

Behandlungsmöglichkeiten für Sexualstraftäter

■ Günter Hinrichs

Neben Strafverschärfungen und der Sicherungsverwahrung soll Sexualstraftaten künftig durch einen Ausbau des Behandlungsvollzugs entgegen gewirkt werden. Günter Hinrichs gibt einen Einblick in Aufgaben und Perspektiven der Sexualtätertherapie. Zunächst werden relevante Aspekte der Sexualdelinquenz herausgestellt, dann folgen Ausführungen zu Person und Begriff des Sexualstraftäters und Behandlungsschwerpunkten. Dazu werden speziell psychotherapeutische Verfahren ausführlicher dargestellt und ihre Wirksamkeit im Rahmen von Evaluation beleuchtet. Über die Erörterung von Rahmenbedingungen und Versorgungsaspekten entwickeln sich weiterführende Perspektiven.

Vor einer juristischen Bewertung ist Sexualdelinquenz zunächst Ausdruck einer gestörten sozialen Bedeutung von Sexualität. Beier hat dafür den Begriff der »Dissexualität« als eines »sich im Sexuellen ausdrückenden Sozialversagens« vorgeschlagen (Beier et al. 2001). Entsprechend finden sich bei sexuellen Übergriffen auf der Täterseite fast nie ausschließlich Auffälligkeiten im sexuellen Verhalten, sondern auch Störungen der sozialen Integrationsfähigkeit, Probleme auf der Ebene des Selbstkonzeptes sowie der Kontaktfähigkeit, zusätzlich Defizite in sozialen Fertigkeiten. Alle diese Anteile können ein Ausmaß annehmen, dass von einer umschriebenen psychischen Störung auszugehen ist.

»Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung« (13. Abschnitt des StGB) zeigen kriminologisch bekannterweise ein unterschiedliches Profil: so können sexueller Missbrauch als prototypisches Delikt gegen die sexuelle Selbstbestimmung, Vergewaltigung als ein Gewaltdelikt und Verbreitung von Pornographie als ein »Wirtschaftsdelikt« angesehen werden. Weitere Sexualstraftaten (also solche mit sexuellem Motivzusammenhang wie etwa bestimmte Diebstähle oder sog. Sexualmorde) sind in dem erwähnten Abschnitt gar nicht untergebracht und somit schwer identifizierbar (Prittitz in Fegert, Häfslar 2000).

Das starke Interesse von Öffentlichkeit und Medien an Sexualdelikten konzentriert sich auf einen sehr geringen Anteil an der Gesamtkriminalität von etwa 1 %. Und auch aus der relativ gleichbleibenden Entwicklung der Sexualdelinquenz innerhalb der letzten 15 Jahre (siehe auch *Habenicht* in diesem Heft) lässt sich kein dringender zusätzlicher Handlungsbedarf ableiten – ohne damit das Phänomen verharmlosen zu wollen. Wenngleich für weite Kreise der Öffentlichkeit die Entität des Begriffes »Sexualstraftäter« (im Sinne einer monotonen Delinquenz) evident erscheint, handelt es sich dabei überwiegend um Männer, die im Rahmen ihres kriminellen Verhaltens auch Sexualstraftaten begehen: In nicht einmal der Hälfte von Rückfällen gestalten sich diese einschlägig, verurteilte Vergewaltiger z.B. sind in ihren Vorstrafen nur knapp zu einem Drittel einschlägig belastet. Und mit einer ein-

schlägigen Rückfallquote von knapp 20 % liegen Sexualstraftäter unterhalb der Quote für die Gesamtgruppe der Straftäter. Allerdings ist hier besonders das Dunkelfeld zu berücksichtigen.

Über die reale Situation zur Sexualdelinquenz scheint die Bevölkerung schlecht informiert zu sein. So überschätzten 66 % der BundesbürgerInnen nach einer repräsentativen Allensbach-Umfrage 1997 das reale Vorkommen sexuellen Missbrauchs von Kindern erheblich. Ein Jahr später wurden Sexualstraftäter in der öffentlichen Meinung (wohl im Gefolge der veröffentlichten Meinung) recht akzentuiert beurteilt: Nach einer Pro Sieben/forsa-Umfrage glaubten 60 % nicht daran, dass Sexualtäter überhaupt therapiefähig seien und 49 % befürworteten eine Zwangskastration. Allerdings scheint – wenngleich derzeit Sicherheitsdenken und Punitivität vorherrschen dürften – der Begriff der Behandlung durchaus ambivalent besetzt zu sein: Zur Rückfallverhinderung erscheint sie hilfreich, wird sogar eingefordert, andererseits schwäche sie das Strafrecht, stelle eine unangemessene Vergünstigung für den Täter dar und sei mit Sicherheitsrisiken für die Allgemeinheit verbunden.

Auch wenn es somit zweifelsfrei Dramatisierungen hinsichtlich der Sexualdelinquenz gibt, sollte dieses Phänomen nicht einer Bagatellisierung Vorschub leisten. Das Ausmaß körperlicher und sexueller Gewalt z.B. gegen Frauen und Kinder sowie eine grenzüberschreitende Sexualisierung sind besorgniserregend. Gerade diese Verbindung dürfte aus weitreichenden gesellschaftlichen Verdrängungs- und Projektionsprozessen zu erklären sein (Deegener 1998).

Das wechselhafte Verhältnis von Sanktionsformen und Täterbehandlung lässt sich in kürzester Form wie folgt darstellen: nur Strafe, Therapie statt Strafe, Therapie und Strafe. Auch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.1.1998 umfasst neben einer Strafverschärfung weitergehende therapeutische Möglichkeiten.

In Bezug auf Sexualstraftaten Jugendlicher werden immer wieder zwei Besonderheiten genannt: Zum einen stellt sich nach eingetretener psychosexueller Reife die Integration dieses Bereiches in die Gesamtpersönlichkeit als neue Entwicklungsauf-

gabe, zum anderen existieren diesbezüglich noch keine Erfahrungen. Offenbar geht damit allgemein kein Anstieg entsprechender Straftaten einher, jedoch sind die Besonderheiten qualitativ und in der Einzelfallbetrachtung zu berücksichtigen.

Person und Begriff des Sexualstraftäters

Sexualstraftäter ist ein juristischer Sammelbegriff, der Personen mit sehr heterogener Persönlichkeitsstruktur, ggf. Psychopathologie und entsprechend unterschiedlicher Gefährlichkeitsprognose zusammenfasst (Baurmann 1991).

Eine erste, am Delikt orientierte einfache Unterscheidung trennt Täter mit und ohne körperlichen Kontakt zum Opfer, sog. *Hands-off- und Hands-on-Delikte*. Neben dem Schädigungspotenzial sowie dem Risiko fortbestehender Traumatisierung für das Opfer ergeben sich daraus auch Hinweise auf charakteristische psychische Begleitstörungen beim Täter bis hin zur Dringlichkeit effektiver Behandlungsmöglichkeiten. Exhibitionistischen Handlungen – als prototypische Hands-off-Form – liegt eine spezifische sexuelle Devianz oder Paraphilie zugrunde, sie stellt i.d.R. eine Indikation zur Sexualtherapie dar, die Rückfallwahrscheinlichkeit ist beträchtlich. Hier besteht also zwischen Phänomenologie der Straftat, korrespondierender psychischer Auffälligkeit und Therapie-Indikation sowie Prognose ein stringenter Zusammenhang.

Hinsichtlich der Hands-on-Taten findet man eine erste am Delikt orientierte Typologisierung in »Missbrauchstäter« und »Vergewaltiger«. In Bezug auf eine damit verbundene Unterscheidung durch psychologische Merkmale wird man eher enttäuscht: Nur ein Drittel der Männer, die wegen sexuellen Kindesmissbrauchs auffällig wurden, präferiert pädophile Reize. Bei diesen erscheint eine Einteilung in Haupt- und Nebenströmung sinnvoll, zusätzlich die Angabe der sexuellen Orientierung (hetero- und homopädophil). Liegt keine entsprechende Paraphilie vor, spricht man von sexuellen »Ersatzhandlungen«, die oft von sexuell unerfahrenen Jugendlichen, dissozialen oder intelligenzgeminderten Tätern begangen werden (Beier et al. 2001). Da paraphile Anteile oft nicht mitgeteilt werden, ist auf charakteristische Begleitmerkmale (soziale Angst, Konfliktvermeidung und dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit) zu achten.

Die Mehrheit der Vergewaltiger wird auch durch Stimuli einer einwilligenden Partnerin erregt, eine umschriebene Paraphilie ist hier wie im Besonderen eine sexuell-sadistische Präferenz selten. Häufiger finden sich in dieser Gruppe sog. Impuls-Kontrollstörungen, die generell mit höherer Alltagsimpulsivität einhergehen, die sich in unterschiedlichen Bereichen manifestiert. Eine Komorbidität besteht zum Alkoholmissbrauch. Aus der Dunkelfeldforschung ist bekannt, dass auch nicht strafrechtlich verfolgte Männer, die Vergewaltigungen einräumen, in ähnlicher Weise erhebliche Impulskontrollstörungen aufweisen. In diesen Zusammenhang ist

sicher auch der aktuelle Befund einzuordnen, dass die hyperkinetische Störung (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung) als Risikofaktor für Delinquenz, speziell auch Sexualstraftaten, anzusehen ist.

Ein vergleichsweise großer Anteil von Sexualstraftätern weist Persönlichkeitsstörungen auf, analog zu anderen Delinquenzformen, insbesondere der Gewaltkriminalität. Und die zahlreichen diagnostischen Einordnungen und Klassifikationen bieten in unterschiedlicher Form Differenzierungen und Anknüpfungspunkte für die Durchführung von Behandlungen (Knight, Prentky 1990; Rehder in Rehn et al. 2001). Mitunter werden die Grundlagen dafür auch schon im Rahmen der Begutachtung geschaffen. Speziell gibt es *interaktionistische Ansätze* (Lübke-Westermann 1995) mit entsprechender Therapiebezogenheit. Dass Sexualstraftäter im Laufe der Entwicklung als therapiebedürftig angesehen wurden, hängt im Wesentlichen auch damit zusammen, dass gerade bei aggressiven Straftaten der Anteil sexueller Handlungen als sekundär, derjenige der Gewaltanwendung bzw. die Bemächtigungsperspektive gegenüber dem Opfer auf Grund einer persönlichen, lebensgeschichtlichen Problemkonstellation beim Täter primär gesehen wurden. Daraus leiten sich entsprechende Behandlungsformen ab.

Zurückhaltung bezüglich Therapie besteht wie bereits erwähnt nicht nur bei Laien, sondern auch bei Fachkollegen, so sieht Beier (1995) den Sexualtäter als Objekt von Betreuungs- und Behandlungsbemühungen offensichtlich in Hochkonjunktur, sein abschließendes Plädoyer: »Do less! Die in Haftanstalten einsitzenden Sexualtäter bedürfen vor allem sozialer Hilfen« (ebd., S. 343) tritt auch einer Psychologisierung und Therapeutisierung entgegen.

Die Frage, in welchem Umfang überhaupt psychische Störungen bei Sexualdelinquenten vorliegen, lässt sich bis dato lediglich abschätzen. Dazu ist zum einen zu berücksichtigen, dass die meisten Untersuchungen in Institutionen durchgeführt wurden, womit eine Selektion, schon durch den Schweregrad der Tat, verbunden ist. Zum anderen orientieren sich Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Störungen meist an sog. Klassifikationssystemen, die sehr heterogene Gruppen umfassen, und durch kategoriale Zuordnung ist auch bei weitreichender Operationalisierung noch ein erheblicher Ermessensspielraum vorhanden. Das gilt insbesondere für die bereits erwähnten Persönlichkeitsstörungen.

Behandlungsschwerpunkte

Nach Beier et al. (2001) lassen sich folgende Interventionen beschreiben, die einzeln oder in Kombination, ggf. abgestuft, zur Anwendung kommen:

1. Sexualpädagogische Begleitung

Diese supportive Behandlungsmaßnahme bietet sich in erster Linie dann an, wenn das Sexualdelikt in Zusammenhang mit einer adoles-

zenten Reifungskrise steht. Aber auch bei nicht wenigen Erwachsenen kommt eine Korrektur von Fehlvorstellungen über Sexualität und Partnerschaft über diesen Weg in Frage, um die soziosexuelle Kompetenz zu stärken.

2. Sozial-stützende Schwerpunkte

V.a. bei intelligenzgeminderten Tätern zielen derartige Maßnahmen darauf ab, einer sozialen Desintegration entgegen zu wirken, oft bietet sich eine Kombination mit sexualpädagogischer Unterstützung an.

3. Psychotherapie

In erster Linie kommen psychoanalytisch orientierte sowie zunehmend verhaltenstherapeutische/kognitiv-behaviorale Verfahren zur Anwendung (s. weiter u.).

»Psychotherapie gilt schon seit längerem als eine Form der Behandlung von Sexualstraftätern, ja es liegen bis dato zu keiner anderen Deliktform diesbezüglich mehr Erfahrungen vor. Man sollte sich aber vergegenwärtigen, dass sie in der Regel lediglich einen Baustein innerhalb der Gesamtbehandlung darstellt«

4. Sexualtherapie

Diese Behandlungsform wird bei sexuellen Funktionsstörungen durchgeführt. Besonders hier strebt man die Einbeziehung der Partnerin im Sinne einer Paartherapie an.

5. Somatische Therapie/Pharmakotherapie

Bei Hypersexualität und/oder zwanghafter Fixierung auf bestimmte Inhalte kann eine Indikation für Antandrogene bestehen. Sog. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), ursprünglich als Antidepressiva bekannt geworden, können auf Grund ihrer affektregulierenden Wirkung in Betracht gezogen werden, die bisherigen Erfahrungen gelten als ermutigend.

Speziell für aggressive Sexualstraftäter gab Marwinski (1998) eine Übersicht zu Therapiezielen und dazugehörigen Behandlungsmethoden:

a) Förderung der sozialen Kompetenz

Dafür kommen Trainings der sozialen Fertigkeiten, der Kommunikation und der Selbstbehauptung, auch systematische Desensibilisierung in Frage.

b) Förderung der Selbstverantwortung und Opferempathie

Neben Empathietraining und Deliktbearbeitung (insbesondere in Hinblick auf die Folgen der Tat für das Opfer) ist die Bearbeitung eigener Opfererfahrungen in Kindheit und Jugend

und Verbesserung der Wahrnehmung eigener Emotionen zu nennen.

c) Bearbeitung der Aggressionsproblematik

Hier ist primär das Anti-Aggressivitäts-Training zu nennen, ferner Stressmanagement und Selbstkontrollverfahren im Rahmen des sog. Relapse-Prevention-Ansatzes.

d) Bearbeitung kognitiver Verzerrungen und Einstellungen

Mittel der Wahl ist die kognitive Umstrukturierung, ggf. ergänzt durch Psychodrama, Rollenspiele oder auch Einsatz von Videomaterial.

e) Veränderung devianter sexueller Erregungsmuster und sexueller Phantasien

Im angloamerikanischen Raum, in Deutschland allerdings kaum in der Anwendung, gibt es Erfahrungen mit aversiven Konditionierungstechniken, Masturbationsübungen wie orgasmische Rekonditionierung. Auf die Pharmakotherapie wurde bereits hingewiesen.

f) Bearbeitung generellen antisozialen Verhaltens/ Life-Style-Impulsivität

Hier sind Trainings sozialer Fertigkeiten zu nennen, Selbstkontroll- und Stressmanagements sowie in Einzelfällen Pharmakotherapie (SSRI).

Die Aufstellung gibt einen umfassenden Überblick, hilft bei der Differentialdiagnostik und gewährleistet eine störungsspezifische Therapie, indem sie für einzelne Bereiche besondere Interventionen bereithält.

Speziell: Psychotherapeutische Verfahren

Psychotherapie gilt schon seit längerem als eine Form der Behandlung von Sexualstraftätern, ja es liegen bis dato zu keiner anderen Deliktform diesbezüglich mehr Erfahrungen vor. Man sollte sich aber vergegenwärtigen, dass sie in der Regel lediglich einen Baustein innerhalb der Gesamtbehandlung darstellt. Erfahrungen liegen vor aus dem Maßregelvollzug (Elsner sowie Eucker und Müller-Isberner in Hoyer, Kunst 2001), dem Strafvollzug einschließlich Sozialtherapie (Perkins 1987, Wiederholt 1989, Wischka et al. in Rehn et al. 2001) bedingt, aus Kliniken und freien Praxen oder Beratungsstellen vielfältig.

Grundsätzlich geht schulenübergreifend jede Form der Psychotherapie mit Sexualstraftätern davon aus, dass bei ihnen eine psychische oder Persönlichkeitsstörung in Verbindung mit dem straffälligen Verhalten vorliegt, das ggf. Symptomcharakter aufweist. Daraus leiten sich die beiden Ziele ab: störungsspezifische Intervention und (sekundär) Legalprognose, wobei wiederum deutlich wird, dass Psychotherapie nur ein Baustein bzw. Anteil sein kann zur Förderung straffreien Verhaltens. Übereinstimmend wird die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung herausgestellt.

Ohne die große Anzahl verschiedener Behandlungsformen im Einzelnen nennen zu wollen, seien nachfolgend einige Beiträge mit ihren jeweiligen Schwerpunktsetzungen genannt.

In einer bekannten Arbeit von *Schorsch et al.* (1985), wird im Rahmen der Sexualdelinquenz dem Symptom eine besondere Bedeutung zugeschrieben, sein Verstehen sozusagen als Schlüssel für eine erfolgversprechende Arbeit mit dem Patienten betrachtet. Auch lässt sich das therapeutische Vorgehen als heuristischer Prozess betrachten mit zwar thematischen Schwerpunkten, jedoch weitgehender Flexibilität in ihrer Erarbeitung. Psychoanalytische Konzepte finden sich aber auch in der intramuralen Behandlung (*van Marle* 1994), in der Regel wird von einer längeren und intensiveren Arbeit ausgegangen, zum Teil die therapeutische Abstinenz modifiziert, wie es beispielhaft in den Arbeiten von *Rauchfleisch* (1985) deutlich wird, der durchaus eine Lebenshilfe in die behandlerische Arbeit mit einbezieht.

Eine speziell für die Behandlung wegen sexuellen Missbrauchs überführter Täter konzipierte Arbeit präsentierte *Bullens* (1994), sie orientiert sich an einer methodisch-therapeutischen Beeinflussung des Denkens, des Fühlens und Handelns des Täters und bearbeitet schwerpunktmäßig das Deliktzenarium, versucht dann eine Perspektivenumkehr, Verantwortung zu übernehmen und durch die Augen des anderen schauen zu lernen, bezieht sich aber auch auf sozialpädagogische Aspekte und das Erlernen von sozialen Fähigkeiten. Die Behandlung selber erfolgt hier innerhalb eines definierten gesetzlichen Rahmens, nur in seltenen Fällen ist hier Freiwilligkeit gegeben. Das Verfahren ist sehr stark am devianten Verhalten des Täters orientiert, bindet ihn in seiner Verantwortung ein und ist nicht unbedingt schulengebunden.

Am umfassendsten dürften die angesprochenen Behandlungsziele in einer sozialtherapeutischen Anstalt zu verwirklichen sein, hier steht das soziale Lernfeld Wohngruppe zur Verfügung, dann psychologische Einzel- und Gruppentherapie, Förderung im Arbeits- und beruflichen Ausbildungsbereich sowie der Freizeit, Anbahnung extramuraler Kontakte. Ermutigend sind auch Erfahrungen mit dem »Sex Offender Treatment Programme«/SOTP, das sich im Strafvollzug implementieren lässt (*Berner und Becker in Rehn et al.* 2001).

Die Favorisierung einer bestimmten Therapieform (»Schulengebundenheit«, einzeln/Gruppe) etwa bei bestimmten Delikten oder Problemkonstellationen dürfte bislang nicht generalisierbar sein, auf individuelle Erfahrungen wird man aber nicht verzichten, in den meisten Fällen dürfte ohnehin kein großes Auswahlangebot bestehen.

Behandlungswirksamkeit/Evaluation

In einer methodenkritischen Bestandsaufnahme zu den Ergebnissen bei Sexualstraftätern meinte *Lehmann* (1994), es existiere keine verhaltenstheoretisch-fundierte Sexualtheorie, sexualtherapeutische Behandlungsmethoden seien nicht spezifisch, sondern aus anderen Anwendungsfel-

dern adaptiert und spezielle Wirknachweise würden bis dato fehlen. Diese strenge und etwas puristisch anmutende Sichtweise – die sich ja durchaus an vorhandenen Defiziten orientierte – gilt es nun nach knapp einem Jahrzehnt zu prüfen.

Schorsch et al. (1985) gingen auf der Grundlage einer differenziellen und globalen Bewertung ihrer Therapien davon aus, dass es »möglich ist, bei über der Hälfte der Sexualstraftäter eine erfolgreiche ambulante Psychotherapie durchzuführen« (ebd., S. 165).

Bullens (1994) konnte zu Behandlungseffekten in Holland noch keine wissenschaftlichen Zahlen angeben, verwies auf amerikanische Untersuchungen, die »zeigen, dass ohne eine Behandlung, abhängig von der Täterkategorie, 36 bis 80 Prozent der Täter rückfällig werden, während mit

**»Unangemessene Therapie-
Programme können leicht
negative Ergebnisse aufweisen.
Bei dissozial Persönlichkeits-
gestörten kann es zu
einer Verschlechterung unter
Behandlung kommen.
Sexualtäter mit homopädophiler
Hauptströmung sind
psychotherapeutisch kaum
zu erreichen«**

Behandlung, wiederum abhängig von der Täterkategorie, 0 bis 18 Prozent der Täter rückfällig werden« (ebd., S. 50/51).

Detaillierte Angaben zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern nach einem psychiatrischen Behandlungsprogramm in der sozialtherapeutischen Anstalt in München stammen von *Wiederholt* (1989): 58 Probanden wurden mit nicht direktiver, psychoanalytisch orientierter aufdeckender Einzelpsychotherapie und einer teils themenorientierten, teils frei assoziativen Gruppentherapie behandelt. 12 Abbrecher (entsprechend etwa einem Sechstel der Gesamtstichprobe) wurden nicht weiter berücksichtigt. Leider fehlt die Angabe zum genaueren Katamneseintervall, es betrug jedoch mindestens ein Jahr. Eine Tabelle zu den Rückfallquoten unter Berücksichtigung ausgesuchter Variablen verdeutlicht eine einschlägig bessere Prognose für aggressive Sexualdelinquente im Vergleich mit Pädophilen und Exhibitionisten. Die Ergebnisse lassen sich allerdings schwerlich vergleichen mit anderen derartigen Befunden (kleine Stichproben, besondere Bedingungen), dürften jedoch am ehesten therapeutische Zurückhaltung nahelegen.

Abschließend zu diesem Themenbereich sei noch auf die Arbeit *Lösels* (1996) hingewiesen. Diese Metaanalysen zur Evaluation der Straftä-

terbehandlung – doch nicht speziell Sexualdelinquente – zeigen generell einen Behandlungseffekt einer Stärke von 0.1 (wonach sich bei 10 von 100 behandelten Straftätern Therapieerfolge im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ausweisen lassen), dabei erscheint die Analyse differenzieller Effekte als mindestens ebenso wichtig. Nach einer aktuellen Bestandsaufnahme (*Kury in Hoyer/Kunst* 2001) kann es als weitgehend gesichert angesehen werden, dass Behandlungsprogramme eine Reduzierung des Rückfalls um 10-12 % bewirken, ambulant eher als während der Inhaftierung. Kognitiv-behaviorale Ansätze sowie Trainings interpersoneller Fertigkeiten schneiden – analog zur allgemeinen Psychotherapie – am besten ab.

Unangemessene Therapie-Programme können leicht negative Ergebnisse aufweisen. Bei dissozial Persönlichkeitsgestörten kann es zu einer Verschlechterung unter Behandlung kommen. Sexualtäter mit homopädophiler Hauptströmung sind psychotherapeutisch kaum zu erreichen. Kritisch müssen die Behandlungschancen nach wie vor auch für Straftäter mit ausgeprägt sadistischen Tendenzen gesehen werden, gerade wenn diese früh innerhalb der Biographie manifest geworden sind.

Rahmenbedingungen

Das Ausmaß justizieller Einbindung in der Psychotherapie mit Sexualstraftätern verdeutlicht man sich am ehesten durch Betrachtung der jeweiligen Extreme: einerseits die ambulante freiwillige Behandlung unter vollständiger Schweigepflicht, andererseits die im Maßregelvollzug. Über *Schweigen und Offenbaren* existiert inzwischen eine umfangreiche Literatur, Grundsätze und praktische Gesichtspunkte wurden in den sog. Sankelmarker Thesen (*Beier und Hinrichs* 1995) dargelegt. Durch den § 182 II StVollzG wurde 1998 die innerbehördliche Schweigepflicht neu geregelt, wonach Therapeuten in besonderen Fällen dem Anstaltsleiter gegenüber offenbarungsverpflichtet sind. Nach anfänglich kontroverser Diskussion darum (v.a. von Seiten einiger Therapeutenverbände) scheint es inzwischen zu einer weitgehenden Beruhigung gekommen zu sein.

Therapiebedürftigkeit, -fähigkeit und -willigkeit müssen ausreichend vorhanden sein, zusätzlich einige Persönlichkeitsmerkmale (die auch von sog. klinischen Patienten erwartet werden). In diesem Zusammenhang ist auch ein häufig weitreichendes Anpassungsverhalten von Sexualstraftätern zu berücksichtigen. Die Modalitäten der Einwilligung sowie Aufklärung des Gefangenen über Diagnose, Verlauf und Risiko gelten als unverzichtbar.

Bezüglich der Therapiemotivation ging man lange Zeit davon aus, dass (Sexual-) Straftäter nicht genügend Leidensdruck empfinden, um eine Therapie aufzunehmen und dann auch durchhalten zu können. Bei Hinterfragung dieses

oft a priori aufgestellten Selektionskriteriums fiel auf, dass sie in hohem Maße einen sog. Leidensdruck im Sinne einer Befindlichkeitsstörung oder einer Lebensunzufriedenheit empfinden, sie nehmen aber von sich aus nur selten Psychotherapie in Anspruch. Wenn denn eine Basisbereitschaft zur Inanspruchnahme von Therapie vorhanden ist, stellt sich durchaus für BehandlerInnen die Aufgabe, diese weiter zu entwickeln.

Einen Anspruch der Justiz auf inhaltliche Gestaltung der Arbeit kann es nicht geben, wohl aber auf Qualitätssicherung, der im Übrigen ja für die therapeutisch Tätigen durchaus von Vorteil ist.

Versorgungsaspekte

Schorsch et al. (1985) widmeten sich dieser Frage im Rahmen ihrer bereits erwähnten Arbeit und plädierten für eine *dezentrale Lösung* in der Weise, auch niedergelassene Therapeuten/-innen und therapeutische Institutionen in diese Arbeit mit einzubeziehen. Dabei waren folgende Gedanken handlungsleitend:

- Es sollte ein Spezialistentum bezüglich der Sexualtäter-Behandlung vermieden werden, sekundär eine damit verbundene zusätzliche Stigmatisierung für die Klientel.
- Die justizielle Einbindung sollte relativiert oder vermieden werden.
- Schließlich sollten sich Therapeuten nicht ausschließlich in der Behandlung von Sexualstraftätern engagieren, um einer Belastung und Perspektivenverengung entgegen zu wirken.

Diese Perspektive ist aus heutiger Sicht insofern zu relativieren, als dass es inzwischen ein erweitertes Angebot gibt. Ambulant sind hier Beratungsstellen, universitäre Einrichtungen, freie Praxen, auch Pro Familia und Kinderschutzbund zu nennen, stationär der klinische Bereich und in größerem Umfang als bisher Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen. Versorgungsengpässe tun sich immer noch in strukturschwachen Regionen auf, jugendliche Sexualstraftäter, die in den Maßregelvollzug nach § 63 StGB aufgenommen werden, treffen dort überwiegend nicht auf adäquate Behandlungsbedingungen, aber auch stationär jugendpsychiatrisch ist die Behandlungskapazität noch sehr begrenzt.

Perspektiven

Über die angemessene Behandlung von Sexualstraftätern ist es erst in den letzten Jahren zu einem umfassenderen Erfahrungsaustausch gekommen. Dabei lässt sich in gewisser Weise ein *Paradigmenwechsel* beobachten. Längere Zeit dominierte das eher in der Tradition des medizinischen Krankheitsmodells stehende psychoanalytische Vorgehen mit dem Anspruch auf Veränderungen der Persönlichkeit. Heute überwiegt ein am Verhalten orientierter Ansatz mit Bemühun-

gen um (Re-)Sozialisation und Rückfallvermeidung (»no cure, but control«).

Zur *Evaluation* scheint es angebracht, methodische Standards nicht in der Weise zu formulieren, dass sie real kaum oder gar nicht erfüllt werden können. Natürlich sind Effektivitätsnachweise von Sexualtätertherapie gerade in Deutschland dringend erforderlich, und es ist nahezu als forensisches Desiderat anzusehen, sich hier auf entsprechende Forschungsprojekte zu verständigen. Hilfreich wäre auch eine systematische Dokumentation von kontrollierten Behandlungsverläufen unter Einbeziehung von Ausgangsdaten und Diagnostik.

Zur *justiziellen Einbindung* von Sexualtätertherapie gelten vielleicht nach wie vor während die Worte von Rasch (1986) bezüglich Anpassungs- und Überanpassungsvorgängen an die Justiz und die Schwierigkeiten in der Rollendefinition von Psychologen und Psychiatern im Rahmen ihrer forensischen Tätigkeit. Allerdings ist es auch hier in den letzten Jahren zu einer Entkrampfung und zum Abbau von Berührungängsten gekommen, wenn gleich interdisziplinäre Einschätzungen von Behandlungsansätzen noch vergleichsweise selten vorgenommen werden.

Über Versorgungsaspekte im eigentlichen Sinne hinaus wird es zukünftig aber auch um die Struktur von *Psychotherapie mit Sexualstraftätern* gehen, die ja bereits jetzt schon oft mehr den Charakter einer deliktorientierten Maßnahme aufweist, teilweise rehabilitative Formen zeigt und, wie deutlich geworden sein dürfte, oft als Baustein im Rahmen einer Gesamtbehandlung zu betrachten ist. Die Einrichtung von forensisch-psychotherapeutischen Spezialambulanzen zunächst in größeren Städten erscheint notwendig, um auch Entlassene aus dem Strafvollzug und Maßregelvollzug angemessen versorgen zu können.

Dr. med. Dipl.-Psych. Günter Hinrichs, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Kiel

Literatur

- Baurmann, M. (1991): Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. In: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie, Sexualdelinquenz, Chur/Zürich: Verlag Rüegger AG, 77–110
- Beier, KM. (1995): Sexualdelinquenten im Strafvollzug: Ein Plädoyer für Unaufgeregtheit. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 6: 335–344
- Beier, KM., Hinrichs, G. (1995): Psychotherapie mit Straffälligen. Standort und Thesen zum Verhältnis Patient – Therapeut – Justiz. Stuttgart: Fischer
- Beier, KM., Bosinski, H., Hartmann, U., Loewit, K. (2001): Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. München: Urban & Fischer

- Bullens, R. (1994): Faktoren der Behandlung von Sexualstraftätern: Motive, Therapiesetting, Nachsorge. Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2: 33–53
- Deegener, G. (1999): Sexuelle und körperliche Gewalt. Therapie jugendlicher und erwachsener Täter. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- Fegert, J., Häfßler, F. (2000): Qualität forensischer Begutachtung, insbesondere bei Jugenddelinquenz und Sexualstraftaten. Herbolzheim: Centaurus
- Hoyer, J., Kunst, H. (2001): Psychische Störungen bei Sexualdelinquenten. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Knight, R.A., Prentky, R.A. (1990): Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In: Marshall, W., L./Laws, D., R./Barbaree, H., E. (eds.): Handbook of sexual assault. New York, London: Plenum Press, p. 23–52
- Lehmann, E. (1994): Psychotherapeutische Ergebnisse bei Sexualstraftätern – eine methodenkritische Bestandsaufnahme. In: Steller, M./Dahle, K.-P./Basqué, M. (Hrsg.): Straftäterbehandlung. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft, S. 66–74
- Lösel, F. (1996): Ist der Behandlungsgedanke gescheitert? Eine empirische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 45, S. 259–267
- Lübke-Westermann, D. (1995): Zur Anwendung einer interaktionistischen Psychologie bei der Diagnostik von Sexualstraftätern. Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 78, S. 3–18
- Marwinski, K. (1998): Die Behandlung von aggressiven Sexualstraftätern. Bonn: Psychologische Diplomarbeit
- Perkins, D. E. (1987): A psychological treatment program for sex offenders. In: McGurk, B./Thornton, D./Williams, M. (eds): Applying psychology to imprisonment. London: Her Majesty's Stationery Office, p. 191–217
- Rauchfleisch, U. (1985): Besonderheiten in der ambulanten Psychotherapie von Delinquenten. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 30, S. 254–260
- Rehn, G./Wischka, B./Lösel, F./Walter, M. (Hg.) (2001): Behandlung »gefährlicher Straftäter«. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus
- Schorsch, E./Galedary, G./Haag, A./Hauch, M./Lohse, H. (1985): Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Berlin: Springer
- Van Marle, H.J.C. (1994): Psychodynamische Aspekte der klinischen Behandlung von Gewalt- und Sexualverbrechern. Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2, S. 55–65
- Wiederholt, I.C. (1989): Psychiatrisches Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter in der Justizvollzugsanstalt München. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 38, S. 231–237