreibung von Tätertypologien zu finden sind als z.B. in sozialtherapeutischen Anstalten. So könnte man vermuten, dass vor allem im Maßregelvollzug und in universitären Einrichtungen (meist psychiatrische Universitätskliniken) psychiatrische Diagnosen und Begrifflichkeiten mehr als in anderen Einrichtungen herangezogen werden, um Typen zu beschreiben bzw. zu differenzieren. Auf dieser Überlegung aufbauend wurden bestimmte Begriffe und Kombinationen analysiert, so beispielsweise die Kategorien und deren Kombination Persönlichkeitsstörung/Psychopathologie, soziale Kompetenz und „Psychopathy“/Dissozialität. Dabei zeigte sich, dass der Begriff „soziale Kompetenz“ oder unter diesen Begriff subsumierte Variablen von Experten in der Sozialtherapie und im Regelvollzug je 4mal genannt wurde, ohne eine gleichzeitige Nennung der anderen beiden Kategorien. Soziale Kompetenz alleine wurde hingegen von Vertretern aus dem Maßregelvollzug bzw. von universitären Einrichtungen nur in Kombination mit den anderen Begriffskategorien genannt. Allerdings nennen auch Experten aus der Sozialtherapie soziale Kompetenz hauptsächlich in Verbindung mit den anderen Kategorien. So z.B. 7mal in der Kombination mit Psychopathologie/Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich hierzu wird diese Kombination von je einem Experten mit universitärem/maßregelvollzug Hintergrund bzw. dem Regelvollzug genannt.

Auch bei der Analyse anderer Merkmalskombinationen konnten keine besonderen Zusammenhänge mit der Art der Anstalt festgestellt werden. Selbst auf der Ebene der Einzelbegriffe ließen sich keine Trends erkennen, die in einem etwaigen Zusammenhang mit der Art der Anstalt stehen

könnten. Dies trifft sogar dann zu, wenn man die Zugehörigkeit der Einzelbegriffe zu einer der gebildeten Begriffskategorien berücksichtigt. Zur Veranschaulichung sind im Anhang die einzelnen Angaben jedes Experten tabellarisch wiedergegeben.

Des Weiteren fällt auf, dass die Terminologie in Einzelfällen zwar sehr stark von der Nähe zu einer der psychotherapeutischen Schulen geprägt ist. Hierbei fallen vor allem der Psychoanalyse nahe stehende Experten auf, die bei der Typenbeschreibung klassisch psychoanalytische Termini (z.B. „ö-dipal“ oder „Objektwahl“) verwenden. Mit nur drei Experten bilden sie die Ausnahme. In der Mehrzahl der Fälle wird aber durchaus „fachfremdes“ Vokabular benutzt bzw. ein eklektischer Ansatz verfolgt, was sich (s.o) mit den Angaben zur Schulennähe deckt.

Behandelbarkeit von Tätern

In einem weiteren Frageblock sollte der Frage nachgegangen werden, ob die Experten bestimmte Tätertypen feststellen, die besonders gut bzw. besonders schlecht auf die Behandlung ihrer Einrichtung ansprechen. Sechs Experten verneinen die Frage danach, ob es Typen gibt, die unterschiedlich gut auf die Behandlung in ihrer Einrichtung ansprechen, bzw. geben an, dass es keine sicheren Prädiktoren gibt. Des Weiteren konnten neun Experten keine Angaben machen, zum Teil weil diese Frage für sie nicht zutrifft (v.a. Experten aus der Forschung). Bei den Angaben der Experten, die diese Frage bejahten, tritt erneut eine verblüffende Heterogenität an Variablenennungen zutage, anhand derer sich die Typen, die gut bzw. schlecht auf die Behandlung ansprechen, unterscheiden lassen.

Bei den Merkmalen, die Täter beschreiben, welche besonders gut auf die Behandlung ansprechen, stehen mit jeweils zehn Nennungen eine mindestens durchschnittliche Intelligenz und die Reflexions- und Einsichtsfähigkeit an erster Stelle. Danach folgen mit je acht Nennungen der Leidensdruck und das Fehlen von Dissozialität bzw. „Psychopathy“. Jeweils sieben Nennungen fallen auf eine echte, intrinsische Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft, eine minimale Beziehungsfähigkeit sowie eine sozusagen geringe bis mittlere Aggressivität. Hier wurden Nennungen zusammengefasst wie „nur aggressive *Anteile*“, „angemessene Zornesäußerung“, „Minimum an Kontrolle aggressiver Impulse“, „geringe Aggressivität“. Ebenfalls 7mal wurde als Indikator für ein gutes Ansprechen auf die Behandlung genannt, wenn es sich bei der sexuellen Devianz um eine eher punktuelle Handlung handelt und *nicht* um eine fixierte Perversion bzw. nicht um eine paraphile Fixierung.

Danach folgen einzelne Angaben, die meist für sich genommen so stehen gelassen werden müssen (wie z.B. „Sexuelle Spätentwicklung“ (n=1), „Keine massive Suchtproblematik“ (n=2) oder „Wahl des Opfers“ (n=1)). Andere könnte man durchaus anderen Begrifflichkeiten zuordnen, so z.B. die Angabe „Bewusstsein für Persönlichkeitsproblematik“ zu Reflexionsfähigkeit. Wieder andere Angaben bilden zusammengenommen eine eigene Kategorie mit einigem Stellenwert, so z.B. wenn man die Variablen „emotionale Schwingungsfähigkeit“, „Empathiefähigkeit“ und „Ansätze von Bindungsfähigkeit“ zu einer Kategorie (vgl. hierzu obige Kategorisierung zu Tätertypen, wie diese Einzelnennungen zur Kategorie „Beziehung und Intimität“ zusammengefasst wurden) verbindet und somit immerhin auf 10 Nennungen kommt.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über Merkmale von Tätern, die sich durch gute Ansprechbarkeit auf Behandlung auszeichnen.

Schließlich gibt es einzelne Angaben, die nach Deliktsgruppen differenzieren. Ein Experte gibt an, dass Inzesttäter besonders auf kognitive Umstrukturierung und Assertivitätstraining ansprechen. Eine andere Angabe besagt, dass bei randständigen Tätern der sozialtherapeutische Ansatz gut wirksam ist. Und schließlich sprechen laut einem anderen Experten intelligenzgeminderte Täter besonders gut auf medikamentöse und sozialtherapeutische Interventionsansätze an.

Manche Antworten zur hier untersuchten Frage erstaunen durch ihre Widersprüchlichkeit. Obwohl acht Experten sagen, dass Täter mit Leidensdruck besonders gut auf die Behandlung ansprechen, gibt ein anderer Experte an, dass besonders solche Täter gut auf die Behandlung reagieren, die keinen Leidensdruck verspüren. Ein ähnliches Beispiel findet sich zu den Merkmalen Dissozialität bzw. Aggressivität. Vier Experten geben an, dass Täter, die nicht dissozial sind, besonders gut auf die Behandlung ansprechen, und zwei Experten führen das Gegenteil an, dass nämlich die Behandlung gut auf dissoziale Täter wirkt. Bei dem Merkmal Aggressivität erklären immerhin sieben Probanden, dass ein geringes bis mittleres Maß an Aggressivität für ein gutes Ansprechen auf die Maßnahme spricht (s.o.), aber immerhin gibt es noch eine Antwort, die besagt, dass aggressive Täter besonders gut behandelbar seien. Auch bzgl. Tathäufigkeit findet sich eine solche Widersprüchlichkeit: Jeweils eine Angabe besagt, dass Ersttäter bzw. dass Wiederholungstäter besonders gut auf das jeweilige Behandlungsprogramm reagieren. Die Antworten zur Tatverarbeitung zeigen ebenfalls widersprüchliche Angaben: Vier Nennungen sehen eine gute Ansprechbarkeit bei Ich-dystoner Tatverarbeitung und zwei Antworten eine gute Ansprech-

barkeit bei Ich-syntoner Tatverarbeitung. Mit Ich-dystoner Tatverarbeitung ist gemeint, dass die Tat vom Betroffenen als fremd und unerwünscht empfunden wird; bei Ich-syntoner Tatverarbeitung hingegen (vgl. *Peters* 1999, S. 262) erlebt der Betroffene die Tat als zum Ich, zu seiner Person gehörend. Es könnte nun vermutet werden, dass die Behandlungsstrategien auf unterschiedliche Tätergruppen zugeschnitten sind, woraus solche vordergründig widersprüchlichen Angaben resultieren könnten. Interessanterweise unterscheiden sich die Behandlungskonzepte der Einrichtungen der Experten, die diese widersprüchlichen Angaben gemacht haben, jedoch nicht voneinander, zumindest soweit dies aus der vorliegenden Befragung hervorgeht.

Bei der Frage nach Merkmalen von Tätern, die besonders *schlecht* auf Behandlung ansprechen, ergab sich ein homogeneres Bild (vgl. Tabelle 6). An erster Stelle stehen dabei die Dissozialität und „Psychopathy“ mit 26 Nennungen.

Jeweils 15mal werden die Merkmale „Deliktverleugnung, Bagatellisieren, Verantwortungsdelegation“ und „Täter mit Persönlichkeitsstörungen und stark ausgeprägter Persönlichkeitspathologie“ angegeben. Unter die letztgenannte Merkmalskategorie fällt z.B. die Borderlineproblematik, sadistische und narzistische Persönlichkeitsstörung. Ebenfalls 15mal wurde das Merkmal „fixierte Perversion bzw. progrediente lange sexuelle Deliktgeschichte“ erwähnt. Nimmt man noch die Angabe von „Wiederholungstätern“ hinzu, so müssen demnach Täter mit einer verfestigten einschlägig paraphilen Delinquenz als besonders schlecht behandelbar beurteilt werden.

Unter die sonstigen Einzelnennungen fallen u.a. Variablen, die bei der Bewertung über eine gute Ansprechbarkeit auf der Positivseite genannt wurden. Das heißt, dass hier Merkmale angeführt wurden wie „Kein Leidensdruck“, „Keine Reflexionsfähigkeit“, „unechte Therapiemotivation“ oder „Ich-Schwäche“. Des Weiteren gab es auch bei der Frage nach Merkmalen von Tätern, die schlecht auf die Therapie ansprechen, Widersprüchlichkeiten. So wurde jeweils 3mal die Variable „Ich-syntone“ bzw. „Ich-dystone Tatverarbeitung“ genannt.

Führt man die Ergebnisse zu den Fragen der guten bzw. schlechten Ansprechbarkeit von Tätertypen auf Intervention zusammen, so lassen sich durchaus kongruente und sinnige Aussagen machen. Es bleibt jedoch auch manche Frage offen. In Tabelle 7 sind diejenigen Variablen dargestellt, die aufgrund der Expertenbefragung als Differenzierungshilfe gelten können, um zwischen Tätern, die – zumindest zum jetzigen Zeitpunkt des „state of the art“ - gut bzw. nur sehr schwierig oder eventuell auch gar nicht behandlungsfähig sind, zu unterscheiden.

Tab. 5: Merkmale von Tätern, die besonders **gut** auf Behandlung ansprechen
(n=42)

Merkmal	Anzahl Nennungen
Durchschnittliche Intelligenz	10
Reflexions- und Einsichtsfähigkeit	10
Keine Dissozialität und keine „Psychopathy“	8
Leidensdruck	8
Beziehungsfähigkeit	8
Geringe bis mittlere Aggressivität	7
Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft	7
Keine fixierte Perversion	7
Empathiefähigkeit, emotionale Schwingungsfähigkeit und Bindungsfähigkeit	10
Gutes psychosoziales Funktionsniveau, soziale Kompetenz	4
Begrenzte Psychopathologie/keine Persönlichkeitsstörungen	5
Ich-dystone bzw. konflikthaft erlebte Delinquenz	5
Gewisses Maß an Ich-Stärke	5
Verantwortungsübernahme, geringes Bagatellisieren, echt geständig	5
Soziale Integration/sozialer Empfangsraum	5
Sonstige Einzelnennungen (Anzahl der Einzelnennungen jeweils < 4)	25

Tab. 6: Merkmale von Tätern, die besonders **schlecht** auf Behandlung ansprechen (n=42)

Merkmals	Anzahl Nennungen
„Psychopathy“ und Dissozialität	26
Deliktverleugnung, Bagatellisieren, Verantwortungsdelegation	15
Stark ausgeprägte Persönlichkeitspathologie, Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung	15
Verfestigte fixierte Perversion, progrediente, lange Deliktvorgeschichte	15
Wiederholungstäter, frühere Inhaftierungen	6
Mangelnde Intelligenz, geistige Behinderung	10
Abwehr, Scham	6
Suchtproblematik	6
Mangel an Empathie- und Beziehungsfähigkeit	5
Gewalttätigkeit und Aggressivität	4
Fehlen von Ressourcen, keine Zukunftsziele, wenig intakte Lebensbereiche	4
Sonstige Einzelnennungen (Anzahl der Einzelnennungen jeweils < 4)	13

Tab. 7: Merkmale von Tätern, die gut behandelbar bzw. kaum behandlungsfähig sind*

Gute Behandlungsfähigkeit	Geringe Behandlungsfähigkeit
„Psychopathy“ und Dissozialität –	„Psychopathy“ und Dissozialität +
Keine fixierte Perversion	Verfestigte fixierte Perversion, progrediente, lange Deliktvorgeschichte
Hoher Leidensdruck	Kein Leidensdruck
Deliktverleugnung, Bagatellisieren, Verantwortungsdelegation –	Deliktverleugnung, Bagatellisieren, Verantwortungsdelegation +
Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft vorhanden	Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft fehlen
Begrenzte Persönlichkeitspathologie bzw. keine Persönlichkeitsstörung	Ausgeprägte Persönlichkeitspathologie bzw. Persönlichkeitsstörung vorhanden
Durchschnittliche Intelligenz	Mangelnde Intelligenz; geistige Behinderung
Beziehungs-, Bindungs- und Empathiefähigkeit vorhanden	Mangel an Beziehungs-, Bindungs- und Empathiefähigkeit
Gewalttätigkeit und Aggressivität –	Gewalttätigkeit und Aggressivität +
Psychosoziales Funktionsniveau, Ich-Stärke +	Psychosoziales Funktionsniveau, Ich-Stärke –

* „–“ bedeutet geringe Ausprägung, „+“ bedeutet hohe Ausprägung des genannten Merkmals

Tätertypen und Interventionsstile

Schließlich wurden zwei konkrete Fragen zu Behandlungsstilen gestellt. Zum einen wurde gefragt, ob die Experten die Erfahrung gemacht haben, dass verschiedene Tätertypen auch auf unterschiedliche therapeutische Stile

ansprechen. Zum anderen wurde gefragt, was die Experten von der Behauptung halten würden, dass die Anwendung gemischter Gruppentherapie nützlicher und die Unterscheidung in unterschiedliche Typen deshalb obsolet sei.

Unterschiedliche therapeutische Stile werden in der Regel je nach Phase der Behandlung bzw. nach situativen Notwendigkeiten eingesetzt. Eine zentrale Zielsetzung des Gesamtprojektes liegt im Versuch, Aussagen über Interventionsschwerpunkte für unterschiedliche Tätertypen zu eruieren. Als Ansatzpunkt hierfür wurde die Frage nach bestimmten therapeutischen Stilen, die für diverse Täter, unabhängig von der Behandlungssituation oder -phase, generalisierbar sind, mit in den Fragebogen aufgenommen.

Ähnlich wie bei den bereits gestellten Fragen ergab sich auch bei dieser Frage ein recht heterogenes Bild. Bei der Analyse zeigte sich, dass sich Psychiater und Psychologen in der Beantwortung unterschieden (sh. Tabelle 8). Etwa gleich viele Psychiater und Psychologen machten zu dieser Frage keine Angaben (jeweils etwa 20%). Bei den Psychologen gaben 48% an, dass sie Typen unterscheiden könnten, die unterschiedlich auf therapeutische Stile ansprechen, bei den Psychiatern waren dies sogar 67%. Nur drei Psychiater verneinten diese Frage (20%). Bei den Psychologen verneinten immerhin ein Drittel diese Frage.

Tabelle 8: Ansprechbarkeit unterschiedl. Tätertypen auf best. therapeut. Stile

	Psychologen (n=42)	Psychiater (n=15)
Ja	48% (n=20)	67% (n=10)
Nein	33% (n=14)	20% (n=3)
Keine Angaben	19% (n=8)	20% (n=3)
Gesamt	100%	100%

Bei den Erläuterungen der Experten, die diese Frage bejahten, gaben dann allerdings nochmals zwei Psychiater und vier Psychologen an, dass der Stil abhängig von der Therapiephase bzw. dem Therapieverlauf sei, was eigentlich die Frage nach einem bestimmten Stil für Tätertypen nicht bejaht.

Außerdem gab es weitere, recht unpräzise Angaben wie etwa, dass der Interventionsstil abhängig sei von der Persönlichkeitspathologie (n=2, davon zwei Psychologen) bzw. der Persönlichkeitsstruktur (n=2, davon ein Psychologe und ein Psychiater) des Täters.

Für unterschiedliche Typen von Tätern bzw. Tätern mit bestimmten Merkmalen wurden schließlich nur einzelne Nennungen von besonders effizienten therapeutischen Stilen genannt, die Rückschlüsse auf generalisierbare Aussagen kaum ermöglichen. Dabei wurde v.a. zwischen den Stilen „stützend“ und „konfrontativ“ unterschieden. Tabelle 9 zeigt die Liste der genannten Tätermerkmale, für die diese beiden Stile besonders effektiv sein sollen. Auf die Angabe der Anzahl der Nennungen wurde verzichtet, da es sich bei diesen Auflistungen nur um Einzelnennungen handelte.

Tabelle 9: Therapeutische Stile und Merkmale des Täters

	Stützender Stil	Konfrontativer Stil
Gut wirksam bei	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertproblematik • Minderbegabung • Sozialer Verwahrlosung • Geringer Motivation • Schizoid, aggressiv-gehemmten Tätern • Gehemmt aggressiven Tätern mit multipler Deviation • Impulsiven Tätern • Aggressiven Tätern • Dissozialen Tätern 	<ul style="list-style-type: none"> • Tätern, die verdrängen, vermeiden, leugnen, Verantwortung delegieren • Extrovertierten Tätern • Dissozialen Tätern • Impulskontrollgestörten Tätern • Angepassten, aggressionsgehemmten Tätern • Rationalisierenden Tätern • Ich-starken Tätern • Inzesttätern

Des Weiteren wurde von einem Psychologen (ST) angegeben, dass Täter mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung besonders gut auf einen ironisch-provokativen Stil ansprechen würden, nachdem es zuerst zum Aufbau einer guten Beziehung gekommen sei. Ein anderer Psychologe (ST) betonte für narzisstische Persönlichkeitsstörungen die Wichtigkeit einer wohlwollenden Akzeptanz in Verbindung mit deutlicher Grenzsetzung.

Die Bedeutung eines guten Beziehungsaufbaus wurde von einem anderen Experten (Psychologe, ST) auch für Kontaktgestörte betont. Wiederum ein anderer Experte (ebenfalls Psychologe, MRV) beurteilte die Arbeit mit den unterschiedlichen Beziehungsmotiven als ausschlaggebenden Faktor.

Für einen Experten sind die Persönlichkeitsmerkmale des *Therapeuten* von zentralem Stellenwert. Es sei wesentlich, dass der Klient den Therapeuten im Einsatz seiner Stile als authentisch erlebt.

Auch hier liegen konkurrierende Angaben vor: So wurde jeweils ein Mal sowohl der stützende als auch der konfrontative Stil als besonders effektiv für dissoziale Täter bewertet.

Zuletzt sollte die Behauptung analysiert werden, ob es für eine erfolgreiche Therapie vielleicht sinnvoller sein könnte, Täter in Gruppensitzungen zu mischen, und eine Unterscheidung in Typen somit obsolet würde. Diese Behauptung stammt von *Marshall, Anderson & Fernandez* (1999, S. 32). Demnach seien die bisherigen verschiedenen Versuche, Sexualstraftäter zu klassifizieren, wenig sinnvoll für Indikationsentscheidungen, also die Zuordnung dieser Täter zu Behandlung. („Indeed, there may be an advantage to mixing different types of sexual offenders in treatment groups“). Sie beziehen sich dabei vor allem auf die Problematik der Hierarchiebildung unter Sexualstraftätern, in der innerfamiliäre Missbrauchstäter auf unterstem moralischem Niveau eingestuft werden, vor außerfamiliären Missbrauchstätern und Vergewaltigern, die in diesem Hierarchiesystem ganz oben stehen. Die Autoren erhoffen sich von einer Gruppenmischung vor allem einen Erfolg in der kognitiven Umstrukturierung, indem sich *alle* Täter darüber bewusst werden, was sie ihren Opfern angetan haben. Im vorliegenden Projekt sollte dieser Behauptung nachgegangen werden, die zwar von renommierten, international anerkannten Experten stammt, aber nicht empirisch belegt ist. Hierfür wurden drei Antwortoptionen vorgegeben: „stimme dieser Aussage völlig zu, weil ...“, „stimme dieser Aussage nicht zu, weil ...“ und „stimme dieser Aussage nur bedingt zu, weil ...“. Elf der Experten machten zu dieser Frage keine Angabe (davon fünf Psychologen aus einer JVA und sechs in der Forschung tätige Psychologen bzw. Psychiater). Von 26 Experten wurde diese Frage verneint, bei 16 stieß die in der Frage formulierte Hypothese auf bedingte Zustimmung, und 4mal wurde der Behauptung völlig zugestimmt. Nach Berufsgruppen und Art der Anstalt der Experten ergaben sich hierbei keine Auffälligkeiten; d.h. die in den einzelnen Antwortkategorien vorzufindenden Experten verteilten sich proportional zu ihrer Gesamtzahl auf die drei Antworten. Die inhaltliche Analyse

des offenen Teils der einzelnen Kommentare zu den jeweiligen Antworten ergab folgende Ergebnisse:

Drei der Experten, die dieser Behauptung zustimmten, gaben an, dass sie mit dieser Art der Intervention gute Erfahrungen gemacht hätten. Eine vierte Psychologin bestätigt exakt die Grundannahme von *Marshall et al.* (1999) und gibt an, dass die gegenseitige Konfrontation mit den verzerrten Kognitionen der verschiedenen Gruppenteilnehmer besonders gut wirksam sei.

Bei den Experten, die dieser Behauptung nur bedingt zustimmten, steht das Argument im Vordergrund, dass durch eine Mischung der Täter in Gruppen eine Klassifikation nach diagnostischen Gesichtspunkten nicht obsolet werde. Besonders für Interventionsstrategien, in denen sowohl Gruppen- als auch Einzelbehandlung angewandt wird, ist danach eine Typisierung hilfreich für das Einzelsetting und die individuelle Schwerpunktsetzung in der Gruppe.

Allerdings gibt es auch kritische Stimmen. Ein Psychiater (MRV) spricht sich z.B. für ein Vorgehen nach individuellen und weniger nach typenspezifischen Aspekten in der Einzeltherapie und ein delikt spezifisches Vorgehen in der Gruppentherapie (also Trennung nach Art des Delikts, Vergewaltiger versus Missbrauchstäter) aus. Außerdem heben einzelne Experten hervor, dass es Gruppenteilnehmer gebe, die entweder sehr dominant seien und somit die Führung an sich zu reißen drohten oder aber einfach gruppenunfähig seien.

Die meisten Experten, die dieser Behauptung nicht zustimmten, geben zu bedenken, dass eine Mischung der Gruppen die Gefahr mit sich bringe, dass eine saubere Diagnostik auf individueller Ebene zu kurz komme und somit eine effektive Behandlung nicht möglich wäre. Anders formuliert: Sie plädieren für eine differentialdiagnostische Herangehensweise, um eine zielgerichtete individuelle Therapieplanung zu ermöglichen, die allerdings Gruppentherapie keineswegs ausschließt.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Diskussion darüber, wie in der Bundesrepublik Deutschland mit Sexualstraftätern umgegangen werden soll, erhielt im Sommer 2001 mit der Diskussion über die Gefährlichkeit von Exhibitionisten und mit dem Vorschlag des Bundeskanzlers, Kinderschänder für immer wegzuschließen (*Bild*, 08.07.01), hohen politischen Stellenwert. Hier standen sich vor allem rechtsstaatliche Überlegungen und Forderungen einer beunruhigten Bevölkerung gegenüber. Diese Polarisierung lässt jedoch außer Acht, dass in einem Rechts- und Sozialstaat eine effektive Behandlung von Sexualstraftätern ein angemessenes Mittel des Opferschutzes darstellt.

Mit der Expertenbefragung wurden zwei Hauptziele verfolgt: Erstens die Darstellung der gegenwärtigen Praktiken im Umgang mit Sexualtätern in der Bundesrepublik Deutschland. Zweitens sollten Variablen eruiert werden, anhand derer Klassen von Tätern nach Fragen der Behandlungsfähigkeit und -indikation differenziert werden können. Ergebnisse zur letztgenannten Zielsetzung sollten zum einen für die Auswahl der im zweiten Teil des Projektes durchgeführten Täterinterviews nutzbar gemacht werden. Zum anderen stellen die Resultate der Experten für sich genommen schon ein eigenständiges Ergebnis dar, mit dem Aussagen darüber gemacht werden können, anhand welcher Merkmale Experten Täter generell unterscheiden und eventuell in Typen einteilen können und anhand welcher Merkmale sie zwischen behandelbaren und nicht behandelbaren Tätern differenzieren können. Die vorliegende Studie gibt einen aktuellen, repräsentativen Überblick über den gegenwärtigen Stand dieser Fragen, da es sich hierbei um eine unverzerrte Stichprobe handelt.

Selbst im angloamerikanischen Raum, wo das Wissen über und die systematische Behandlung von Sexualstraftätern weiter fortgeschritten ist als im deutschsprachigen Raum, wird die Wirksamkeit von Behandlung sehr kritisch und entwicklungsbedürftig bewertet. Dies zeigt, dass wir noch weit von einem ausreichenden, Konsens schaffenden Wissensstand über Behandlungsmodalitäten in der Behandlung von Sexualstraftätern entfernt sind. In seinem Übersichtsartikel fordert beispielsweise *Prentky* (1995, S. 167), dass u.a. folgende Fragen angegangen werden müssen: a) Die Suche nach optimalen Behandlungsmethoden für bestimmte Tätersubtypen, b) Auswahlkriterien, nach denen behandelbare und nicht behandelbare Behandlungskandidaten unterschieden werden können. Im Rahmen des Gesamtprojektes stellt die Expertenbefragung einen ersten Schritt dar, das bei

Experten gesammelte Wissen zu diesen offenen Fragen zu systematisieren und für den weiteren Fortgang des Projektes nutzbar zu machen.

„State of the Art“ in der Behandlung von Sexualstraftätern

In den letzten Jahren hat sich v.a. im englischsprachigen Raum die Behandlungsforschung intensiviert. Hieraus gingen i.d.R. kognitiv-behaviorale Konzepte hervor. Kernpunkte dieser Ansätze sind fast immer die Bearbeitung von Defiziten bei sozialen Fähigkeiten, der Aufbau von Empathie, v.a. natürlich für das (potentielle) Opfer, Ärgermanagement, die Bearbeitung kognitiver Verzerrungen, die Modifizierung abweichender sexueller Erregung sowie Behandlung impulsiver, dissozialer Charakteristika (zusammenfassend siehe *Prentky 1995, Eucker 1998*). Bei der sogenannten Rückfallprävention handelt es sich ebenfalls um ein Konzept aus dem US-amerikanischen bzw. kanadischen Raum, das – deutschen Literaturüberblicken zufolge - mittlerweile auch bereits Einzug in den deutschsprachigen Raum gehalten hat. Grundannahme dieses Modells ist, dass dem delinquenten Verhalten ein Kreislauf vorangeht, wie z.B. „Krach mit der Partnerin, Gefühl des Abgelehntseins, Ärger, Konsum von Alkohol, Zuschlagen“ (*Eucker 1998, S. 195*). Sehr verkürzt beschrieben werden in der Rückfallprävention diese Phasen herausgearbeitet und Strategien zum Unterbrechen dieses Kreislaufs entwickelt. In England und Wales ist v.a. das „Sex Offender Treatment Programme“ (SOTP) verbreitet. Nach einer Phase der Diagnostik und Beurteilung kommen mehrere Behandlungsstufen zum Einsatz, die z.T. für unterschiedliche Täter (wie hoch deviante) auch unterschiedlichen Stellenwert einnehmen. Schließlich erfolgt eine posttherapeutische Risiko-Einstufung, die dann in eine extramurale, individuelle Nachsorge übergehen soll. Auch beim SOTP kommen kognitiv-behaviorale Methoden zum Einsatz, aber auch psychoedukative Maßnahmen, Rollenspiele nach therapeutischen Standards und die bereits erwähnte Rückfallprävention (vgl. *Mann 1999*).

Diese Konzepte wurden z.T. auch von den Probanden der vorliegenden Expertenbefragung erwähnt, aber – wie gezeigt werden konnte - mit recht unterschiedlichem Stellenwert.

Bei der Frage nach dem gegenwärtigen Stand der Behandlung gab über die Hälfte der Experten an, dass eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie in ihrer Einrichtung Mittel der Wahl sei. Dabei nehmen mit fast jeweils zur Hälfte der Nennungen der kognitiv-behaviorale Ansatz einerseits und der eklektische Ansatz andererseits den größten Stellenwert

ein. Laut *Nedopil* (2000, S. 206) wird in der Behandlung von Sexualtätern in der Bundesrepublik Deutschland v.a. auf den psychoanalytischen Ansatz gesetzt. Der Widerspruch zu den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung könnte durch zwei Gedanken erklärt werden. Zum einen beruft sich *Nedopil* in seiner Behauptung auf zwei Zitate aus den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts. Somit wäre denkbar, dass das Wissen über die bessere Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Konzepte mittlerweile auch in die deutsche Straftäterbehandlung Einzug gefunden hat. Denn diese Konzepte kamen in erster Linie aus dem nordamerikanischen Raum. Zum anderen ist es wahrscheinlich so, dass die meisten Experten, die der Psychoanalyse nahestehen, diese in reiner Form, zumindest in der Behandlung der Sexualstraftäter, gar nicht mehr durchführen. Hierfür spricht die Analyse der Angaben über die Zusammensetzung der Schulenrichtungen. Die meisten Angaben über den eklektischen Hintergrund beziehen entweder tiefenpsychologische oder psychoanalytische Konzepte ein. Allerdings kann auch vermutet werden, dass Vertreter der Psychoanalyse in ihrer Reinform (also nicht in eklektischer Form anwenden) nicht an dieser Befragung teilgenommen haben, da der Ansatz des Projektes (der Versuch, eine differentialdiagnostische Klassifizierung von Tätern vorzunehmen) nicht ihrem psychoanalytischen Verständnis entspricht.

An zweiter Stelle nannten die Experten den ausschließlichen Einsatz von Einzeltherapie. (Es sei erwähnt, dass auch hier keine einzige Nennung von psychoanalytischer Therapie vorzufinden war.) Dies ist ein wichtiger Punkt der Ergebnisse zur Therapie, denn der hohe Stellenwert der reinen Einzeltherapie zeigt, dass durchaus Interventionsmaßnahmen eingesetzt werden, deren Wirksamkeit durch Forschungsergebnisse angezweifelt wird. So konnten z.B. *Borduin, Henggeler, Blaske & Stein* (1990) zeigen, dass reine Einzeltherapie weniger effektiv ist als eine Verbindung von Einzel- und Gruppenintervention. Immerhin wurden 75% der Täter, die im Einzelsetting therapiert wurden, erneut rückfällig. Bei Tätern, die in den Genuss von Gruppen- und Einzelbehandlung kamen, lag die Rückfallquote bei 12,5%. Allerdings war diese Studie auf Heranwachsende fokussiert, und außerdem war die Probandenzahl sehr gering. Es kann trotzdem angenommen werden, dass die Gruppe Möglichkeiten bietet, die die Einzelintervention nicht leisten kann. So stellt das Gruppensetting ein Feld dar, in dem die erworbenen Fähigkeiten zwangsläufig erprobt werden müssen. Dies wäre in reinen Einzeltherapien nur begrenzt möglich.

Die Tatsache, dass Konfliktmanagement, Antiaggressivitätstraining und Impulskontroll- und Problemlösetraining von den Experten, die diese Maß-

nahmen in ihrer Einrichtung anbieten, in einem Atemzug genannt wurden, verdeutlicht, dass es sich bei diesen Variablen um einen Komplex mit gleichem Hintergrund handelt. Wenn man diese Angaben noch unter den kognitiv-behavioralen Ansatz subsumiert, so erlangt dieser einen noch höheren Stellenwert.

Der systemische Ansatz, der immerhin im Rahmen des eklektischen Ansatzes in manchen Fällen zum Einsatz kommen dürfte und mit der Anwendung von Paar- und Familien-Gesprächen genannt wurde, macht v.a. im Rahmen der Behandlung jugendlicher Straftäter Sinn, da das Bezugssystem gerade bei ihnen von großer Bedeutung auch für den Fortgang der sexuellen Delinquenz ist (vgl. Gruber 1999, S. 61).

Einzelne Nennungen der Milieu- oder Arbeitstherapie gewinnen im Rahmen von integrativen Interventionen, wie sie vor allem in Sozialtherapeutischen Anstalten angewandt werden, an Bedeutung. Es überrascht daher ein wenig, dass diese Behandlungsansätze auch im Regelvollzug und im Maßregelvollzug gleichermaßen zum Einsatz zu kommen scheinen.

Die oben angesprochenen Konzepte der Rückfallprävention werden dagegen relativ selten genannt, im Gegensatz zum Stellenwert, der ihnen, wie erwähnt, im angloamerikanischen Raum zukommt. Das in England und Wales verbreitete SOTP (s.o.) wurde hingegen noch seltener erwähnt, nämlich nur 2mal.

Des Weiteren gibt die Frage danach, ob es sinnvoller ist, Täter in Gruppen zu mischen, weiteren Aufschluss über übereinstimmende Konzepte. Hier waren die unterschiedlichen Erfahrungen so divergierend – von „ja, es ist sinnvoll, Täter zu mischen, damit allen Tätern klar wird, wie schlimm die Tat für das Opfer war und die Hierarchie unter den Tätern (Täter mit kindlichen Opfern werden heftiger abgewertet als Täter mit erwachsenen Opfern) verschwindet“, bis „nein, nicht sinnvoll, weil auch in Gruppen eine störungsspezifische Intervention notwendig sei“. Auch wird hier deutlich, dass es übereinstimmende Konzepte nicht gibt. Allerdings zeigt sich auch hier die Tendenz hin zur Notwendigkeit einer Typendifferenzierung.

Differenzierung von Tätersubtypen

Auf der Suche nach Tätersubtypen fiel auf, dass sich die Experten in erheblichem Maße in ihrem verwendeten Vokabular unterscheiden. Eine Inhaltsanalyse erlaubte zwar eine inhaltliche Zuordnung der einzelnen Begriffe. Allerdings schützt dies nicht vor Unklarheiten bezüglich der Bedeutung einzelner Begriffe. Wie schon oben bei der Definition des Begriffs

„soziale Kompetenz“ deutlich wurde, bedeutet die Verwendung eines gleichen Begriffes nicht zwangsläufig, dass auch dasselbe gemeint ist. Umgekehrt meinen manche Experten vielleicht das Gleiche und benutzen aber andere Begriffe. Dies trifft nicht nur für diese Expertenbefragung zu, sondern kann auch in der Literatur beobachtet werden. Alles in allem muss aufgrund der dargestellten Ergebnisse betont werden, dass wir uns bei der Diskussion um Sexualstraftäter und deren Umgang in einem terminologischen Wirrwarr befinden.

Beim Versuch, die genannten Merkmale zu systematisieren, nach denen Experten Typen in ihrer Berufspraxis feststellen können, ergaben sich 14 Begriffskategorien. Das heißt, Subtypen von Tätern lassen sich anhand folgender Variablen differenzieren: Allgemeine Psychopathologie, Dissozialität und „Psychopathy“, Sexualität, Aggression und Gewalt, soziale Kompetenz, Ich, Beziehung und Intimität, Intellekt, Psychodynamische und Entwicklungsfaktoren, Selbstkontrolle und Impulsivität, Sucht, Merkmale des Opfers und Merkmale der Tat. Hierbei zeigte sich, dass insbesondere der Bereich „Psychopathologie“ von besonderer Bedeutung ist. Nimmt man den hier eigenständig kategorisierten Bereich „Dissozialität“ hinzu, so nimmt dieses Merkmal einen besonders hohen Stellenwert ein. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit den Aussagen der Experten über gut bzw. schlecht behandelbare Täter. Auch hier ist das Merkmal „Dissozialität/Psychopathy“ als das Merkmal zu nennen, das am besten differenziert in der Beurteilung der Ansprechbarkeit der Behandlung. Man könnte aber auch vermuten, dass diesem Merkmal nicht ein besonders hoher Stellenwert zukommt, sondern, dass dieses Kriterium derzeit eines der wenigen zu sein scheint, bei dem Einigkeit über dessen Wichtigkeit für eine Differenzierung herrscht. Das heißt nicht, dass andere Aspekte, bei denen die Experten zur Zeit (noch) nicht diesen Konsens an den Tag legen, unwichtiger sind.

Diese Auflistung zu Merkmalen von Tätern, die besonders gut bzw. besonders schlecht auf die Behandlung ansprechen, mag einige Hilfestellungen geben beim Entscheidungsprozess, ob ein Täter als behandlungsfähig einzustufen ist oder nicht. Allerdings ist noch unklar, a) welcher Bedeutungsgehalt den einzelnen Variablen zukommt und b) in welchem gegenseitigen Verhältnis die einzelnen Variablen in der Gesamtheit zu bewerten sind. Schließlich muss betont werden, dass es in den unterschiedlichen genannten Merkmalskombinationen kaum Übereinstimmungen gab. Das bedeutet, dass den genannten Begriffskategorien zwar eine gewisse Bedeutung in dem Versuch, Tätersubtypen zu bilden, zukommt. Es bedeutet aber

auch, dass es weiterhin unklar bleibt, in welchem Verhältnis die einzelnen Variablen im Gesamtbild stehen, um als Hilfestellung für differentialdiagnostische Aussagen zu dienen. Nicht einmal die Differenzierung nach verschiedenen Anstalten (JVA, ST, MRV) konnte hier zu einer Klärung beitragen. Schließlich wäre es naheliegend gewesen, im Maßregelvollzug andere Merkmale oder zumindest Merkmalskombinationen zur Differenzierung von Tätersubgruppen vorzufinden als beispielsweise im Regelvollzug. Aber schon alleine der Maßregelvollzug scheint – bundesweit betrachtet – eine wenig übereinstimmende Einrichtung zu sein, denn „der Maßregelvollzug ist schließlich keine spezifische Behandlungsmethode, sondern ein Rechtsinstitut, das sehr unterschiedliche Straftäter ... betrifft“ (Leygraf 1998, S. 175).

Und natürlich bleibt die Frage nach der Beurteilung des Ausprägungsgrades. Für einige Merkmale liegen diagnostische Instrumente vor, wie z.B. Intelligenztests (hier v.a. der HAWIE) oder Checklisten zur Diagnose des „Psychopathy“-Konstruktes (PCL-R). Allerdings haben vor allem Checklisten ihre Schwächen, weil die Einschätzung der Ausprägung der jeweiligen Merkmale von individuellen Fähigkeiten und vom Begriffsverständnis abhängig sein kann. Bei anderen Variablen obliegt deren Beurteilung zur Zeit noch völlig dem „persönlichen“ Urteil des Diagnostikers.

Außerdem kann es fast als erschreckend bezeichnet werden, dass in der vorliegenden Untersuchung einige widersprüchliche Aussagen zutage traten. Hier seien folgende divergierenden Angaben in Erinnerung gerufen: Einige Experten fanden, dass Täter mit Ich-dystoner Tatverarbeitung besonders gut auf eine Behandlung ansprechen, andere, dass dies auf Täter mit Ich-syntoner Tatverarbeitung zutrifft. Diese Antworten weiter geführt, kann das bedeuten, dass es in dem einen Fall Zielsetzung der Therapie sein wird, eine Ich-dystone Tatverarbeitung zu erlangen, im anderen Fall eine Ich-syntone. Divergierende Angaben gab es auch bzgl. des Ansprechens auf Intervention von Tätern mit unterschiedlichem Ausmaß an Aggressivität. Dies dürfte verdeutlichen, welche Konsequenzen die widersprüchlichen Erfahrungen oder Meinungen Einzelner für den praktischen Umgang mit Sexualstraftätern haben.

Die Heterogenität der Ergebnisse zur Frage, durch welche Merkmale sich Täter auszeichnen, die besonders gut auf die Behandlung ansprechen zeigt, dass es immer noch zu wenig fundiertes Wissen zu dieser Frage gibt. Demgegenüber zeigen die homogeneren Angaben zur Frage, welche Täter eher schlechter auf die Behandlung ansprechen, dass es eher möglich zu

sein scheint, schlecht behandelbare Täter zu identifizieren – auch wenn wir selbst bei dieser Frage noch weit von einem allgemeine Gültigkeit beanspruchenden Konsens entfernt sind. Hier müssen Täter mit einem hohen Maß an Dissozialität genannt werden. Dieses Ergebnis ist einer der wenigen Befunde, über den man sich recht einig zu sein scheint. Andere Autoren machen ebenfalls darauf aufmerksam, dass dissoziale, gar sadistische Täter kaum behandelbar sind (*Nedopil* 2000, S. 206; *Mann* 1999, S. 343). Aber auch Täter, deren Sexualdelikt Zeichen einer verfestigten Perversion ist, sind als schlecht behandelbar einzustufen. Allerdings fehlt es auch hier noch an bewährten diagnostischen Kriterien, um eine verfestigte Sexualdevianz feststellen zu können. Außerdem scheint es wichtig zu sein, ob der Täter selbst einen Leidensdruck spürt und für eine Therapie motiviert ist. Die fehlende Übereinstimmung bei den Angaben zu Merkmalen von Tätern, die gut auf die Behandlung ansprechen, zeigt, dass es hier einer weiteren Differenzierung bedarf, v.a. auch hinsichtlich spezifischer Behandlungsschwerpunkte. Es müssten also solche Behandlungsmodule identifiziert werden, die für bestimmte Tätersubtypen mit einer bestimmten differentialdiagnostischen Indikation wirksam sind.

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit bestimmter therapeutischer *Stile* zeigen, dass sich die Entwicklung von Richtlinien für tätertypenspezifische Behandlungsschwerpunkte nicht auf den *Stil* der Intervention beschränken kann. Allerdings waren gerade hier einige interessante Ansätze zur typenspezifischen Intervention zu erkennen.

Schließlich verdeutlichen die Ergebnisse zur letzten Behauptung der Befragung (Eine Unterscheidung in Typen ist ohnehin nicht notwendig, da die Mischung in Gruppen therapeutisch nützlicher sei), wie wichtig die Entwicklung von Richtlinien wäre: Die Mehrzahl der Experten fordert eine spezifische, differentialdiagnostische Herangehensweise, die eine sorgfältige Behandlungsplanung und therapeutische Orientierung ermöglicht. Die zugrundeliegende Problematik, so wird deutlich, darf für die Entscheidung über das Setzen von Behandlungsschwerpunkten nicht außer Acht gelassen werden. Für eine effektive Behandlung müssen demnach viel „feinere“ Diagnose- und Indikationskriterien gefunden werden als die bloße Zuordnung des Täters zu einer Deliktskategorie.

Abschließende Bewertung

Im Hinblick auf die vorliegende Studie sind die Ergebnisse zu den Einzelnen besonders für die Entwicklung eines Gesamtbildes zur Erstel-

lung einer Tätertypologie und für die Auswahl der zu erfassenden Variablen in den Täterinterviews wichtig. Schließlich konnten durchaus zentrale psychologische Merkmale herausgearbeitet werden, die immer wieder genannt werden, wenn auch mit anderer Betonung oder anderem Vokabular. Die Möglichkeit der Zuordnung bzw. Ökonomisierung der von den Experten genannten Begrifflichkeiten zeigt, dass man sich aber sehr wohl annähern kann, wenn man sich auf den Bedeutungsgehalt der Begrifflichkeiten konzentriert. Gerade dieser Aspekt verdeutlicht aber, dass hier der dringende Bedarf nach Standards und Richtlinien besteht, die auf fundierten Forschungsergebnissen beruhen und weniger auf „hausgemachten Einzelrezepten“ und individuellen Überzeugungen. Nur so können notwendige Konzepte entwickelt werden, die eine übergreifende Verständigungsmöglichkeit frei von „Schulenüberzeugungen“ ermöglichen und zu erfolgreichen, konsensuellen Indikations- und Therapieansätzen führen.

Die Vielfalt der Einzelnennungen und der Variablenkombinationen macht auch deutlich, dass man sich bei dem Versuch, Sexualtäter nach psychologischen Kriterien zu klassifizieren, auf einem komplexen Feld bewegt, das nach mehr verlangt als nach dem Auszählen der Anzahl der Vordelikte oder der Diagnose einer psychischen Störung.

Schließlich wird bei der Analyse der Fragen, die sich mit Diagnostik und Therapie befassen, ebenfalls deutlich, dass es immer noch einen immensen Bedarf an Konzepten zur Behandlung von Sexualstraftätern gibt. Diese kann es zur Zeit nicht geben, da immer noch nur unzureichende Differenzierungsmöglichkeiten i.S. der Differentialdiagnostik vorliegen. Selbst die Tatsache, dass ein Großteil der Experten angab, sie verfolgten einen kognitiv-behavioralen Ansatz, darf nicht zu der Annahme verführen, dass deshalb auch übereinstimmende Konzepte angewendet werden, wie sie beispielsweise zu Beginn des Kapitels über Schlussfolgerungen der Ergebnisse zur derzeitigen Behandlungssituation dargestellt wurden. In ihrem Überblick über verhaltenstherapeutische Methoden in der Straftäterbehandlung macht *Eucker* (1998, S. 190) darauf aufmerksam, „dass es sich bei dem zunächst so griffig und übersichtlich erscheinenden Etikett ‚kognitiv-behaviorale Ansätze in der Straftäterbehandlung‘ keinesfalls um ein einheitlich verwendetes und eindeutig definiertes Konstrukt handelt“. Man sieht, dass es trotz Bemühungen in der Behandlungsforschung in der Bundesrepublik Deutschland, v.a. in den Jahren zwischen 1970 und 1980, bisher nicht gelang, „einheitliche und anerkannte Behandlungskriterien herauszubilden“ (*Kury* 1999, S. 255).

Auch andere Autoren kommen zu diesem Schluss. „Wenngleich es trivial anmutet, kann es nicht genug betont werden: Grundlage einer effizienten Straftäterbehandlung sind empirisch bewährte Theorien delinquenten Verhaltens und seiner Veränderung. Ein Teil der Misserfolge in früheren Jahren beruht wahrscheinlich darauf, dass die Programme theoretisch überhaupt nicht oder zu wenig störungsspezifisch fundiert sind (z.B. im Fall psychodynamischer oder nondirektiver Therapie)“, so *Lösel* (1994, S. 27). Wenn man bedenkt, dass gerade dies bisher nur unzureichend geschehen ist, so darf man sich die Frage stellen, ob manche pessimistischen Evaluationsstudien zur Wirksamkeit der Straftäterbehandlung nicht auf die mangelnde Differenzierung von Tätersubtypen zurückzuführen sind.

Zwar geben die Ergebnisse der Expertenbefragung einige Hinweise auf eine differentialdiagnostische Ausdifferenzierung. Doch auch die Befunde der vorliegenden Expertenbefragung müssen weiter ausdifferenziert werden. So können die Ergebnisse zu gut bzw. schlecht behandelbaren Tätern nicht einfach so stehen gelassen werden, vielmehr müssen sie unter Berücksichtigung von Deliktsgruppen und anderen diagnostischen Merkmalen betrachtet werden. In Übereinstimmung mit anderen Autoren ist davon auszugehen, dass v.a. die Frage nach einer konstanten, bereits länger andauernden sexuellen Devianz, Auskunft gibt über die Wahrscheinlichkeit eines Veränderungserfolges, in der eigenen Studie als verfestigte Perversiön gekennzeichnet. *Beier* (1995) arbeitete für die Bildung von Deliktssubgruppen die Wichtigkeit des Faktors Kontinuität der „Dissexualität“, wie er es nennt, heraus. Das bedeutet, es gibt einen Unterschied zwischen jeweils „echten“ Pädophilen und solchen Missbrauchstätern, die das Kind als Ersatz für Erwachsene missbrauchen, zwischen typischen Inzesttätern, die ihr Kind in Konfliktsituationen missbrauchen, und pädophilen Inzesttätern, zwischen überdauernd, generell dissozialen Vergewaltigern und „Episoden“-Vergewaltigern (darunter auch Jugendliche). Auch der Faktor Dissozialität wird hier genannt, womit die Wichtigkeit dieser Variablen erneut deutlich wird. Dies verdeutlicht auch, dass man Tätersubtypen nach differentialdiagnostischen Kriterien unterscheiden sollte, um die Täter danach bestimmten Behandlungsmodulen zuzuordnen. Diese sollten aber nicht nur aktuelle psychometrische Ergebnisse, sondern auch individuelle biographische Gegebenheiten berücksichtigen.

Ungeachtet der Schwierigkeiten, einzelne Begriffe bestimmten Kategorien zuzuordnen, ließen sich aus der Expertenbefragung oben genannte Variablen, die von zentraler Bedeutung für eine Täterdifferenzierung zu sein

scheinen, ableiten. Folgende Tätermerkmale helfen, Tätersubtypen zu differenzieren: Psychopathologie, darunter v.a. Dissozialität und „Psychopathy“; Sexualität, v.a. Ausmaß und Verfestigung der sexuellen Problematik; Aggression und Gewalt; Impulskontrolle; soziale Kompetenz; Ich-Aspekte; Bewältigungsstrategien; Intelligenz; entwicklungspsychologische und psychodynamische Faktoren; Sucht, sowie Tat- und Opfermerkmale. Diese Merkmale wurden von der hier vorliegenden Expertenstichprobe als solche Merkmale genannt, anhand derer sie unterschiedliche Tätertypen differenzieren können. Somit könnten sie auch für Indikationsaussagen hilfreich sein bzw. in der Auswahl behandelbarer und nicht behandelbarer Tätertypen nutzbar gemacht werden, wenn es zu einer systematischen Entwicklung von Richtlinien kommen würde, die möglichst objektive Forschungsergebnisse berücksichtigen und sich weniger an Ideologien orientieren würden. So haben *Hoyer, Borchard & Kunst* (2000) versucht, Behandlungsschwerpunkte zu definieren für die Tätergruppen „Impulskontrollgestörte“ und „Paraphile“, und machen somit deutlich, dass bspw. in der Bearbeitung der sozialen Kompetenz in der jeweiligen diagnostischen Untergruppe ganz andere Schwerpunkte gesetzt werden müssen. Das Hauptproblem defizitärer sozialer Fertigkeiten bei den echt Paraphilen sei in ihrer fehlenden Assertivität zu sehen, bei den Impulskontrollgestörten hingegen eher im Umgang mit Ärger und Aggression. Ihre Ergebnisse und Schlussfolgerungen decken sich z.T. mit anderen Autoren. So fasst *Prentky* (1995, S. 160) in seinem Übersichtsartikel über „sex offender treatment“ Ergebnisse zusammen, die ebenfalls zur Konklusion kommen, dass Vergewaltiger eher „assertiveness problems“ haben, während manche (also auch nicht alle!!) echten Pädophilen Defizite in ihren interpersonellen und sozialen Fähigkeiten im Umgang mit Erwachsenen aufweisen würden.

Ein anderer vielversprechender Ansatz stellt das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) von *Wischka* und Kollegen dar (*Wischka, Foppe, Griepenburg, Nuhn-Naber & Rehder* 2001). Hier wurde der Versuch unternommen einen differenzierten Behandlungsansatz zu entwickeln, der den Charakter eines Behandlungsmodules hat. Er berücksichtigt zum einen Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung und setzt zum anderen beim Wissen um kriminogene Faktoren an. Gleichzeitig werden klare Grenzen für den Einsatz dieses Therapiebausteines formuliert bzw. der Anwendungsrahmen definiert: Z.B. für Täter im Regelvollzug, deren Strafrest für eine integrative Sozialtherapie zu kurz ist; oder für Täter in der Sozialtherapie als ein Baustein im Rahmen einer umfassenden integrativen sozialtherapeutischen

Intervention. Das BPS ist ein Behandlungsansatz für ein Gruppensetting, das eine weiterführende individuelle Behandlung keinesfalls ausschließt. Mit dem ersten, dem sogenannten deliktunspezifischen Teil, könnten sogar Täter angesprochen werden, die ihre Tat(en) leugnen.

Bezugnehmend auf die Forderung nach Berücksichtigung objektiverer Forschungsergebnisse, zeigt jetzt schon der hohe Stellenwert des eklektischen Ansatzes, dass eine Verbindung von auf konkrete Fertigkeiten abzielenden verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und dem Symptom zugrundeliegende tiefenpsychologische Intervention auf dem Vormarsch ist. Dies dürfte wichtig sein, will man nicht nur am Symptom „herumdoktern“. *Prentky* (1995, S. 163) macht beispielsweise darauf aufmerksam, dass sich kognitive Verzerrungen schon in früher Kindheit herausbilden, im Laufe der Entwicklung dann verstärkt werden und sich schließlich verfestigen. Das heißt auch, dass es für eine effektive Behandlung wahrscheinlich sinnvoll ist, nicht nur mit verhaltenstherapeutischen Methoden diese Denkmuster zu modifizieren, sondern auch die Entwicklung und Bedeutung dieser kognitiven Verzerrungen zu hinterfragen. Es darf demnach die Hoffnung geäußert werden, dass der Schulstreit der Vernunft weicht. Schließlich zeigt sich bei genauerem Hinsehen, dass einzelne Begrifflichkeiten unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen gar nicht so weit voneinander entfernt sind, wie es die Vertreter dieser einzelnen Schulen zum Teil immer noch gerne hätten. So sprechen sowohl Verhaltenstherapeuten als auch Psychoanalytiker von Empathie, aber auch der Begriff Verantwortungsübernahme ist durchaus bei beiden zu finden. Bewältigungsstrategien werden in der Psychoanalyse umschrieben mit der Fähigkeit, unterschiedliche Gefühle stehen lassen zu können, oder einem realistischeren Selbstbild mit reiferen Abwehrmechanismen (siehe bspw. *Hanstein* 1999, S. 255). Im Übrigen verwenden manche Eklektiker – wie gesagt – auch solche Begriffe in Kombination. Aber: Es fehlt eben an System.

Es wäre wünschenswert, wenn die forensische und kriminologische Forschung irgendwann so weit wäre, dass sie zu einem erweiterten Wissen beitragen könnte zur Frage, welcher Täter mit welchem differentialdiagnostischen Hintergrund behandelbar bzw. nicht behandelbar ist und welche Art der Behandlung für diesen Täter besonders effektiv ist. Die vorliegende Studie erbrachte hierfür erste brauchbare Ergebnisse. Trotzdem sind übergreifende Standards und Richtlinien erforderlich. Dieses Mehr an Transparenz und Systematik schulden wir Opfern und Tätern, aber auch der Bevölkerung.

Literatur

- Beier, K. (1995). *Dissexualität im Lebenslängsschnitt*. Berlin: Springer.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1999). Multisystemic Treatment of Adolescent Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 74, 105-113.
- Bortz, J. & Döring, H. (2002). *Evaluation und Forschungsmethoden*. Berlin: Springer.
- Brickenkamp, R. (1997). *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so called psychopathic personality* (5. Aufl.). St. Louis: Mosby.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1992). *Perspectives on personality* (2. Aufl.). Boston: Allyn & Bacon.
- Deegener, G. (1999). Einführung. In: G. Deegener (Hrsg.), *Sexuelle und körperliche Gewalt* (S. 1-56). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ellgring, H. (1990). Sozialpsychologie: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Bd. 1, S. 308-324). Bern: Hans Huber.
- Eucker, S. (1998). Verhaltenstherapeutische Methoden in der Straftäterbehandlung. In H.-J. Kröber, K.-P. Dahle (Hrsg.), *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz* (S. 189-207). Heidelberg: Kriminalistik Verlag.
- Fröhlich, W. D. (1987). *dtv-Wörterbuch zur Psychologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Graham, K. R. (1993). Toward a better understanding and treatment of sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 37(1), 41-57.
- Gruber, T. (1999). Wehret den Anfängen: Ein integratives Konzept zur stationären Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. In G. Deegener (Hrsg.), *Sexuelle und körperliche Gewalt: Therapie jugendlicher und erwachsener Täter* (S. 57-79). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Hanstein, W. (1999). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Sexualstraftäter. In: G. Deegener (Hrsg.), *Sexuelle und körperliche Gewalt* (S. 222-279). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Person.Ind.Diff.*, 1, 111-119.
- Hare, R. D. (1990). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Niagara Falls, Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Toronto: Multi-Health-Systems.
- Heilbrun, K., Nezu, C. M., Keemey, M., Chung, S., & Wasserman, A. L. (1998). Sexual offending: Linking assessment, intervention, and decision making. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4(1/2), 138-174.
- Hoyer, J. (2001). Psychodiagnostische Kategorisierung von gefährlichen Sexualdelinquenten. In J. Hoyer, H. Kunst (Ed.), *Psychische Störungen bei Sexualdelinquenten* (S. 13-31). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hoyer, J., Borchard, B. & Kunst, H. (2000). Diagnostik und störungsspezifische Therapie bei Sexualdelinquenten mit psychischen Störungen. *Verhaltenstherapie*, 10, 7-15.
- Hoyer, J., Kunst, H., Borchard, B. und Stangier, U. (1999). Paraphile versus Impulskontrollgestörte Sexualstraftäter: Eine psychologisch valide Differenzierung? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(1), 37-44.
- Kasperzak, T. (2000). *Stadtstruktur, Kriminalitätsbelastung und Verbrechensfurcht*. Holzkirchen, Obb.: Felix Verlag.
- Kraus, C. & Berner, W. (2000). Die Klassifikation von Sexualstraftätern nach Knight & Prentky. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 83(6), 395-406.
- Kury, H. (1999). Zum Stand der Behandlungsforschung - oder: Vom nothing works zum something works. In W. Feuerhelm, H.-D. Schwind, M. Bock (Hrsg.), *Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag am 14.Juni 1999* (S. 251-274). Berlin: Walter de Gruyter.
- Lehmann, E. (1994). Psychotherapeutische Ergebnisse bei Sexualstraftätern. In M. Steller, K.-P. Dahle, M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung* (S. 66-74). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Lexikon der Psychologie (2001, Vol. 2). Berlin-Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

- Leygraf, N. (1998). Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In K.-P. Dahle, H.-L. Kröber (Hrsg.), *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz* (S. 175-184). Heidelberg: Kriminalistik Verlag.
- Lösel, F. (1994). Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In M. Steller, K.-P. Dahle, M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung* (S. 13-34). Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.
- MacKenzie, D. L. (1998). Criminal Justice and Crime Prevention. In L. W. Sherman, D. Gottfredson, D. MacKenzie, J. Eck, P. Reuter, S. Bushway (Hrsg.), *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising - A Report to the United States Congress* (Chap. 9). Washington, D.C.: USDOJ.
- Mann, R. D. (1999). Kognitiv-behaviorale Therapie von inhaftierten Sexualtätern in England und Wales. In G. Deegener (Hrsg.), *Sexuelle und körperliche Gewalt* (S. 340-360). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). Cognitive behavioural Treatment of sexual offenders. In *Wiley Series in Forensic Clinical Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Nedopil, N. (2000). *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Norcross, J. C. (1995). Psychotherapie-Integration in den USA. *Integrative Therapie*, 1, 45-61.
- Obergfell-Fuchs, J. (2001). *Ansätze und Strategien Kommunalen Kriminalprävention*. Freiburg: edition iuscrim.
- Peters, U. H. (1999). *Wörterbuch Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie* (5. Aufl.). München - Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Plaum, E. F. (1991). Voraussetzungen eines therapiebezogenen Eklektizismus. *Psychologische Rundschau*, 42, 76-86.
- Prentky, R. (1995). A rationale for the treatment of sex offenders: Pro bono publico. In J. McGuire (Hrsg.), *What works: Reducing reoffending* (S. 155-172). Chichester: John Wiley & Sons.
- Rehder, U. (2001). *Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern RRS*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.

Wischka, B., Foppe, E., Griepenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2001). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im niedersächsischen Justizvollzug. In: G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel, M. Walter (Hrsg.) *Behandlung „gefährlicher Straftäter“* (S. 193-205). Herbolzheim: Centaurus.

Wottawa, H. & Thierau, H. (1990). *Evaluation*. Bern: Hans Huber.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anzahl der angeschriebenen Experten	11
Tabelle 2a:	Ausrichtung an psychotherapeutischen Schulen – Psychiater	16
Tabelle 2b:	Ausrichtung an psychotherapeutischen Schulen - Psychologen	16
Tabelle 3:	Interventionsmethoden in der Behandlung von Sexualtätern	18
Tabelle 4:	Variablen zur Differenzierung selbst festgestellter Typen von Tätern.....	27
Tabelle 5:	Merkmale von Tätern, die besonders gut auf Behandlung ansprechen	33
Tabelle 6:	Merkmale von Tätern, die besonders schlecht auf Behandlung ansprechen	34
Tabelle 7:	Merkmale von Tätern, die gut behandelbar bzw. kaum behandlungsfähig sind	35
Tabelle 8:	Ansprechbarkeit unterschiedlicher Tätertypen auf best. therapeut. Stile	36
Tabelle 9:	Therapeutische Stile und Merkmale des Täters	37

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1:	Institutioneller Hintergrund der Experten	14
Abbildung 2:	Beruflicher Hintergrund der Experten.....	15
Abbildung 3:	Erfassung diagnostischer Kriterien	22