

- Sharp, K.C.* (1981). Impact of interpersonal problem-solving training on preschoolers' social competency. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2, 129–143.
- Shechtman, Z. & Ben-David, M.* (1999). Individual and group psychotherapy of childhood aggression: A comparison of outcomes and processes. *Group Dynamics* 3, 263–274.
- Tanner, V.L. & Holliman, W.B.* (1988). Effectiveness of assertiveness training in modifying aggressive behaviors of young children. *Psychological Reports* 62, 39–46.
- Tierney, J.P., Grossman, J.B. & Resch, N.L.* (1995). Making a difference: An impact study of Big Brothers / Big Sisters. Philadelphia, PA: Public/ Private Ventures.
- Vaughn, S.R. & Ridley, C.A.* (1983). A preschool interpersonal program: Does it affect behavior in the classroom? *Child Study Journal* 13, 1–11.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M.* (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 93–109.

Verf.: Prof. Dr. phil. Friedrich Lösel, PD Dr. Andreas Beelmann, Dipl.-Psych. Birgit Planckensteiner, Institut für Psychologie, Universität Erlangen-Nürnberg, Bismarckstr. 1, 91054 Erlangen

Joachim Obergfell-Fuchs

Die Evaluation der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter

1 Einleitung

Im Zuge der öffentlichen und politischen Diskussion um den Umgang mit Sexualstraftätern und des Schutzes der Allgemeinheit sind in den vergangenen Jahren nicht nur erwachsene Sexualstraftäter in das Blickfeld gelangt, auch jugendlichen und heranwachsenden Tätern wurde ein zunehmendes Interesse zuteil. Oftmals geschah dies unter dem Hinweis, dass erwachsene Sexualstraftäter bereits als Jugendliche durch einschlägige Sexualstraftaten auffällig wurden. So zeigt z.B. eine Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden¹, dass immerhin 23% der untersuchten Sexualstraftäter, die zum Zeitpunkt der Indextat jünger als 21 Jahre waren, in einem follow-up Zeitrahmen von 10 Jahren eine erneute einschlägige Registrierung aufwiesen. Ebenso waren 12% der unter 21-jährigen Sexualstraftäter bereits zuvor schon einmal wegen eines Sexualdeliktes in Erscheinung getreten. Diese deutschen Zahlen liegen in etwa im Mittelfeld der im internationalen Kontext gewonnenen, jedoch äußerst heterogenen Rückfalldaten, die von etwa 3% in einem Zeitraum von drei Jahren bis hin zu fast 80% reichen². Weitge-

1 Elz, J., Sexuell deviante Jugendliche und Heranwachsende, Wiesbaden 2003.

2 Zusammenfassend Obergfell-Fuchs, J., Jugendliche Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen, in: Ortman, R./Albrecht, H.-J./Obergfell-Fuchs, J., Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen. Skizze einer Evaluationsstudie. *Forschung aktuell* 21, Freiburg 2004, S. 48–55.

hend übereinstimmend wird in der Forschung davon ausgegangen, dass Sexualstraftäter, die bereits als Jugendliche oder Heranwachsende erstmalig einschlägig auffällig wurden, ein deutlich erhöhtes Rückfallrisiko zeigen. Auch gilt bei dieser Gruppe die in der Regel angenommene Episodenhaftigkeit der Jugendkriminalität weit weniger, so dass kriminalrechtliche Reaktionen angeraten erscheinen³.

Ähnlich wie bei den erwachsenen Sexualstraftätern spielt in neuerer Zeit beim Umgang mit Jugendlichen vermehrt das Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit eine wichtige Rolle. So war auch diese Gruppe z.B. von den strafrechtlichen Veränderungen im Zusammenhang mit dem 1998 in Kraft getretenen „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ betroffen⁴. Beispielsweise wurde die Erprobungsformel für die Aussetzung des Restes der Freiheitsstrafe gestrichen und dagegen das Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit hervorgehoben.

Allerdings ist – trotz des auch von politischer Seite immer wieder betonten Anstiegs der Auftretenshäufigkeit jugendlicher Sexualstraftäter⁵ – deren Zahl sehr gering geblieben. So betrug der Anteil der Jugendlichen an allen Tatverdächtigen hinsichtlich Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Jahr 2002 10%, 1987 waren es noch 7,3% gewesen. Bei den Heranwachsenden war im gleichen Zeitraum sogar ein relativer Rückgang zu verzeichnen (1987: 8,9%; 2002: 7,0%). Bezogen auf die Zahl aller jugendlicher Tatverdächtiger sind die Anteile der Sexualstraftäter ebenfalls geringfügig (1987: 1,0%; 2002: 1,2%), gleiches gilt auch für die Heranwachsenden (1987: 1,0%; 2002: 1,0%)⁶. Nicht zuletzt dieser geringe Anteil jugendlicher Sexualstraftäter dürfte dazu geführt haben, dass bislang die Wissenschaft die „Sexualkriminalität junger Täter ... (als) ... eher zufälliges Nebenprodukt ...“ der Forschungen zur Sexualkriminalität betrachtet hat⁷. Der Focus der bisherigen Forschung liegt eindeutig auf dem Bereich der erwachsenen Sexualstraftäter. Zwar liegt – insbesondere aus Nordamerika – eine Reihe von Forschungsergebnissen vor, was jedoch Kontinentaleuropa und insbesondere Deutschland betrifft, ist die Forschungslandschaft zu jugendlichen Sexualstraftätern derzeit noch eher dürtig. Dies ist umso bedauerlicher, da sich die Resultate anderer Länder, v.a. der genannten nordamerikanischen Staaten, aufgrund des anderen Jugendstrafrechtssystems nicht einfach z.B. auf Deutschland übertragen lassen⁸.

Dieses Problem gilt auch für die Therapie und Intervention bei jugendlichen Sexualstraftätern. Hier wurden zwar zahlreiche Konzepte im Erwachsenenbereich und auch in den nordamerikanischen Ländern entwickelt und teilweise evaluiert, inwieweit man jedoch in Europa sich diese Ergebnisse zu Nutzen machen kann, inwieweit sie von Erwachsenen auf Jugendliche übertragbar sind oder inwieweit gar vergleichbare eigene Studien vorliegen, soll nachfolgend eingehender erörtert werden. Dabei soll auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich bestimmte Interventionsformen identifizieren lassen, die sich als besonders effektiv in der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter erwiesen haben. Zunächst werden entsprechende Untersuchungen bzw. Ansätze aus Deutschland vorgestellt, denen sich dann ein Überblick über die

3 Vgl. Egg, R., Kriminalität mit sexuellem Hintergrund, Der Bürger im Staat – Sicherheit und Kriminalität 53/1, 2003, S. 39–44.

4 Vgl. Horstkotte, H., Prognose und Therapie, besonders bei jugendlichen und heranwachsenden Sexualstraftätern, in: DVJJ (Hrsg.), Kinder und Jugendliche als Opfer und Täter, Mönchengladbach 1999, S. 611–625.

5 Vgl. Pressemeldung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 21.1.2003; www.mgsff.nrw.de/aktuelles/presse/pm_2003/030121.htm.

6 Quelle: Bundeskriminalamt, PKS Zeitreihen von 1987 bis 2002, 2.6.2004.

7 Elz, J. (Anm. 1), S. 11.

8 Vgl. Houser, D./Bosold, C., A Comparative Analysis of Sexual and Violent Offenders in: Youth Prison, KFN-Forschungsberichte Nr. 91, Hannover 2004.

internationale Behandlungsevaluation – insbesondere in den USA und Kanada – anschließt. Die Vorstellung einer eigenen Studie zu Sozialtherapie bei jugendlichen Sexualstraftätern verbunden mit einem Fazit zur Evaluation der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter schließt den Beitrag ab.

2 Untersuchungen zur Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter in Deutschland

Wie bereits angedeutet, ist die Forschungssituation zur Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter in Deutschland als sehr spärlich zu bezeichnen. So liegen zur Effizienz oder gar zu Kosten und Nutzen von therapeutischen Maßnahmen bei dieser Gruppe kaum Resultate vor. Erst in neuerer Zeit haben verschiedentlich wissenschaftliche Begleitforschungsprogramme begonnen. Allerdings stecken auch die spezifischen Behandlungsprogramme für jugendliche Sexualstraftäter noch in den „Kinderschuhen“ bzw. werden aus dem Erwachsenenbereich einfach übertragen, so dass die Ergebnisse kontrollierter Evaluationsstudien im deutschsprachigen Raum noch auf sich warten lassen dürften⁹. Vielfach bleiben die eingesetzten Behandlungskonzepte hinsichtlich jugendlicher Sexualstraftäter sehr vage, zum Teil wurde lange Zeit auf abstrus anmutende „Behandlungen“ der frühen 1960er Jahre – z.B. das Zunähen der Hosen bei jugendlichen Exhibitionisten – rekurriert¹⁰. Eine Durchsicht der einschlägigen Literatur zeigt, dass meist nur Annahmen hinsichtlich der möglichen Wirksamkeit von Therapien oder auch Therapieprogrammen gemacht werden, teils auf der Basis allgemeiner Kenntnisse aus der Psychotherapieforschung, teils in Übertragung von aus dem Erwachsenenbereich gewonnenen Resultaten oder auch in Anlehnung an internationale Befunde¹¹. Nachfolgend sollen einige Beispiele für Behandlungsmaßnahmen für jugendliche Sexualstraftäter und deren Eingehen auf die Frage der Wirksamkeit kurz skizziert werden. Die Liste ist keinesfalls vollständig, sondern soll vielmehr exemplarisch die in Deutschland derzeit gängigen Interventionsformen an dieser ausgewählten Gruppe von Straftätern verdeutlichen.

Ein frühes, in Deutschland eingesetztes Modell zur Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter ist das an der JVA Hameln durchgeführte „Geschlechtsrollenseminar“¹². Ziel dieses kognitiv-emotionalen Programms ist es, Fehltritte des Täters zu korrigieren, das Selbstwertgefühl zu steigern und partnerschaftliche Beziehungen zu entwickeln. Es basiert auf lerntheoretischen Prinzipien und beinhaltet v.a. die Konfrontation mit Frauen im Rahmen des Seminars. Eine besondere Rolle kommt dabei auch der Konfrontation mit Opfern von Sexualdelikten zu. Angaben hinsichtlich des Erfolgs der seinerzeit auch recht kontrovers diskutierte Maßnahme sind jedoch äußerst spärlich, es wird lediglich angegeben „bei denen, die das Seminar absolviert haben, sind Rückfälle nicht bekannt – im Gegensatz zu alarmierenden Zahlen bei Kontrollgruppen“¹³. Dies kann man jedoch selbst wohlwollend nur schwerlich als eine fundierte Evaluation bezeichnen. Dennoch gilt auch weiterhin die JVA Hameln als eine der Jugendvollzugsanstalten in Deutschland, die eine Vorreiterrolle in der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter einnehmen. So

9 Vgl. *Deegener, G.*, Sexuell aggressive Kinder und Jugendliche – Häufigkeiten und Ursachen, Diagnostik und Therapie, in: Höfling, S./Drewes, D./Epple-Waigel, I. (Hrsg.), Auftrag Prävention: Offensive gegen sexuellen Kindesmissbrauch, München 1999, S. 352–382.

10 *Nissen, G.*, Psychische Störungen in der Pubertät und Adoleszenz, in: Eggers, C./Lempp, R./Nissen, G./Strunk, P. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie, 5. Aufl. Berlin 1989, S. 261–300, S. 293 ff.

11 *Deegener, G.* (Anm. 9), S. 371 ff.

12 *Tügel, H./Heilemann, M.* (Hrsg.), Frauen verändern Vergewaltiger, Frankfurt/Main 1987; vgl. auch *Heilemann, M.*, Vergewaltigertherapie – Männersache und/oder Frauensache?, in: Rothaus, W. (Hrsg.), Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher, Dortmund 1991, S. 108–126.

13 *Tügel, H./Heilemann, M.* (Anm. 12), S. 94.

wurde im Jahr 2000 eine neue Abteilung ausschließlich für junge Sexualstraftäter eingerichtet¹⁴, in der im Rahmen von v.a. gruppentherapeutischen Settings ein kognitiv behaviorales Programm durchgeführt wird, das sechs Stufen enthält: 1) die individuellen Zielsetzungen der Behandlung, 2) die Folgen der Tat für den Täter, 3) die Analyse der so genannten „Missbrauchskette“, 4) die Folgen der Tat für das Opfer, 5) kognitive Neustrukturierung und 6) Entwicklung von Verhaltensalternativen¹⁵. Auch wenn eine Vergleichsuntersuchung zwischen jugendlichen Sexualstraftätern und Gewalttätern vor kurzem durch das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen vorgelegt wurde¹⁶, so gibt es bislang keine Hinweise zur Art und Vorgehensweise einer möglichen Evaluation.

Ebenfalls an eine Sozialtherapeutische Abteilung gekoppelt ist das Behandlungsmodell für junge Sexualstraftäter in der JVA München. Hier werden neben psychodynamischer Therapie auch Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und Soziales Kompetenz-Training eingesetzt. Zwar wird auch hier die Bedeutung der Qualitätssicherung hervorgehoben, zu einer möglichen eigenen Evaluation der eingesetzten Maßnahmen liegen aber – ähnlich wie in Hameln – keine Informationen vor¹⁷.

Interventionen bei jugendlichen Sexualstraftätern sind in Deutschland jedoch nicht nur an den Strafvollzug, d.h. die Sozialtherapie im engeren Sinne, gebunden, auch aus anderen stationären sowie ambulanten Bereichen liegen seit einigen Jahren therapeutische Konzepte vor. So wird z.B. an einer Psychosomatischen Fachklinik in Bad Dürkheim ein verhaltenstherapeutisch strukturiertes stationäres Programm – in aller Regel keine schweren Sexualstraftäter – durchgeführt¹⁸. Ziel ist es, selbstverantwortliches Handeln aufzubauen und durch das offene Kliniksetting soziale Kompetenz zu erwerben. Obwohl hier der Nachsorge ein entscheidender Einfluss auf den Therapieerfolg zugemessen wird, sucht man vergeblich nach einer Operationalisierung der für diesen Erfolg zentralen Variablen. Entsprechend fehlen auch Angaben hinsichtlich einer möglichen Erfolgskontrolle.

Ein weiteres stationäres Konzept liegt in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Viersen vor, wo bereits seit 20 Jahren die Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter durchgeführt wird¹⁹. Die Einweisung erfolgt auch hier durch eine jugendstrafrechtliche Entscheidung, oft unter dem Aspekt „Therapie statt Strafe“. Das Behandlungskonzept der ursprünglichen Einzeltherapie wurde Anfang der 1990er Jahre geändert und orientiert sich seitdem an Gruppentherapien mit systemischen Prinzipien. So werden symptomhomogene Wohn- und Therapiegruppen gebildet, in denen das offene Gespräch und das Thematisieren von Problemen und Emotionen Leitlinie sind. Darüber hinaus wird – im Sinne des systemischen Ansatzes – auch die Familie des Täters eingebunden²⁰. Derzeit liegen zu diesem Konzept nur recht rudimentäre Daten zur Erfolgskontrolle vor. Diese ist anhand von eigenen Nachfragen der Anstalt bzw. Rückmeldungun-

14 Spitzcok von Brisinski, U., Jugendliche Sexualstraftäter im niedersächsischen Vollzug, Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 50/5, 2001, S. 285–288.

15 Das Konzept basiert auf einem etablierten Behandlungsmanual von Hendriks, J./Bullens, R., Dauerhafte Veränderung – J. Handbuch Rückfallvorbeugung, Leiden 1998.

16 Hosser, D./Bosold, C. (Anm. 8).

17 Hollweg, M./Postpischil, S./Liwon, N., Behandlung junger Sexualstraftäter in der Sozialtherapeutischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt München, in: Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IKK) (Hrsg.), Sexualisierte Gewalt durch Minderjährige. IKK-Nachrichten 1–2, München 2004, S. 7–10.

18 Trierweiler, A., Verhaltenstherapeutische Ansätze bei der Behandlung von jugendlichen Sexualdelinquenten, in: Rothaus, W. (Hrsg.), Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher, Dortmund 1991, S. 205–210.

19 Gruber, T./Rothaus, W., Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe, Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 48/6, 1999, S. 341–348.

20 Siehe ausführlich Gruber, T., Wehret den Anfängen: Ein integratives Konzept zur stationären Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter, in: Deegener, G. (Hrsg.), Sexuelle und körperliche Gewalt, Weinheim 1999, S. 57–79.

gen durch die Jugendlichen selbst oder durch deren Betreuer nur wenig valide und reliabel. So wird berichtet, dass von 35 Abbrechern fünf einschlägig rückfällig wurden, wogegen dies nur auf zwei Jugendliche von 50 regulären Beendigten zutrifft²¹.

Neben den stationären Einrichtungen zur Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter finden sich eine Reihe ambulanter Konzepte. So wird in Bochum seit 1997 ein ambulantes Rückfallprophylaxeprogramm bei kindlichen und jugendlichen Sexualstraftätern, v.a. Missbrauchern, durchgeführt²². Das Programm orientiert sich insbesondere an kognitiv-emotionalen Inhalten, so z.B. Geschlechtsrollen und Kommunikationsstile, auch hier unter Einbeziehung der Eltern als wesentlichem Bestandteil. D.h. es kommen ebenfalls, wie im oben skizzierten stationären Modell in Viersen, systemische Anteile der Behandlung zum Tragen. Wenngleich sechs bis acht Monate nach der Therapiephase Nachsorgetermine stattfinden und nach 12 Monaten eine Fallkonferenz stattfindet, liegen doch (bislang) keine Daten zur Effizienz vor.

Im Rahmen eines, durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 2001 initiierten und in bislang sieben Städten umgesetzten Modellprojektes²³, versucht man dezentralisierte erzieherische Maßnahmen an Jugendlichen, die durch sexuell übergriffiges bzw. auffälliges Verhalten in Erscheinung getreten sind, zu etablieren. Diese Behandlungsplätze sollen an bereits bestehenden Beratungsstellen angesiedelt werden. Das Behandlungskonzept basiert auf der Konfrontation des Täters mit seiner Tat, der Schaffung von Einsicht und Opferempathie sowie in Verantwortungsübernahme. Anders als in den meisten vorgenannten Projekten, ist die Evaluation ein zentraler Bestandteil des Projektes²⁴. Ziel ist es, den Bedarf an ambulanten Maßnahmen sowie deren Ausgestaltung für diese Zielgruppe und deren Erreichbarkeit zu ermitteln und den differentiellen Rückfall der Jugendlichen zu erfassen. Dabei sollen auch Erfahrungen aus der Arbeit mit erwachsenen Sexualstraftätern in die Arbeit einfließen. Veröffentlichte Analysen zum Erfolg der Maßnahme oder auch zur eingehenden Darstellung des Treatments liegen derzeit nicht vor. Aus einer aktuellen Mitteilung des Ministeriums geht lediglich hervor, dass nur drei von 150 behandelten Jugendlichen erneut rückfällig wurden²⁵.

Eine Reihe weiterer Beispiele für aktuelle Behandlungsmaßnahmen an jugendlichen Sexualstraftätern finden sich u.a. in der Reihe des Informationszentrums Kindesmisshandlung/Kindervernachlässigung (IKK) des Deutschen Jugendinstituts²⁶. Sucht man allerdings nach Ergebnissen zur Erfolgskontrolle, so bleibt diese Suche auch hier vergeblich, wenngleich immer wieder auf die Notwendigkeit einer Evaluation hingewiesen wird. Insofern kann man zunächst als ein Fazit der deutschen Ansätze zur Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter sagen, dass zwar zum Teil seit geraumer Zeit Behandlungskonzepte vorliegen, praktiziert werden und diese auch – spätestens im Zuge der Gesetzesreform von 1998 – ausgebaut wurden, eine Begleitforschung hierzu ist jedoch bislang allenfalls rudimentär vorhanden. Immer wieder wird von den Autoren auf – mehr oder minder gesicherte – Ergebnisse aus Nordamerika verwiesen, welche das Ver-

21 *Elz, J.* (Anm. 1), S. 116.

22 *Waschlewski, S.*, Präventive Arbeit mit Jungen, die sexuelle Gewalt ausüben, in: *Risau, P./ Kruck, M./Bender, K.* (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt in der Alltags- und Medienwelt von Kindern*, Bad Heilbrunn 2001, S. 285–303.

23 Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, *Ambulante Therapie jugendlicher Sexual(straf)täter erfolgreich erprobt – Modellprojekte in Düsseldorf, Bochum, Gelsenkirchen, Bielefeld/Detmold/Gütersloh und Bergisch-Gladbach*, Pressemitteilung 24.05.2004; www.mgsff.nrw.de/aktuelles/index.htm [7.6.2004].

24 Vgl. *Nowara, S./Pierschka, R./Hutwelker, E.*, *Modellprojekt zur Behandlung jugendlicher Sexual(straf)täter*, *Praxis der Rechtspsychologie* 12/2, 2001, S. 203–208.

25 Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Anm. 23).

26 Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindervernachlässigung (IKK) (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt durch Minderjährige*. IKK-Nachrichten 1–2, München 2004.

änderungspotential der eingesetzten Maßnahmen unterstreichen sollen. Daher sollen nun im Folgenden einige dieser Resultate eingehender betrachtet werden, auch unter dem Gesichtspunkt, inwieweit diese internationalen Resultate tatsächlich eindeutig sind.

3 Behandlungsevaluationen in Nordamerika

Anders als in Deutschland liegt aus den nordamerikanischen Staaten eine Reihe von Evaluationsstudien zur Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter vor. Allerdings ist deren Anzahl deutlich geringer als zu erwachsenen Tätern, so dass z.B. *Hunter* und *Becker* sogar von einem „... dearth of empirically conducted treatment outcome studies on juvenile sex offenders“²⁷ sprechen. Während allerdings in Deutschland – nicht zuletzt sicherlich basierend auf internationalen Resultaten zur Psychotherapieforschung – die kognitive Verhaltenstherapie mittlerweile eine dominante Rolle in den Behandlungskonzepten einnimmt, werden gerade in den USA zahlreiche unterschiedliche Behandlungsansätze diskutiert, erprobt und – zumindest teilweise – im Hinblick auf ihre Effektivität untersucht. Ausgangspunkt dieser Ansätze ist dabei in aller Regel der – teilweise auch als „Missbrauchskette“ bezeichnete – „Kreislauf sexueller Gewalt (sexual assault cycle)“²⁸, dessen Grundannahme darauf basiert, dass Sexualdelikten ein negatives Selbstbild des Täters vorangeht, das wiederum zu negativen Coping-Strategien führt, wenn der Jugendliche für ihn ungünstige Umweltreaktionen erwartet oder erfährt. Um dies zu vermeiden, zieht er sich zurück, isoliert sich sozial und entwickelt Phantasien zur Kompensation dieses Gefühls der Machtlosigkeit. Dieser Prozess kulminiert dann in der Sexualstraftat, was wiederum zu erneuten negativen Erfahrungen führt und den Kreislauf von vorn beginnen lässt²⁹. Auch wenn dieser „sexual assault cycle“ in zahlreichen Veröffentlichungen als eine Art gegebene Tatsache vorausgesetzt wird, so weist doch z.B. *Weinrott*³⁰ darauf hin, dass dieser Kreislauf noch niemals empirisch validiert wurde und auch das Verhalten einiger Gruppen jugendlicher Sexualstraftäter nicht hinreichend erklären kann – so z.B. das der „naiven Experimentierer“, bei welchen die Straftat aus einer Art „Neugierverhalten“ heraus entsteht, aber auch von Straftätern in Gruppen oder Straftätern mit psychopathologischen Störungen.

Ein Review über verschiedene Behandlungsansätze von *Bourke* und *Donohue*³¹ zeigt, dass zwar zu zahlreichen Verfahren Evaluationsstudien vorliegen, es sich aber oft nur um einzelne Untersuchungen an kleinen Stichproben handelt, die zudem teilweise erhebliche methodische Mängel aufweisen. Daher bleibt als Konsequenz auch in der nordamerikanischen Forschung oft nur die Forderung, dass weitere Untersuchungen notwendig sind. Daher sind die Ergebnisse der Reviews auch mit viel Vorsicht zu interpretieren, und die Aussagen zur differentiellen Wirksamkeit von Interventionen stehen auf eher „wackligen Füßen“. So zeigte sich z.B., dass imaginative Desensibilisierung (Imagination der Sexualstraftat, ohne sie zu beenden, Einüben von Entspannung) sich in der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter als effizienter erwiesen hatte, als verdeckte Sensibilisierung, in welcher die Vorstellung des devianten Verhaltens mit aversiven Vorstellungen gekoppelt wird. Ein Problem beider Techniken ist jedoch die notwendige

27 *Hunter, Jr., J.A./Becker, J.V.*, Motivators of Adolescent Sex Offenders and Treatment Perspectives, in: Shaw, J.A. (ed.), *Sexual Aggression*, Washington, DC 1999, S. 211–233, S. 224.

28 Dieser Kreislauf soll zurückgehen auf *Ryan, G./Lane, S./Davis, J./Isaac, C.*, *Juvenile Sex Offenders: Development and Correction*, Child Abuse & Neglect 11, 1987, S. 385–395.

29 Vgl. hierzu *Righthand, S./Welch, C.*, *Juveniles Who Have Sexually Offended: A Review of the Professional Literature*. OJJDP Report, Washington, DC 2001.

30 *Weinrott, M.R.*, *Juvenile Sexual Aggression: A Critical Review*, Center for the Study and Prevention of Violence, Center Papers CSPV-005, Boulder, CO 1996.

31 *Bourke, M.L./Donohue, B.*, *Assessment and Treatment of Juvenile Sex Offenders: An Empirical Review*, Journal of Child Sexual Abuse 5/1, 1996, S. 47–70.

Motivation des Täters sowie eine gewisse kognitive Leistungsfähigkeit. Ähnliches gilt auch für das im Rahmen eines Lösungsmodells zu sehende so genannte „Sättigungstraining“, bei welchem der Täter aufgefordert wird, bis zur psychischen oder physischen Erschöpfung zu onanieren und dieses mit der Vorstellung des abweichenden Sexualverhaltens zu verbinden. Angesichts der ethischen Bedenklichkeit einer solchen Vorgehensweise wird bei Jugendlichen nur die Vorstellung der sexuellen Phantasien solange aufrechterhalten bis Langeweile auftritt und das Verhalten so seinen belohnenden Charakter verliert. Wenngleich keine gesicherten Befunde zur Rückfälligkeit vorliegen, so konnte doch gezeigt werden, dass mit dieser Methode die sexuelle Erregung durch das abweichende Verhalten abnimmt³².

Neben diesen klassisch verhaltenstherapeutischen Interventionen spielen v.a. familientherapeutische Ansätze eine wichtige Rolle in der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. Bewährt hat sich hier insbesondere die Multisystemische Therapie³³, in welcher neben der Verhaltensänderung auch das möglicherweise dysfunktionale Umfeld der Täter einbezogen wird und – im Sinne des Systemischen Ansatzes – auch Beziehungen innerhalb des sozialen Umfeldes beachtet werden. Zur Wirkungsweise dieser Therapieform liegt eine Untersuchung mit Kontrollgruppendedesign, wenn auch nur an 16 Heranwachsenden, vor³⁴. Es wurden jeweils acht jugendliche Sexualstraftäter mit multisystemischer Therapie und Individualpsychotherapie – einer Mischung aus psychodynamischen, humanistischen und verhaltenstherapeutischen Anteilen – verglichen. Ein follow-up Zeitraum von 21 bis 49 Monaten zeigte, dass 12,5% der multisystemisch Behandelten einschlägig rückfällig wurden (25% nicht einschlägiger Rückfall), wohingegen die einschlägige Rückfallrate bei den individualtherapeutisch Behandelten 75% betrug (nicht einschlägig 50%). Allerdings betonen die Autoren selbst die eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund der kleinen Untersuchungseinheiten. Dennoch wird diese Studie auch in neueren Arbeiten immer noch als eine der wenigen beschrieben, in denen tatsächlich ein Kontrollgruppendedesign verwendet wurde³⁵.

Eine weitere Studie mit Kontrollgruppendedesign – mit allerdings ebenfalls sehr kleiner Fallzahl und fehlender Randomisierung der Gruppenzuweisung – wurde in den 1980er Jahren am Youth Center in Topeka, Kansas, durchgeführt³⁶. Neun jugendliche Sexualstraftäter bildeten die Experimentalgruppe, die ein siebenwöchiges psychologisch-pädagogisches Programm erhielten, das Einstellungsänderungen, Verbesserung des Problemlöseverhalten oder auch Veränderung des moralischen Urteils beinhaltete. Acht Jugendliche bildeten als Warteliste die Kontrollgruppe. Ziel dieser Untersuchung war es nicht, die Rückfallhäufigkeit zu messen, sondern vielmehr den spezifischen Erfolg der Behandlung auf die jeweiligen Variablen, die ihrerseits mit spezifischen Skalen erfasst wurden. Nach Ablauf der Behandlung konnten – bis auf das moralische Urteil – Verbesserungen bei der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Auch wenn die Autoren von einem vielversprechenden Ansatz ausgehen, muss neben der sehr kleinen Fallzahl auch berücksichtigt werden, dass keine Langzeiteffekte erhoben wurden. So ist die Frage offen, inwieweit nach Ablauf des Programms die positiven Effekte „verblasen“ und Kontroll- und Experimentalgruppe sich einander wieder annähern. So vielver-

32 Hunter, Jr., J.A./Santos, D.R., *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 34/3, 1990, S. 239–247.

33 Siehe auch Anm. 19.

34 Borduin, C.M./Henggeler, S.W./Blaske, D.M./Stein, R.J., *Multissystemic Treatment of Adolscnt Sex Offenders*, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 34/2, 1990, S. 105–113.

35 Vgl. Becker, J.V./Hunter, Jr., J.A., *Understanding and Treating Child and Adolescent Sexual Offenders*, in: O'Leundick, T.H./Prinz, R.J. (eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 19, New York, NY 1997, S. 177–197.

36 Hains, A.A./Herrmann, L.P./Baker, K.L./Graber, S., *The Development of a Psycho-Educational Group Program for Adolescent Sex Offenders*, *Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation* 11/1, 1986, S. 63–76.

sprechend das Design auch sein mag, ohne eine Erfassung langfristiger Konsequenzen bleibt diese Studie nur wenig aussagekräftig.

Während *Bourke* und *Donohue*³⁷ darauf hinweisen, dass pharmakologische Behandlungen an Jugendlichen – im Gegensatz zu erwachsenen – Sexualstraftätern nicht eingesetzt werden, handelt es sich bei Gruppentherapien um typische Settings in der Therapie von Sexualstraftätern. Allerdings sind auch hier die Informationen hinsichtlich der differentiellen Wirksamkeit dieser Technik sehr spärlich. Gleiches gilt auch für das häufig eingesetzte Training sozialer Fertigkeiten bzw. die Sexualerziehung. Ebenfalls zum Einsatz kommen psychoanalytische Verfahren in der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. Allerdings wird diesen Verfahren keine hohe Effektivität beigemessen. Wenngleich Nachsorgeprogramme allgemein als besonders wichtig für die Verhinderung von Rückfällen angesehen werden, ergab das Review von *Bourke* und *Donohue*, dass diese Auffassung – zumindest bei Jugendlichen – nicht durch fundierte empirische Untersuchungen belegt werden kann.

Ein grundlegendes Dilemma nahezu aller Studien ist der Mangel an Kontrollgruppen, so dass insbesondere Resultate zur Rückfälligkeit der behandelten Täter mit allgemeinen Rückfallquoten verglichen werden müssen, die jedoch eine erhebliche Heterogenität aufweisen³⁸. Oft findet man in Nordamerika follow-up Studien, teils als retrospektive follow-up Analysen, in der Regel jedoch ohne Kontrollgruppe. So berichtet z.B. *Becker* eine Rückfallrate von 8% in einem Zwei-Jahre follow-up Intervall bei 80 jugendlichen Sexualstraftätern, die mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden, die sich v.a. auf deliktsbezogene Kognitionen, Impulskontrolle und soziale Kompetenz richtete³⁹. Diese geringe Zahl ist jedoch, angesichts der heterogenen Basisraten nicht unbedingt auf die Behandlung zurückzuführen, d.h. ein tatsächlicher Erfolg des Treatment kann so nicht belegt werden.

Ähnliches gilt auch für eine retrospektive Untersuchung von *Kahn* und *Chambers*, die an 221 jugendlichen Sexualstraftätern durchgeführt wurde, die an einem von insgesamt 10 Behandlungsprogrammen im Staat Washington teilnahmen⁴⁰. Es wurden Rückfallraten über 20 Monate erhoben. Diese betragen bei einschlägigem Rückfall 7,5%, bei allgemeinem Rückfall 44,8%. Allerdings sind die Erhebungen zur Behandlungszuweisung, aber auch zur Behandlung selbst, sehr rudimentär, so dass die Daten mit Vorsicht zu betrachten sind. Dieselbe Methodik und Grundgesamtheit nutzend, führten *Schram et al.* eine follow-up Studie an einer reduzierten Stichprobe von 197 männlichen jugendlichen Sexualstraftätern durch⁴¹. Die Länge des follow-up Intervalls lag zwischen 60 und 117 Monaten, im Mittel 82 Monate (6,8 Jahre). Es zeigte sich auch in dieser Untersuchung eine relativ geringe einschlägige Rückfallrate. 12,2% wurden erneut wegen eines Sexualdeliktes festgenommen, 10,2% deswegen verurteilt. Die Rückfallquote bei anderen Gewaltdelikten betrug 15,2% (9,1% verurteilt) und bei Nicht-Gewalt Delikten 39,6% (36,5%). Bestimmte Merkmale der Behandlung, z.B. Gruppenbehandlung, ambulant vs. stationär, erwiesen sich als nicht bedeutsam. Allerdings weisen die Autoren auch darauf hin, dass die Behandlung wenig systematischen Kriterien folgte, meist eklektisch war und Pläne zur Nachsorge nicht vorlagen. Als bedeutsame Faktoren des Rückfalls erwiesen sich in dieser Analyse das Alter (jüngere Ersttäter wurden eher rückfällig), vorheriger Kontakt mit dem Straf-

37 Siehe Anm. 31.

38 Siehe oben Abschnitt 1.

39 *Becker, J.V.*, Treating Adolescent Sexual Offenders, *Professional Psychology: Research and Practice* 21/5, 1990, S. 362–365.

40 *Kahn, T.J./Chambers, H.J.*, Assessing Reoffense Risk With Juvenile Sexual Offenders, *Child Welfare* 19, 1991, S. 333–345.

41 *Schram, D.D./Milloy, C.D./Rowe, W.E.*, Juvenile Sex Offenders: A Follow-Up Study of Reoffensive Behavior, Olympia, WA 1991.

rechtssystem, Schulprobleme, eigener sexueller Missbrauch, soziale Fähigkeiten, Abwertung des Opfers und abweichende sexuelle Erregungsmuster. In diesen Variablen zeigten sich die nicht einschlägig rückfälligen Täter als weniger belastet.

Ebenfalls eine retrospektive Untersuchung, allerdings unter Einbezug einer Kontrollgruppe, wird von *Lab et al.* berichtet⁴². Von insgesamt 155 Jugendlichen hatten 46 an einem durch das Gericht initiierten Gruppenbehandlungsprogramm teilgenommen. Opferempathie, Coping-Stile, Ärgermanagement und sexuelle Störungen waren hauptsächliche Inhalte. Die restlichen 109 Jugendlichen erhielten ein bislang übliches unspezifisches Programm. Eine Zufallszuweisung war nicht möglich, vielmehr befanden sich Hoch-Risiko-Jugendliche v.a. in der Kontrollgruppe. Der follow-up Zeitraum war aufgrund der retrospektiven Messung uneinheitlich und lag etwa zwischen einem und drei Jahren. Es zeigten sich überraschenderweise kaum Unterschiede zwischen der Behandlungs- und der Kontrollgruppe. Während die einschlägige Rückfallrate in der Behandlungsgruppe bei 2,2% lag, betrug sie in der Kontrollgruppe 3,7%. Bezüglich allgemeiner Rückfälligkeit betrug das Verhältnis sogar 24% (Behandlung) zu 18% (Kontrolle). Von den Autoren wird dieses Ergebnis damit begründet, dass entweder beide Programme in der Verhinderung einschlägigen Rückfalls in etwa gleich erfolgreich waren oder aber, dass Sexualdelikte – ähnlich wie andere Formen der Kriminalität – dem Bereich jugendlichen Neugier- oder Probiervhaltens zuzurechnen sind und sich daher die Frage stellt, ob eine (spezifische) Intervention überhaupt notwendig ist. Allerdings muss man hierzu kritisch einwenden, dass die von *Lab et al.* gemessenen Rückfallraten zu den niedrigsten überhaupt gehören und zahlreiche andere Analysen – darunter auch deutsche⁴³ – unabhängig von einer Behandlung zu erheblich höheren Quoten kamen.

Ein weiteres Kontrollgruppendesign beinhaltet die Studie von *Worling und Curwen*, die 148 jugendliche Sexualstraftäter untersuchten⁴⁴. Von diesen nahmen 58 am Behandlungsprogramm teil, das v.a. kognitiv-behavioral und rückfallvermeidend ausgerichtet war und Bestandteile wie z.B. Verantwortlichkeit, sexuelle Einstellungen oder auch Opferempathie enthielt. Inhaltliche Überschneidungen mit dem Multisystemischen Ansatz⁴⁵ waren gegeben. Die restlichen 90 Jugendlichen setzten sich aus Personen zusammen, die nur die Diagnostikphase durchliefen, anderweitig behandelt wurden, die Behandlung verweigerten oder die Behandlung vor 12 Monaten abbrachen. Der follow-up Zeitraum zur Bestimmung des Rückfalls lag zwischen 2 und 10 Jahren (im Mittel 6,2 Jahre). Neben dem Rückfall wurden eine Reihe demographischer und auch psychologischer Variablen anhand von Skalen erhoben, so z.B. das Selbstkonzept, soziale Kompetenz, Depressivität, Feindseligkeit oder auch Sozialisierungserfahrungen. Da sich zwischen den verschiedenen Kontrollgruppen keine Unterschiede ergaben, wurden sie zu einer Gruppe zusammengefasst. Es zeigten sich hinsichtlich des Rückfalls deutliche Unterschiede. Während 5% der behandelten Sexualstraftäter einschlägig rückfällig wurden, waren es in der Kontrollgruppe 18%. Auch bei nichtsexuellen Gewaltdelikten waren die Unterschiede erheblich: Behandlungsgruppe 19%, Kontrollgruppe 32%; Gleiches gilt für Nicht-Gewalt-Delikte (Behandlung 21%, Kontrolle 50%). Selbst unter Berücksichtigung des eher schwachen Kontrollgruppendesigns (keine Randomisierung) deuten die Daten auf einen Erfolg des kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms hin. Als ein besonders aussagekräftiger Prädiktor für den Rückfall erwies sich das sexuelle Interesse an Kindern. Dies hatte sich auch in Untersuchungen

42 *Lab, S.P./Shields, G./Schondel, C.*, Research Note: An Evaluation of Juvenile Sexual Offender Treatment, *Crime & Delinquency* 39/4, 1993, S. 543–553.

43 Siehe Anm. 1.

44 *Worling, J.R./Curwen, T.*, Adolescent Sexual Offender Recidivism: Success of Specialized Treatment and Implications for Risk Prediction, *Child Abuse & Neglect* 24/7, 2000, S. 965–982.

45 Vgl. Anm. 34.

an Erwachsenen als bedeutsam gezeigt⁴⁶. Dagegen spielten Depressionen, Ärger, Selbstwertproblematiken oder auch Schwierigkeiten in der familiären Beziehung keine signifikante Rolle für den Rückfall. Auffallend war jedoch, dass die sexuelle Rückfälligkeit mit geringer anderer selbstberichteter Delinquenz korrelierte, wohingegen bei nicht einschlägigen Rückfalldelikten mehr selbstberichtete Delinquenz festzustellen war. *Worling* und *Curwen* interpretieren dies als möglichen Hinweis darauf, dass bereits sexuell auffällig gewordene Jugendliche, die keine anderen Möglichkeiten haben antisoziales Verhalten „auszuagieren“, ein höheres Risiko zeigen, erneut zum Sexualstraftäter zu werden. Diese These ist im Hinblick auf die Diskussion der Frage, ob Sexualstraftäter eine eigenständige Gruppe – „Spezialisten“ – sind, oder ob Sexualstraftaten nicht nur eine unter zahlreichen anderen von einem Täter begangenen Deliktsformen darstellen bedeutsam, unterstreicht sie doch – anders als die Studie von *Lab et al.*⁴⁷ – die Notwendigkeit einer separaten Betrachtung jugendlicher Sexualstraftäter⁴⁸. Anders als bei erwachsenen Sexualstraftätern fanden *Worling* und *Curwen* keinen Zusammenhang zwischen Rückfall und Alter und Geschlecht des Opfers bzw. der Täter-Opfer-Beziehung. Der nichteinschlägige Rückfall war dagegen mit den aus der Forschung bekannten Faktoren, z.B. sozioökonomische Benachteiligung, geringer Selbstwert, Antisoziale Persönlichkeit, erhöhte Ärgerwerte oder auch aggressives Verhalten, verbunden. Die Autoren kommen daher zum Schluss, dass persistierende jugendliche Sexualstraftäter eine besondere Gruppe darstellen, die sich nicht nur von z.B. Gewaltstraftätern unterscheidet, sondern auch für bestimmte Therapieinhalte eine differentielle Ansprechbarkeit zeigt.

Eine der wenigen Untersuchungen, in denen bei jugendlichen Sexualstraftätern ein vom Delikt abhängiges differentielles Rückfallrisiko berechnet wurde, ist die von *Hagan* und *Cho*⁴⁹. Sie untersuchten 100 Jugendliche, die ein Gruppenprogramm mit Sexualerziehung, allgemeiner Erziehung, Verhaltensmanagement und familientherapeutischen Anteilen absolviert hatten. Der follow-up Zeitraum lag zwischen zwei und fünf Jahren. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Rückfallrate von Vergewaltigern (einschlägig 10%, andere Delikte 54%) und Kindesmisshandlern (einschlägig 8%, andere Delikte 38%). Die Autoren schließen daraus, dass bei erfolgter Therapie die Art des begangenen Sexualdeliktes kein Prädiktor für einen späteren Rückfall sei.

Neben der Betrachtung des möglichen Behandlungserfolges auf die Rückfallraten finden sich auch andere Studien, in denen der Erfolg des Programms anhand sozialer und psychologischer Variablen gemessen wird. *Shapiro et al.* untersuchten den Erfolg eines 18-monatigen stationären kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms an 26 sexuell auffällig gewordenen Jugendlichen⁵⁰. Auch bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine follow-up Studie ohne Kontrollgruppe. Dieser Zeitraum betrug ein Jahr nach Beendigung der Behandlung. Darüber hinaus wurden jedoch auch kontinuierliche Messungen der Kriteriumsvariablen im 18-monatigen Behandlungszeitraum durchgeführt. Es zeigte sich im Laufe der Therapie eine Verbesserung in zahlreichen Bereichen (Selbstbericht, Fremdbewertung durch Lehrer, Fremdbewertung durch Wohnbereichsmitarbeiter, allgemeine Verhaltensprobleme, kognitive Verzerrungen in Bezug auf Sexualdelikte, Zufriedenheit mit der Therapie u.a.). Leider wurden diese Variablen im follow-up Zeitraum nicht nochmals erhoben. Hier liegen nur Informationen zum Rückfall vor. 8%

46 Vgl. *Hanson, R.K./Bussière, M.T.*, Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 1998, S. 348–362.

47 *Lab, S.P./Shields, G./Schondel, C.* (Anm. 42).

48 Vgl. *Elz, J.* (Anm. 1), S. 67 ff.

49 *Hagan, M.P./Cho, M.E.*, A Comparison of Treatment Outcomes Between Adolescent Rapists and Child Sexual Molesters, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 40/2, 1996, S. 113–122.

50 *Shapiro, J.P./Welker, C.J./Pierce, J.L.*, An Evaluation of Residential Treatment for Sexually Aggressive Youths, *Journal of Child Sexual Abuse* 10/1, 2001, S. 1–21.

zeigten erneut sexuelle Auffälligkeiten, wohingegen 27% allgemein aggressiv in Erscheinung traten.

Die bisherigen Darstellungen der Forschungssituation in Nordamerika haben gezeigt, dass insbesondere Einzelstudien vorliegen, die eine Systematik hinsichtlich der differentiellen Wirksamkeit der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter äußerst schwierig machen. Daher ist an dieser Stelle die vom Washington Institute for Public Policy durchgeführte Kosten-Nutzen-Analyse zur Kriminalprävention besonders hervorzuheben⁵¹. In diese umfassende Analyse wurden auch Behandlungsprogramme für jugendliche Sexualstraftäter einbezogen. Die Programme orientierten sich v.a. an kognitiv-behavioralen Behandlungskonzepten und zeigten eine durchschnittliche Effektstärke von $-.12$ (SE $.10$) bezogen auf den Rückfall. Unter Einbezug der Kosten eines möglichen Rückfalls liegt die Kosten-Nutzen-Relation bei einem Nutzen von ca. 23.600 US-Dollar je Teilnehmer am Programm. Dies bedeutet, dass ein investierter US-Dollar etwa 3,38 US-Dollar einspart. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass weitere Forschungen notwendig seien, um dieses Ergebnis abzusichern.

Wie solche künftigen weiteren Forschungskonzepte aussehen könnten, zeigt der Leitfaden des Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention zusammen mit dem Council of Juvenile Correctional Administrators⁵². Hier wird nochmals die Bedeutung von Prozess- und Ergebnisevaluation bei der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter betont – ein Punkt der viel zu oft vergessen wird oder aber erst nach der Implementation eines Programms bedacht wird. Um ein Programm erfolgreich evaluieren zu können, müssen dabei die nachgenannten 17 Kriterien erfüllt sein⁵³:

1. Es muss ein Kontinuum von Programmen vorhanden sein, die den Bedürfnissen jugendlicher Straftäter gerecht werden. Die Bandbreite von intensiven stationären bis zu ambulanten Maßnahmen muss dem Risiko der Täter, den Behandlungsbedürfnissen und begleitenden Problemen gerecht werden.
2. Das Behandlungsprogramm ist klar dokumentiert und den Mitarbeitern angemessen vermittelt worden.
3. Es liegt eine Täters typologie vor, welche die jugendlichen Sexualstraftäter nach klinischen und kriminologischen Merkmalen einordnet.
4. Jeder Täter erhält ein auf theoretischer Basis fundierendes Behandlungsprogramm, einschließlich differentieller Risikoeinschätzung, sozialen und sexuellen Einstellungsmustern und allgemeinen psychologischen Charakteristika.
5. Eine differentielle Klassifikation stellt sicher, dass jeder Täter das für ihn angemessene und sinnvolle Programm erhält.
6. Für jeden Täter wird ein individueller Therapieplan erstellt und schriftlich fixiert, in welchem auch die Zeitpunkte der Kontrollerhebungen und ggf. Programmmodifikationen festgelegt sind.

51 Aos, S./Phipps, P./Barnoski, R./Lieb, R., *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime*, Version 4.0, Olympia, WA 2001.

52 Berenson, D./Underwood, L., *Juvenile Sex Offender Programming: A Resource Guide*, in: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention/Council of Juvenile Correctional Administrators, *Sex offender programming in youth correction and detention facilities*, Washington, DC 2000; www.pbstandards.org/resources.aspx [22.06.2004].

53 Vgl. Berenson, D./Underwood, L. (Anm. 52), S. 31 ff.

7. Die Programmziele werden dokumentiert und gehen mit der Behandlungsphilosophie konform.
8. Es werden Kriterien festgelegt und dokumentiert, die einen erfolgreichen Programmabschluss markieren, die aber auch über individuelle Aussetzung des Programms, Wiedereintritt und Beendigung entscheiden.
9. Die Programmumgebung ist so gestaltet, dass sie vorhandene positive soziale Beziehungen stärkt und ein Klima schafft, das Lernen und Praxis ermöglicht.
10. Aus dem Vollzugs- und Behandlungspersonal werden Funktionseinheiten gebildet, die unter Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten eine kontinuierliche Behandlung ermöglichen und alle Aktivitäten des Jugendlichen berücksichtigen.
11. Es wird ein Verhaltenssystem erstellt und dokumentiert, das positives Verhalten verstärkt und negatives korrigiert.
12. Es wird ein Tagesplan erstellt, der alle relevanten täglichen Verhaltensweisen beinhaltet.
13. Alle Programmkomponenten werden so implementiert, dass sie bei jedem Jugendlichen dazu beitragen, das Gesamtziel des Programms zu erreichen.
14. Übergangs- und Nachbehandlung sind zentrale Komponenten und bauen auf der Zusammenarbeit von Vollzug, Bewährungshilfe, Familie und ambulanten lokalen Einrichtungen auf. Diese Zusammenarbeit beginnt bereits beim Eintritt in das Programm.
15. Es wird ein Trainingsplan entwickelt, der sicherstellt, dass alle Mitarbeiter das Wissen und die Fähigkeit zur Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter haben.
16. Die Täterdokumentation enthält mindestens demographische Daten, die Entwicklung im Strafvollzug und im Behandlungsprogramm sowie Entlassungsdaten.
17. Ständige Programmkontrolle sichert die vorgesehene Umsetzung.

Fasst man die dargestellten Resultate zur Behandlungsevaluation jugendlicher Sexualstraftäter in Nordamerika zusammen, so ist die Situation nicht wesentlich besser als in Deutschland bzw. Kontinentaleuropa. Zwar liegen einige Forschungen vor, nur wenige entsprechen jedoch annähernd methodologischen Standards: Die Stichproben sind oft extrem klein, meist existiert keine Kontrollgruppe, es werden zum Teil nur kurze follow-up Intervalle eingesetzt. Selbst wenn einmal eine Kontrollgruppe vorhanden ist, findet keine randomisierte Zuweisung statt. Angesichts dieser Situation ist *Righthand* und *Welch* zuzustimmen, wenn sie schreiben⁵⁴

“Evaluations of sex offender programs are few and, when conducted, their designs frequently are inadequate. (...) Most outcome studies utilize recidivism rates to assess treatment effectiveness. Yet, low rates of recidivism, short follow-up periods, variability in outcome measures (e.g., arrests or convictions) and other methodological problems limit the usefulness of this approach.”

54 *Righthand, S./Welch, C.*, Youths Who Have Sexually Offended: A Review of the Professional Literature, unveröffentlichtes Manuskript 1999, S. 64.

4 Konzeption einer eigenen Studie

Nachfolgend sollen einige Eckdaten einer eigenen Untersuchung an jugendlichen Sexualstraftätern dargestellt werden, die Bestandteil einer umfassenden Evaluationsstudie an Sexualstraftätern in sozialtherapeutischen Anstalten des Freistaates Sachsen ist⁵⁵. Diese Untersuchung richtet sich zunächst auf Insassen der Justizvollzugsanstalt Zeithain in Sachsen, die hier als Jugendliche oder Heranwachsende nach Jugendstrafrecht wegen Sexualstraftaten untergebracht sind. Eine mögliche Erweiterung ist dabei ins Auge gefasst. Die sozialtherapeutische Abteilung der JVA Zeithain umfasst 37 Plätze, 13 für Sexualstraftäter, 14 für schwere Gewalttäter und eine Nachsorgestation mit 10 Plätzen⁵⁶.

Ziel der Untersuchung ist es, ähnlich wie in der Studie an erwachsenen Sexualstraftätern⁵⁷, Ergebnisse dahingehend zu erlangen, wie die Sozialtherapie ausgestaltet werden soll, um so Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, einen Rückfall der jugendlichen Sexualstraftäter zu vermeiden und damit einer einschlägigen kriminellen Karriere vorzubeugen. Dabei sollen – unter jugendspezifischen Gesichtspunkten – Kriterien einer Legalprognose entwickelt werden und diese möglichst anhand des registrierten Rückfalls auf der Grundlage des Bundeszentralregisters geprüft werden. Der follow-up Zeitraum soll mindestens drei Jahre betragen, darüber hinaus wäre jedoch ein längerfristiger follow-up Zeitrahmen wünschenswert. Was die Entwicklung einer Kontrollgruppe anbelangt, so wird auch in dieser Studie keine randomisierte Zuweisung möglich sein. Als mögliche Kontrollgruppe bieten sich – ähnlich wie in der Untersuchung von *Worling* und *Curwen*⁵⁸ – Therapieverweigerer bzw. -abbrecher oder auch Jugendliche an, die (noch) nicht in die Sozialtherapeutische Anstalt verlegt wurden. Eine solche Vorgehensweise schränkt zwar die Validität der gefundenen Ergebnisse ein, angesichts der allgemein mangelnden Forschungsbefunde in Deutschland zur Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter sollte dies allerdings kein Hinderungsgrund in der Durchführung der Untersuchung darstellen sondern eher intensive statistische Kontrollen verlangen. Darüber hinaus ist vorgesehen allgemein jugendliche Gewalttäter einzubeziehen, um so der Frage nachzugehen, welche spezifischen Sozialisations-, Einstellungs- oder Verhaltensmuster jugendliche Gewalt- von jugendlichen Sexualstraftätern trennen.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Untersuchung werden – retrospektiv – auf die Entstehung des sexuell abweichenden Verhaltens, dessen Bedingungen sowie die Entwicklungs- und Sozialisationsgeschichte des Jugendlichen gerichtet sein. Prospektiv steht die Veränderung kognitiv-behavioraler, emotionaler wie auch sozialer Faktoren während des Behandlungsprozesses und nach der Haftentlassung im Mittelpunkt des Interesses.

Zu Beginn und zum Ende der Behandlung werden die Werte der die jeweiligen Bedingungen und Faktoren repräsentierenden Variablen erhoben. Die Erfassung der entsprechenden Parameter geschieht mittels standardisierter Befragungen sowie strukturierter persönlicher Interviews. Das Rückfallrisiko soll mittels vorliegender einschlägiger Instrumente gemessen werden (z.B.

55 Diese Evaluationsstudie beinhaltet die sozialtherapeutischen Abteilungen für erwachsene Sexualstraftäter der Anstalten Waldheim und Bautzen sowie der Jugendlichen und Heranwachsenden in Zeithain; siehe *Ortmann, R./Albrecht, H.-J./Obergfell-Fuchs, J.*, Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen. Skizze einer Evaluationsstudie, Freiburg 2004.

56 Konzept der Sozialtherapeutischen Abteilung für Jugendliche und Heranwachsende der JVA Zeithain, unveröffentlicht 2002.

57 *Ortmann, R.*, Erwachsene Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen, in: *Ortmann, R./Albrecht, H.-J./Obergfell-Fuchs, J.*, Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen. Skizze einer Evaluationsstudie. Forschung aktuell 21, Freiburg 2004, S. 4–47.

58 *Worling, J.R./Curwen, T.* (Anm. 44).

SVR-20; PCL-R-SV; RRS). Der mögliche Rückfall selbst wird anhand der Bundeszentralregisterauszüge erfasst. Dabei interessiert nicht nur der einschlägige Rückfall, auch allgemeiner Rückfall – insbesondere in Bezug auf Gewaltstraftaten – soll erhoben werden und, wie beim sexuellen Rückfall, entsprechend Kriterien zur möglichen Vorhersage ermittelt werden. Angesichts der geringen Gesamtzahl jugendlicher Sexualstraftäter und auch der raschen psychischen Entwicklung aufgrund des jungen Alters sind häufigere Nachbefragungen vorgesehen – möglichst jährlich –, ähnlich wie bei der o.g. Legalbewährung über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren. Auch hier wird ein längerer follow-up Zeitraum angestrebt. Trotz der kurzen Nachbefragungsintervalle ist durch Wegzug, familiäre Veränderungen u.Ä. mit einem vergleichsweise hohen Ausfall der Jugendlichen über den follow-up Zeitraum zu rechnen, d.h. einer ausgeprägten „experimental mortality“. Möglicherweise können hier gezielte kontinuierliche Maßnahmen die Motivation der Beteiligten erhöhen, auch für die Nachbefragungen über einen längeren Zeitraum zur Verfügung zu stehen.

Aufgrund dieses Problems wird erwogen, die Untersuchung, soweit möglich, auf andere Bundesländer mit derselben Methodik auszudehnen. Ziel ist dabei kein spezifischer Bundesländer- oder Anstaltenvergleich sondern vielmehr eine Herausarbeitung wirksamer Faktoren der Sozialtherapie über die einzelnen Sozialtherapeutischen Anstalten hinweg.

Von Bedeutung für die Evaluation der Behandlung ist das in der Einrichtung durchgeführte Therapiemodell, da insbesondere die Variablen einer Veränderung unterliegen sollten, die Ziel der therapeutischen Intervention sind. Veränderungen über dieses Treatment hinaus sind Methodenschwankungen oder auch natürlichen Reifungsprozessen zuzurechnen. Im Sinne der oben dargestellten Programmkriterien als Voraussetzungen für eine Evaluation⁵⁹ liegt für die Anstalt Zeithain ein laboriertes, schriftlich fixiertes Konzept vor, das für jugendliche Sexualstraftäter einen Behandlungszeitraum von mindestens acht Monaten umfasst, in der Regel jedoch durch die häufig geringen Strafzeiten begrenzt ist⁶⁰. Auch für schwere Gewaltstraftäter liegt ein Behandlungskonzept vor. Die Behandlungsdauer erstreckt sich hier jedoch bis zu maximal 36 Monaten. Das Grundkonzept der Behandlung beinhaltet sechs übergeordnete Bausteine:

- die Soziotherapie zur Förderung angemessener Kommunikation, der Einhaltung sozialer Regeln, der Wahrnehmung aktueller Bedürfnislagen, der Berücksichtigung möglicher lang- und mittelfristiger Handlungsfolgen und die selbständige Strukturierung des Lebensumfeldes;
- die Psychotherapie, durchgeführt als kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapie sowie Kunsttherapie als gesondertes Angebot;
- Sozialpädagogik, deren Aufgabe es ist, soziale Fähigkeiten der Jugendlichen zu entwickeln, zu fördern und erprobend zu begleiten;
- Bildung und Ausbildung als protektive Faktoren für die berufliche Eingliederung nach der Entlassung;
- Ergotherapie zur Förderung von Basiskompetenzen sowie
- Freizeitarbeit zur Ausbildung eines strukturierten Freizeitverhaltens.

59 Vgl. die Kriterienliste von *Berenson, D./Underwood, L.* (Anm. 52).

60 Konzept zur Einrichtung einer Sozialtherapeutischen Abteilung für Jugendliche und Heranwachsende in der Justizvollzugsanstalt Zeithain, unveröffentlichtes Arbeitspapier 1999; in Verbindung mit Konzept der Sozialtherapeutischen Abteilung für Jugendliche und Heranwachsende der JVA Zeithain, unveröffentlicht 2002.

Dieser modulare Aufbau sowie eine innerhalb des Programms vorgesehene intensive Diagnostik erleichtern die Begleitforschung erheblich und erlauben es, diesen Ansatz von denen anderer noch einzubeziehender Anstalten abzugrenzen, um so letztendlich differenzierte Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit einzelner Programmteile machen zu können.

In der Therapie jugendlicher Sexualstraftäter orientiert sich der in Zeithain verwendete Ansatz u.a. an dem im Rahmen einer Arbeitsgruppe des niedersächsischen Justizministeriums entwickelten „Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)“⁶¹. Dieses kognitiv-behavioral strukturierte Programm setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Der deliktunspezifische Teil beinhaltet die Module Gesprächsverhalten, Selbst- und Fremdwahrnehmungen, Rückmeldungen geben und empfangen, Stressmanagement, Wahrnehmung von Gefühlen, moralisches Handeln und Empathie, Kontakt- und Kommunikationstraining, Geschlechtsrollenstereotypen, Suchtmittelkontrolle und menschliches Sexualverhalten. Ziel ist es hierbei, generell Defizite zu beheben. Der zweite, deliktunspezifische Teil setzt an den Handlungsphasen an, die dem Sexualdelikt vorangingen: die persönliche Lebensgeschichte, kognitive Verzerrungen, Stufen der Begehung von Sexualstraftaten, scheinbar belanglose Entscheidungen, Risikosituationen, das Problem der unmittelbaren Befriedigung, die Kontrolle sexueller Phantasien, Ablauf der Straftat (Deliktsszenario), Opferempathie und Rückfallprävention.

Dieses Behandlungskonzept beinhaltet eine Fülle verschiedener Zielvariablen. Dabei wird es die Aufgabe im vorliegenden Forschungsprojekt sein, deren mögliche Bedeutung für den Rückfall zu analysieren und theoretisch wie empirisch zu begründen.

5 Fazit

Die Darstellungen haben gezeigt, dass insbesondere im deutschsprachigen Raum noch erhebliche Defizite hinsichtlich einer Evaluation von Behandlungsmaßnahmen bei jugendlichen Sexualstraftätern bestehen. Zwar liegen – wie gezeigt – seit vielen Jahren fundierte Überlegungen zur Ausgestaltung therapeutischer Interventionen vor, und es werden vielerorts auch entsprechende Behandlungsmaßnahmen durchgeführt. Eine kontinuierliche Begleitforschung oder gar Evaluation ist – wie auch in anderen Bereichen des Umgangs mit kriminellem Verhalten⁶² – aber nur sehr spärlich vorhanden. Dies ist umso bedauerlicher, als z.B. auch in deutschsprachigen Analysen schulenübergreifende Wirkmechanismen und Gemeinsamkeiten bei der Therapie junger Sexualstraftäter herausgearbeitet worden sind, die sich in Evaluationen bewähren könnten⁶³. So ist z.B. die geringe Freiwilligkeit zur Therapieaufnahme gerade bei Jugendlichen wegen ihres entwicklungsbedingten Strebens nach Autonomie, möglichen Persönlichkeitsstörungen – insbesondere Abhängigkeitsstörungen – oder auch aufgrund mangelnden Leidensdrucks durch verzerrte Kognitionen und Bagatellisierungen ein erhebliches Problem. Daher muss ein gewisser äußerer Druck bestehen, um den Jugendlichen zu einer Auseinandersetzung mit den getroffenen Maßnahmen und damit zu einer kognitiv-emotionalen Weiterentwicklung zu forcieren. Dabei gelten delikthomogene Gruppenbehandlungen als besonders vielversprechend, da sie

61 Vgl. hierzu ausführlich *Wischka, B./Foppe, E./Gripenburg, P./Nuhn-Naber, C./Rehder, U.*, Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im niedersächsischen Justizvollzug, in: Rehn, G./Wischka, B./Lösel, F./Walter, M. (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“*. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse, Herbolzheim 2001, S. 193–205; *Nuhn-Naber, C./Rehder, U./Wischka, B.*, Behandlung von Sexualstraftätern mit kognitiv behavioralen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen, *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 85/4, 2002, S. 271–281; *Rehder, U.*, Vorüberlegungen zu einem Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter, in: Osterheider, M. (Hrsg.), *Forensik 2003. Krank und/oder kriminell?* 18. Eickelborner Fachtagung, Dortmund 2004, S. 60–73.

62 *Obergfell-Fuchs, J.*, Wirkung und Effizienz Kommunaler Kriminalprävention, Vortrag anlässlich des 9. Deutschen Präventionstags, Stuttgart, 18.05.2004.

63 Siehe *Elz, J.* (Anm. 1), S. 110 ff.

dem Jugendlichen ermöglichen, soziale Kompetenz zu erwerben, einen gegenseitigen Austauschprozess je nach Phase der therapeutischen Entwicklung schaffen, durch die offene Thematisierung die Verantwortungsübernahme fördern und emotionale Unterstützung in einer offenen Atmosphäre bieten. Als besonders wichtig hat sich der Einbezug der Eltern herausgestellt, aus deren Haltung der Jugendliche Motivation zur Aufnahme und Beibehaltung der Therapie schöpfen kann, andererseits auch hier eine Quelle der Demotivation finden kann. Dies deutet – wie auch schon die oben skizzierten internationalen Untersuchungen zeigten – auf das Besondere des Multisystemischen Ansatzes in der Behandlung hin. Nicht der Täter allein steht im Mittelpunkt der Intervention, auch seine sozialen Bezüge werden auf den Prüfstand gestellt und einer möglichen Modifikation unterzogen.

Aber nicht nur die deutsche Forschungslandschaft im Hinblick auf jugendliche Sexualstraftäter ist unbefriedigend, auch eine realistische Betrachtung der internationalen Situation führt zu dem Ergebnis, dass Untersuchungen, welche den Erfolg eines Treatments belegen könnten, bislang äußerst spärlich sind. Ein zentrales Problem ist dabei der Mangel an Kontrollgruppen. Dies mag einerseits mit der geringen Zahl jugendlicher Sexualstraftäter überhaupt zusammenhängen, die es schwierig macht, adäquate Kontrollgruppen aufzustellen, andererseits wird vielfach gerade die methodisch wichtige Zufallszuweisung zu Treatment- und Kontrollgruppe angesichts der zu unterstellenden Gefährlichkeit der Sexualstraftäter für die Öffentlichkeit ethisch als bedenklich angesehen⁶⁴.

Auf dieser Grundlage ist eine Diskussion hinsichtlich einer möglichen Übertragbarkeit internationaler Forschungsergebnisse auf die Situation in Deutschland nahezu obsolet. Es ist sicherlich so, dass Unterschiede in der Art der eingesetzten Therapiemethode, im institutionellen Setting der Therapie oder im kulturellen und sozialen Makrosystem, in welches die Behandlung eingebettet ist, eine einfache Übertragung deutlich erschwert. Da aber – wie bereits dargestellt – auch die internationale Forschungssituation unbefriedigend ist, ergibt sich um so mehr die Notwendigkeit eigener Evaluationsforschungen. Dies sollte daher nicht nur als Aufgabe sondern auch als Chance gesehen werden, einerseits in der internationalen Forschungslandschaft eigene Maßstäbe zu setzen und andererseits aber auch der berechtigten Forderung von Öffentlichkeit und Politik nachzukommen, möglichst effiziente Behandlungsformen zu etablieren. Dabei geht es nicht nur um die möglichst wirkungsvollste Investition von Finanzmitteln, sondern auch um die Gewährleistung einer größtmöglichen Sicherheit potentieller Opfer und einem fördernden, rückfallverhindernden und letztlich reintegrierenden Umgang mit dem Straftäter.

Ein Problem bisheriger Evaluationen – nicht nur bei jugendlichen, sondern auch bei erwachsenen Sexualstraftätern – ist, dass der Variablen „Rückfall“ oftmals ein einzig entscheidender Stellenwert beigemessen wird⁶⁵. Zwar ist es gerade im Hinblick auf die kriminalpolitische Durchsetzung der Behandlung von (jugendlichen) Sexualstraftätern wichtig, deren Effekte auf eine mögliche erneute einschlägige Straffälligkeit deutlich zu machen, d.h. den präventiven Nutzen von Therapie statt Verwahrung herauszustellen, andererseits basieren alle der o.g. Behandlungsansätze und -programme auf der Veränderung personaler psychologischer sowie sozialer Umgebungsvariablen, von denen begründet angenommen wird, dass sie einen Einfluss auf die weitere Legalbiographie haben. Was läge also näher als eine Fokussierung auf die Messung eben solcher Variablen. Wie oben jedoch skizziert wurde, sind es nur wenige Studien, die solche psychologischen Parameter in das Zentrum ihrer Untersuchung stellen. Zudem birgt die

64 Vgl. zu diesem Problem *Becker, J.V.*, What We Know About the Characteristics and Treatment of Adolescents Who Have Committed Sexual Offenses, *Child Maltreatment* 3/4, 1998, S. 317–329.

65 Vgl. hierzu auch *Marshall, W.L./Pithers, W.D.*, A Reconsideration of Treatment Outcome with Sex Offenders, *Criminal Justice and Behavior* 21/1, 1994, S. 10–27.

Konzentration auf die Rückfallvariable das Problem, dass – insbesondere bei Betrachtung des registrierten Rückfalls – das Dunkelfeld nicht berücksichtigt wird, d.h. möglicherweise sehr viel mehr Täter rückfällig werden als dies die polizeilichen und justiziellen Informationsquellen ergeben. Darüber hinaus ist nicht auszuschließen, dass Straftäter das Land verlassen und in anderen Ländern entsprechend einschlägige Taten begehen. Dies gilt insbesondere für die oben genannten amerikanischen Studien, in denen oftmals nur die Registrierungen innerhalb eines Bundesstaates oder auch nur einer Region ausgewertet wurden⁶⁶. Auch in einem Europa der offenen Grenzen, der Notwendigkeit steigender Mobilität der Bürger kann – wenn auch aufgrund der Sprachbarrieren und der kulturellen Unterschiede nicht in dem Maße wie in den USA – ein solches Argument einen gewichtigen Einflussfaktor darstellen. Auch der Einwand, dass die psychologischen Parameter einen direkten auf die Rückfälligkeit haben und man damit auch gleich – wie bisher – den Rückfall messen kann, kann nicht überzeugen. Es wäre zu einfach zu sagen, dass ausschließlich diese im Rahmen einer Behandlung veränderbaren Variablen einen Einfluss auf die Rückfälligkeit haben. Auch hier hat man es mit korrelativen Zusammenhängen zu tun. Neben diesen Faktoren gibt es eine Fülle weiterer (z.B. reale Chancen nach der Haftentlassung), die sich einer direkten Intervention durch die Therapie entziehen. Wird nun ein Täter aufgrund dieser letztgenannten Faktoren erneut rückfällig, so kann man nicht vom Misserfolg der Therapie sprechen. Die oben beschriebene eigene Untersuchung in Sachsen wird diesem Umstand Rechnung tragen und insbesondere die Veränderung relevanter kognitiver, emotionaler und behavioraler Parameter in den Mittelpunkt stellen.

Eingangs war auch die Frage gestellt worden, inwieweit man von einer differentiellen Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei jugendlichen Sexualstraftätern sprechen kann. Angesichts der nur wenigen vorliegenden gesicherten Befunde ist dies jedoch kaum zu beantworten. So vertritt z.B. *Weinrott*, ebenso wie *Chaffin* und *Bonner* die Ansicht, dass es nicht möglich ist zu sagen, die eine Behandlung sei besser als die andere, wenngleich sich das Multisystemische Behandlungskonzept gegenüber anderen Formen als tendenziell überlegen herausgestellt hat⁶⁷. Es stellt sich derzeit noch viel mehr die Frage, inwieweit ein spezifisches Behandlungsprogramm für jugendliche Sexualstraftäter überhaupt notwendig ist, oder ob nicht vielmehr allgemeine Prinzipien im Umgang mit jugendlichen Straftätern bzw. vorhandene elaborierte Behandlungskonzepte an erwachsenen Sexualstraftätern auch auf diese Gruppe übertragen werden können. Dies hätte den Vorteil, dass man auf gesicherte Erkenntnisse aus umfangreichen Meta-Analysen zurückgreifen könnte⁶⁸. Während solche Überlegungen einer unspezifischen Behandlung z.B. durch die Befunde von *Lab et al.* gestützt werden⁶⁹, konnten andere Studien zeigen, dass ein spezifisches Treatment zu deutlich besseren Erfolgen, auch hinsichtlich der Rückfallraten führt⁷⁰. Letztendlich muss jedoch angesichts der zu geringen Forschungsliteratur auch diese

66 *Worling, J.R./Curwen, T.* (Anm. 44).

67 *Weinrott, M.R.* (Anm. 30); *Chaffin, M./Bonner, B.*, "Don't shoot, we're your children": Have We Gone too Far in our Response to Adolescent Sexual Abusers and Children With Sexual Behavior Problems?, *Child Maltreatment* 3/4, 1998, S. 314–316.

68 So legten z.B. *Lipsey* und *Wilson* eine Meta-Analyse basierend auf 200 Studien zur Wirksamkeit von Interventionen bei schweren jugendlichen Straftätern vor; *Lipsey, M.W./Wilson, D.B.*, Effective Intervention for Serious Juvenile Offenders, in: *Loeber, R./Farrington, D.P.* (eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders*, Thousand Oaks, CA 1998, S. 313–345; sowie eine ähnliche Analyse an mehr als 400 Studien zu den Effekten von Behandlungsprogrammen auf jugendliche Straftäter; *Lipsey, M.W.*, Can Rehabilitative Programs Reduce the Recidivism of Juvenile Offenders? An Inquiry into the Effectiveness of Practical Programs, *The Virginia Journal of Social Policy & the Law* 6/3 (1999), S. 611–641. Auch für die Behandlung erwachsener Sexualstraftäter sind entsprechende Analysen vorhanden; z.B. *Nagayama Hall, G.C.*, Sexual Offender Recidivism Revisited: A Meta-Analysis of Recent Treatment Studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63/5, 1995, S. 802–809; *Hanson, R.K./Bussière, M.T.* (Anm. 46).

69 *Lab, S./Shields, G./Schondel, C.* (Anm. 42).

70 *Kimball, L.M./Guarino-Ghezzi, S.*, Sex Offender Treatment: An Assessment of Sex Offender Treatment Within the Massachusetts Department of Youth Services, *Juvenile Justice Series Report*, No. 10, Boston, MA 1996.

Frage (noch) offen bleiben. Die Erörterung dieser Frage hat jedoch nicht nur praktische Konsequenzen für die Ausgestaltung der Behandlung, sondern auch Rückwirkungen auf die theoretische Diskussion der Genese von Sexualstraftaten: Sind es im Sinne einer „General Theory of Crime“⁷¹ unspezifische Aspekte, die zur Sexualstraftat führen, oder lassen sich vielmehr hoch spezifische Ursachen und Faktoren herausarbeiten, die dann entsprechender Intervention unterzogen werden können? Künftige Forschungen werden auch diese Theoriediskussion zu berücksichtigen haben.

Verf.: Joachim Obergfell-Fuchs, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Günterstalstraße 73, D-79100 Freiburg

71 *Gottfredson, M.R./Hirschi, T., A General Theory of Crime, Stanford, CA 1990.*