se unter anderem damit, dass die Kommunikationstechnik allen Schichten in unglaublich gleichem Maße offensteht: Per SMS „kommunizieren Bundeskanzlerin und Milliardäre nicht anders als 16 Jahre alte Teenager aus der Unterschicht". Und es verreisen unglaublich viele Menschen. Und in den Kinos sehen alle, ob arm oder reich, denselben Schrott. In diesem Sinn gehört die Welt uns allen, die wir viel zu viel besitzen. Und gerade weil so viele von uns so viel besitzen, werden so wenige so reich und bleiben so viele so arm.

Ist dies nun gerecht? Wenn wir ganz hart sind, müssen wir mit *Hobbes* sagen: falsche Frage. Die Frage nach Gerechtigkeit und Recht, nach Eigentum und berechtigtem Besitz, stellt sich nur dort, wo es eine Rechtsordnung gibt. Und die gibt es für die gesamte Welt leider noch nicht.

Andererseits kann man in der Weltgesellschaft wohl nicht bei *Hobbes* stehenbleiben: Es *ist* ungerecht, dass von den 7,2 Milliarden Menschen, die so gut wie alle miteinander vernetzt sind, die einen rechtlich gesichert leben und so viele andere nicht. *Das* – und nicht die Verteilung von Gütern – ist das Hauptproblem.

VIII. Zum Abschluss: „Habseligkeiten"

Meine Damen und Herren, vor genau zehn Jahren, am 24. Oktober 2004, wurde das Wort „Habseligkeiten" zum schönsten deutschen Wort gewählt. Die Jury, der unter anderen *Jutta Limbach* angehörte, ehemals Präsidentin des Bundesverfassungsgerichts und damals Chefin des Goethe-Instituts, übrigens durchaus Marxismus-geschult – die Jury hatte sich von der Einsenderin des Vorschlags mit folgender Begründung überzeugen lassen: Das Wort „Habseligkeiten" bezeichne nicht Besitz oder Vermögen eines Menschen, wohl aber „mit einem freundlich-mitleidigen Unterton" seine Besitztümer. Das lasse den Eigentümer dieser Dinge „sympathisch und liebenswert" erscheinen[89]. Eigentum und Besitz – wie nett? Nein, vielmehr ein höchst emotionales, hochpolitisches, voraussetzungsreiches Thema. Letztlich konnte ich heute nur versuchen, den Rahmen möglichst groß abzustecken. Und immer wieder hoffe ich zu zeigen, wie wertvoll etwas so Unsensationelles wie das Recht ist.

reichtum-wird-nutzlos-12988621.html (Abruf v. 09.02.2015).

89 F.A.Z. vom 25.10.2004, S. 9.

Stephanie König, Greifswald*

Die Wirksamkeit von Sexualtäterbehandlungsprogrammen

Nach dem Bekanntwerden schwerer Sexualdelikte werden in den Medien und vor allem in der Politik verstärkt Stimmen laut, härter gegen Sexualstraftäter vorzugehen und diese gegebenenfalls lebenslang wegzuschließen. Dadurch entsteht der Eindruck, Sexualdelinquenten seien nicht therapierbar und deren Behandlung somit aussichtslos. Oftmals wird dabei außer Acht gelassen, dass bereits etablierte Behandlungsprogramme stetig modifiziert und auf die jeweilige Sexualtätergruppe zugeschnitten werden, sodass das Risiko eines sexualdelinquenten Rückfalls auf ein Minimum gesenkt werden kann. Die vorliegende Arbeit stellt die bekanntesten Behandlungsprogramme für männliche Sexualdelinquenten kurz dar und erläutert anhand ausgewählter Primärstudien und Meta-Analysen deren Wirksamkeit. Ein Fokus soll daneben auch auf hierbei auftretende Evaluationsprobleme gelegt werden.

I. Einleitung

Sexualdelinquenz – kaum eine andere Form der Kriminalität wird in der Öffentlichkeit so emotional diskutiert und selten lösen Delinquenten so viel Angst und Schrecken in der Bevölkerung aus wie Sexualstraftäter. Diese Angst wird unter anderem durch die mediale Berichterstattung verstärkt, die bei besonderes schweren Sexualdelikten oder dem erneuten Rückfall eines Sexualstraftäters, wie im Falle *Armin Schreiners*, sehr ausführlich ausfällt.[1] So wird der Eindruck erweckt, Sexualstraftäter seien Monster, deren Behandlung erfolglos sei, da sich diese ohnehin nicht ändern oder gar bessern könnten. Ist eine Pauschalisierung behandelter Sexualstraftäter nach dem Motto „Einmal Sexualstraftäter, immer Sexualstraftäter" wirklich zutreffend, oder wird dabei außer Acht gelassen, dass es mit Hilfe von Behandlungsprogrammen durchaus möglich ist, einen erneuten einschlägigen Rückfall von Sexualdelinquenten zu verhindern?

Im Folgenden soll kurz erörtert werden, welche Programme es für die Behandlung männlicher Sexualstraftäter gibt. Sodann wird anhand einiger Studien erläutert, wie wirksam diese Behandlungsprogramme sind.

* Die Autorin studiert im 9. Semester Rechtswissenschaft an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Der Beitrag basiert auf einer ursprünglich mit 15,5 Punkten bewerteten Studienarbeit im Schwerpunktbereich Kriminologie und Strafrechtspflege im Sommersemester 2014 am Lehrstuhl von Prof. Dr. *Frieder Dünkel*, die für die Veröffentlichung inhaltlich modifiziert und gekürzt wurde.

1 Vgl. *Mielke*, Richter schont Eltern in Urteilsbegründung, Die Welt, 18.12.1997, http://www.welt.de/print-welt/article645572/Richter-schont-Eltern-in-Urteilsbegruendung.html (Abruf v. 26.01.2015).

II. Behandlungsprogramme für Sexualtäter

Für die Behandlung von Sexualdelinquenten gibt es zahlreiche Therapien, deren Schwerpunkt heute zunehmend auf kognitiv-behavioralen Behandlungsprogrammen sowie auf den nach deren Prinzipien ausgerichteten *Relapse-and-Prevention*-Programmen liegt.[2] Diese Behandlungsmethoden werden meist mit einer medikamentösen Behandlung von Sexualtätern kombiniert.[3] Nachfolgend sollen einige der Behandlungsmaßnahmen kurz dargestellt werden.

1. Reasoning and Rehabilitation Programme (R&R)

Das *Reasoning and Rehabiltiation Programme* wurde in den 1980er Jahren von *Ross* und *Fabiano* entwickelt.[4] Dabei handelt es sich um ein aus mehreren Behandlungskomponenten bestehendes, kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm, welches aus dem Vergleich von effektiven und ineffektiven Programmen in Bezug auf die Rückfälligkeit von Sexualdelinquenten entwickelt wurde.[5] Erfolgreiche Programme zeichneten sich dadurch aus, dass sie nicht nur das Verhalten des Sexualstraftäters in den Fokus der Beobachtung stellten, sondern auch die Art und Weise seines Denkens.[6] Das *R&R-Programme* besteht aus 35 Sitzungen à zwei Stunden, welche in einem Zeitraum von acht bis zwölf Wochen in einem Gruppensetting durchgeführt werden.[7] Im Rahmen von audiovisuellen Präsentationen, Gruppendiskussionen, Denkaufgaben und Rollenspielen sollen dem Teilnehmer soziale Fertigkeiten, Selbstkontrolle, alternative Strategien zum Umgang und zur Kontrolle mit seinen Emotionen und Verhaltensweisen, kreatives, kritisches Denken und Urteilen, Entwicklung von Empathie mit dem Opfer und interpersonale Problemlösungsfähigkeiten, z.B. das Erkennen der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere Menschen, vermittelt werden.[8] Ziel des *R&R* ist es, dem Delinquenten durch das Erlernen von Fertigkeiten für ein erfolgreiches soziales Handeln zu befähigen und ihm ein besseres Umgehen mit seinen eigenen Problemen zu ermöglichen.[9]

2. Relapse and Prevention Programme (RPP)

Dieses Rückfallvermeidungsmodell geht aus dem von *Marlatt* und seinen Kollegen für die Behandlung Suchtkranker entwickelten Behandlungsprogramm hervor und wurde später von *Pithers et al.* auf die Behandlung von Sexualstraftätern übertragen.[10] Die Therapie findet im Gruppensetting sowohl im Regel- als auch im Maßregelvollzug statt.[11] Bei dieser Behandlungsmethode geht es vorwiegend darum, jedes Stadium der Verhaltenskette, die zum Sexualdelikt führt, zu analysieren und in der Folge alternative Strategien zu entwickeln, um die Verhaltenskette durchbrechen zu können.[12] Zudem soll der Sexualdelinquent in Verbindung mit der Erweiterung seiner sozialen Fähigkeiten lernen, mit alltäglichen Problemen besser umgehen zu können und deliktauslösende Situationen zu meiden.[13]

3. Sex Offender Treatment Programme (SOTP)

Das *Sex Offender Treatment Programme* (*SOTP*) ist ein kognitiv-behaviorales Programm, welches in den 1990er Jahren für Sexualstraftäter im britischen, maßgeblich im englischen und walisischen, Strafvollzug entwickelt sowie im dortigen Gefängnissystem bei der Behandlung von Sexualdelinquenten eingesetzt und evaluiert wurde und seit Mai 2000 in adaptierter Form in der sozialtherapeutischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Hamburg-Nesselstraße eingesetzt wird.[14] Bei der Konzeption des *SOTP* erschien es von besonderer Wichtigkeit, dass das *SOTP* auf einem strukturierten Veränderungskonzept basieren müsse und zudem auf erwiesenermaßen kri-

2 Vgl. *Spöhr*, Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation, 2009, S. 39; *Wößner*, Typisierung von Sexualstraftätern: Ein empirisches Modell zur Generierung typenspezifischer Behandlungsansätze, 2006, S. 12.

3 Vgl. *Elsner*, Sexuell deviante Rechtsbrecher, in: Kröber et al. (Hrsg.), Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Bd. III, 2006, 305 (322); *Graf*, Medikamentöse Behandlung von Sexualstraftätern, in: Endrass et al. (Hrsg.), Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern – Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie, 2012, 359 (359); *Rüther*, Internationale Erfahrungen bei der Behandlung von Sexualstraftätern, MschrKrim 81 (1998), 246 (256 f.).

4 Vgl. *Robinson/Porporino*, Programming in Cognitive Skills: The Reasoning and Rehabilitation Programme, in: Hollin (Hrsg.), The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment, 2004, 63 (63); *Wößner* (Fn. 2), S. 13.

5 Vgl. *Jäger*, Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug, 2003, S. 239; *Ross/Fabiano/Ewles*, Reasoning and Rehabilitation, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 32 (1998), 29 (29 f.); *Wößner* (Fn. 2), S. 13.

6 Vgl. *Robinson/Porporino*, in: Hollin (Fn. 4), 63 (63 f.); *Wößner* (Fn. 2), S. 13.

7 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 240; *Wößner* (Fn. 2), S. 13.

8 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 241; *Ross/Fabiano/Ewles* (Fn. 5), IJO 1988, 29 (31).

9 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 240; *Wößner* (Fn. 2), S. 13.

10 Vgl. *Eccles/Marshall*, Relapse Prevention, in: Marshall/Anderson/Fernandez (Hrsg.), Cognitive Behavioural Treatment of Sexual Offenders, 1999, 127 (127); *Rehder/Wischka/Foppe*, Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS), in: Wischka/Pecher/van den Boogaart (Hrsg.), Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung, 2012, 418 (427).

11 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 235.

12 Vgl. *Eccles/Marshall,* in: Marshall/Anderson/Fernandez (Fn. 10), 127 (129 f.); *Jäger* (Fn. 5), S. 235.

13 Vgl. *Eccles/Marshall*, in: Marshall/Anderson/Fernandez (Fn. 10), 127 (132); *Rehder*, Sexuell abweichendes Verhalten – Klassifikation, Ursachen und Behandlung, in: Egg (Hrsg.), Sozialtherapie in den 90er Jahren. Gegenwärtiger Stand und aktuelle Entwicklung im Justizvollzug, 1993, 71 (92).

14 Vgl. *Berner/Becker* (2001): „Sex Offender Treatment Programme" (SOTP) in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg-Nesselstraße, in: Rhen et al. (Hrsg.), Behandlung „gefährlicher Straftäter". Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse, 2. Aufl. 2001, 206 (207); *Drenkhahn*, Sozialtherapeutischer Strafvollzug in Deutschland, 2007, S. 213; *Hoffmann/Ross/Mielke/Kluttig/Fontao*, Gruppen in der forensischen Psychotherapie, in: Strauß/Mattke (Hrsg.), Gruppenpsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis, 2012, 427 (434); *Spöhr* (Fn. 2), S. 40; *Wößner* (Fn. 2), S. 14.

minogene Faktoren ausgerichtet sein sollte.[15] Auch sollten die Therapiemethoden eine Kombination aus kognitiven, verhaltenstherapeutischen und pädagogisch-bildungsmäßigen Komponenten beinhalten, um so den Fähigkeiten der Sexualtäter besser angepasst werden zu können.[16] Die Behandlung zielt im Kern auf eine Reduktion von Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen des Täters hinsichtlich der von ihm begangenen Tat, dem Wecken von Empathie für das Opfer sowie der Entwicklung und Ausarbeitung eigener Strategien zur Vermeidung weiterer Straftaten ab.[17] Die Aufnahme des Delinquenten erfolgt auf der Grundlage seines Verhaltens, wobei Voraussetzung für die Aufnahme des Täters in das *SOTP* ist, dass dieser seine Tat nicht leugnet und auch bereit ist, über diese zu sprechen.[18] Sexualdelinquenten, die an psychotischen Erkrankungen leiden, oder Sexualtäter mit einer psychopathischen Persönlichkeit sind von der Teilnahme am *SOTP* ausgeschlossen.[19] Dem *SOTP* liegt ein mehrstufiger Behandlungsaufbau zugrunde. In einer ersten Phase der Diagnostik und Beurteilung sollen anhand von Interviews, Tests, einer *psychopathy checklist*, einer Penisplethymographie und einer medizinischen Untersuchung diejenigen Täter ermittelt werden, die für die Teilnahme am *SOTP* geeignet sind.[20] An diese erste Phase schließt sich das *core programme* an. Es bildet den Schwerpunkt des *SOTP* und umfasst einen zeitlichen Rahmen von 180 Stunden.[21] So werden in diesem Behandlungsabschnitt verschiedene Behandlungsmethoden kombiniert. Mit Hilfe kognitiv-behavioraler Methoden sollen irrationale und verzerrte Denkmuster des Sexualtäters herausgearbeitet werden, welche in der Vergangenheit zur Rechtfertigung seiner Tat entwickelt wurden. Zudem werden psychoedukative Techniken zum Einstieg in die Auseinandersetzung mit den Tatfolgen für das Opfer angewandt. Durch das Aufarbeiten von schriftlichen Materialien sowie der Auswertung von Videos soll der Täter Informationen über physische und psychische Auswirkungen von Sexualstraftaten bei Opfern sammeln. Zusätzlich sollen dem Delinquenten im Rahmen von Rollenspielen die Gefühle des eigenen Opfers während und infolge der Tat näher gebracht werden, indem er selbst die Opferrolle einnimmt und das Verhalten seines Opfers imitiert.[22] Zwei weitere Module des *core programme* sind das *adapted programme* für Sexualstraftäter mit kommunikativen Schwierigkeiten und das *extended programme* für besonders auffällige Sexualdelinquenten.[23] Im *booster programme* soll nicht nur das bereits Erlernte vertieft werden, sondern es soll den Sexualstraftätern vor ihrer Entlassung nochmals die Möglichkeit geben, Strategien der Rückfallprävention zu üben.[24] Auf diese dritte Phase folgen sodann die behandlungsabschließende Risikoeinstufung und der Übergang in die extramurale, das heißt in die nachbetreuende Behandlung.[25]

4. Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)

Ein weiteres Programm zur Behandlung von Sexualstraftätern nach kognitiv-behavioralen Methoden ist das Behandlungsprogramm für Sexualtäter, kurz BPS. Das BPS wurde von einer Arbeitsgruppe im niedersächsischen Justizvollzug entwickelt. Es basiert zum einen auf den Ergebnissen der Wirksamkeitsforschung, das heißt auf den gesammelten schriftlichen Erfahrungen bei der Behandlung von inhaftierten Sexualtätern in den Behandlungs- und Sozialtherapeutischen Abteilungen niedersächsischer Justizvollzugsanstalten, und andererseits auf nordamerikanischen Therapieansätzen, wie dem *Relapse and Prevention Programme* und der kognitiv-behavioralen Therapie.[26] Bei einem Gesamtumfang von ca. 80 Sitzungen à 90 Minuten, die ein- bis zweimal wöchentlich stattfinden, ergibt sich bei einer Gruppenstärke von bis zu zehn Personen eine Durchführungszeit von 10 Monaten bis zu 1,5 Jahren.[27] Das BPS ist in einen deliktunspezifischen und einen deliktspezifischen Teil gegliedert. Da im Rahmen des deliktunspezifischen Teils (Teil U) die Sexualdelikte nicht thematisiert werden, können daran auch Sexualdelinquenten teilnehmen, die ihre Tat (noch) nicht eingestehen.[28] Dieser Teil des BPS beinhaltet unter anderem – neben dem Training zu sozialer Kompetenz, zur Suchtmittelkontrolle und zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten – den Umgang mit Konflikten und Stress, die Förderung von Empathie und das Wissen über die menschliche Sexualität.[29] Bei dem deliktspezifischen Teil (Teil S) steht das Sexualdelikt der Teilnehmer im Vordergrund.[30] Zudem ist der deliktspezifische Teil stark am kognitiv-behavioralen Ansatz und am *Relapse and Prevention Programme* angelehnt.[31] Inhalte des deliktspezifischen Teils sind unter anderem das Erkennen tatfördern-

15 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 226; *Spöhr* (Fn. 2), S. 40; *Wößner* (Fn. 2), S. 42.

16 Vgl. *Spöhr* (Fn. 2), S. 40; *Berner/Becker*, in: Rhen et al. (Fn. 14), 206 (210 f.).

17 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 226; *Wößner* (Fn. 2), S. 14.

18 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 226.

19 Vgl. *Drenkhahn* (Fn. 14), S. 213; *Jäger* (Fn. 5), S. 226.

20 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 226; *Wößner* (Fn. 2), S. 14.

21 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 226.

22 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 230 f.

23 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 231.

24 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 232 f.

25 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 233.

26 Vgl. *Nuhn-Naber/Rehder/Wischka*, Behandlung von Sexualstraftätern mit kognitiv-behavioralen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen, MschrKrim 85 (2002), 271 (274); *Rehder/Wischka/Foppe*, in: Wischka/Pecher/van den Boogaart (Fn. 10), 418 (418).

27 Vgl. *Drenkhahn* (Fn. 14), S. 212; *Nuhn-Naber/Rehder/Wischka* (Fn. 26), MschrKrim 85 (2002), 271 (274); *Rehder/Wischka/Foppe*, in: Wischka/Pecher/van den Boogaart (Fn. 10), 418 (437).

28 Vgl. *Nuhn-Naber/Rehder/Wischka* (Fn. 26), MschrKrim 85 (2002), 271 (274); *Rehder/Wischka/Foppe*, in: Wischka/Pecher/van den Boogaart (Fn. 26), 418 (437).

29 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 243; *Rehder/Wischka/Foppe*, in: Wischka/Pecher/van den Boogaart (Fn. 10), 418 (431).

30 Vgl. *Rehder/Wischka/Foppe*, in: Wischka/Pecher/van den Boogaart (Fn. 10), 418 (431); *Spöhr* (Fn 2), S. 39.

31 Vgl. *Rehder/Wischka/Foppe*, in: Wischka/Pecher/van den Boogaart (Fn. 10), 418 (431).

der Situationen, das Identifizieren und Bewältigen von Risikofaktoren, die Kontrolle sexueller Fantasien usw.[32]

5. Anti-Sexuelle-Aggressivität-Training (ASAT)

Das Behandlungsprogramm Anti-Sexuelle-Aggressivität-Training (ASAT) ist ein in der Sozialtherapeutischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Amberg entwickeltes, systematisch-konfrontatives, deliktfokussiertes Verhaltenstraining, welches im Rahmen eines Gruppentrainings zur Behandlung von erwachsenen, männlichen Sexualtätern mit Aggressionsproblematik angewandt und nach einem festen Curriculum durchgeführt wird.[33] Primäres Ziel des ASAT ist die Vermeidung von Rückfällen. Das heißt, dass im Rahmen des ASAT vor allem eine Verbesserung der dynamischen, kriminogenen Risikomerkmale, wie beispielsweise der antisozialen Ansichten, Einstellungen, Gefühle und *peer*-Kontakte, der Impulsivität, des Mangels an sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten, der Egozentrik und der Identifikation mit kriminellen, antisozialen Rollenmodellen und Werten, erreicht werden soll.[34] Das Curriculum des ASAT gliedert sich in Integrationsphase, Konfrontationsphase und eine Gewaltverringerungsphase. Dabei gehen der Integrationsphase allgemeine Vorbereitungen (testpsychologische Untersuchungen, Explorationsgespräche im Aufnahmeverfahren der Einrichtung, Vorliegen von möglichen Ausschlusskriterien, Erstgespräch zum ASAT und Vertragsabschluss) voraus, welche für eine Teilnahme am ASAT essentiell sind.[35] Die Integrationsphase soll neben einer Einführung und einem allgemeinen Training vorrangig der Vermittlung von Wissen und der Sammlung von Informationen in den Bereichen Verhaltenskunde, Psychologie der (sexuellen) Gewalt, Männlichkeitsbild, Sozialisation, Frauenbild, Fremd- und Selbstwahrnehmung, Verhaltensbilanz und Stolz- und Wertehierarchie dienen.[36] Die daran anknüpfende Konfrontationsphase setzt ihren Schwerpunkt auf die Auseinandersetzung des Täters mit dessen Verleugnungs-, Gewaltrechtfertigungs- und Bagatellisierungsmechanismen im Rahmen des „Heißen Stuhls" mittels unterschiedlicher Herangehensweisen. Dazu zählen Deliktreinszenierungen, Expertenvorträge, Körperübungen, Opferfilme und das Aufzeigen von Deliktspiralen.[37] In der dritten und abschließenden Gewaltverringerungsphase geht es um die Erarbeitung und das Festigen von Wissen, soziale Rollen und Rollenkonflikte, soziale versus deliktfördernde Normen und Werte, gewaltfreie Konfliktlösungsstrategien und die Einbindung des sozialen Umfeldes.[38] Das ASAT bedient sich verschiedenster methodischer Verfahren, wie Interaktionsspiele, „Heißer Stuhl", Rollenspiele, Kommunikationstraining, Einzel- und Gruppenarbeit, Wissensvermittlung etc.[39] Nach der erfolgreichen Beendigung des ASAT findet im Rahmen der Behandlungsmaßnahmen des Gesamtkonzepts eine Nachbetreuung der Teilnehmer statt.[40]

6. Chirurgische Behandlungsmaßnahmen

Der Vollständigkeit wegen sollen auch irreversible Interventionen wie die chirurgische Kastration und die stereotaktische Gehirnoperation kurz erläutert werden, die nach heutigem Forschungsstand zur Behandlung von Sexualstraftätern jedoch als kaum geeignet anzusehen sind. Die chirurgische Kastration beruht darauf, dass 95% des männlichen Hormons Testosteron in den Leydig-Zellen der Hoden produziert werden.[41] Mit der stereotaktischen Hypothalamotomie sollte eine Veränderung des Sexualverhaltens des Delinquenten erreicht werden, indem bei diesem operativ gezielte stereotaktische Läsionen im Bereich des rechten *nucleus ventromedialis* erfolgten, in welchem man das Sexualzentrum lokalisiert zu haben glaubte.[42] Allerdings ist man im Ergebnis, nicht nur aus ethischen Gründen, weitgehend von dieser Art der Behandlung abgerückt.[43]

7. Medikamentöse Therapien

Die medikamentöse Therapie von Sexualstraftätern basiert auf der Hypothese, dass durch die Beeinflussung des Neurotransmittersystems und des Hormonhaushaltes eine Reduktion des Sexualtriebes, das heißt eine Verringerung der Risikofaktoren für Sexualdelikte wie auch der devianten Sexualität, erfolgt, sodass der Sexualtäter einer Therapie zugänglich ist.[44] Als Wirkstoffe für eine medikamentöse Behandlung kommen vor allem selektive Serotonin-Wiederaufnahmeinhibitoren (SSRIs) und

32 Vgl. *Rehder/Wischka/Foppe*, in: Wischka/Pecher/van den Boogaart (Fn. 10), 418 (432).

33 Vgl. *Steffes-enn*, Das „Anti-Sexuelle-Aggressivität-Training" (ASAT): Stark genug, um Schwach zu sein, in: Wischka/Rheder/Specht/Foppe/Willems (Hrsg.), Sozialtherapie im Justizvollzug. Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle, 2005, 245 (245); *Steffes-enn*, Das Anti-Sexuelle-Aggressivität-Training (ASAT), Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung 2008, 9 (9).

34 Vgl. *Steffes-enn*, in: Wischka/Rheder/Specht/Foppe/Willems (Fn. 33), 245 (249); *Steffes-enn* (Fn. 33), Klinische Sozialarbeit 2008, 9 (11).

35 Vgl. *Steffes-enn*, in: Wischka/Rheder/Specht/Foppe/Willems (Fn. 33), 245 (250); *Steffes-enn* (Fn. 33), Klinische Sozialarbeit 2008, 9 (11).

36 Vgl. *Steffes-enn*, in: Wischke/Rehder/Specht/Foppe/Willems (Fn. 33), 245 (251); *Steffes-enn* (Fn. 33), Klinische Sozialarbeit 2008, 9 (11).

37 Vgl. *Steffes-enn* (Fn. 33), Klinische Sozialarbeit 2008, 9 (11); *Spöhr* (Fn. 2), S. 41.

38 Vgl. *Steffes-enn* (Fn. 33), Klinische Sozialarbeit 2008, 9 (11).

39 Vgl. *Steffes-enn*, in: Wischka/Rehder/Specht/Foppe/Willems (Fn. 33), 245 (252); *Steffes-enn* (Fn. 33), Klinische Sozialarbeit 2008, 9 (12).

40 Vgl. *Steffes-enn* (Fn. 33), Klinische Sozialarbeit 2008, 9 (11).

41 Vgl. *Bradford*, Organic Treatment for the Male Sexual Offender, Annals of the New York Academy of Sciences (1998), 193 (193); *Knecht*, Pädophilie – Grundlagen und Therapieansätze, Kriminalistik 55 (2001), 745 (747); *Rehder*, in: Egg (Fn. 13), 71 (90 f.).

42 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 217; *Knecht* (Fn. 41), Kriminalistik 55 (2001), 745 (747); *Sigusch*, Organotherapien bei sexuellen Perversionen und sexuelle Delinquenz, in: ders. (Hrsg.), Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 4. Aufl. 2007, 323 (328).

43 Vgl. *Knecht* (Fn. 41), Kriminalistik 55 (2001), 745 (747); *Sigusch*, in: ders. (Fn. 42), 323 (328).

44 Vgl. *Elsner*, in: Kröber et al. (Fn. 3), 305 (321); *Graf*, in: Endrass et al. (Fn. 3), 359 (359); *Rüther* (Fn. 3), MschrKrim 81 (1998), 246 (256).

Antiandrogene zur Reduktion des männlichen Hormons Testosteron wie Cyproteronacetat (CPA), Medroxyprogesteronacetat (MPA), LHRH-Agonisten und Morphin-Antagonisten wie Naltrexon in Betracht.[45]

III. Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen

Die Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen für Sexualstraftäter lässt sich grundlegend am Kriterium der Rückfälligkeit, das heißt deren Legal- beziehungsweise Sozialbewährung, festmachen. Je geringer die Rückfallrate, desto wirksamer ist das Behandlungsprogramm.[46] Jedoch wurde bisher der Einfluss von Behandlungseffekten bezüglich der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern sehr kontrovers diskutiert.[47]

1. Evaluation der Behandlungsprogramme – Rückfallstudien

Während es in Deutschland lediglich eine sehr begrenzte Anzahl an Evaluationen über die Wirksamkeit von Sexualtäterbehandlungsprogrammen gibt, weist die internationale Forschung eine Vielzahl an verschiedenen Untersuchungen zur Sexualtäterbehandlung auf. Die Evaluation von Rückfalluntersuchungen erfolgte dabei maßgeblich im Rahmen von Meta-Analysen und Primärstudien. Meta-Analysen sind empirische Untersuchungen, welche die Ergebnisse von Primärstudien mittels quantitativer Methoden zusammenfassen.[48] Im Folgenden soll sowohl auf internationale wie auch auf deutschsprachige Rückfallstudien eingegangen werden. Primär werden die in den Meta-Analysen nachgewiesenen Behandlungseffekte dargestellt, da diese einen Großteil anderer Studien miteinschließen und zudem ein Gesamtergebnis widerspiegeln. Sekundär soll auch auf die Behandlungseffekte einiger Primärstudien eingegangen werden.

a) Meta-Analysen

Eine der ersten Meta-Analysen auf dem Gebiet der Wirksamkeit von Sexualtäterbehandlungsprogrammen stammt von *Hall* aus dem Jahre 1995. *Hall* integrierte in seiner Meta-Analyse alle Evaluationsstudien, die seit der Veröffentlichung der Studie von *Furby et al.* (1989) verfügbar waren.[49] Von den insgesamt 92 veröffentlichten Studien wurden 32 Fallstudien aufgrund einer zu geringen Teilnehmerzahl (N<10) und weitere 48 Studien wegen fehlender Vergleichs- oder Kontrollgruppen beziehungsweise fehlender Rückfalldaten ausgeschlossen.[50] Die verbliebenen zwölf Studien entsprachen schließlich den von der Meta-Analyse gestellten Anforderungen. Von den in den Studien erfassten, behandelten Sexualstraftätern wurden 19% (129/683) einschlägig rückfällig, während die einschlägige Rückfälligkeit der unbehandelten Sexualdelinquenten bei 27% (169/630) lag.[51] Insgesamt ergab sich eine mittlere Effektstärke von r=0.12 (d=0.24), das heißt im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe reduzierte sich die Rückfälligkeit um ein Viertel.[52] Weiterhin stellte *Hall* fest, dass die Effektstärken der Studien sehr heterogen gewesen sind.[53] Dies führte er zum einen auf methodische Unterschiede zwischen den Studien und zum anderen auf das Einhergehen von höheren Effektstärken mit längeren Katamnesezeiträumen und höheren Basisraten, die über die Rückfallrate der Vergleichsgruppe geschätzt wurden, zurück.[54] Dabei hatten methodische Faktoren wie die Randomisierung und die Wahl der Kontrollgruppen keinen signifikanten Einfluss auf die ermittelten Effekte.[55] Einen weiteren Grund für die Heterogenität der Effektstärken sah *Hall* in der Psychopathologie der Teilnehmer.[56] So seien bei ambulanten Programmen die Effektstärken gegenüber institutionellen Maßnahmen höher gewesen.[57] Weiterhin konnte *Hall* im Rahmen der Meta-Analyse vor allem positive Effekte bei kognitiv-behavioralen Behandlungsmethoden und bei somatischen Behandlungen der Delinquenten feststellen, während verhaltenstherapeutische Therapiemethoden diesen beiden Ansätzen unterlagen.[58] Im Ergebnis stützt *Halls* Meta-Analyse die Einschätzung von *Marshall, Jones et al.* (1991), dass vor allem kognitiv-behaviorale Programme und pharmakologische Therapien bei der Behandlung von Sexualstraftätern am effektivsten erscheinen.[59] Auch wenn *Halls* Meta-Analyse aufgrund der geringen Anzahl von Studien – lediglich zwölf – nur unter Vorbehalt interpretiert werden sollte, zeigte sie dennoch auf, dass die Be-

45 Vgl. *Berner/Brike*, Therapieangebote für Männer mit sexuellen Präferenz-Störungen und Sexualdelinquenz, Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4 (2010), 8 (12).

46 Vgl. *Ortmann*, Sozialtherapie im Strafvollzug – Eine experimentelle Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen auf Legal- und Sozialbewährung, 2002, S. 209.

47 Vgl. *Schmucker/Lösel*, Wie erfolgreich ist die Therapie von Sexualstraftätern? Ergebnisse und Probleme der Wirkungsforschung, in: Lösel/Bender/Jehle (Hrsg.), Kriminologie und wissensbasierte Kriminalpolitik, 2007, 295 (296); *Stadtland/Hollweg/Dietl/Reich/Nedopil*, Langzeitverläufe von Sexualstraftätern, MschrKrim 87 (2004), 393 (393).

48 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen, in: Endrass et al. (Hrsg.), Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie, 2012, 45 (52); *Lipsey/Cullen*, The Effectiveness of Correctional Rehabilitation: A Review of Systematic Reviews, Annual Review of Law and Social Science 3 (2007), 297 (299).

49 Vgl. *Hall*, Sexual Offender Recidivism Revisited: A Meta-Analysis of Recent Treatment Studies, Journal of Consulting and Clinical Psychology 63 (1995), 802 (803).

50 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (803).

51 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (806).

52 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (805); *Spöhr* (Fn. 2), S. 144.

53 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (805).

54 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (805 f.).

55 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (806).

56 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (806).

57 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (806 f.).

58 Vgl. *Hall* (Fn. 49), JCCP 63 (1995), 802 (806).

59 Vgl. *Marshall/Jones/Ward/Johnston/Barbaree*, Treatment Outcome With Sex Offenders, Clinical Psychology Review 11 (1991), 465 (465).

handlung von Sexualdelinquenten deren Rückfälligkeit signifikant beeinflussen kann.

Alexander (1999) sichtete alle bedeutsamen englischsprachigen Studien zwischen 1943 und 1996 und unterzog diese einer Meta-Analyse.[60] Obwohl *Alexander* deutlich weniger restriktive Einschlusskriterien als *Hall* verwendete, musste von den 359 ermittelten Studien ein Großteil von der Meta-Analyse ausgeschlossen werden, da beispielsweise die Qualität der Studien nicht den Anforderungen entsprach oder weil in den Studien die Wirksamkeit medizinischer Behandlungsmethoden oder spezifische Gruppen untersucht wurden, und dadurch eine Berechnung der Effektstärken auf der Grundlage dieser Studien nicht möglich gewesen ist.[61] Zudem wurden auch sog. *dropouts/noncompleters*[62], das heißt Teilnehmer, die aus der Behandlung ausgeschieden sind oder diese frühzeitig abgebrochen haben, von der Meta-Analyse ausgeschlossen.[63] Schließlich verblieben 79 Studien, die in die Meta-Analyse eingingen.[64] Für die systematische Analyse der Studien wählte *Alexander* eine dreistufige Vorgehensweise.[65] Zunächst wurden die jeweiligen Studien nach bestimmten Kriterien, wie Rückfallquote, Alter des Täters, Deliktart, Ort und Dauer der Behandlung, Länge des Katamnesezeitraums, Jahrzehnt der Behandlung und die Freiwilligkeit der Behandlung, ausgewertet.[66] Sodann wurden die erhobenen Rohdaten studienübergreifend in Kategorien – beispielsweise für verurteile Vergewaltiger, die an einem Rückfallprogramm teilgenommen haben – unterteilt, um schließlich getrennt nach behandelten und unbehandelten Sexualdelinquenten für die jeweilige Kategorie die Rückfallraten zu berechnen und miteinander zu vergleichen.[67] Für die Unterscheidung zwischen aussagekräftigen und schwachen Ergebnissen wurden drei Kriterien herangezogen:[68] (1) Eine Rückfallrate der behandelten Gruppe von weniger als 11% wurde als Grenzwert für eine positiven Behandlungseffekt indiziert; (2) ein Minimum von N≥100 wurde für die Gruppen vorausgesetzt, da diese eine höhere Validität aufweisen als Gruppen mit wenigen Personen; (3) zwischen behandelten und unbehandelten Sexualdelinquenten sollte eine Rückfalldifferenz von mindestens 10% bestehen.[69] Bei den 9.383 behandelten Sexualstraftätern von insgesamt 10.988 Personen lag die Rückfallquote wegen eines einschlägigen Delikts bei 13%, während bei den 1.605 unbehandelten Sexualtätern die Rückfallquote bei 18% lag.[70] Abgesehen von der Gruppe der nicht spezifizierten Täter erbrachte die Meta-Analyse das Ergebnis, dass behandelte Täter grundsätzlich eine geringere Rückfallrate aufwiesen als unbehandelte Sexualdelinquenten. Allerdings resultierte aus der Trennung der Täter nach der Art des Sexualdeliktes bei behandelten Vergewaltigern nur eine minimal geringere Rückfallquote als bei unbehandelten, wohingegen sich bei Pädophilen und Exhibitionisten deutliche Unterschiede (Differenz von mind. 10%) aufzeigten.[71] Die geringste Rückfallquote (7,1%) wurde jedoch bei jugendlichen Sexualdelinquenten festgestellt. Weiterhin verglich *Alexander* die verschiedenen Behandlungsansätze bezüglich ihrer Wirksamkeit miteinander.[72] Dabei kam *Alexander* zu dem Ergebnis, dass *Relapse-and-Prevention*-Programme, welche kognitiv-behaviorale Techniken enthielten, sich im Vergleich zu den anderen Behandlungsansätzen mit einer Rückfallquote von 7,2% als effektiv erwiesen.[73] Insgesamt erwies sich der positive Behandlungseffekt bei allen Untergruppen als relativ konstant. Weiterhin waren Behandlungen, die in Haftanstalten stattfanden, effektiver als solche, die in Krankenhäusern oder ambulant durchgeführt wurden.[74] Insgesamt kommt *Alexander* in ihrer Meta-Analyse zu dem Ergebnis, dass die meisten behandelten Sexualstraftäter weniger rückfällig werden und dass Jugendliche die Behandlungsmethoden besonders gut annehmen.[75]

Gallagher, *Wilson* und *MacKenzie* (2000) befassten sich in ihrer Meta-Analyse mit allen Untersuchungen, die sich mit der Effektivität von Sexualtäterbehandlungsprogrammen auseinandersetzten.[76] Dadurch, dass sie sich nicht nur auf veröffentlichte Studien beschränkten und der Suchraum einen eher weiten zeitlichen Rahmen umfasste, konnten auch Untersuchungen, die vor *Furbys et al.* (1989) Zusammenfassung durchgeführt wurden, mit in den Studienpool der Meta-Analyse eingehen.[77] Voraussetzung für die Aufnahme der Studien in die Meta-Analyse war folglich unter anderem, dass kontrollierte Vergleichsgruppen vorlagen, die Sexualtäter ihre Behandlung seit 1970 beendet hatten und der erneute einschlägige Rückfall des Sexualdelinquenten als Kriterium für den Misserfolg der Behandlung gewählt wurde.[78] *Gallagher et al.* standen somit 26 Studien, das heißt doppelt so viele wie *Hall* (1995), zur Verfügung.[79] Im Ergebnis lag

60 Vgl. *Alexander*, Sexual Offender Treatment Efficacy Revisited, Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 11 (1999), 101 (103).

61 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (103); *Rehder/Wischka*, Behandlung von Sexualstraftätern – Meta-Evaluationsergebnisse und Folgerungen für die Entwicklung von Behandlungskonzepten, Kriminalpädagogische Praxis 30 (2002), 70 (70).

62 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (103).

63 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (103).

64 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (103).

65 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (104).

66 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (104).

67 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (104); *Rehder/Wischka* (Fn. 61), KrimPäd 30 (2002), 70 (70).

68 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (104).

69 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (104 f.).

70 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (105).

71 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (105).

72 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (105 f.).

73 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (106).

74 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (106 f.).

75 Vgl. *Alexander* (Fn. 60), SA 11 (1999), 101 (110); *Rehder/Wischka* (Fn. 61), KrimPäd 30 (2002), 70 (72).

76 Vgl. *Rehder/Wischka* (Fn. 61), KrimPäd 30 (2002), 70 (72); *Schmucker*, Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung, 2004, S. 99.

77 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 99.

78 Vgl. *Rehder/Wischka* (Fn. 61), KrimPäd 30 (2002), 70 (72).

79 Vgl. *Rehder/Wischka* (Fn. 61), KrimPäd 30 (2002), 70 (72); *Schmucker* (Fn. 76), S. 99.

der für die durchschnittliche Effektstärke ermittelte Wert mit d=0.43 wesentlich höher als die von *Hall* (d=0.24).[80] Insgesamt konnte eine Rückfallrate von 12% bei behandelten Sexualstraftätern und eine Rückfallrate von 22% bei unbehandelten Sexualdelinquenten verzeichnet werden.[81] Da die integrierten Studieneffekte sich, wie bereits bei *Halls* Meta-Analyse (1995), als sehr heterogen erwiesen, nahmen *Gallagher et al.* weitere Moderatoranalysen vor, um den Grund für diese Variabilität auszumachen. Sie stellten fest, dass sich signifikante Effekte für die zur Anwendung kommenden Behandlungsprogramme ergaben.[82] So führten kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze sowie somatische Interventionen und die aus einer Kombination von Medikation mit Psychotherapie bestehenden Behandlungen zu einer signifikanten Reduktion der einschlägigen Rückfälligkeit der Delinquenten, während dagegen rein verhaltenstherapeutische und psychosoziale Therapien zu wesentlich schwächeren positiven Behandlungseffekten führten.[83] Dabei war der Behandlungserfolg unabhängig von der Behandlungsdauer.[84] Weiterhin untermauerte die Analyse des Behandlungskontextes *Halls* Befund, dass institutionelle Programme ambulanten Interventionen unterlegen waren.[85] Im Rahmen ihrer Analyse bezüglich der methodischen Einflüsse auf die Variabilität der Effektstärken stellten die Autoren fest, dass Studien mit einer insgesamt besseren methodischen Qualität höhere Effekte aufweisen.[86] Ferner stellt die Quelle, durch welche die Rückfallinformationen gewonnen wurden, eine extrem starke Variable dar. So wiesen reine Maße der offiziellen Rückfälligkeit deutlich geringere Effektstärken auf als Kompositionsmaße, die neben offiziellen Auskünften auch Selbstberichte und inoffizielle Berichte mit einbezogen.[87] Jedoch betonten *Gallagher et al.* dabei insbesondere, dass durch die Konfundierung methodischer Variablen und Aspekte der Behandlung eine valide Interpretation nicht möglich ist, da die Unsicherheit besteht, dass die unterschiedlichen Effekte eines Faktors auf der Wirkung des anderen beruhen können.[88] Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Meta-Analyse von *Gallagher et al.* eine differenzierte Beantwortung der Frage, was welchem Sexualdelinquenten am besten hilft, aufgrund der großen Lücken in der Evaluationsliteratur, das heißt wegen der geringen Gesamtzahl an Untersuchungen, der mangelnden Anzahl qualitativ hochwertiger Arbeiten sowie der fehlenden Typisierung der Sexualstraftäter, unmöglich ist.[89] Grundsätzlich kann man aus den Ergebnissen der Meta-Analyse einen positiven Schluss auf die Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlungsprogramme ziehen, wobei auch hier die kognitiv-behavioralen Programme den anderen überlegen waren.[90]

Eine weitere umfassende, auf 43 Primärstudien beruhende Meta-Analyse stammt aus Kanada und wurde von *Hanson et al.* (2002) durchgeführt. Die Untersuchung berücksichtigte im Unterschied zu den vorangegangen Untersuchungen allein psychosoziale Behandlungsmaßnahmen und schloss pharmakologische oder chirurgische Interventionen von vornherein aus.[91] Insgesamt wurden im Rahmen der Meta-Analyse 5.078 behandelte und 4.376 unbehandelte Sexualstraftäter erfasst.[92] Dabei lag die Rückfallquote der behandelten Delinquenten hinsichtlich eines sexuellen Rückfalldelikts bei 12,3%, während die Rückfallrate wegen eines allgemeinen Rückfalldelikts dagegen bei 27,9% lag.[93] Für sexuelle Rückfalldelikte ergab sich eine Effektstärke von d=0.12 (OR=0.81).[94] Weiterhin analysierten *Hanson et al.* 20 von ihnen separierte Studien bei denen von einer Gleichartigkeit der Behandlungs- und Vergleichsgruppe ausgegangen werden konnte.[95] Wie bereits bei *Gallagher et al.* (2000) erzielten solche Studien mit besseren Designs in der Regel bessere Effekte in der Behandlung.[96] Ferner analysierten *Hanson et al.* auch den Effekt der Interventionen auf die allgemeine Rückfälligkeit, mit der sich 31 Studien befassten.[97] Verglich man die Auswirkungen der Interventionen auf die allgemeine Rückfälligkeit mit denen der einschlägigen Rückfälligkeit, so zeigte sich, dass der Gesamteffekt sich bei den Auswirkungen auf die allgemeine Rückfälligkeit als etwas günstiger erwies.[98] Des Weiteren fiel bezüglich des allgemeinen Rückfallkriteriums auf, dass ambulante Behandlungen (OR=0.20) bessere Ergebnisse erzielten als institutionelle (OR=0.79).[99]

Einige Jahre später wurde die aus 69 Primärstudien bestehende Meta-Analyse von *Lösel* und *Schmucker* (2005) veröffentlicht, die sich von allen vorherigen Studien dadurch unterschied, dass sie keine regionale Beschränkung der Studien vornahm, sodass neben englischsprachigen Studien auch deutsche, französische, niederländische und schwedische Studien erfasst wurden.[100] Die Meta-Analyse basiert zu weiten Teilen, das heißt bezüglich der Suchstrategie und des methodi-

80 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 99.

81 Vgl. *Rehder/Wischka* (Fn. 61), KrimPäd 30 (2002), 70 (72); *Schmucker* (Fn. 76), S. 99.

82 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 99.

83 Vgl. *Rehder/Wischka* (Fn. 61), KrimPäd 30 (2002), 70 (72); *Schmucker* (Fn. 76), S. 99.

84 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 99.

85 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 99.

86 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 100.

87 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 100.

88 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 100.

89 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 100.

90 Vgl. *Rehder/Wischka* (Fn. 61), KrimPäd 30 (2002), 70 (72); *Schmucker* (Fn. 76), S. 100.

91 Vgl. *Hanson et al.*, First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders, Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 14 (2002), 169 (169); *Spöhr* (Fn. 2), S. 144.

92 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 91), SA 14 (2002), 169 (181).

93 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 91), SA 14 (2002), 169 (181).

94 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 91), SA 14 (2002), 169 (181).

95 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 91), SA 14 (2002), 169 (101).

96 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 91), SA 14 (2002), 169 (101).

97 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 91), SA 14 (2002), 169 (184).

98 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 91), SA 14 (2002), 169 (183 f.).

99 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 91), SA 14 (2002), 169 (184).

100 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (61 f.); *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (297).

schen Vorgehens, auf der Meta-Analyse von *Schmucker* (2004).[101] So wurde, wie auch bei *Schmucker* (2004), die Analyse nicht auf einen bestimmten zeitlichen Rahmen begrenzt und es wurden sowohl publizierte als auch unveröffentlichte Studien mit in die Meta-Analyse einbezogen.[102] Um eine systematische Einordnung der methodischen Qualität der Studien zu ermöglichen, orientierten sich *Lösel* und *Schmucker* an der fünfstufigen *Maryland Scale of Methodological Rigour*.[103] Dadurch sollte eine Einschätzung der methodischen Qualität des Evaluationsdesigns ermöglicht werden,[104] „wobei [eine] Beurteilung über sieben Dimensionen erfolgt: Stichprobengröße, Art der Vergleichsgruppe, Verwendung von Kontrollvariablen (um die Effekte um vorbestehende Gruppenunterschiede zu korrigieren), Angemessenheit der erhobenen Informationen, Länge des Beobachtungszeitraums, Stichprobenschwund [und] Auswertungsstrategie“[105]. Stufe 1 entspricht dabei nicht den Einschlusskriterien, das bedeutet, es ist keine Kontrollgruppe, sondern nur eine Behandlungsgruppe vorhanden.[106] Ferner unterschieden *Lösel* und *Schmucker* folgende Stufen: Stufe 2 umfasst Designs, bei denen die Vergleichsgruppe nicht mit der Behandlungsgruppe äquivalent ist; Stufe 3 erfasst Designs, bei denen eine indirekte Äquivalenz zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe aufgrund der Annahme von gleichartigen Ausprägungen entscheidender Variablen angenommen wird; Stufe 4 befasst sich mit Designs, bei welchen die Vergleichbarkeit der Behandlungs- und Kontrollgruppe durch individuelles Matching oder strategische Kontrolle, das heißt durch die Verwendung systematischer Strategien, gewährleistet werden soll; Stufe 5 schließt Designs mit randomisierten Behandlungs- und Vergleichsgruppen ein.[107] Das Resultat der deskriptiven Analyse der methodischen Bewertung der 69 in die Meta-Analyse einbezogenen Primärstudien zeigte auf, dass im Bereich der Behandlung von Sexualstraftätern ein methodisches Defizit besteht.[108] Dieses verdeutlichte sich vor allem bei dem Vergleich methodisch schwacher mit methodisch hervorragenden Studien zu multisystemischen Therapieansätzen umso mehr.[109] So wiesen weniger als ein Drittel der Studien eine Stichprobengröße von mindestens 100 Probanden auf.[110] Weiterhin wies ein Großteil der Studien (60%) ein schwaches methodisches Design auf.[111] Zudem arbeiteten lediglich 8% der Studien mit randomisierten Designs.[112] Auch wenn die methodische Qualität der Primärstudien mangelhaft gewesen ist, kamen *Lösel* und *Schmucker* zu dem Ergebnis, dass dennoch die Mehrheit der Primärstudien einen positiven Behandlungseffekt bestätigt.[113] Bei der Kontrolle der Behandlungseffekte um die Stichprobengröße lag die Rückfallrate der behandelten Sexualdelinquenten für ein erneutes Sexualdelikt bei 11,1% und für erneute Gewaltdelikte bei 6,6%, während die Rückfallquote bei den unbehandelten Sexualtätern bei 17,5% hinsichtlich erneuter Sexualdelikte beziehungsweise bei 11,8 % bezüglich erneuter Gewaltdelikte lag.[114] Ferner stellte sich heraus, dass die Behandlung mit kognitiv-behavioralen Programmen konsistent bessere Behandlungsergebnisse erzielte.[115] Bezüglich der Behandlungseffekte bei jugendlichen und erwachsenen männlichen Sexualdelinquenten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.[116]

Tong und *Farrington* (2006) befassten sich in ihrer aus 16 Studien bestehenden Meta-Analyse in vier Ländern (Kanada, USA, Großbritannien und Schweden) mit der Effektivität des *Reasoning and Rehabilitation Programme*, dessen Hauptziel die Veränderung der kriminogenen Kognition des Täters ist.[117] Eingeschlossen wurden Studien, welche die Wirksamkeit des *R&R* mittels Reduktion der Rückfallrate maßen und die Experimental- und die Kontrollgruppe miteinander verglichen.[118] Die Auswertung der Meta-Analyse zeigte, dass es bei den Programmteilnehmern zu einer signifikanten Abnahme (14%) der Rückfälligkeit, verglichen mit den Personen der Kontrollgruppe, kam.[119] Darüber hinaus hatte das Behandlungssetting auf die Effektivität des Programmes keinen Einfluss.[120] Auch erwies sich das Programm bei der Behandlung von *low-risk*-[121] und *high-risk*-Sexualstraftätern[122] als effektiv.[123] Insgesamt untermauerte das Ergebnis der Meta-Analyse, dass

101 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (297).

102 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (296 f.); *Schmucker* (Fn. 76), S. 108, 147.

103 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (62); *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (302).

104 Vgl. *Sherman et al.* 1987 zitiert nach *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (302).

105 Vgl. *Beech et al.* (2007), publicsafety.gc.ca, Sexual Offender Treatment Outcome Research: CODC Guidelines for Evaluation. Part 1: Introduction and Overview, 2007-2, http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/sxl-ffndr-trtmnt/sxl-ffndr-trtmnt-eng.pdf (Abruf v. 22.02.2015), S. 5 f.; vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (62).

106 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (302).

107 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (302); *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (62).

108 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (303 ff.).

109 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (62); *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (302 ff.).

110 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (62).

111 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (302, 310).

112 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (62); *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (310).

113 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (310).

114 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (62); *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (298 f.).

115 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (311).

116 Vgl. *Schmucker/Lösel*, in: Lösel/Bender/Jehle (Fn. 47), 295 (305).

117 Vgl. *Tong/Farrington*, How effective is the “Reasoning and Rehabilitation” programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries, Psychology, Crime & Law 12 (2006), 3 (3); siehe auch *R&R*.

118 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (6).

119 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (19).

120 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 118), PC&L 12 (2006), 3 (19 f.).

121 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (20).

122 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (20).

123 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (20).

die Sexualstraftäterbehandlung mit dem *Reasoning and Rehabilitation Programme* als wirksam anzusehen ist.[124]

Die aktuellste Meta-Analyse stammt von *Hanson et al.* (2009). Insgesamt konnten *Hanson et al.* 129 Studien bestimmen, welche die Wirksamkeit von Behandlungen bei heranwachsenden und erwachsenen Sexualtätern untersucht hatten.[125] Von den 129 Studien wurden nach den *Collaborative Outcome Data Committee study quality Guidelines* (*CODC*) 104 Studien als ungenügend eingestuft und von der Untersuchung ausgeschlossen.[126] Dabei wurden Studien, die eine chirurgische oder medikamentöse Kastration untersucht hatten, nicht in die Meta-Analyse einbezogen, da sie die Mindestvoraussetzungen nach den *CODC-Guidelines* nicht erfüllten.[127] Von den verbleibenden 25 Untersuchungen wurden zwei weitere Studien aufgrund ihrer Spezifität ausgeschlossen, sodass lediglich 23 Studien, die elementare Kriterien erfüllten, in die Meta-Analyse eingingen.[128] Davon wurden wiederum fünf als gut und 18 als schwach eingestuft.[129] Bei der Auswertung der Meta-Analyse von *Hanson et al.* (2009) zeigte sich, dass Rückfallraten für behandelte Sexualdelinquenten und Straftäter im Allgemeinen geringer waren als die Rückfallraten der beobachteten Kontrollgruppen (10,9%, N = 3,121 vs. 19,2%, N = 3,625 für sexuelle Rückfälligkeit; 31,8%, N = 1,979 vs. 48,3%, N = 2,822 Rückfälligkeit für alle Deliktarten).[130] Dabei kristallisierte sich eine höhere Reduktion der Rückfallraten sowohl bei Sexualdelinquenten als auch bei Straftätern im Allgemeinen bei Programmen, die sich an den RNR-Prinzipien orientierten und anwandten, heraus.[131] Allerdings sollten die aus der Meta-Analyse resultierenden Ergebnisse aufgrund der schwachen Studiendesigns mit Bedacht ausgewertet werden.[132] In Anbetracht der Übereinstimmung der aktuellen Studienergebnisse mit der Literatur zur Resozialisierung von Straftätern im Allgemeinen sind *Hanson et al.* davon überzeugt, dass die RNR-Prinzipien bei der Entwicklung und Implementierung von Behandlungsprogrammen für Sexualstraftäter berücksichtigt werden sollten.[133]

b) Primärstudien

Zunächst ist die von *McGrath et al.* in Kanada evaluierte Studie von 1998 zu nennen. Im Rahmen der Studie wurden die Rückfallraten von Sexualdelinquenten miteinander verglichen, welche drei verschiedenen Untersuchungsgruppen angehörten, bei denen verschiedene Interventionen beziehungsweise gar keine Behandlung in den Jahren 1984 und 1995 durchgeführt wurden.[134] Von insgesamt 122 Sexualstraftätern erhielt die nicht randomisierte Behandlungsgruppe (N=71) eine kognitiv-behaviorale und deliktorientierte (nach dem *relapse and prevention model*) Therapie, die unter anderem auch Bewährungshilfe beinhaltete.[135] Zudem fand die deliktorientierte Behandlung im Gruppensetting statt und wurde teilweise mit Einzeltherapien kombiniert.[136] Die erste Kontrollgruppe, bestehend aus 32 Teilnehmern, wurde mit einer weniger spezifischen und zeitlich weniger intensiven Methode im Einzelsetting behandelt, während die verbleibenden 19 Sexualstraftäter, welche die zweite Vergleichsgruppe stellten, aufgrund mangelnder Therapiemotivation keine Behandlung erhielten.[137] Der Fokus der Behandlung lag bei der deliktorientierten Therapie der nicht randomisierten Behandlungsgruppe auf der Entwicklung und Überwachung von Bewährungsauflagen, die den Täter in Verhaltensweisen und Sozialkontakten einschränken, um einem erneuten Sexualdelikt vorzubeugen und der Etablierung von sozialen Netzwerken, der Übernahme von Verantwortung für das begangene Delikt, der Modifikation kognitiver Verzerrungen, der Entwicklung von Opferempathie, der Kontrolle sexueller Erregung sowie der Verbesserung sozialer Kompetenzen und der Entwicklung von Risikomanagementstrategien, sog. *relapse and prevention skills*.[138] Intention der Studie war es, die Wirksamkeit einer spezifischen Behandlung mit einer unspezifischen und keiner Intervention zu vergleichen.[139] Insgesamt zeigt die Untersuchung, dass von den Sexualstraftätern, die der spezifischen Behandlungsgruppe angehörten, lediglich 1,4% der Teilnehmer einschlägig rückfällig wurden, wohingegen die einschlägige Rückfälligkeit bei der ersten Kontrollgruppe, die unspezifisch behandelt wurde, bei 15,6% und die der unbehandelten Vergleichsgruppe bei 10,5% lag.[140] Trotz methodischer Mängel, wie beispielsweise die nicht randomisierte Zuweisung der Delinquenten in die Gruppen[141], bestätigte die Studie von *MacGrath et al.* die Ergebnisse früherer Untersuchungen (*Hall* 1994; *Marshall et al.* 1991) bezüglich der Effektivität von kognitiv-behavioralen Behandlungsprogrammen und *Relapse-and-Prevention*-Ansätzen bei der Behandlung von Sexualstraftätern und der damit verbundenen Verringerung der einschlägigen Rückfallraten der Delinquenten.[142]

Die Studie von *Hanson et al.* (2004) beruht auf dem in den 1980er Jahren vom *Correctional Service of Canada* für Sexualstraftäter in der Pazifikregion implementierten ob-

124 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (22).

125 Vgl. *Hanson et al.*, The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis, Criminal Justice and Behaviour 36 (2009), 865 (869, 885).

126 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 125), CJB 36 (2009), 865 (869).

127 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (63).

128 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 125), CJB 36 (2009), 865 (869).

129 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 125), CJB 36 (2009), 865 (869).

130 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 125), CJB 36 (2009), 865 (865, 881).

131 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 125), CJB 36 (2009), 865 (865).

132 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 125), CJB 36 (2009), 865 (881).

133 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 125), CJB 36 (2009), 865 (886).

134 Vgl. *MacGrath et al.*, Cognitive-behavioral treatment of sex offenders – A treatment comparison and long-term follow-up study, Criminal Justice and Behaviour 25 (1998), 203 (203 f.).

135 Vgl. *MacGrath et al.* (Fn. 134), CJB 25 (1998), 203 (203, 208).

136 Vgl. *MacGrath et al.* (Fn. 134), CJB 25 (1998), 203 (208).

137 Vgl. *MacGrath et al.* (Fn. 134), CJB 25 (1998), 203 (207 f., 214).

138 Vgl. *MacGrath et al.* (Fn. 134), CJB 25 (1998), 203 (209 ff., 214).

139 Vgl. *MacGrath et al.* (Fn. 134), CJB 25 (1998), 203 (218).

140 Vgl. *MacGrath et al.* (Fn. 134), CJB 25 (1998), 203 (217 f.).

141 Vgl. *MacGrath et al.* (Fn. 134), CJB 25 (1998), 203 (220).

142 Vgl. *MacGrath et al.* (Fn. 134), CJB 25 (1998), 203 (219 f.).

ligatorischen Behandlungsangebot (*Community Sex Offender Program*, *CSOP*).[143] Das *CSOP* sah eine Teilnahme aller Sexualstraftäter, unabhängig von deren Teilnahmebereitschaft, bis zu deren Entlassung vor.[144] Infolgedessen ergab sich die einzigartige Möglichkeit, den Effekt des Programms im Rahmen eines quasiexperimentellen Designs zu untersuchen.[145] Folglich wurden die Rückfallraten von behandelten Sexualstraftätern (N=403) mit denen der unbehandelten Sexualdelinquenten (N=321), also denjenigen, die ihre Haftstrafe vor der Implementierung des *CSOP* verbüßt hatten, verglichen.[146] In die Studie wurden alle Sexualstraftäter, die im Zeitraum von 1980-1992 in der Pazifik-Region aus dem Strafvollzug entlassen wurden, berücksichtigt.[147] Weiterhin wurden nur solche Sexualdelinquenten miteinbezogen, bei denen der Anlass für die Haftstrafe ein Kontakt-Sexualdelikt oder ein sexuell motivierter Übergriff war und dieses mindestens eine Haftstrafe von zwei Jahren nach sich zog.[148] Wie bereits erwähnt, schloss die Behandlungsgruppe Sexualtäter ein, die nach der Implementierung des *CSOP* entlassen wurden, während die Kontrollgruppe jene Täter umfasste, welche vor der Einführung des *CSOP* entlassen wurden.[149] Dabei stellte sich heraus, dass die Kontrollgruppe im Durchschnitt 1,5 Jahre früher entlassen wurde als die Behandlungsgruppe.[150] Dieser Unterschied beruht maßgeblich darauf, dass die behandelten Sexualstraftäter häufiger einschlägig vorbestraft waren als die unbehandelten Delinquenten.[151] Bei der Behandlungsgruppe kamen je nach Region verschiedene Therapieansätze zum Einsatz, beispielsweise kognitiv-behaviorale oder psychodynamisch orientierte Therapien, die in ihrer Qualität zudem stark variierten.[152] Nach einem Beobachtungszeitraum von über zwölf Jahren konnten *Hanson et al.* keinen signifikanten Unterschied zwischen den Rückfallraten der Behandlungs- und Kontrollgruppe feststellen (21,1% vs. 21,8%).[153] Diese Ergebnisse veränderten sich auch nicht, nachdem diese für die Länge des *Follow-Up*-Zeitraums, das Alter der Delinquenten, das Jahr der Haftentlassung oder statistische Risikofaktoren kontrolliert wurden.[154] Ferner zeigte die Untersuchung keine markanten Unterschiede innerhalb der Behandlungsgruppe bei den Sexualstraftätern, die eine bessere Behandlung erfuhren, und jenen, die mit einer schlechteren Intervention behandelt wurden.[155] Im Gegensatz zu den Resultaten vorheriger Untersuchungen (*Gallagher et al.* 1999; *Hanson et al.* 2002) konnte die vorliegende Studie keine positiven Effekte von kognitiv-behavioralen Interventionsprogrammen bei der Behandlung von Sexualdelinquenten feststellen.[156]

Marques et al. (2005) evaluierten das *Sex Offender Treatment Programme* in Kalifornien unter Anwendung randomisierter Kontrollgruppen. Dabei verglichen sie die Rückfallraten von stationär mit dem *SOTP* im *Atascadero State Hospital*[157] behandelten Sexualstraftätern mit denen zweier unbehandelter Kontrollgruppen, welche für die Dauer des Forschungsprojekts in einem Gefängnis inhaftiert waren.[158] Die bereits unter II.3. kurz erläuterten Inhalte des *SOTP* wurden den behandelten Sexualstraftätern im Rahmen einer intensiven, zwei Jahre andauernden stationären Therapie vermittelt.[159] Kurz vor der Entlassung aus der stationären Behandlung beziehungsweise aus dem Regelvollzug wurden alle Teilnehmer durch das *SOTEP*-Forschungsteam interviewt und mussten sich abschließend noch einer Beurteilung durch verschiedene Bewertungsmethoden unterziehen.[160] Bis zum Ende der Beobachtungszeit im Juni 2000 waren alle Sexualdelinquenten mindestens fünf Jahre (maximal 14 Jahre) *at risk*.[161] Bei den 1.400 in die Studie aufgenommenen Sexualstraftäter handelte es sich ausschließlich um männliche Sexualtäter. Davon waren 72,4% Pädophile und 27,6% verurteilte Vergewaltiger, deren Haftstrafe in einem kalifornischen Gefängnis vollzogen wurde.[162] Von der Studie ausgeschlossen wurden Inzesttäter sowie psychotische und minderintelligente Sexualtäter.[163] Jedem der 704 Sexualstraftäter, die sich bereit erklärt hatten an der Studie teilzunehmen, wurde sodann ein Behandlungsplatz angeboten.[164] Nach der Randomisierung der Teilnehmer, die sich mit dem Therapieangebot einverstanden erklärten, wurden diese der Behandlungsgruppe (*Relapse and prevention group*: N=259, nach Ausscheiden insgesamt N=167) oder der freiwilligen Kontrollgruppe (*Volunteer control group*: N=225) zugeordnet.[165] Die Sexualstraftäter, die das Therapieangebot abgelehnt hatten, bildeten die zweite unfreiwillige Vergleichsgruppe (*Nonvolunteer control group*: N=220).[166] Weiterhin wurden die Sexualtäter der Behandlungs-und Kontrollgruppen aus einer größe-

143 Vgl. *Hanson et al.*, Evaluating Community Sex Offender Treatment Programs: A 12-Year Follow-Up of 724 Offenders, Canadian Journal of Behavioural Science 36 (2004), 87 (89).

144 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (64).

145 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (89).

146 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (87).

147 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (90).

148 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (90).

149 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (90).

150 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (90).

151 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (65).

152 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (90).

153 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (93).

154 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (93 f.).

155 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (94).

156 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (94).

157 Vgl. *Marques et al.*, Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP), Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 17 (2005), 79 (82).

158 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (79, 81 f.).

159 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (82).

160 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (82 f.).

161 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (83, 87).

162 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (83 f.).

163 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (65); *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (83).

164 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (84).

165 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (82, 84).

166 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (82, 84).

ren Gruppe von Sexualdelinquenten ausgewählt, so dass diese bezüglich ihres Alters, ihrer Vorstrafe und der Art des Delikts gematcht worden waren.[167] Alle für die Studie erforderlichen Daten wurden im Zeitraum 1985-1991 erhoben; Daten hinsichtlich der Legalbewährung der entlassenen Sexualdelinquenten wurden bis 2001 nachverfolgt.[168] Letztendlich war das Ergebnis der Studie ernüchternd, da keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Rückfallraten der Behandlungsgruppe für Sexual- und Gewaltdelikte und denen der Kontrollgruppen festgestellt werden konnten.[169] Eine genauere Untersuchung der Behandlungsgruppe offenbarte, dass Sexualstraftäter, die das Behandlungsziel erreicht hatten, geringere Rückfallraten aufwiesen als diejenigen, die es nicht geschafft hatten.[170] Obwohl die *SOTEP*-Studie keine wesentlichen Gruppenunterschiede aufzeigte und dadurch auch keine Behandlungseffekte nachweisen konnte, sind sich viele Experten einig, dass es sich um eine der besten Evaluationsstudien bezüglich der Behandlung von Sexualstraftätern handelt.[171]

Borduin et al. (2009) untersuchten mit Hilfe eines randomisierten Kontrollgruppendesigns die Effektivität einer multisystemischen Therapie (MST) im Vergleich zu einer kognitiv-behavioralen Intervention (*UCS*) bei jugendlichen Sexualdelinquenten.[172] Durch die Randomisierung wurden 48 jugendliche Sexualstraftäter und deren Familien zufällig der Behandlungsgruppe (MST) oder der Kontrollgruppe (*UCS*) zugeordnet.[173] Die Behandlung von jugendlichen Triebtätern nach dem MST beruht auf der Anwendung evidenzbasierter Techniken, wie verhaltenstherapeutischen, kognitiv-behavioralen Interventionen und strukturierten Familientherapien zur Reduktion deliktbegünstigender Faktoren im sozialen Umfeld der Sexualstraftäter.[174] Dabei zielen die Interventionen auf familiärer Ebene auf die Übernahme von Verantwortung für das eigene Delikt seitens des Delinquenten und durch dessen Eltern, die Verbesserung der Kindererziehung, die Erweiterung des Wissens über Kindererziehung und die Förderung von Zuwendung und Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern ab.[175] Die Jugendlichen und ihre Familien hatten im Laufe einer Woche mehrmals Kontakt mit dem Therapeuten (ca. drei Stunden Therapie pro Woche).[176] Zudem standen die Therapeuten bei Problemen 24 Stunden an sieben Tagen die Woche zur Verfügung.[177] Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten hingegen nur ambulante kognitiv-behaviorale Gruppen- und Einzeltherapie.[178] Insgesamt besuchten die Jugendlichen zweimal pro Woche für jeweils 90 Minuten die Gruppentherapie und erschienen einmal wöchentlich für 60-90 Minuten zur Einzeltherapie.[179] Im Behandlungsfokus der Gruppentherapie standen Verantwortungsübernahme für das eigene Delikt, die Bearbeitung kognitiver Verzerrungen sowie das Training sozialer Kompetenzen und auch ein Empathietraining und eine Rückfallprophylaxe durch deliktpräventive Verhaltensweisen.[180] Die Ergebnisse zeigten die Überlegenheit des multisystemischen Behandlungsansatzes (MST) gegenüber einer kognitiv-behavioralen Intervention (*UCS*) auf.[181] So konnte bei den Teilnehmern am MST eine Verbesserung von Schulnoten, der Beziehung zu ihren Eltern und zu Gleichaltrigen nachgewiesen werden.[182] Darüber hinaus wiesen die Teilnehmer der Behandlungsgruppe nach einem Beobachtungszeitraum von fast neun Jahren gegenüber denen der Kontrollgruppe sowohl kurz- als auch langfristig geringere Rückfallraten für Sexualdelikte (8% vs. 46%) sowie für nichtsexuelle Delikte (29% vs. 58%) auf.[183] Zusammenfassend lässt sich sagen, dass multisystemische Therapieansätze, die maßgeblich evidenzbasierte Techniken anwenden, sehr effektiv erscheinen.

Um die Wirksamkeit des BPS besser beurteilen zu können, wurden von *Wischka* im Rahmen einer Datenanalyse 320 Sexualstraftäter untersucht, welche am Behandlungsprogramm teilgenommen haben, um festzustellen, ob sich Veränderungen in den Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmalen des Delinquenten zeigten.[184] Die für die Analyse notwendigen anonymisierten Daten konnten zum Teil in der sozialtherapeutischen Anstalt der JVA Lingen erhoben und zum anderen in weiteren Einrichtungen gewonnen werden.[185] Davon waren 20,6% (N=66) der Teilnehmer in einer normalen Justizvollzugsanstalt, 67,2% (N=215) in einer Sozialtherapeutischen Anstalt für erwachsene Männer, 7,8% (N=25) in einer sozialtherapeutischen Abteilung für Jugendliche und 4,4% (N=14) im Maßregelvollzug untergebracht.[186] Von den untersuchten Sexualdelinquenten waren 79 Inzesttäter, 69 Missbrauchstäter mit Opfern außerhalb der Familie und 83 Delinquenten, die eine Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung verübt haben. Bei 79 Sexualstraftätern war die Art des Sexualdelikts nicht bekannt. Aufgrund der Unvollständigkeit der Datensätze für die prä-post-Messungen konnten für Mittelwertvergleiche nur kleinere Gruppen ausgewer-

167 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (84).

168 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (66); *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (83).

169 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (88).

170 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (83, 96 ff.).

171 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (66).

172 Vgl. *Borduin et al.*, A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity, Journal of Consulting and Clinical Psychology 77 (2009), 26 (27).

173 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (27).

174 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (27 f.).

175 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (28); *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (67).

176 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (28).

177 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (28).

178 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (28).

179 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (28).

180 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (28).

181 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (31 ff.).

182 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (31).

183 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (26).

184 Vgl. *Wischka*, Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R) – Erfahrungen und Evaluationsergebnisse, Recht und Psychiatrie 31 (2013), 138 (140).

185 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (140).

186 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (140).

tet werden.[187] Für den Datenvergleich stand eine Gruppe von Delinquenten zur Verfügung, die nicht wegen eines einschlägigen Sexualdelikts verurteilt wurden. Unter anderem verglich man einen Teil der Daten mit denen von nicht-inhaftierten Personen, beispielsweise Fachpersonal, das an Ausbildungsseminaren zum BPS teilgenommen hatte.[188] Für die Untersuchung wurden neben den zur Verfügung stehenden Datensätzen – bestehend aus Grunddaten, d.h. dem bisherigen Werdegang der Sexualstraftäter, der Deliktart und den Details hinsichtlich der Straftat, Daten über die kognitiven Fähigkeiten der Delinquenten, Risikobestimmung und Veränderungsmessungen der Persönlichkeitsmerkmale (16 PF-R), Selbst- und Fremdwahrnehmung (GT-S) – auch Informationen genutzt, welche während der Therapie erhoben wurden.[189] Es erfolgten jeweils drei Testreihen vor dem BPS, nach Teil U und nach der Beendigung des Programmes.[190] Im Ergebnis bestätigten die Studienresultate die Effizienz des auf kognitiv-behavioralen Ansätzen basierenden BPS-R.[191] Vor der Durchführung des Behandlungsprogramms zeigten die Sexualstraftäter deviante Einstellungen zu Sexualität, verglichen mit den Ansichten des nicht-inhaftierten Fachpersonals und den Gewaltstraftätern.[192] Beispielsweise waren Sexualdelinquenten häufiger als die beiden Kontrollgruppen der Überzeugung, dass Kinder sexuell erfahren seien, sexuelle Kontakte diesen nicht schaden würden, der Sex mit Kindern nicht verwerflich sei. Zudem glaubten sie am häufigsten an Vergewaltigungsmythen.[193] Vergleicht man die Einstellungen und Ansichten der Straftäter vor der Durchführung des BPS zum Messzeitpunkt 1 mit denen nach Ende des BPS zum Messzeitpunkt 2, so zeigen sich hochsignifikante Einstellungsverbesserungen ($p \leq 0.001$) auf nahezu allen Skalen.[194] Ähnlich positive Ergebnisse ergaben sich beim Vergleich der von den Delinquenten verfassten Opferbriefe zwischen den beiden Messzeitpunkten.[195] Zudem kam es im Rahmen des BPS zu Veränderungen von Persönlichkeitsfaktoren, wie Verbesserung des eigenen Selbstwerts und sozialen Kompetenzerlebens sowie einer Reduktion von depressiver Symptomatik, die deliktpräventiv wirken, indem sie deliktbegünstigende Komponenten verringern.[196] Trotz der positiven Behandlungseffekte des BPS-Intervention sollte bei der Interpretation der Studie berücksichtigt werden, dass die Effekte der BPS-Intervention nicht mit unbehandelten Kontrollgruppen verglichen wurden, und sich bei den berichteten Unterschieden hinsichtlich Einstellungen und Persönlichkeitsunterschieden der Delinquenten bereits geringe Differenzen in den Variablenausprägungen aufgrund des großen Stichprobenumfangs signifikant voneinander unterscheiden.[197]

Wilkinson (2005) untersuchte anhand einer Studie mit quasi-experimentellem Design die Wirksamkeit des *R&R*, dessen Intention gerade die Änderung anti-sozialer Denkmuster des Sexualstraftäters ist, um so einen erneuten einschlägigen Rückfall zu vermeiden.[198] Nachdem von einem Bewährungshelfer beurteilt wurde, ob die Delinquenten für die Behandlung mit dem *R&R*-Programm geeignet waren, wurden diese der Behandlungsgruppe (*R&R*) und der Kontrollgruppe, in der die Straftäter alternativ behandelt wurden, zugeordnet.[199] Für die Evaluation der Wirksamkeit des *R&R* wurden die Veränderungen der Einstellungen mittels psychometrischer Skalen, welche unter anderem die Impulsivität und Selbstkontrolle des Täters erfassten, und die Wiederverurteilung der Delinquenten in Interventions- und Kontrollgruppe gemessen.[200] Allerdings erzielte die Untersuchung hinsichtlich der Verringerung der Rückfälligkeit durch das *R&R* sehr differenzierte Resultate.[201] *Wilkinson* kam zu dem Ergebnis, dass Sexualdelinquenten, die am *R&R*-Programm teilgenommen hatten, zwar pro-soziale Einstellungen entwickelten, jedoch eher rückfällig wurden als Straftäter, deren Einstellungen sich nicht positiv verändert hatten.[202] Es zeigte sich demnach durch eine Behandlung der Delinquenten mit dem *R&R* keine signifikante Reduktion der Rückfallraten.[203] Somit konnte die Wirksamkeit des *Reasoning and Rehabilitation Programme* nicht belegt werden.[204]

Langelüddeke (1963) evaluierte im Rahmen der Studie Auszüge aus dem Strafregister von 1.036 Sexualstraftätern, die zwangskastriert und kurz nach dem Eingriff entlassen wurden, und verglich diese mit denen von 685 unbehandelten, d.h. nicht kastrierten Sexualstraftätern.[205] *Langelüddeke* kam zu dem Ergebnis, dass von den 1.036 kastrierten männlichen Sexualdelinquenten 2,3% erneut einschlägig rückfällig wurden, während 39,1% der unbehandelten Sexualstraftäter einschlägig rückfällig wurden.[206] Auch wenn die Evaluation *Langelüddekes* eine geringe einschlägige Rückfallrate kastrierter Sexualstraftäter aufgezeigt und somit die Effektivität dieses Behandlungsansatzes bestätigt hat, sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass sich heute, über 40 Jahre später, Sexualstraftäter einer Kastration in Deutschland nur frei-

187 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (140).
188 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (140).
189 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (140 f.).
190 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (141).
191 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (144).
192 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (142 f.).
193 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (143 – Abb.1).
194 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (143).
195 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (144).
196 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (144).
197 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (144 f.).
198 Vgl. *Wilkinson*, Evaluating Evidence for the effectiveness of the Reasoning and Rehabilitation Programme, The Howard Journal of Criminal Justice 44 (2005), 70 (70, 72).
199 Vgl. *Wilkinson* (Fn. 198), The Howard Journal 44 (2005), 70 (75).
200 Vgl. *Wilkinson* (Fn. 198), The Howard Journal 44 (2005), 70 (70).
201 Vgl. *Wilkinson* (Fn. 198), The Howard Journal 44 (2005), 70 (70, 76 ff.).
202 Vgl. *Wilkinson* (Fn. 198), The Howard Journal 44 (2005), 70 (81).
203 Vgl. *Wilkinson* (Fn. 198), The Howard Journal 44 (2005), 70 (81).
204 Vgl. *Wilkinson* (Fn. 198), The Howard Journal 44 (2005), 70 (81).
205 Vgl. *Heim/Hursch*, Castration for Sex Offenders: Treatment or Punishment? A Review and Critic of Recent European Literature, Archives of Sexual Behavior 8 (1979), 281 (284).
206 Vgl. *Bradford* (Fn. 41), Ann. N. Y. Acad. Sci. 1988, 193 (193 f.); *Heim/Hursch* (Fn. 205), Arch. Sex. Behav. 8 (1979), 281 (284 f.).

willig unterziehen können und deshalb auch hinsichtlich der Behandlung hochmotiviert sein dürften.[207] *Langelüddeke* betonte zudem, dass die Kastration nur die absolut letzte anzuwendende Behandlungsmöglichkeit sei.[208]

Maletzky et al. (2006) evaluierten in ihrer Studie die Wirksamkeit von MPA (Medroxyprogesteronacetat) in Bezug auf die Verringerung der Rückfallrate.[209] Die Studie beruhte teilweise auf den vorläufigen Untersuchungen von *Maletzky* und *Field* 2003.[210] Bei der retrospektiven Evaluation (2006) wurden die Daten von insgesamt 275 Häftlingen, die in drei Gruppen eingeteilt waren, im Zeitraum 2000-2004 untersucht und verglichen.[211] Von den 134 Häftlingen, denen MPA-Medikation empfohlen wurde, nahmen 59% (N=79) das Depo-Provera ein, während 41% (N=55) dies nicht taten.[212] Der dritten Gruppe (N=141) konnte eine Behandlung mit dem Antiandrogen trotz Empfehlung nicht ermöglicht werden – Gründe waren unter anderen zu hohe Kosten, Versorgungsschwierigkeiten mit dem Medikament sowie die Ansicht der Bewährungshelfer bzw. Therapeuten, dass in diesem bestimmten Fall eine medikamentöse Behandlung nicht erforderlich sei.[213] Im Ergebnis stellten *Maletzky et al.* fest, dass aus der mit MPA behandelten Gruppe kein einziger Delinquent (0/79) einschlägig rückfällig wurde, wohingegen die einschlägige Rückfälligkeit derer, die eine Behandlung mit MPA trotz Empfehlung verweigerten, bei 18,2% (10/55) und die der Vergleichsgruppe, der keine Medikation mit MPA empfohlen wurde, bei 14,9% (21/141) lag.[214] Das Ergebnis sollte jedoch mit Vorsicht ausgelegt werden, da auch diese Primärstudie nicht die Anforderungen an eine kontrollierte Untersuchung erfüllt.[215]

2. Evaluationsprobleme bei der Sexualtäterbehandlung

Bei der Evaluation der Wirksamkeit von Sexualtäterbehandlungsprogrammen haben sich bei den oben geschilderten Untersuchungen verschiedene Problembereiche herauskristallisiert. Dies basiert zum einen auf der Tatsache, dass sich die bereits veröffentlichten Forschungsergebnisse kaum miteinander vergleichen lassen und die Rückfallraten zudem nur grob geschätzt werden können.[216] Ursächlich für die unterschiedlichen Evaluationsergebnisse bezüglich der Wirksamkeit sind meist methodische Differenzen, wie die Wahl eines unterschiedlich langen Katamnesezeitraums und das Zugrundelegen einer je nach Behandlungsmethode unterschiedlichen Definition des Begriffs der Rückfälligkeit.[217] Im Folgenden soll auf einige dieser Probleme eingegangen werden.

a) Erfolgskriterium „Rückfall"

Die Wirksamkeit von Sexualtäterbehandlungsprogrammen wird meist an der Legalbewährung gemessen. Dafür ist zunächst eine Definition des Begriffs „Rückfall" erforderlich. Problematisch ist jedoch, dass den verschiedenen Untersuchungen kein einheitliches Verständnis des Begriffs „Rückfall" zugrunde liegt.[218] Inzwischen herrscht jedoch insofern weitgehend Einigkeit, als die Rückfälligkeit nicht mit der Vorstrafenbelastung eines erneut Sanktionierten gleichgesetzt werden kann.[219] Ein Täter ist als rückfällig zu betrachten, wenn er zumindest einmal wegen eines Delikts mit strafrechtlichen Sanktionen belegt worden ist und danach innerhalb eines bestimmten Zeitraumes wiederholt straffällig wird.[220] Weiterhin wird es überwiegend als erforderlich erachtet, dass das Folgedelikt zu einer erneuten Verurteilung des Delinquenten geführt haben muss, sodass nur sanktionierte Taten von der Rückfallstatistik erfasst werden, während Taten im Dunkelfeld sowie solche im Hellfeld, die keine gerichtliche Verurteilung nach sich ziehen, nicht erfasst werden.[221]

b) Angemessene Kontrollgruppen

Um den Erfolg eines Behandlungsprogrammes evaluieren zu können, ist das Vorhandensein einer Vergleichsgruppe erforderlich, durch die ein Maßstab gewonnen werden kann, der angibt, wie hoch die Rückfallrate ohne

207 Vgl. *Knecht* (Fn. 41), Kriminalistik 55 (2001), 745 (747); *Schmucker* (Fn. 76), S. 92.

208 Vgl. *Heim/Hursch* (Fn. 205), Arch. Sex. Behav. 8 (1979), 281 (288).

209 Vgl. *Maletzky et al.*, The Oregon depo-Provera Program: A Five-Year Follow-Up, Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 18 (2006), 303 (303).

210 Vgl. *Eher/Gnoth/Birkelbauer/Pfäfflin*, Antiandrogene Medikation zur Senkung der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern: ein kritischer Überblick, Recht und Psychiatrie 25 (2007), 103 (106).

211 Vgl. *Maletzky et al.* (Fn. 209), SA 18 (2006), 303 (306).

212 Vgl. *Maletzky et al.* (Fn. 209), SA 18 (2006), 303 (306).

213 Vgl. *Maletzky/Field*, The biological treatment of dangerous sexual offenders – A review and preliminary report of the Oregon pilot depo-Provera program, Aggression and Violent Behavior – A Review Journal 8 (2003), 391 (405); *Maletzky et al.* (Fn. 209), SA 18 (2006), 303 (306).

214 Vgl. *Maletzky et al.* (Fn. 209), SA 18 (2006), 303 (306 f.); *Eher/Gnoth/Birkelbauer/Pfäfflin* (Fn. 210), R&P 25 (2007), 103 (107).

215 Vgl. *Eher/Gnoth/Birkelbauer/Pfäfflin* (Fn. 210), R&P 25 (2007), 103 (107).

216 Vgl. *Grossman/Martis/Fichtner*, Are Sex Offenders Treatable? A Research Overview, Psychiatric Services 50 (1999), 349 (359); *Stadtland/Hollweg/Dietl/Reich/Nedopil* (Fn. 47), MschrKrim 87 (2004), 393 (393).

217 Vgl. *Elz*, Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Missbrauchsdelikte, 2001, S. 70; *dies.*, Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Gewaltdelikte, 2002, S. 57; *Jäger* (Fn. 5), S. 255; *Wößner* (Fn. 2), S. 17.

218 Vgl. *Brand*, Verurteilte Sexualstraftäter: Evaluation ambulanter psychotherapeutischer Behandlung – Eine empirische Untersuchung von Angeboten freier Träger zur Prävention von Sexualdelikten in Nordrhein-Westfalen, 2006, S. 169; *Elz*, Legalbewährung Missbrauchsdelikte (Fn. 217), S. 70; *Jäger* (Fn. 5), S. 255; *Spöhr* (Fn. 2), S. 160.

219 Vgl. *Elz*, Legalbewährung Sexuelle Gewaltdelikte (Fn. 217), S. 57.

220 Vgl. *Kaiser*, Kriminologie – Eine Einführung in die Grundlagen, 10. Aufl. 1997, S. 290; *Kerner*, Rückfall, Rückfallkriminalität, in: Kaiser et al. (Hrsg.), Kleines Kriminologisches Wörterbuch. 3. Aufl. 1993, 432 (432).

221 Vgl. *Jäger* (Fn. 5), S. 256; *Kerner*, in: Kaiser et al. (Fn. 220), 432 (432).

eine Behandlung gewesen wäre.[222] Allerdings ist problematisch, dass vielfach geeignete Kontrollgruppen gänzlich fehlen oder nur begrenzt mit der Behandlungsgruppe vergleichbar sind.[223] Um einen validen Vergleich zu gewährleisten, müssen Behandlungs- und Kontrollgruppe äquivalent sein, das heißt, beide Gruppen müssen hinsichtlich ergebnisrelevanter Variablen identisch sein.[224] Die Bildung der Gruppen geschieht im Idealfall über eine Zufallsverweisung, um so zu vermeiden, dass sich systematische Verzerrungen durch etwaige Zuweisungsstrategien ergeben.[225] Allerdings bestehen sowohl ethische als auch praktische Einwände gegen die Durchführung von Studien mit randomisierten Kontrollgruppen. So sei eine Durchführung mit randomisierten Kontrollgruppen schon maßgeblich dadurch beeinflusst, dass die Rahmenbedingungen von Therapien bei Sexualtätern bereits durch rechtliche Vorgaben beeinflusst werden. Beispielsweise sei eine Zufallsverweisung des Delinquenten zur Behandlungs- oder Kontrollgruppe nicht möglich, da das Gericht unter inhaltlichen Gesichtspunkten darüber entscheidet, ob die Voraussetzungen für die Anordnung einer Therapie vorliegen.[226] Zudem stehen der Randomisierung häufig auch bestimmte Aufnahmerichtlinien der Therapieeinrichtungen entgegen, weil eine zufällige Zuteilung der Idee der optimalen Übereinstimmung von Behandlung und „Patient" zuwiderliefe.[227] Weiterhin sei es auch ethisch nicht vertretbar, einem rückfallgefährdeten Sexualstraftäter eine Behandlung zu versagen und so die Möglichkeit auf Verminderung des Rückfallrisikos des Sexualtäters und einen daraus resultierenden Schutz der Öffentlichkeit nicht zu nutzen.[228] Immerhin verfolge die Behandlung von Sexualstraftätern gerade das Ziel, eine Gefährdung durch weitere Straftaten zu reduzieren.[229] Nichtsdestotrotz sprechen diese Einwände nicht grundsätzlich gegen Studien mit randomisierten Designs. So sind randomisierte Designs bezüglich der Evaluation der Wirksamkeit der Behandlung am besten geeignet und am einfachsten interpretierbar.[230] Darüber hinaus ist die Voraussetzung für eine Zufallsverweisung, dass die Zuordnung zu einer von zwei Gruppen oder Interventionsarten zufällig erfolgt.[231] Dies wiederum bedeutet nicht zwangsläufig, dass die eine Gruppe eine Behandlung erhält und die andere Gruppe keinerlei Interventionen.[232] Auch wenn eine randomisierte Kontrollgruppenbildung ideal wäre, so stellen Evaluationen, die sich auf diese RCT-Designs stützen, im Bereich der Sexualtäterbehandlung eher die Ausnahme als die Regel dar.[233] In Deutschland ist eine Randomisierung der Kontrollgruppen aus rechtlichen Gründen schon nicht zulässig.[234] Alternativ wird mit quasi-experimentellen Designs gearbeitet, bei denen die Vergleichsgruppen aus unbehandelten Sexualstraftätern bestehen.[235]

c) Behandlungsabbrecher

Behandlungsabbrüche von Interventionen sind durchaus keine Seltenheit. Ob eine Behandlung vorzeitig beendigt oder fortgesetzt wird, kann auf der Entscheidung des Gefangenen selbst oder auf der der Behandlungseinrichtung, die eine Rückverlegung des Teilnehmers in den Regelvollzug unter anderem bei mehrfachen Verstößen gegen zentrale Regeln oder bei mangelnder Kooperationsbereitschaft befürwortet, beruhen.[236] Bezüglich der Evaluationsmethodik stellt sich sodann die Frage, wie man mit der Gruppe der Behandlungsabbrecher umgehen soll, da die Rückfallquote dieser Gruppe generell deutlich höher ist als die derjenigen, die die Therapie fortgesetzt haben.[237] Uneinigkeit besteht im Hinblick darauf, ob Therapieabbrecher in die Untersuchungsgruppe mit hinein zu zählen sind oder nicht.[238] Einerseits könnte man Behandlungsabbrecher gänzlich aus der Untersuchung ausschließen.[239] Aus dieser Sicht würde der Einschluss von Behandlungsabbrechern in die Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe den Behandlungseffekt unterschätzen.[240] Dagegen ist allerdings einzuwenden, dass man über Therapieabbrecher durchaus Rückfallinformationen aus offiziellen Statistiken und den damit verbundenen Rückfalluntersuchungen gewinnen und diese so nachverfolgen kann.[241]

222 Vgl. *Rehn*, Ergebnisse und Probleme der Evaluation von Behandlung in Sozialtherapeutischen Einrichtungen, Kriminalpädagogische Praxis 30 (2002), 47 (50); *Schmucker* (Fn. 76), S. 81.

223 Vgl. *Brand* (Fn. 218), S. 169; *Lösel/Bender*, Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme, in: Steller/Volbert (Hrsg.), Psychologie im Strafverfahren – Ein Handbuch, 1997, 171 (173).

224 Vgl. *Rehn* (Fn. 222), KrimPäd 30 (2002), 47 (50).

225 Vgl. *Hanson*, How to Know What Works with Sexual Offenders, Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 9 (1997), 129 (134 f.); *Rehn* (Fn. 222), KrimPäd 30 (2002), 47 (50); *Schmucker* (Fn. 76), S. 81.

226 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (49).

227 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 81.

228 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (49).

229 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 81.

230 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braucnschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (49); *Quinsey/Harris/Rice/Lalumière*, Assessing Treatment Efficacy in Outcome Studies of Sex Offenders, Journal of Interpersonal Violence 8 (1993), 512 (514).

231 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (49).

232 Vgl. *Endrass/Rossegger/Braunschweig*, in: Endrass et al. (Fn. 48), 45 (49); *Schmucker* (Fn. 76), S. 81.

233 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 82.

234 Vgl. *Spöhr* (Fn. 2), S. 163 f.

235 Vgl. *Lösel*, Evaluating the effectiveness of correctional programs: Bridging the gap between research and practice, in: Bernfeld/Farrington/Leschied (Hrsg.), Offender Rehabilitation in Practice – Implementing and Evaluating Effective Programs, 2001, 67 (73 f.).

236 Vgl. *Rehn* (Fn. 222), KrimPäd 30 (2002), 47 (49).

237 Vgl. *Hanson/Bussière*, Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies, Journal of Consulting and Clinical Psychology 66 (1998), 348 (348); *Lösel*, in: Bernfeld/Farrington/Leschied (Fn. 235), 67 (76); *Rehn* (Fn. 222), KrimPäd 30 (2002), 47 (50).

238 Vgl. *Rehn* (Fn. 222), KrimPäd 30 (2002), 47 (50).

239 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (6); *Schmucker* (Fn. 76), S. 83.

240 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (6).

241 Vgl. *Rehn* (Fn. 222), KrimPäd 30 (2002), 47 (50); *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

d) Differenzierung der Behandelten

Des Weiteren hat sich bei dem Vergleich der verschiedenen Wirksamkeitsuntersuchungen verdeutlicht, dass oftmals keine oder kaum eine Differenzierung der in den Studien behandelten Population vorgenommen wurde.[242] Aufgrund der Heterogenität der Behandlungsgruppe der Sexualstraftäter ist davon auszugehen, dass nicht alle Sexualtäter in gleicher Weise auf Behandlung reagieren.[243] Um genauer einschätzen zu können, welche Behandlungsmethode bei Sexualdelinquenten am erfolgreichsten ist, sollte daher eine Differenzierung zwischen der Zielgruppe, eventuell vorliegenden Störungen und der Deliktart erfolgen.[244] So ist beispielsweise die Behandlung von Sexualtätern mit psychischen Störungen und/oder psychopathischen Neigungen schwieriger, da diese manchen Behandlungsprogrammen schwerer zugänglich sind als „normale" Sexualdelinquenten.[245] Auch können Delinquenten, deren Sexualstraftat nicht auf deren sexuelle Präferenz zurückgeht, kaum von Behandlungsprogrammen profitieren, deren Schwerpunkt gerade in der Änderung derartiger Präferenzen liegt.[246] Aufgrund dieser ätiologischen und dynamischen Prozesse erscheinen Klassifikationssysteme, die sich stärker an den Charakteristika des Sexualdelinquenten orientieren, geeigneter, um die verschiedenen Effekte der Therapie aufzudecken.[247] Weiterhin sollte auch zwischen jugendlichen und erwachsenen Sexualstraftätern differenziert werden. Das liegt zum einen daran, dass ein Großteil der internationalen Untersuchungen zur Behandlung von Sexualtätern vor allem junge Sexualdelinquenten betrifft und die daraus gewonnenen Ergebnisse kaum auf Erwachsene übertragbar sind.[248] Zum anderen ist bei jugendlichen Sexualstraftätern bereits eine korrigierende Einflussnahme auf deren kriminelle Karrieren in einem früheren Stadium möglich.[249] Um also eine möglichst genaue Aussage über die Wirksamkeit von Sexualtäterbehandlungsprogrammen treffen zu können, ist demnach gerade die konsequente Berücksichtigung solcher differentieller Variablen wichtig.[250]

e) Behandlungsinhalte

Im Rahmen der Behandlung von Sexualdelinquenten kommen zahlreiche Interventionsmethoden zum Einsatz, bei denen nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie die Rückfälligkeit des Sexualtäters in gleicher Weise beeinflussen.[251] Daher erscheint für eine differenzierte Bewertung der Behandlungsergebnisse eine präzise Darstellung der jeweiligen Behandlungsinhalte erforderlich.[252] Die zur Behandlung eingesetzten Methoden können sowohl Einzelmaßnahmen als auch hochstrukturierte und komplexe Programme sein.[253] Hochstrukturierte und komplexe Programme bereiten im Rahmen der Wirksamkeitsforschung einzelner Behandlungsprogramme dann Schwierigkeiten, sofern es darum geht nachzuweisen, worauf die Effektivität dieser Therapien beruht.[254] Weiterhin sagt auch die grobe Angabe bestimmter Therapieansätze recht wenig über die Effektivität des Behandlungsansatzes aus, da zum einen der gleiche Ansatz verschiedene Inhalte umfassen und zudem vielfältig ausgestaltet sein kann. Zum anderen besteht durchaus auch die Möglichkeit, dass scheinbar verschiedene Ansätze in manchen Punkten inhaltlich fast deckungsgleich sind.[255] Ferner kann auch trotz eines expliziten Behandlungskonzepts dessen Implementierung unzureichend gewesen sein.[256] Darüber hinaus schließt solch eine Kontrolle der Programmintegrität neben der Beschreibung des Behandlungskonzeptes und des konkreten Behandlungsinhaltes unter anderem auch Aspekte wie die Ausbildung des therapeutischen Personals, den Behandlungskontext, eventuelle organisatorische Mängel und Barrieren und vieles mehr mit ein.[257] Zudem könnten nach *Schmucker* (2004) für die Auswertung einer spezifischen Intervention behandelte Vergleichsgruppen unter der Voraussetzung einer detaillierten Beschreibung der Gruppe herangezogen werden.[258] Die Notwendigkeit der genauen Beschreibung der Behandlungsmaßnahmen, die der Vergleichsgruppe zugutekommen und deren Berücksichtigung bei der Bewertung der Ergebnisse erfolgt werden, ist nach *Lösel* maßgeblich damit zu begründen, dass es umso schwieriger ist Behandlungseffekte nachzuweisen, je mehr bestimmte effektive Therapiemaßnahmen als solche anerkannt und vor allem im regulären Vollzug eingesetzt werden.[259] Auch sollten alle Aspekte, die im Kontext mit der Entlassung des Delinquenten, zum Beispiel eine mögliche Nachbetreuung, stehen, dokumentiert und ebenfalls mit in die Bewertung einbezogen werden.[260]

242 Vgl. *Lösel/Bender*, in: Steller/Volbert (Fn. 223), 171 (173 f.); *Brand* (Fn. 218), S. 167.

243 Vgl. *Lösel/Bender*, in: Steller/Volbert (Fn. 223), 171 (173 f.); *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

244 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

245 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

246 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

247 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

248 Vgl. *Lösel/Bender*, in: Steller/Volbert (Fn. 223), 171 (174); *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

249 Vgl. *Quenzer*, Jugendliche und heranwachsende Sexualstraftäter – Eine empirische Studie über Rückfälligkeit und Risikofaktoren im Vergleich mit Gewaltstraftätern, 2010, S. 99; *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

250 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 86.

251 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 86.

252 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 85.

253 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 86.

254 Vgl. *Brand* (Fn. 218), S. 168; *Schmucker* (Fn. 76), S. 86.

255 Vgl. *Lösel/Bender*, in: Steller/Volbert (Fn. 223), 171 (174 f.); *Schmucker* (Fn. 76), S. 86.

256 Vgl. *Lösel/Bender*, in: Steller/Volbert (Fn. 223), 171 (175).

257 Vgl. *Brand* (Fn. 218), S. 168; *Lösel*, Changing patterns in the use of prisons – An evidence-based perspective, European Journal of Criminal Policy and Research 4 (1996), 108 (116); *Lösel/Bender*, in: Steller/Volbert (Fn. 223), 171 (175).

258 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 87.

259 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 87.

260 Vgl. *Schmucker* (Fn. 76), S. 87.

f) Katamnesezeitraum

Ein weiteres Problem bei der Evaluation der Wirksamkeit der Behandlungsprogramme betrifft den je nach Studie unterschiedlich langen Katamnesezeitraum. So weisen Studien mit einem längeren *Follow-Up*-Zeitraum grundsätzlich höhere Rückfallraten auf.[261] Damit aussagekräftige Daten über die Legalbewährung des Sexualdelinquenten gewonnen werden können, muss die Länge des betrachteten Katamnesezeitraums lang genug bemessen sein, da dieser die Rückfallrate maßgeblich beeinflusst.[262] Demnach können nur Aussagen über die Langzeiteffekte einer Intervention getroffen werden, wenn der *Follow-Up*-Zeitraum ausreichend lang bemessen ist.[263] Dabei muss jedoch auch bedacht werden, dass der Einfluss therapiefremder Störvariablen auf den Teilnehmer desto mehr zunehmen kann, je länger der Nachuntersuchungszeitraum andauert.[264] Letztendlich hat sich in der früheren und aktuellen Forschung größtenteils ein durchschnittlicher Katamnesezeitraum von etwa fünf Jahren durchgesetzt.[265]

g) Effektstärke

Ferner unterscheiden sich die Art der Effektmaße bei einem Großteil der Untersuchungen.[266] Für die diesen Punkt betreffende fehlende direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist kausal, dass in manchen Studien über die Rückfallraten die Resultate in Form von Prozentwerten angeben werden, während andere die evaluierte Wirksamkeit in Effektgrößen angeben.[267] Im Ergebnis wird dadurch eine effiziente Vergleichbarkeit der Rückfalluntersuchungen zusätzlich erschwert.

261 Vgl. *Grossmann/Martis/Fichtner* (Fn. 216), Psychiatric Services 50 (1999), 349 (351).

262 Vgl. *Brand* (Fn. 218), S. 167; *Schmucker* (Fn. 76), S. 33; *Spöhr* (Fn. 2), S. 162.

263 Vgl. *Spöhr* (Fn. 2), S. 162.

264 Vgl. *Hollweg/Liwon*, Forschungsbedarf, internationale Forschung und methodische Probleme bei Forschungsvorhaben zur Behandlung von Sexualstraftätern, in: Wischka et al. (Hrsg.), Sozialtherapie im Justizvollzug – Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle, 2005, 149 (154).

265 Vgl. *Berner/Bolterauer*, 5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten, Recht & Psychiatrie 13 (1995), 114 (114); *Kerner*, in: Kaiser et al. (Fn. 220), 432 (433); *Spöhr* (Fn. 2), S. 162.

266 Vgl. *Lösel/Bender*, in: Steller/Volbert (Fn. 223), 171 (172).

267 Vgl. *Brand* (Fn. 218), S. 169.

Darstellung von Evaluationsproblemen am Beispiel der Meta-Analyse von Hanson et al. (2009)

	McGrath et al. (1998)	Hanson et al. (2004)	Marques et al. (2005)	Borduin (2009)
Rückfall	Strafregister	Strafregister	Strafregister	/
Angemessene Kontrollgruppen	Freiwillige Behandlungsgruppe, Therapieabbrecher	Andere Vergleichsgruppe, vor der Implementierung des CSOP Entlassene	Randomisierung	Randomisierung
Behandlungsabbrecher	Kontrollgruppe	/	Als zweite Kontrollgruppe	/
Differenzierung der Behandelten	Nein	Nein	Teilweise; Ausschluss von Inzesttätern, psychotischen und minder-intelligenten Tätern	Nur jugendliche Sexualstraftäter
Behandlungsinhalte	Kognitiv-behaviorale & deliktorientierte (nach Relapse & Prevention) Therapie im Gruppensetting in Kombination mit Einzeltherapie	Community Sex Offender Treatment Programme	Sex Offender Treatment Programme, SOTP	Multisystemische Therapie
Katamnesezeitraum	62,9 Monate (ca. 5 Jahre)	Über 12 Jahre	Mind. 5 Jahre – max. 14 Jahre	Ca. 9 Jahre

IV. Fazit

Betrachtet man die Evaluationsergebnisse der beschriebenen Meta-Analysen, zeigt sich deutlich, dass hinsichtlich der Effektivität von Sexualtäterbehandlungsprogrammen sehr gegensätzliche Positionen vertreten werden. Aus den meisten der dargestellten Meta-Analysen und Primärstudien (*Hall* 1995, *Alexander* 1999, *Gallagher et al.* 2000, *Hanson* 2002, *Lösel/Schmucker* 2005, *MacGrath* 1998, *Borduin* 2009, *Langelüddeke* 1963, *Maletzky* 2006) kann auf einen positiven Behandlungseffekt und einer damit verbundenen Reduktion der erneuten Rückfälligkeit von Sexualtätern geschlossen werden.

Vorliegend hat sich vor allem gezeigt, dass sich kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme (BPS, *R&R*, *SOTP*), welche direkt an den Denk- und Verhaltensweisen sowie der sexuellen Erregung des Delinquenten ansetzen und sich zudem durch ihren stark strukturierten Aufbau auszeichnen, bewährt haben und als besonders wirksam zu betrachten sind. So wiesen *Tong* und *Farrington* (2006) in ihrer Analyse nach, dass sich die Rückfälligkeit von Sexualstraftätern, welche mittels des kognitiv-behavioralen *Reasoning and Rehabilitation*-Programmes (*R&R*) behandelt wurden, um 14%, verglichen mit der unbehandelten Kontrollgruppe, verringerte.[268] Weiterhin konnte auch *Wischka* (2013) die Wirksamkeit des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS) demonstrieren. So zeigten die Behandlungsteilnehmer nach der Beendigung des BPS verringerte straftatbegünstigende Einstellungen und deliktpräventive Veränderungen von Persönlichkeitsmerkmalen.[269] *Marques et al.* (2005) evaluierten die Effizienz des *Sex Offender Treatment Programme* (*SOTP*), indem sie eine *SOTP*-Interventionsgruppe mit zwei Kontrollgruppen verglichen. Zwar konnten *Marques et al.* hinsichtlich der Rückfallraten zwischen der Behandlungsgruppe- und den Kontrollgruppen keine signifikanten Unterschiede nachweisen, allerdings zeigten *SOTP*-Gruppenteilnehmer, die das Behandlungsziel erreichten, verglichen mit Delinquenten der Behandlungsgruppe, die das Behandlungsziel nicht erreichten, geringere Rückfallraten.[270] Aufgrund der teilweise gravierenden methodischen Differenzen (unterschiedliche Rückfalldefinitionen, verschiedene zugrundegelegten Behandlungsarten, keine Randomisierung der Gruppen, Verwendung verschiedener Effektstärken, unterschiedliche Länge des *Follow-Up*-Zeitraums und die Heterogenität der Sexualstraftäter) der Primärstudien, auf denen die Meta-Analysen beruhen, ist es jedoch fraglich, ob diese optimistischen Ergebnisse nicht in Frage zu stellen sind. So wurden beispielsweise bei den meisten Meta-Analysen Studien mit einbezogen, welche in Bezug auf ihre methodischen Qualität durchaus als inadäquat bezeichnet werden können, da sie beispielsweise unkontrollierte Designs und Behandlungsabbrecher als Vergleichsgruppe verwendeten (vgl. *Maletzky* 2006). *Hanson et al.* stellten fest, dass sich bei dem Vergleich von Therapieabbrechern mit Sexualdelinquenten, welche die Behandlung abgeschlossen hatten, höhere Rückfallraten bei den Dropouts, unabhängig von der Interventionsart, gefunden wurden.[271] Demnach sind Differenzen bezüglich der Reduktion der Rückfälligkeit bei behandelten Sexualstraftätern im Gegensatz zu Therapieabbrechern nicht auf die Wirksamkeit der Behandlung, sondern auf Selektionseffekte zurückzuführen. So brechen beispielsweise Hochrisikotäter mit höheren Rückfallraten frühzeitiger die Behandlung ab. Folglich wird durch das selektive Ausscheiden von Sexualstraftätern mit hohem Rückfallrisiko die Rückfallquote für die Behandlungsgruppe verringert.[272] Weiterhin ist die Repräsentativität der Resultate bei einem Großteil der älteren Meta-Analysen aufgrund der dem Studienpool zugrunde liegenden regionalen Beschränkungen, spezifischer Therapieansätze und des Veröffentlichungszeitraums der verwendeten Publikationen begrenzt (*Hall* 1995, *Alexander* 1999). Mithin wurden die in den Studien gefundenen Behandlungseffekte nur zum Teil auf den Einfluss methodischer Probleme untersucht. Aufgrund der methodischen Schwächen kann die Wirksamkeit bestimmter Behandlungsprogramme unterschätzt werden. Zu diesen Schwächen zählen die fehlende Randomisierung, der Vergleich von Behandlungsabbrechern mit denen, die die Behandlung beendet haben, sowie bestehende Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe hinsichtlich relevanter Merkmale (wie Deliktschwere, Rückfallrisiko oder Therapiemotivation).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vor allem kognitiv-behaviorale Programme die Rückfallraten von Sexualtätern deutlich reduzieren. Im Hinblick auf zukünftige Evaluationsforschung, um die Wirksamkeit von Sexualstraftäterbehandlung beurteilen zu können, sollten methodische Probleme durch die Konzeption von Untersuchungsanordnungen mit randomisierten Behandlungs- und Kontrollgruppen vor Studienbeginn eliminiert werden. Durch methodisch hochwertige Studien soll gewährleistet werden, dass die Resultate verlässlich und die Behandlungseffekte nicht durch Störvariablen verzerrt werden. Zwar liegen bereits umfassende Untersuchungen zum Thema Sexualstraftäterbehandlung vor, jedoch besteht noch weiterer Forschungsbedarf. Zukünftig sollten insbesondere noch offene Fragen hinsichtlich der Effektivität verschiedener Interventionen bei Sexualdelinquenten genauer untersucht werden, um präzise bestimmen zu können, welcher Therapieansatz bei welchem Sexualstraftäter am wirksamsten ist. Neben der Rückfallprävention haben effektive Sexualstraftäterbehandlungen auch ökonomische Vorteile. Für einen Dollar, der in multisystemische Sexualstraftätertherapie investiert wird, können 38,52 Dollar für die Gesellschaft eingespart werden.[273]

Letztendlich kann die Frage, ob die verschiedenen evaluierten Behandlungsprogramme wirksam sind und erneute Rückfälle verhindern, mit „Ja“ beantwortet werden.

268 Vgl. *Tong/Farrington* (Fn. 117), PC&L 12 (2006), 3 (19).
269 Vgl. *Wischka* (Fn. 184), R&P 31 (2013), 138 (144).
270 Vgl. *Marques et al.* (Fn. 157), SA 17 (2005), 79 (83, 88, 96 ff.).
271 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (89).
272 Vgl. *Hanson et al.* (Fn. 143), CJBS 36 (2004), 87 (89).
273 Vgl. *Borduin et al.* (Fn. 172), JCCP 77 (2009), 26 (35).

Die Wirksamkeit von Sexualtäterbehandlungsprogrammen – Zusammenfassung

Meta-Analyse	N Studien	Rückfallquote unbehandelter Sexualtäter	Rückfallquote behandelter Sexualtäter	Wirksamkeit
Hall (1995)	12	27%	19%	(+)
Alexander (1999)	79	18%	13%	+
Gallagher et al. (2000)	26	22%	12%	(+)
Hanson et al. (2002)	43	16,8%	12,3%	+
Lösel & Schmucker (2005)	69	17,5%	11,1%	+
Tong & Farrington (2006)	16		14% weniger als bei den unbehandelten Tätern	+
Hanson et al. (2009)	23	19,2%	10,9%	+

Primärstudie	Population	Therapie	Intervention Behandlungs-gruppe	Intervention Kontrollgruppe	Wirksamkeit
McGrath et al. (1998)	122 erwachsene männliche verurteilte Sexualstraftäter. Behandlungsgruppe: N=71; Kontrollgruppe 1: N=32; Kontrollgruppe 2: N=19.	Verschiedene Interventionen	Kognitiv-behaviorale und deliktorientierte Therapie nach dem Relapse and Prevention Modell	Kontrollgruppe 1: Verschiedene Behandlungsmethoden, jedoch weniger spezifisch und weniger zeitintensiv; Kontrollgruppe 2: Keine Therapie	(+)
Hanson et al. (2004)	724 erwachsene Sexualstraftäter. Behandlungsgruppe: N= 403; Kontrollgruppe: N=321	Community Sex Offender Program, CSOP	Sexualstraftäter, die während ihrer Haftstrafe am CSOP teilgenommen haben	Sexualstraftäter, die vor der Implementierung des CSOP entlassen wurden	(-)
Marques et al. (2005)	704 männliche Sexualstraftäter. Behandlungsgruppe: N=167; Kontrollgruppe 1 (freiwillige): N=225; Kontrollgruppe 2: N=220	Sex Offender Treatment Programme, SOTP	Kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm: SOTP	Kontrollgruppe 1: Freiwillige Kontrollgruppe Kontrollgruppe 2: Sexualstraftäter, die das Therapieangebot abgelehnt hatten	-

Die Wirksamkeit von Sexualtäterbehandlungsprogrammen – Zusammenfassung

Primärstudie	Population	Therapie	Intervention Behandlungsgruppe	Intervention Kontrollgruppe	Wirksamkeit
Borduin et al. (2009)	48 jugendliche männliche Sexualstraftäter	Multisystemische Therapie	Multisystemische Therapie	Kognitivbehaviorale Therapie	+
Wischka (2013)	320 männliche Sexualstraftäter	Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter, BPS	BPS	Fachpersonal, welches am Ausbildungsseminar zum BPS teilgenommen hat	+
Wilkinson (2005)	Quasiexperimentelles Design	Reasoning and Rehabilitation Programme	Reasoning and Rehabilitation Programme	Alternative Behandlung	-
Langelüddeke (1963)	1721 männliche Sexualstraftäter. Behandlungsgruppe N=1.036 Kontrollgruppe: N=685	Kastration	Zwangskastrierte Sexualstraftäter	Nicht kastrierte Sexualstraftäter	(+)
Maletzky et al. (2006)	275 Häftlinge. Behandlungsgruppe N=79; Kontrollgruppe 1: N=55; Kontrollgruppe 2: N=141	Medikamentöse Therapie mit Medroxyprogesteronacetat, MPA	Einnahme von MPA	Kontrollgruppe 1: Keine Einnahme von MPA trotz Empfehlung; Kontrollgruppe 2: Keine Einnahme von MPA	(+)

Maximilian Wolf, Berlin/Greifswald*

GreifRecht erklärt: Die Vormerkung – das examensrelevante Wissen auf einen Blick

Die Vormerkung gehört wie das gesamte Grundstücksrecht bei der Examensvorbereitung vielfach nicht zum Lieblingsstoff. Tatsächlich ist die Vormerkung aufgrund ihres eigenartigen rechtlichen Charakters und ihres Zusammenhangs mit der durch sie gesicherten Forderung nicht leicht zugänglich, sondern erklärt sich erst bei vertiefter Befassung. Wer sich jedoch einmal die Mühe gemacht hat, sich mit Zweck und Funktionsweise der Vormerkung auseinanderzusetzen, dem wird dies dadurch gedankt, dass in einschlägigen Klausuren ein recht kleiner Kanon immer wiederkehrender Probleme auftaucht – die Vormerkungsklausur kann damit zum Glücksfall werden. Der folgende Beitrag fasst das gesamte examensrelevante Wissen zur Vormerkung zusammen und will eine Hilfe dabei sein, Klausuren und Prüfungsfragen zur Vormerkung souverän zu bewältigen.

* Dipl.-Jur. *Maximilian Wolf* ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Kanzlei *Baker & McKenzie Partnerschaft von Rechtsanwälten, Wirtschaftsprüfern, Steuerberatern und Solicitors* im Bereich *Corporate/M&A* am Standort Berlin sowie Doktorand und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Wirtschaftsrecht und Medienrecht (Prof. Dr. *Axel Beater*) der Universität Greifswald.