



Berichte des Nationalen Zentrums für Kriminalprävention

Effekte von ambulanter Behandlung zur Prävention von Sexualdelikten

Systematische Übersichtsarbeit zu den Methoden und
Ergebnissen von Evaluationsstudien im Bereich ambulanter
Rückfallprävention bei Sexualtätern

Benjamin Pniewski

Nr. 1 | 2018

Effekte von ambulanter Behandlung zur Prävention von Sexualdelikten

Systematische Übersichtsarbeit zu den Methoden und
Ergebnissen von Evaluationsstudien im Bereich ambulanter
Rückfallprävention bei Sexualtätern

Benjamin Pniewski

Impressum

Herausgeber

Nationales Zentrum Kriminalprävention
c/o Bundesministerium des Innern
Graurheindorfer Str. 198, 53117 Bonn
Mail: nzk@bmi.bund.de
www.nzkrim.de

Redaktion

Benjamin Pniewski

Titelbild

Meeting Stühlen – Stockfoto
(Foto: unbekannt, Lizenz: Getty Images, iStock Photo)

Verlagsort

Bonn, Deutschland

ISSN (Print): 2567-6008

ISSN (Online): 2567-6016

Erscheinungsjahr: 2018



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons 4.0 International Lizenz (CC BY-NC-ND): Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitung.

Das NZK ist eine Arbeitsstelle am Deutschen Forum für Kriminalprävention (DFK).

Gefördert durch:



Bundesministerium
des Innern

Inhalt

Vorbemerkung	6
Kurzfassung	6
1. Einleitung	7
2. Methode für die Recherche und Zusammenfassung der Evaluationsstudien	11
3. Ergebnisse	12
4. Empfehlungen	22
Anmerkungen	24
Literatur	25
Weiterführende Literatur	25

Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht stellt Ergebnisse einer Bestandsaufnahme zur Evaluation von ambulanten Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraftäter und sexuell übergriffige Minderjährige in Deutschland vor. Unter dem Begriff ambulante Behandlung werden im Folgenden psychotherapeutische, pädagogische und sozialarbeiterische Interventionen zusammengefasst. Rein pharmakologische Behandlung oder ausschließlich bestrafende Sanktionen haben wir aufgrund der sehr unterschiedlichen Wirkmechanismen und Zielsetzungen nicht dazu gezählt. In dieser Übersichtsarbeit bewerten wir die vorliegenden Evaluationsbefunde anhand eines Kriterienkatalogs hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Belastbarkeit. Die Kriterien können im Einzelnen auf dem Online-Portal *Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Sicherheits- und Präventionsmaßnahmen durch Evaluation* (WESPE) eingesehen und nachvollzogen werden¹. Die von uns vorgenommenen Einschätzungen zur Belastbarkeit der Evaluationsbefunde stellen ausdrücklich keine Bewertung der allgemeinen wissenschaftlichen oder sonstigen Qualität der ausgewerteten Studien dar. Dies gilt insbesondere, weil einzelne dieser Studien gar nicht den Anspruch einer Evaluation erheben, aber Erkenntnisse von evaluativem Wert beinhalten, die wir in der vorliegenden Übersicht berücksichtigen möchten.

Kurzfassung

Bei der Prävention von Sexualdelikten in Deutschland spielt die Arbeit mit Tätern eine wesentliche Rolle. Die Behandlung der Täter mit dem Ziel, deren Rückfallrisiko zu reduzieren, ist in Deutschland gesetzlich verankert. Aktuell bauen die einzelnen Bundesländer verstärkt ambulante Versorgungsstrukturen aus. Solche ambulanten Maßnahmen umfassen Einrichtungen und Projekte für (potenzielle) Täter, die nicht im Straf- oder Maßregelvollzug, sondern in Freiheit leben. Nur zu zehn solcher Maßnahmen liegen derzeit Evaluationsberichte vor, in denen Rückfälle der Teilnehmer untersucht wurden. Die Befunde weisen in der Tendenz darauf hin, dass solche Maßnahmen dazu beitragen können, Sexualdelikte zu verhindern. Die Ergebnisse sind insgesamt allerdings nur wenig belastbar und die genauen Effekte bleiben somit unklar. Nur in einem Fall ließen sich aussagekräftige Hinweise für die spezifische Wirksamkeit einer Maßnahme finden. Alle evaluierten Maßnahmen basieren auf Theorien über die Ursachen von sexueller Gewalt, sodass Annahmen zu deren Wirksamkeit und Verallgemeinerbarkeit in je-dem Fall theoretisch begründet sind. Angesichts der Tatsache, dass ambulante Rückfallprävention bei Sexualtätern bereits seit Jahrzehnten praktiziert wird, ist der Mangel an empirischen Daten zur Wirksamkeit alarmierend. Für eine angemessene und zielführende Prävention von Sexualdelikten ist es dringend notwendig, Rahmenbedingungen für umfassende und aussagekräftige Evaluationsstudien zu schaffen und einen transparenten Umgang mit den Ergebnissen zu fördern.

1. Einleitung

Die kontroversen Debatten zu den Übergriffen in der Silvesternacht sowie zum Fall Lohfink (vgl. Wollmann & Schaar 2016) haben einmal mehr deutlich gemacht, dass ein rationaler Umgang mit Sexualdelikten eine große Herausforderung darstellt. Wie zuvor, wenn einzelne Kriminalfälle dieses Thema in den Fokus von der Öffentlichkeit rücken, war der Handlungsdruck auf politische Entscheidungsträger groß. Als Reaktion setzte der Gesetzgeber im Jahr 2016 eine lange geplante Reform um, die vor allem eine Verschärfung des Sexualstrafrechts vorsieht. In ihrer Tendenz entspricht die Reform damit früheren Gesetzesanpassungen, die hauptsächlich darauf abzielten, sexualisierte Gewalt leichter ahnden zu können und Täter härter zu bestrafen. Spätestens seit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten von 1998 macht der Gesetzgeber aber auch deutlich, dass nicht einseitig auf Punitivität und Repression, sondern gleichzeitig auch auf Rehabilitation gesetzt wird. So beinhaltet das Gesetz u. a. ein umfassendes Konzept von Behandlungsmaßnahmen für Täter. Konkret sieht das Gesetz die Durchführung von in der Regel therapeutisch gestützten Angeboten nicht nur im Rahmen freiheitsentziehender Maßnahmen (z. B. in Sozialtherapeutischen Anstalten), sondern auch im Anschluss bzw. als Alternative zu diesen vor (z. B. in Form von forensischer Nachsorge bzw. ambulanter Psychotherapie). Ziel dieser Angebote ist es, zunächst das Risiko für Rückfälle zu reduzieren, um Straftaten zu verhindern und Opfer zu schützen.

Vor allem die ambulante Behandlung hat dabei in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Das wird unter anderem anhand des zunehmend forcierten Ausbaus entsprechender Versorgungsstrukturen deutlich. Vor dem Hintergrund, dass Sexualdelikte nur einen sehr geringen Anteil der Gesamtkriminalität ausmachen, erscheint der hohe Kosten- und Ressourcenaufwand zunächst fraglich. Laut Polizeilicher Kriminalstatistik lag der Anteil im Jahr 2016 bei etwa 0,7 % aller registrierten Straftaten (Bundeskriminalamt 2017). Die Relevanz begründet sich allerdings nicht nur durch die erheblichen Schäden, die auf Seiten der Opfer entstehen können, sondern auch durch den gesellschaftlichen Anspruch, angemessen und menschenwürdig mit Tätern umzugehen. Hinzu kommt, dass bei Sexualdelikten von einem großen Dunkelfeld ausgegangen werden muss (z. B. Seifarth & Ludwig 2016; Wetzels & Pfeiffer 1995). Der beschriebene Zuwachs an Behandlungsangeboten ist an die Erwartung geknüpft, effektiv weiteren Straftaten vorzubeugen. Das Potenzial von ambulanter Rückfallprävention bei Sexualtätern wurde hier also bereits erkannt. Eine rationale Kriminalpolitik erfordert jedoch auch, dass die angenommene Wirksamkeit solcher ambulanten Maßnahmen regelmäßig und systematisch überprüft wird.

Abbildung 1: Verteilung von zehn evaluierten Maßnahmen zur ambulanten Rückfallprävention bei Sexualtätern in den Sektoren der Kriminalprävention.



Jede kriminalpräventive Maßnahme richtet sich an einen bestimmten Adressatenkreis und hat eine definierbare Bezugsweite. Abhängig von diesen beiden Aspekten werden zehn Sektoren der Kriminalprävention unterschieden (s. auch Erläuterungen zum 10-Sektoren Schaubild in der Anwendung WESPE). Die im vorliegenden Bericht berücksichtigten Maßnahmen zur ambulanten Rückfallprävention bei Sexualtätern lassen sich insgesamt 2 Sektoren zuordnen (s. Abbildung 1). Dabei richten sich alle Maßnahmen an Täter, d. h. (potentiell) sexualdelinquente Personen. Außerdem sind sie fast ausschließlich als tertiäre bzw. indizierte Prävention angelegt und betreffen damit bereits straffällig gewordene Personen. Nur eine Maßnahme richtet sich an eine sog. Risikopopulation und gilt damit als sekundäre bzw. selektive Prävention. Konkret findet die ambulante Behandlung von Sexualtätern in Form von psychotherapeutischen Interventionen und forensischer Nachsorge statt (für eine differenzierte Beschreibung s. Pniewski 2017). Evaluationen situativer oder opferorientierter Ansätze der Prävention von Sexualdelikten wurden aufgrund des thematischen Schwerpunkts nicht berücksichtigt. Gleichzeitig impliziert der Begriff Rückfallprävention, dass die Betreffenden bereits ein Delikt verübt haben. Somit bleibt auch der primär- bzw. universell-präventive Bereich unberücksichtigt.²

Entsprechende Ansätze zur Verhinderung von Sexualdelikten existieren zwar, sind aber nicht Gegenstand der vorliegenden Übersichtsarbeit.

An der ambulanten Behandlung von Sexualtätern sind verschiedene Berufsgruppen wie Psychotherapeuten, Pädagogen, Sozialarbeiter und Ärzte beteiligt. Mit verschiedenen Herangehensweisen und Behandlungsschwerpunkten verfolgen diese Akteure insgesamt relativ ähnliche Zielsetzungen. In der Regel basieren die Behandlungsmaßnahmen jeweils auf einem genau definierten Konzept. In einzelnen Fällen liegt hierzu auch ein Manual vor, das die konkreten Behandlungsschritte bzw. -inhalte vorgibt und ein strukturiertes Vorgehen sicherstellt. Im derzeitigen Entwicklungsstadium der ambulanten Rückfallprävention bei Sexualtätern in Deutschland existieren neben etablierten Behandlungsprogrammen auch Pilotprojekte, wie das Netzwerk „Kein Täter werden“ im sekundären Bereich. Im tertiären Bereich sind die Maßnahmen vor allem an Nachsorgeambulanzen und Beratungsstellen angegliedert.

Zu insgesamt zehn Maßnahmen konnten wir Evaluationsbefunde recherchieren:

- Präventionsprojekt Dunkelfeld („Kein Täter werden“, verschiedene Standorte)
- Ambulante Sicherungsnachsorge (Bayern)
- Beratungsstelle im Packhaus („BIP“, Kiel)
- Sicherheitsmanagement („SIMA“, Hessen)
- Erzieherische Hilfen für jugendliche Sexual(straf)täter (NRW)
- Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter (Stuttgart)
- Forensische Ambulanzen (NRW)
- Psychotherapeutische Fachambulanz für Sexualstraftäter München
- Psychotherapeutische Fachambulanz für Sexualstraftäter Nürnberg
- Hamburger Präventionsambulanz

Einzelne dieser Maßnahmen umfassen mehrere Projekte bzw. Einrichtungen an unterschiedlichen Standorten. Zu den erzieherischen Hilfen für jugendliche Sexual(straf)täter zählen fünf Projekte („Neue Wege“, Bochum; „Aus.Wege“, Düsseldorf; „Gewalt in Familien“, Düsseldorf; „Punktum“, Bergisch Gladbach; Beratungsstelle der Stadt Gelsenkirchen) und zu den forensischen Ambulanzen in NRW insgesamt 21 Einrichtungen bzw. Stationen.

Relevanz der vorliegenden Übersichtsarbeit für das Präventionsfeld Sexualdelikte

Der Bericht soll zum einen empirische Erkenntnisse zur Wirksamkeit ambulanter Behandlungsmaßnahmen für Sexualtätern in Deutschland bündeln. Ziel ist es, einen Beitrag zur Dissemination relevanter Ergebnisse zu leisten und somit wertvolles Erfahrungswissen zu Verfügung zu stellen, das zur Weiterentwicklung der Präventionspraxis eingesetzt werden kann. Zum anderen sollen die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Belastbarkeit kritisch bewertet und aus diesen Bewertungen konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Evaluationspraxis abgeleitet werden.

Es existieren zwar bereits zahlreiche Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zur Behandlung von Sexualtättern (z. B. Lösel & Schmucker 2016; Kim et al. 2015), allerdings werden hier häufig völlig unterschiedliche Behandlungskontexte und -ansätze zusammengefasst. Weil sich die Behandlung von (Sexual-)Tätern in Freiheit wesentlich von der in Zwangskontexten (Haft, Maßregelvollzug oder Sozialtherapeutische Anstalt) unterscheiden kann (z. B. Rudel & Wähler 2009), bedarf es aus unserer Sicht einer differenzierteren Betrachtung ambulanter Maßnahmen. Eine vergleichbare Übersichtsarbeit zu ausschließlich ambulanter Behandlung von Sexualtättern existiert bisher nicht.

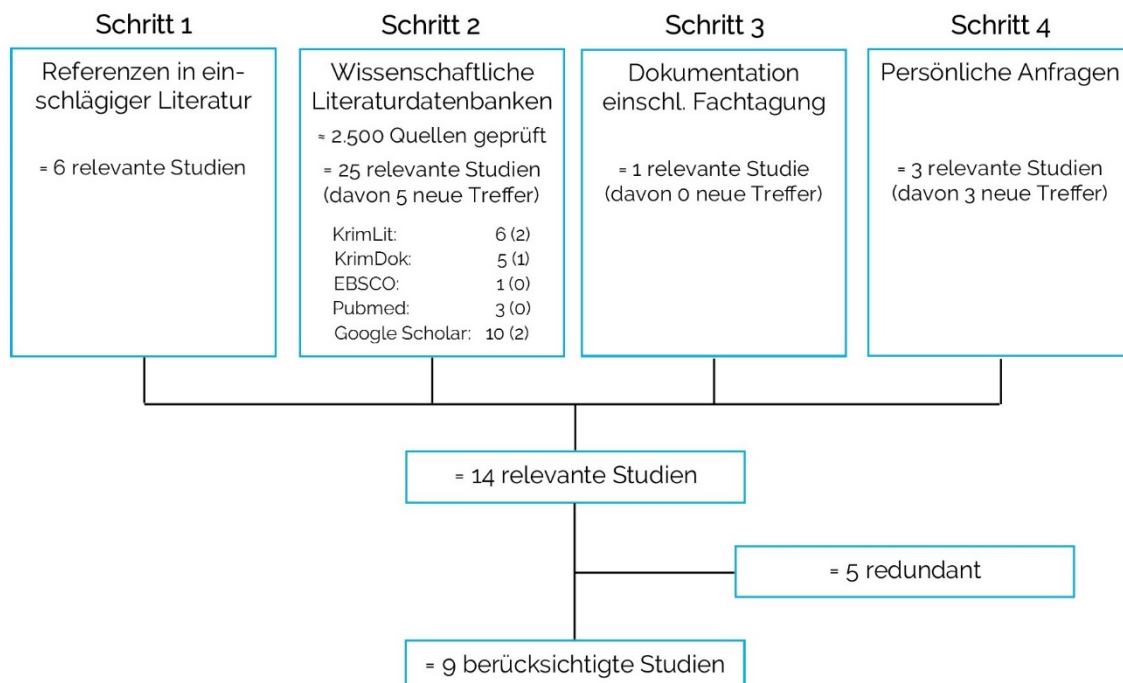
2. Methode für die Recherche und Zusammenfassung der Evaluationsstudien

Die Recherche nach Primärstudien und Evaluationsberichten erfolgte nach folgenden Such- bzw. Einschlusskriterien:

- Inhalt: Evaluation einer Maßnahme oder eines Projektes,
- Ziel der Maßnahme: Vorbeugung von Sexualdelikten,
- Standort: Deutschland.
- Erfolgskriterium: Legalbewährung bzw. Rückfälligkeit.

Die Recherche erfolgte in vier Schritten (siehe Abbildung 2). Der Großteil der Studien konnte über ein Schneeballverfahren, d.h. auf Grundlage einschlägiger Literatur (Schritt 1), sowie mit Hilfe wissenschaftlicher Literaturdatenbanken (Schritt 2) identifiziert werden. Die Recherche in Dokumentationsplattformen einschlägiger Fachtagungen (Schritt 3) lieferte keine neuen Treffer. Über persönliche Anfragen bei Experten auf dem Gebiet der ambulanten Behandlung von Sexualtätern (Schritt 4) wurden drei weitere, unveröffentlichte Studien recherchiert. Nach Ausschluss mehrfach publizierter Ergebnisse (redundant), konnten neun Studien³ berücksichtigt werden.

Abbildung 2: Auswahlsschritte



Eine statistische Metaanalyse der Studien konnte aufgrund der Heterogenität und mangelnden methodischen Qualität der vorliegenden Evaluationen nicht durchgeführt werden. Stattdessen haben wir einem pragmatischen Ansatz folgend die relevanten Studienergebnisse narrativ zusammengefasst.

3. Ergebnisse

Evaluationsstudien im Bereich Sexualstraftäter werden häufig als begutachtete Artikel in Fachzeitschriften veröffentlicht. Solche Artikel sind in der Regel die Grundlage systematischer Übersichtsarbeiten. Als ein erster zentraler Befund dieses Berichts lässt sich konstatieren, dass für die ambulante Behandlung von Sexualtäter nur vergleichsweise wenige wissenschaftlich publizierte Evaluationen vorliegen (max. sechs der recherchierten Studien, je nach Definition).

Ein Grund für diesen festgestellten Mangel ist, dass die Prävention von Sexualdelikten bzw. die Versorgung von Sexualtätern verschiedenen rechtlichen Vorgaben unterliegt, die zusammen mit ethischen Vorbehalten Evaluationen nach höchsten methodischen Standards kaum möglich machen (Stichworte: Randomisierung, adäquate Vergleichsgruppen etc.). Hinzu kommt, dass einzelne Einrichtungen erst seit relativ kurzer Zeit existieren, sodass bisher wenig Möglichkeit zur Durchführung und Veröffentlichung empirischer Studien bestand. Auf der anderen Seite existiert ein Großteil der ambulanten Versorgungsstrukturen bereits seit vielen Jahren. Zudem wurden sinnvolle Vorgehensweisen zur Untersuchung dieses Gegenstandes schon seit Langem diskutiert (z. B. Collaborative Outcome Data Committee 2007; Eher & Pfäfflin 2011) und konnten bereits erfolgreich umgesetzt werden (z. B. Keßler & Rettenberger 2016, 2017). Es ist also dringend notwendig, dass Politik, Öffentlichkeit und Präventionspraxis auf eine breitere empirische Erkenntnisbasis zurückgreifen können. Dazu ist es aber zunächst erforderlich, entsprechende Evaluationsstudien – vor allem solche mit methodisch geeigneter Herangehensweise – durchzuführen.

Aufgrund der oben beschriebenen Datenlage wurden die Einschlusskriterien im Verlauf der Recherche breiter definiert, um auch unveröffentlichte Dokumente, wie beispielsweise Abschlussberichte, Diplomarbeiten und Vorträge/Präsentationen, berücksichtigen zu können. Zudem haben wir auch solche Studien berücksichtigt, die nicht als Wirkungsevaluation angelegt waren und sich mit grundlegend anderen Fragestellungen auseinandersetzten, sofern sie relevante Erkenntnisse beinhalteten. Zum Teil wiesen die Autoren sogar explizit darauf hin, dass es sich bei den betreffenden Studien nicht um eine Wirkungsevaluation handele. Trotzdem konnten wir nur neun Studien mit relevanten Evaluationsbefunden zu insgesamt zehn Maßnahmen in die Übersichtsarbeit einbeziehen. Die Maßnahmen bilden damit nur einen sehr geringen Teil des ambulanten Behandlungsangebots in Deutschland ab. Allein für sexuell übergriffige Minderjährige identifizierte die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (2016) 50 verschiedene Einrichtungen mit ambulantem Behandlungsangebot (Stand: November 2016). Hinzu kommt eine noch größere Anzahl an entsprechenden Angeboten für Erwachsene. Zur forensischen Nachsorge nach dem Maßregelvollzug liegen beispielsweise nur Berichte aus zwei Bundesländern vor. Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass zur Mehrheit der ambulanten Behandlungsmaßnahmen für Sexualtäter in Deutschland keine Evaluationsstudien vorliegen und somit keine Überprüfung der Wirksamkeit stattfand.

Abbildung 3: Übersicht der zentralen Befunde aus dem Online-Portal WESPE (www.nzkrim.de/wespe, Stand: 30/12/2017)

Maßnahme	Wirksamkeit	wissenschaftl. Belastbarkeit	Übertragbarkeit	Theoretische Fundierung	Anzahl Evaluationsstudien	Evidenzindex
Ambulante Sicherungsnachsorge	?	■■■■	■■■■	■	1	60
Beratungsstelle im Packhaus	?	■■■■	■■■■	■	1	57
Forensische Nachsorge in NRW	?	■■■■	■■■■	■	1	60
Hamburger Präventionsambulanz	?	■■■■	■■■■	■	1	50
Modellprojekt Erzieherische Hilfen für jugendliche Sexual(straf)täter	?	■■■■	■■■■	■	1	27
Präventionsprojekt Dunkelfeld („Kein Täter werden“)	?	■■■■	■■■■	■	1	47
Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter (Stuttgart)	?	■■■■	■■■■	■	1	50
Psychotherapeutische Fachambulanz für Sexualstraftäter in München	?	■■■■	■■■■	■	1	53
Psychotherapeutische Fachambulanz für Sexualstraftäter in Nürnberg	?	■■■■	■■■■	■	1	53
Sicherheitsmanagement (SIMA)	+	■■■■	■■■■	■	1	73

Abbildung 3 zeigt eine Zusammenfassung der zentralen Befunde zu den berücksichtigten Maßnahmen bzw. den entsprechenden Evaluationsstudien. Die Studien sind im Durchschnitt mit einem Evidenzindex im mittleren Bereich bewertet (durchschnittlich 53/100 Punkten⁴, Min. 27, Max. 73). Der NZK-Evidenzindex wird anhand von neun verschiedenen Bewertungskriterien ermittelt. Die Kriterien erfassen die wissenschaftliche Güte von Evaluationsstudien hinsichtlich des Ziels der Evaluation und geben Auskunft über die Qualität der wissenschaftlichen Vorgehensweise. Der Evidenzindex stellt ausdrücklich keine allgemeine Beurteilung der wissenschaftlichen Relevanz von Studien dar. Eine Studie mit niedrigem Evidenzindex kann gleichwohl wertvolle empirische Befunde beinhalten.

Ergebnisse zur Wirksamkeit der Maßnahmen

Die Bewertung der Wirksamkeit wurde anhand von Angaben zur Legalbewährung bzw. Daten zur Rückfälligkeit vorgenommen. Bei der Analyse von Rückfalldaten wird in der Regel zwischen allgemeinen und einschlägigen Rückfällen differenziert. Ein allgemeiner Rückfall beschreibt dabei eine erneute strafbare Handlung, unabhängig vom Straftatbestand, während es sich bei einem einschlägigen Rückfall um ein Delikt der gleichen Kategorie handelt (z. B. bei einem Sexualtäter ein weiteres Sexualdelikt).

Alle Studien beinhalten Angaben zur einschlägigen Rückfälligkeit der Teilnehmer der jeweiligen Maßnahmen. Die einschlägigen Rückfallraten reichten von 0,0 % bis 64,2 %.⁵ Darüber hinaus berichten auch 5 der 9 Studien (in dem Fall für insgesamt sechs Maßnahmen) die allge-

meine Rückfälligkeit. Hier reichten die Rückfallraten von 2,5 % bis 45,3 %. Alle Ergebnisse zur Legalbewährung der Maßnahmeteilnehmer sind in Tabelle 1 dargestellt. Rückfalldaten müssen immer im Zusammenhang mit (mindestens) dem Beobachtungszeitraum sowie dem Rückfallkriterium bzw. der jeweiligen Datenquelle interpretiert werden. Bei längerer Beobachtungsdauer (d.h. je länger Studienteilnehmer die Möglichkeit haben, Straftaten zu begehen) steigt auch die Anzahl der erfassten Rückfälle (z. B. Jehle et al. 2016; Prentky et al. 1997). Ebenso gilt, dass ein Rückfall vor allem dann erkannt und bei der Datenerhebung erfasst wird, wenn auf eine verlässliche und sensitive Datenquelle (bzw. einen Rückfallindikator) zurückgegriffen wird.

Tabelle 1: Einschlägige und allgemeine Rückfallraten der Maßnahmeteilnehmer

Studie (Maßnahme)	n	Beobachtungszeitraum in Monaten ^a		Rückfallkriterium (Datenquelle) ^b	Rückfälligkeit in %	
		M	Min-Max		einschl.	allg.
Beier et al. 2015 (Präventionsprojekt Dunkelfeld)	53	12	12-12	Angaben der Täter (Fragebögen)	64,2	-
Butz et al. (Ambulante Sicherungsnachsorge)	24	44	21-66	Verurteilungen (BZR)	0,0	-
Grein 2005 (Beratungsstelle im Packhaus)	70	-	12-96	Verurteilungen (BZR)	17,1	-
Keßler & Rettenberger 2016, 2017 (Sicherheitsmanagement)	134	44	25-62	Verurteilungen (BZR)	9,2	30,5
				Anzeigen (MESTA)	18,6	37,3
Nowara & Pierschke, 2008 (Erzieherische Hilfen für jugendliche Sexualstraftäter)	333	-	1-35	Angaben der Behandler (Akten)	2,7	-
	137	24	6-60	Angaben der Täter (Interviews)	4,4	45,3
Obergfell-Fuchs 2010 (Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter Stuttgart)	208	-	-	Verurteilungen (BZR)	8,7	27,4
Schmidt-Quernheim 2011 (Forensische Ambulanzen NRW)	36	67	30-143	Verurteilungen (BZR)	13,9	16,7
Tippelt et al. 2012 (Psychotherapeutische Fachambulanz für Sexualstraftäter München)	242	-	1-27	Angaben der Behandler (Akten)	1,2	2,5
Tippelt et al. 2012 (Psychotherapeutische Fachambulanz für Sexualstraftäter Nürnberg)	81	-	1-14	Angaben der Behandler (Akten)	2,5	6,2
Yoon et al. 2013 (Hamburger Präventionsambulanz)	68	36	19-55	Angaben der Behandler (Akten)	7,4	27,9

Für Keßler & Rettenberger (2016, 2017) werden separate Angaben zu beiden Rückfallkriterien gemacht und für Nowara & Pierschke (2008) werden die Ergebnisse von zwei Untersuchungsteilen dargestellt.

^a Die Angaben bei Butz et al. (2015) beziehen sich auf die Gesamtstichprobe (n = 105) und bei Schmidt-Quernheim (2011) auf einen Teil der Gesamtstichprobe (n = 115). Bei Grein (2005) und Nowara & Pierschke (2008) beginnt der Beobachtungszeitraum mit Behandlungsabschluss der Probanden. Bei Obergfell-Fuchs (2010) liegen hierzu keine Informationen vor. In allen anderen Studien beginnt der Beobachtungszeitraum vor (bei Erstkontakt bzw. Registrierung) oder während der Behandlung.

^b BZR = Bundeszentralregister, MESTA = Mehrländer-Staatsanwaltschafts-Automation, Akten = Behandlungsunterlagen.

Um belastbare Aussagen über die Wirksamkeit einer Maßnahme treffen zu können, muss man die Rückfallraten der Teilnehmer allerdings in Bezug zu einer Vergleichsgruppe setzen. Als

Vergleichsgruppe eignen sich generell solche Täter, die den Maßnahmeteilnehmern hinsichtlich der Rückfallgefahr möglichst ähnlich sind, aber nicht an der Maßnahme teilgenommen oder eine andere, vergleichbare Maßnahme absolviert haben.

In nur drei Studien wurden die Rückfallraten der Maßnahmeteilnehmer denen einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Bei Beier et al. (2015) wurde in keiner Gruppe ein einschlägiger Rückfall im Hellfeld angegeben. Bei der einschlägigen Rückfälligkeit im Dunkelfeld war die Rate der Teilnehmergruppe (TG) 0,6 Prozentpunkte höher als die der Vergleichsgruppe (VG). Keßler und Rettenberger (2016) stellten höhere Rückfallraten der Vergleichsgruppe fest. Der Unterschied betrug 0,1 bzw. 6,8 Prozentpunkte bei einschlägigen Rückfällen und 3,6 bzw. 6,7 Prozentpunkte bei allgemeinen Rückfällen (laut Bundeszentralregister (BZR) bzw. Mehrländer-Staatsanwaltschafts-Automation (MESTA)). Bei Obergfell-Fuchs (2010) wies die Vergleichsgruppe niedrigere Rückfallraten auf. Die einschlägige Rückfälligkeit dieser Gruppe war um 1,9 Prozentpunkte und die allgemeine Rückfälligkeit um 3,1 Prozentpunkte niedriger. Beim statistischen Vergleich der allgemeinen und einschlägigen Rückfallraten der Gruppen konnte in keiner Studie ein relevanter, d.h. statistisch signifikanter, Unterschied ermittelt werden. Eine Gegenüberstellung der Rückfallraten von Teilnehmer- und Vergleichsgruppen wird in Tabelle 2 gezeigt.

Tabelle 2: Vergleich der Rückfallraten zwischen Maßnahmeteilnehmer- und Vergleichsgruppen

Studie	Rückfallkriterium ^a	n		Rückfälligkeit in %			
		TG	VG	einschl.		allg.	
				TG	VG	TG	VG
Beier et al. 2015	Selbstberichte bzgl. Dunkelfeld	53	22	64,2	63,6	-	-
	Selbstberichte bzgl. Hellfeld	53	22	0,0	0,0	-	-
Keßler & Rettenberger 2016	BZR	134	134	9,2	9,3	30,5	34,1
	MESTA	134	134	18,6	25,4	37,3	44,0
Obergfell-Fuchs 2010	BZR	208	148	8,7	6,8	27,4	24,3

TG = (Maßnahme-)Teilnehmergruppe, VG = Vergleichsgruppe

^a BZR = Bundeszentralregister, MESTA = Mehrländer-Staatsanwaltschafts-Automation

In einzelnen Studien werden darüber hinaus auch weitere Rückfallkategorien gebildet. Keßler und Rettenberger (2016, 2017) differenzierten beispielsweise nicht nur zwischen allgemeinen- und einschlägigen Rückfällen, sondern es wurden auch sexuelle Gewaltrückfälle (d.h. Sexualdelikte mit Körperkontakt, „Hands-on“⁶), allgemeine Gewaltrückfälle (d.h. Gewaltdelikte, unabhängig ob sexuell motiviert oder nicht) sowie nicht-sexuell motivierte Gewaltrückfälle separat untersucht. Bei Betrachtung der MESTA-Daten, die Auskunft über Ermittlungsverfahren bzw. angezeigte (aber nicht rechtskräftig verurteilte) Taten geben⁷, zeigten sich zum Teil bedeutsame bzw. statistisch signifikante ($p < .05$) Unterschiede zwischen den Gruppen: Für deutlich weniger Teilnehmer des SIMA zeigten sich allgemeine Gewaltrückfälle (14,2 %) sowie sexuelle Gewaltrückfälle (9,7 %) im Vergleich zur Gruppe der unbehandelte Täter bzw. derer, die

nicht im Rahmen des SIMA behandelt wurden (26,9 % und 19,4 %). Bei Betrachtung der BZR-Auszüge war dieser Gruppenunterschied hingegen nicht signifikant.

Auch in einigen anderen Studien wurden neben Rückfallraten weitere Indikatoren für den Erfolg- bzw. Misserfolg der Maßnahmen analysiert. Beispielsweise wurden sogenannte dynamische Risikofaktoren, zu denen psychologische Konstrukte wie Selbstwertprobleme, kognitive Verzerrungen und Defizite in der Selbstregulation zählen, mittels Fragebögen erfasst (z. B. Beier et al. 2015). Diese haben wir in der vorliegenden Übersichtsarbeit nicht berücksichtigt, da belastbare Aussagen zur Auswirkung der Maßnahmen auf die Legalbewährung von Personen auf der Grundlage solcher indirekten Indikatoren noch schwerer zu erbringen sind.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass anhand der vorliegenden Studien nur für eine der zehn Präventionsmaßnahmen ausreichend belastbare Anhaltspunkte zu ihrer Wirksamkeit vorliegen (s. Abbildung 3). Teilnehmer des SIMA wiesen bei bestimmten (schweren) Delikten eine geringere Rückfallquote auf als Nichtteilnehmer bzw. Teilnehmer anderer Behandlungsangebote. Die anderen Evaluationsberichte lassen deutlich weniger Schlüsse über die Effekte der Maßnahmen auf strafbares Verhalten zu, enthalten aber teilweise andere relevante Erkenntnisse. Im Folgenden werden die verschiedenen Ergebnisse eingehender erläutert.

Ergebnisse in Bezug auf die Präventionsarbeit

Die weiteren Ergebnisse dieser Forschungssynthese betreffen einerseits die Präventionsarbeit und andererseits die Evaluationspraxis. Auch wenn es für die Präventionsarbeit in Deutschland bisher nur wenige gesicherte Daten über deren Effekte gibt, so identifizieren die Evaluationen u.a. folgende Voraussetzungen für eine erfolgreiche ambulante Behandlung von (potenziellen) Sexualtätern:

(1) Professionelle Indikationsstellung: Nicht in jedem Fall ist eine Behandlung notwendig oder sinnvoll. Vor der Behandlung sind Behandlungsvoraussetzungen und -bedarf der Teilnehmer sachgemäß und anhand objektiver Kriterien zu prüfen. Entsprechend gilt es auch Kriterien für das Behandlungsende festzulegen. Dadurch lassen sich vorhandene Ressourcen sinnvoll nutzen.

(2) Standardisierte Diagnostik: Die behandlungsbegleitende Anwendung von standardisierter Diagnostik (z. B. Prognoseinstrumente) kann von Mitarbeitern als zusätzliche hilfreiche Informationsquelle genutzt werden. Sie dient zudem der Strukturierung und Absicherung der eigenen Arbeit.

(3) Sensible Zusammensetzung von Therapiegruppen: Bei gruppenbasierten Angeboten kann die Zusammensetzung der Teilnehmer entscheidend für die Wirksamkeit der Behandlung sein. So kann z. B. eine Zusammenführung von Personen mit sehr unterschiedlicher (einschlägiger) krimineller Vorerfahrung kriminalitätsfördernd wirken (iatrogener Effekt). Beier et al. (2015) weisen beispielsweise darauf hin, dass einige Teilnehmer des Präventionsprojekts Dunkelfeld (ohne vorherige Delikte) im Verlauf der Gruppenbehandlung zum ersten Mal Missbrauchsabbildungen konsumierten. Eine Erklärung hierfür war, dass diese Personen erst im

Rahmen der Therapie von anderen Patienten lernten, wie sie über das Internet an entsprechendes Material gelangten. Derartige Aspekte sind vor Beginn einer Gruppenbehandlung unbedingt zu beachten.

(4) Breite Anwendung des RNR-Modells: Laut sogenanntem Risk-Need-Responsivity (RNR) Modell nach Andrews, Bonta und Hoge (1990) sollte die Intensität der Behandlung an der individuellen Gefährlichkeit ausgerichtet werden. Aufgrund der Heterogenität der Tätergruppe wird zudem gefordert, Therapiepläne flexibel (und stärker) an die spezifischen Bedürfnisse und Fähigkeiten der jeweiligen Teilnehmer anzupassen. Die Prinzipien sind als Qualitätskriterien im Bereich der Sexualtäterbehandlung anerkannt und empirisch überprüft.

(5) Vernetzung unterschiedlicher Hilfsangebote: An der Versorgung von (potenziellen) Sexualtätern sind häufig verschiedene Einrichtungen und Instanzen beteiligt. Durch eine enge Vernetzung innerhalb des Versorgungssystems, vor allem zwischen intra- und extramuralen Angeboten, kann eine Behandlung effektiver gestaltet werden. Als vorteilhaft hat sich dies beispielsweise bei der ambulanten Nachsorge nach dem Maßregelvollzug bewährt. Hier kann über einen langen Zeitraum eine Beziehung zu den Patienten aufgebaut werden. Dadurch werden auch Krisensituationen für die Mitarbeiter besser einschätzbar. Eine besondere Herausforderung dabei ist es, gleichzeitig eine vertrauensvolle Umgebung für Teilnehmer zu wahren und datenschutzrechtliche Bestimmungen einzuhalten.

(6) Qualifikationsmaßnahmen für Mitarbeiter: Regelmäßige, theoretisch und praktisch ausgerichtete Weiterbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter innerhalb des Versorgungssystems sind ein relevantes Qualitätsmerkmal der Behandlung. Hier liegt ein Zusammenhang mit der Wirksamkeit von Maßnahmen nahe. Insbesondere bei niedergelassenen Psychotherapeuten besteht ein Bedarf, da diese häufig nicht spezifisch ausgebildet sind und/oder generelle Vorbehalte gegen die Arbeit mit dieser Klientel hegen. Zu solchen Maßnahmen zählen auch regelmäßige patienten- und teambezogene Supervisionen. Investitionen in die Qualifikation von Mitarbeitern wirken sich positiv auf die Behandlung aus und sind ein Beitrag zu schützenden Arbeitsbedingungen.

(7) Gesellschaftliche Aufklärungsarbeit: Eine angemessene Versorgung von (potenziellen) Sexualtätern hängt auch von der gesellschaftlichen Akzeptanz für die Arbeit mit dieser Tätergruppe ab. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass aktuell nicht genügend Psychotherapeuten bereit sind mit dieser Klientel zu arbeiten, sodass die Anzahl an ambulanten Therapieplätzen den Bedarf nicht abdeckt (z. B. Pitzing 2006; Stiels-Glenn 2010). Zudem sind die Wartezeiten bis zum Beginn einer Behandlung häufig unverhältnismäßig lang. Aber auch von institutioneller Seite bzw. seitens der Träger sollten keine unrealistischen Erwartungen geschürt werden. Rückfälle müssen sachlich bewertet und als Teil der Arbeit akzeptiert werden.

Weitere Hinweise der Autoren: Neben den genannten Aspekten benennen einzelne Autoren weitere Hinweise, die zu einer erfolgreichen ambulanten Behandlung (potenzieller) Sexualtäter beitragen können. Hierzu zählt u. a. der Vorschlag von Tippelt et al. 2012, die Zufriedenheit der Teilnehmer in Bezug auf die Maßnahme zu erfassen. Grein fordert zudem die Entwicklung von Standards für die Aktenführung, „um weitere empirische Untersuchungen zu ermöglichen“ (Grein 2005, S. 66).

Beier et al. (2015) fordern darüber hinaus eine Integration der Hilfsangebote für potenzielle Täter, speziell tatgeneigte Personen mit pädophilen Neigungen, in das Gesundheitssystem. Dieser Forderung wurde mit einem Beschluss des Bundestags vom 10.11.2016 bereits teilweise entsprochen. Demnach wird die therapeutische Behandlung im Rahmen des Präventionsnetzwerks „Kein Täter werden“ zumindest für die nächsten fünf Jahre von den gesetzlichen Krankenkassen getragen (Netzwerk „Kein Täter werden“ 2016). Auch eine langfristige Etablierung der Behandlung als Kassenleistung erscheint derzeit realistisch.

Ergebnisse in Bezug auf die Evaluationspraxis

Bei der Weiterentwicklung von Präventionsarbeit spielt die Evaluationspraxis eine zentrale Rolle. Wissenschaftliche Studien können wertvolle Befunde liefern, die aktuelle Vorgehensweisen und Praktiken entweder bestärken oder in Frage stellen. Entscheidend dabei ist, dass sich erstens die Forschung an relevanten Fragen und Bedürfnissen der Praxis orientiert und zweitens geeignete Methoden angewendet werden, die zu aussagekräftigen Erkenntnissen führen. Für die Evaluationspraxis im Bereich der ambulanten Rückfallprävention bei Sexualtätern lassen sich anhand der berücksichtigten Evaluationsstudien folgende Ergebnisse ableiten:

(1) Ziele der Studien: In allen berücksichtigten Studien wurden für die Maßnahmen sowie für die begleitenden Evaluationen klare, erkennbare Ziele formuliert oder die Zielsetzung war aus dem Kontext heraus offensichtlich. Bei maximal sechs Studien, d.h. nur zwei Dritteln der einbezogenen Berichte, handelt es sich (je nach Definition) um Wirkungsevaluationen. Mindestens drei Studien verfolgten hingegen andere Zielsetzungen und waren eher als formative und/oder Prozessevaluation angelegt. Tippelt, Stübner und Nedopil (2012) untersuchten z. B. primär Fragestellungen, die den Behandlungsprozess betreffen. Yoon et al. (2013) strebten eine exemplarische Darstellung von Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung an. Grein (2005, 60) wies sogar explizit darauf hin, dass ihre Untersuchung keine Evaluation einer Therapiemethode darstelle. Die Autoren berichteten in den betreffenden Studien zwar Rückfalldaten, diese allerdings in anderen Kontexten. Zum einen verdeutlicht dies einen Mangel an Wirkungsevaluationen zu ambulanten Behandlungsmaßnahmen für Sexualtäter. Zum anderen kann zur Bewertung der methodischen Qualität nicht für alle Studien der gleiche Maßstab angelegt werden. Die Ergebnisse erfordern eine differenzierte Betrachtung.

(2) Mess- und Konstruktvalidität: Bei der Untersuchung der Effekte einer Maßnahme spielen die Indikatoren für Erfolg- bzw. Misserfolg eine entscheidende Rolle. Für die Prävention von Sexualdelikten existieren bereits weitgehend anerkannte Indikatoren. Eine naheliegende Möglichkeit ist es, Rückfallquoten in Bezug auf Sexualdelikte anhand von Auszügen aus dem BZR zu vergleichen. In vier der neun Studien wurden diese als Indikatoren herangezogen. Noch besser lassen sich die Effekte einer Maßnahme bewerten, wenn mehrere Indikatoren für den Erfolg untersucht werden. Eine Studie analysierte neben Auszügen aus dem BZR zusätzlich Daten aus der MESTA. In einer weiteren Studie wurden neben Rückfällen, die in Behandlungsakten dokumentiert waren, auch Prognoseinstrumente eingesetzt.

Die ambulante Rückfallprävention bei Sexualtätern zielt auf Wahrnehmungs- und Verhaltensänderungen ab. Speziell therapeutische Angebote entfalten ihre kriminalpräventive Wirkung nur indirekt und (abhängig von der einzelnen Person) innerhalb individuell unterschiedlicher Zeiträume. Um die kurz-, mittel- und langfristigen Effekte von Maßnahmen der Prävention von Sexualdelikten belegen zu können, lassen sich daher prinzipiell auch indirekte Indikatoren heranziehen. Hierzu zählen sogenannte dynamische Risikofaktoren, wie beispielsweise eine mangelnde Opferempathie, Selbstregulationsdefizite und kognitive Verzerrungen. Eine Studie vergleicht solche dynamischen Risikofaktoren. Problematisch ist allerdings, dass indirekte Indikatoren keine gesicherten Aussagen über mögliche kriminalpräventive Effekte zulassen. Aus diesem Grund schließt die vorliegende Übersichtsarbeit nur Studien ein, die (auch) die Legalbewährung als direktes Erfolgskriterium heranziehen.

Eine zuverlässige Erfassung der Legalbewährung bzw. von Rückfälligkeit ist generell allerdings kaum möglich. Ein Grund hierfür ist, dass jede Datenquelle nur einen Teil der Realität bzw. des tatsächlichen Verhaltens abbildet. Zu den verfügbaren Datenquellen zählen beispielsweise die verschiedenen Rechtspflegestatistiken, die Aufschluss über offiziell registrierte Straftaten geben. Speziell bei Sexualdelikten muss allerdings von einem großen Dunkelfeld ausgegangen werden, was die Aussagekraft dieser Statistiken deutlich einschränkt (s. hierzu Elz 2001). Auch Behandlungsunterlagen oder Selbstberichte der Täter werden häufig als Informationsgrundlage genutzt. Die Aussagekraft dieser Datenquellen variiert stark. Daten zur Legalbewährung müssen daher immer unter Berücksichtigung der jeweiligen Quelle interpretiert werden.

(3) Nachweis präventiver Effekte (interne Validität): Im Bereich der Prävention von Sexualdelikten lässt sich das ideale Design einer randomisierten Kontrollgruppenstudie aus ethischen und rechtlichen Gründen nicht verwirklichen. Zum einen ist es aus ethischer Sicht problematisch, Sexualtätern eine Behandlung zu verwehren, von der man annimmt, dass sie wirksam sein kann (und damit auch potenzielle Opfer schützt). Zum anderen sind Behandlungen für diese Tätergruppe (bzw. für einen Großteil der Täter) mittlerweile gesetzlich vorgeschrieben, sodass hier wenig Spielraum besteht. Es existieren aber Verfahren, die eine zufällige Zuweisung von Personen in Versuchs- und Kontrollgruppe ersetzen. In einer der einbezogenen Studien wurde beispielsweise ein sogenanntes Matching-Verfahren eingesetzt (Keßler & Rettenberger 2016, 2017). Dabei wurde für jeden Sexualtäter, der im Rahmen des SIMA behandelt wurde, ein anderer Täter mit möglichst ähnlichem Rückfallrisiko identifiziert, der gar nicht oder nicht im Rahmen des SIMA behandelt wurde. Mit diesem Verfahren wurde eine Vergleichsgruppe auf eine Weise gebildet, die einer randomisierten Zuweisung nahe kommt oder ihr in bestimmten Fällen sogar überlegen sein kann. Zum vorliegenden Fall ist anzumerken, dass die Autoren gewisse Ungenauigkeiten tolerierten (z. B. wurde hinsichtlich des Anlassdelikts nur zwischen den Ausprägungen „Erwachsenes Opfer“ und „Kind als Opfer“ unterschieden). Trotzdem liefert die Studie ein anschauliches und seltenes Beispiel dafür, wie die interne Validität von Evaluationen bei der Prävention von Sexualdelikten erhöht werden kann. In fünf Studien wurde ein solches Matching-Verfahren nicht eingesetzt. Stattdessen bildeten die Evaluatoren Kontrollgruppen, die sich hinsichtlich wesentlicher Merkmale deutlich von der Behandlungsgruppe unterschieden. Beispielsweise verglichen Grein (2005) sowie Nowara und

Pierscke (2008) Probanden, die die Behandlung erfolgreich abgeschlossen hatten, mit sogenannten „Abbrechern“. Bei diesen Studien besteht prinzipiell die Gefahr, dass die ermittelten Effekte verzerrt sind. Täter, die eine Behandlung z. B. aufgrund fehlender Teilnahmebereitschaft oder mangelnder Veränderungsmotivation abgebrochen haben, weisen tendenziell ein höheres Risiko für erneute Straftaten auf als solche mit abgeschlossener Behandlung. Dass letztere niedrigere Rückfallraten aufweisen, ist möglicherweise eher auf die Merkmale dieser Gruppe zurückzuführen als auf die Teilnahme an der Maßnahme (s. hierzu auch Endres et al. 2016). Noch problematischer hingegen ist, dass in drei der neun Studien überhaupt keine Kontrollgruppen herangezogen wurden.

(4) Übertragbarkeit der Ergebnisse (externe Validität): Die Ergebnisse einer Evaluationsstudie sind vor allem dann aussagekräftig und für die Praxis relevant, wenn sich die Befunde auch auf Personengruppen übertragen lassen, die nicht an der Studie teilgenommen haben. Befunde können dann verallgemeinert werden, wenn die Erhebung anhand einer (speziell im Hinblick auf rückfallrelevante Merkmale) repräsentativen Stichprobe durchgeführt wurde. Die Übertragbarkeit der Befunde kann allerdings auch theoretisch begründet werden (theoretisches Sampling). Bezogen auf Sexualtäter liegen nur in einer der berücksichtigten Studien Anhaltspunkte dafür vor, dass die Befunde - zumindest für eine Teilgruppe innerhalb des gesamten Adressatenkreises der Maßnahme - auch über den Kontext der Studie hinaus gültig sein könnten.⁸ Hier konnte ein großer Anteil aller im Bundesland Hessen registrierten Sexualstraftäter mit einer Therapieweisung einbezogen werden. Alle weiteren Studienergebnisse müssen hauptsächlich aufgrund der geringen Stichprobengrößen als nicht repräsentativ eingeschätzt werden.

(5) Ergebnisinterpretation und Interessenkonflikte: Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt überwiegend offen und selbstkritisch. Dabei werden mögliche Grenzen und Einschränkungen der Ergebnisse angemessen reflektiert. In einzelnen Studien hingegen wäre eine ausführlichere Diskussion dieser Grenzen wünschenswert, z. B. weil hier entscheidende Aspekte ausgeklammert wurden. Bei der Studie von Beier et al. (2015) handelt es sich um eine Selbstevaluation und auch in einigen anderen Studien gab es Hinweise darauf, dass die Neutralität der Autoren beeinträchtigt sein könnte. Ein Großteil der Studien im Bereich der ambulanten Rückfallprävention bei Sexualtätern wird von politischen Auftraggebern finanziert, die gleichzeitig auch die Maßnahme finanzieren. Grundsätzlich ist es begrüßenswert, wenn ein politischer Auftraggeber oder Träger die Evaluation einer Maßnahme finanziert, insbesondere weil dies üblicherweise die einzige Möglichkeit ist, eine Evaluation überhaupt durchführen zu können. Von zentraler Bedeutung ist dabei allerdings, dass die Evaluation ergebnisoffen und möglichst unabhängig erfolgt.

Weitere Hinweise der Autoren: Die methodischen Herausforderungen hinsichtlich der Bewertung von (ambulanten) Behandlungsmaßnahmen für Sexualtäter wurden auf wissenschaftlicher Seite bereits vielfach diskutiert. Auch die meisten Autoren der hier einbezogenen Evaluationsstudien gehen auf diese Schwierigkeiten ein und formulieren Vorschläge für eine sinnvolle Weiterentwicklung der Forschung in diesem Feld. Für Folgeuntersuchungen fordern mehrere der Autoren neben größeren Stichproben auch längere Beobachtungszeiträume. Letzteres gelte insbesondere für jugendliche bzw. junge Täter, deren hohe nicht-einschlägige

Rückfälligkeit möglicherweise als altersabhängiges Phänomen zu verstehen sei (Nowara & Pierschke 2008). Nach Beier et al. (2015) sollten zukünftige Studien sogenannte Prädiktoren für Rückfälle im Dunkelfeld untersuchen, d.h. Merkmale oder Eigenschaften, die die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöhen. In weiteren Untersuchungen solle zudem hinsichtlich der Quantität und Qualität (z. B. Intensität und Schwere) des Konsums von Missbrauchsabbildungen differenziert werden. Die Einbindung von Techniken zur Kontrolle eines Selbstpräsentations-Bias (die Tendenz eines Interviewten, Antworten dahingehend zu verzerren, dass ein positiveres Bild von sich vermittelt wird, z. B. in Form von sozial erwünschten Eigenschaften oder Verhalten) sei nach Ansicht der Autoren ebenfalls sinnvoll. Yoon et al. (2013) schlagen darüber hinaus vor, bei weiteren Analysen unterschiedliche Tätertypen und Rückfallkategorien zu differenzieren, um dadurch umfassendere Erkenntnisse zu erhalten.

4. Empfehlungen

Aus den vorliegenden Evaluationsstudien lassen sich einzelne konkrete Empfehlungen für die Präventionspraxis ableiten. Verglichen mit anderen Kriminalitätsphänomenen wurden hier zwar niedrige Rückfallraten ermittelt, allerdings müssen diese Ergebnisse aufgrund zahlreicher methodischer Schwierigkeiten in den Studien als kaum belastbar bewertet werden. Lediglich in einer Studie konnte ausreichend überzeugend dargelegt werden, dass im Rahmen des SIMA ambulant behandelte Sexualtäter seltener wegen (erneuter) sexueller Gewaltdelikte und sonstiger Gewaltdelikte angezeigt werden (Keßler & Rettenberger 2016, 2017). In den anderen fünf Studien, in denen eine Vergleichsgruppe herangezogen wurde, waren die Gruppenunterschiede nicht signifikant. In einem Fall war die Rückfallquote der Teilnehmergruppe sogar höher als die der Vergleichsgruppe (Oberfell-Fuchs 2010). Ein genereller Wirksamkeitsnachweis für die ambulante Behandlung von Sexualtätern kann anhand der berücksichtigten Studien also nicht erbracht werden. Mögliche Zusammenhänge zwischen Behandlung und Rückfälligkeit bleiben damit unklar.

Gesondert hervorzuheben sind die Ergebnisse im Hinblick auf die Behandlung von Menschen mit pädophiler Neigung als sogenannte Risikogruppe (Beier et al. 2015). Zwar ist dieser Arbeitsansatz nicht völlig neu⁹, aber durch das Präventionsprojekt Dunkelfeld wird eine freiwillige Therapie für pädophile Menschen erstmals in Deutschland systematisch angeboten und beworben. Inhaltlich bzw. theoretisch ist das Vorgehen gut begründet und deckt auch eine gewisse Bedarfslücke ab.¹⁰ Auf Grundlage der hier einbezogenen Evaluationsstudie kann allerdings kein gesicherter Hinweis für die kriminalpräventive Wirksamkeit des Projekts abgeleitet werden. Die geplante externe Evaluation – ein methodisch fundiertes Vorgehen vorausgesetzt – ist daher zu begrüßen.

Laut Aussagen der Autoren profitieren ambulante Versorgungsstrukturen zur Behandlung von Sexualtätern von einer sorgfältigen Indikationsstellung und einer sensiblen Zusammensetzung von Therapiegruppen. Als gewinnbringend werden zudem eine standardisierte Diagnostik und breite Anwendung des RNR-Modells gesehen. Die Vernetzung unterschiedlicher Hilfsangebote sowie regelmäßige Qualifikationsmaßnahmen für Mitarbeiter sind weitere Erfolgsfaktoren. Für einen angemessenen Umgang mit Opfern sowie Tätern ist langfristig aber auch gesellschaftliche Aufklärungsarbeit von zentraler Bedeutung. Hier ist eine differenzierte und sensibilisierende Einbindung der Thematik in verschiedene gesellschaftliche Kontexte, losgelöst von spektakulären Kriminalfällen, wünschenswert.

Für die Weiterentwicklung der Evaluationspraxis führt dieser Bericht eine Reihe von Empfehlungen auf. Zunächst wird anhand der vorliegenden Übersichtsarbeit deutlich, dass ein generelles Defizit an wissenschaftlichen Evaluationsstudien zu ambulanter Sexualtäterbehandlung in Deutschland besteht. Zu den meisten national eingesetzten Maßnahmen zur ambulanten Rückfallprävention bei Sexualtätern liegen keine Untersuchungen vor. Vor allem mangelt es an Studien mit methodisch hoher Qualität. Problematisch ist dabei insbesondere, dass häufig gar keine oder zumindest keine adäquaten Vergleichsgruppen herangezogen werden. Die Arbeiten von Keßler und Rettenberger (2016, 2017) zeigen dabei exemplarisch auf, welche

Richtung in zukünftigen Studien eingeschlagen werden kann. Auch hinsichtlich der mangelnden Generalisierbarkeit der Ergebnisse bestehen theoretische Lösungsmöglichkeiten. Vor allem mit Blick auf tendenziell niedrige einschlägige Rückfallraten bei Sexualtätern¹¹ bieten sich bundesweite oder zumindest länderübergreifende Erhebungen an. Ein weiteres Problem ist die Finanzierung von Evaluationen. Häufig werden wissenschaftliche Untersuchungen von politischen Akteuren bzw. Gremien in Auftrag gegeben und/oder von der zu evaluierenden Institution selbst durchgeführt (Selbstevaluation). Dadurch entstehen Interessenkonflikte, die die Unabhängigkeit und Objektivität der Ergebnisse in Frage stellen. Eine Mindestforderung kann daher lauten, dass Auftraggeber und Evaluierende vor Studienbeginn gemeinsame Standards formulieren, die zur Einhaltung von Evaluationsstandards verpflichten und die wissenschaftliche Freiheit im Forschungsprozess sicherstellen (s. auch Pniewski & Walsh, im Druck). Langfristig sind aus Sicht der Wissenschaft grundlegend unabhängigere Auftragsmodalitäten wünschenswert.

Maßnahmen zur ambulanten Behandlung von Sexualtätern werden mit der Erwartung an einen kriminalpräventiven Effekt bereits seit vielen Jahren praktiziert und weiter ausgebaut. Nicht nur im Hinblick auf die hierfür aufgewendeten Ressourcen ist es von politischem und gesellschaftlichem Interesse, dieses Ziel auch hinreichend zu überprüfen. Der Implementierung wirksamer Maßnahmen und deren Überprüfung verpflichten wir uns auch deshalb, weil es dem gesellschaftlichen Anspruch entspricht, angemessen und menschenwürdig mit Opfern und Tätern umzugehen. Weitere Evaluationen und ein transparenter Umgang mit den Ergebnissen sind daher von zentraler Bedeutung.

Anmerkungen

1 www.nzkrim.de/wespe

2 Gleiches gilt prinzipiell auch für den sekundär- bzw. selektiv-präventiven Bereich. Allerdings haben wir eine Maßnahme (Präventionsprojekt Dunkelfeld) eingeschlossen, die sich zwar hauptsächlich an potenzielle Ersttäter richtet, aber auch Personen umfasst, die bereits Sexualdelikte im Dunkelfeld begangen haben.

3 Zur Evaluation des SIMA liegen der Abschlussbericht (Keßler & Rettenberger 2016) und ein Fachartikel (Keßler & Rettenberger 2016) vor. Da es sich hierbei um dieselbe Studie handelt, haben wir diese als eine Studie gezählt. Der Bericht von Nowara & Pierschke (2008) umfasst zwei Untersuchungsteile, die ebenfalls als eine Studie behandelt werden (wenngleich der erste Untersuchungsteil bereits in einem eigenen Bericht (Nowara & Pierschke 2005) veröffentlicht wurde).

4 Die Evaluationsstudie zu den beiden Psychotherapeutischen Fachambulanzen für Sexualstraftäter in München und Stuttgart von Tippelt, Stübner und Nedopil (2012) wurde bei der Berechnung nur einmal gezählt.

5 In der Studie von Beier et al. (2015) gab keiner (0,0 %) der 53 Maßnahmeteilnehmern an, im Hellfeld straffällig in Erscheinung getreten zu sein. Befragt nach Delikten im Dunkelfeld gaben fünf (9,4 %) Maßnahmeteilnehmer an, sexuellen Missbrauch begangen zu haben und 34 (64,2 %) gaben an, Missbrauchsabbildungen konsumiert zu haben. Aus den Angaben geht nicht hervor, ob es sich um Mehrfachnennungen handelt. Die einschlägige Rückfallrate liegt demnach zwischen 64,2 % und 73,6 %. Um die Rückfallrate nicht zu überschätzen, wurden die Angaben als Mehrfachnennung gewertet und somit ein konservativer Wert (zu Gunsten des Projekts) gewählt.

6 Hierzu zählen beispielsweise Vergewaltigungen und Kindesmissbrauch, nicht aber Straftaten im Bereich Kinderpornographie oder Exhibitionismus.

7 Im Zusammenhang mit erneuten Anzeigen von *Rückfällen* zu sprechen ist problematisch, da es sich hierbei auch um falsche Beschuldigungen handeln kann und die vermeintlichen Täter damit unschuldig wären bzw. stigmatisiert würden. Der Begriff wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit dennoch von den Autoren der betreffenden Studie übernommen.

8 Auch Schmidt-Quernheim (2011) und Butz et al. (2013) erfassten in ihren Erhebungen jeweils bestimmte Täterpopulationen eines gesamten Bundeslandes. Allerdings bezogen sich die Ergebnisse auf ehemalige Maßregelvollzugspatienten und nicht speziell auf Sexualtäter.

9 Aus der Praxis ist bekannt, dass sich sogenannte Selbstmelder, darunter auch Menschen mit pädophilen Neigungen und teils auch ohne Delikte im Dunkelfeld, an ambulante Behandlungseinrichtungen wenden und dort behandelt bzw. in Behandlung vermittelt werden.

10 Dies gilt zumindest für potenzielle Interessenten, die in unmittelbarer Nähe zu den Projektstandorten leben. Als einen Hauptgrund für die Ablehnung der Behandlung hat das Netzwerk „Kein Täter werden“ die weite Entfernung zum Wohnort identifiziert (Beier et al. 2015).

11 König (2011) verweist auf die Problematik geringer Fallzahlen in Kombination mit niedrigen Rückfallraten. Um Effekte mit hinreichender statistischer Teststärke abbilden zu können, sei eine Stichprobe von etwa 1.800 bis 14.000 notwendig (König 2011, S. 57f).

Literatur

- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A. & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of sexual medicine*, 12, 529-542.
- Butz, M., Mokros, A. & Osterheider, M. (2013). Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayerischen Modellprojekts. *Psychiatrische Praxis* 40, 36-42.
- Grein, N. (2005). *Legalbewährung von Sexualstraftätern. Ambulante Therapie und Rückfallrisiko*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Keßler, A. & Rettenberger, M. (2016). *Evaluation der psychotherapeutischen Versorgung von Probanden des Sicherheitsmanagements in Hessen – Abschlussbericht*. Unveröffentlichtes Manuskript, Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden.
- Keßler, A. & Rettenberger, M. (2017). Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung von Sexualstraftätern nach Entlassung aus dem Strafvollzug. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46(1), 42-52.
- Nowara, S., & Pierschke, R. (2008). *Erzieherische Hilfen für jugendliche Sexual(straft)täter. Katamnesestudie zu den vom Land Nordrhein-Westfalen geförderten Modellprojekten*. Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf. Verfügbar unter <https://www.awo-duesseldorf.de/fileadmin/pdfs/Familienglobus/Auswege/Katamnesestudie.pdf>.
- Obergfell-Fuchs, J. (2010). *Ambulante deliktorientierte Psychotherapie von Sexualstraftätern ist ein Beitrag zum Opferschutz – Abschließende Ergebnisse einer Katamneseuntersuchung in Baden-Württemberg*. Präsentation beim 26. DGVT Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, 08.03.2010. Berlin.
- Schmidt-Quernheim, F. (2011). *Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Duisburg-Essen. Verfügbar unter: http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-28123/Diss_Schmidt_Quernheim.pdf.
- Tippelt, S., Stübner, S. & Nedopil, N. (2012). Die psychotherapeutischen Fachambulanzen für Sexualstraftäter in München und Nürnberg – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung. *Forum Strafvollzug*, 61, 95-98.
- Yoon, D., Motekallemi, S., Rettenberger, M. & Briken, P. (2013). Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7, 177-182.

Weiterführende Literatur

- Bundeskriminalamt (2017). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2016*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt. Verfügbar unter: <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2016/pks2016lmkBericht.pdf>.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal justice and Behavior*, 17(1), 19-52.
- Collaborative Outcome Data Committee (2007). *The Collaborative Outcome Data Committee's guidelines for the evaluation of sexual offender treatment outcome research Part 2: CODC guidelines (Corrections Research User Report No. 2007-03)*. Ottawa. Verfügbar unter: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/cllbrtv-tcmdt-gdlns/cllbrtv-tcmdt-gdlns-eng.pdf>.

- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12, CD007507.
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI) e.V. (2016). *Einrichtungsliste: Therapie, Beratung, Betreuung sexuell übergriffiger Kinder und Jugendlichen* (Stand: 30.11.2016). Verfügbar unter: https://www.dgfpi.de/tl_files/pdf/Hilfe%20finden/Einrichtungsliste_DGfPI_Stand_30-11-2016.pdf.
- Eher, R. & Pfäfflin, F. (2011). Adult sexual offender treatment – Is it effective? In D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner, & F. Pfäfflin (Hrsg.), *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders: Theory, practice, and research*. West Sussex, 3-12.
- Elz, J. (2001). *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: sexuelle Missbrauchsdelikte*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Endres, J., Breuer, M. M., & Stemmler, M. (2016). „Intention to treat“ oder „treatment as received“ – Umgang mit Abbrechern in der Forschung zur Straftäterbehandlung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 10(1), 45-55.
- Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., & Tetel, C. (2016). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen – Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2007 – 2013 und 2004 – 2013*. Berlin: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.
- Kim, B., Benekos, P.J., & Merlo, A.V. (2015). Sex Offender Recidivism Revisited Review of Recent Meta-analyses on the Effects of Sex Offender Treatment. *Trauma, Violence, & Abuse* 17, 105-117.
- König, A. (2011). *Sexuelle Übergriffe durch Kinder und Jugendliche. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)*. Verfügbar unter: https://www.fhdortmund.de/de/fb/8/personen/lehr/koenig/medien/Koenig_2011_Expertise_Sexuelle_Uebergriffe_durch_Kinder_und_Jugendliche.pdf.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2016). Treatment of sexual offenders: Concepts and empirical evaluations. In: B. Francis & T. Sanders (Hrsg.), *The Oxford handbook on sex offences and sex offenders*. New York, 392-414.
- Nowara, S., & Pierschke, R. (2005). *Abschlussbericht des Forschungsprojekts Erzieherische Hilfen für Sexual(straft)täter*. Unveröffentlichter Bericht, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Pitzing, H.J. (2006). *Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter Stuttgart*. Verfügbar unter: <http://www.diakonie-bhv.de/behandlung-von-sexualstraftaetern.html>.
- Pniewski, B. (2017). Ambulante Maßnahmen zur Rückfallprävention bei Sexualtätern: Ein Überblick über wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit aus Deutschland. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 100(3), 179-206.
- Pniewski, B., & Walsh, M. (im Druck). Schwierigkeiten bei der Implementierung von Evaluationsforschung in der Praxis. In M. Walsh, B. Pniewski, M. Kober & A. Armbrorst (Hrsg.), *Praxishandbuch evidenzorientierte Kriminalprävention in Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS.
- Prentky, R. A., Lee, A. F., Knight, R. A., & Cerce, D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21(6), 635-659.
- Rudel, A., & Wähler, A. (2009). Ambulante Therapie von Sexualstraftätern im Zwangskontext. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 10, 34-41.
- Schmucker, M. (2007). Meta-Analysen zur Sexualstraftäterbehandlung. In W. Berner, P. Briken & A. Hill (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln – mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln, 13-30.
- Seifarth, S., & Ludwig, H. (2016). Dunkelfeld und Anzeigeverhalten bei Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung – Ergebnisse einer Untersuchung zur Erforschung von Anzeigemotivation und Anzeigeverhalten bei sexueller Nötigung und Vergewaltigung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 99(3), 237-244.

- Stiels-Glenn, M. (2010). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung pädosexueller Patienten. *Recht & Psychiatrie* 28, 74-80.
- Wetzels, P., & Pfeiffer, C. (1995). *Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum: Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992*. Hannover.
- Wollmann, S., & Schaar, M. (2016). Alles nur eine Frage der Kampagne? Das Schutzlückenprojekt „Nein heißt Nein!“. *Neue Kriminalpolitik* 28(3), 268-283.

