

## **Inhalt**

**1. Vorbemerkung**

**2. Ausgangslage**

**3. Zielsetzung**

**4. Empfehlungen/Forderungen**

## 1. Vorbemerkung

Die Unter-AG „Sekundär- und Tertiärprävention Täterarbeit<sup>1</sup>“ hat am 11.02.2011 ihre Arbeit aufgenommen. In Bezug auf den Bereich der Täterarbeit wurde bereits im Zwischenbericht des Runden Tisches darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Arbeit der AG I künftig auch Fragen und Maßnahmen der Sekundärprävention zu erörtern sein werden, da in der Unter-AG IV „Ausbau primärpräventiver Diagnostik- und Behandlungsmethoden“ die Primärprävention und Behandlungsangebote für Menschen mit pädophiler Neigung im Vordergrund standen. Um den Bereich der Täterarbeit umfassend abzudecken, wird neben der Sekundärprävention auch die Tertiärprävention im vorliegenden Diskussionspapier aufgegriffen.

Das Diskussionspapier haben folgende Personen in einem Mailverfahren und zum Teil im Rahmen von zwei Arbeitstreffen – unter der Leitung von Dr. Esther Klees (DGfPI e.V.) – zusammengestellt:

- Dr. Dirk Bange, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg
- Prof. Dr. med. Peer Briken, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Forensische Psychiatrie, 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Klaus-Peter David, Beratungsstelle Packhaus Kiel
- Prof. Dr. Günther Deegener, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut
- Klaus Elsner, Dipl. Psychologe, LVR-Klinik Viersen, Abteilung Forensische Psychiatrie II
- Jutta Elz, Dipl. Pädagogin, Ass. Jur., Kriminologische Zentralstelle e.V., Wiesbaden
- Monika Egli-Alge, Forensisches Institut Ostschweiz, DGfPI e.V.
- Dr. Ulrich Kobbé, Diplom-Psychologe, Psychotherapeut
- Dr. Andrej König, Dipl. Psychologe, Institut für Forensische Psychiatrie, Universität Duisburg-Essen
- Werner Meyer-Deters, Dipl. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Gewaltberater / Gewaltpädagoge (forMale), Leiter Abteilung Ambulante Rückfallvorbeugung der ärztlichen Beratungsstelle NEUE WEGE, gegen Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch von Kindern der Caritas für Bochum e.V., Mitglied geschäftsführender Vorstand DGfPI e.V.

---

1 Sexuelle Gewalt wird zu einem Großteil von männlichen Personen verübt. Daher findet der Begriff „Täter“ in diesem Papier Verwendung. Die quantitativ kleinere Gruppe der Täterinnen wird nicht explizit aufgeführt, aber unter dem Begriff „Täter“ einbezogen.

- Matthias Nitsch, Leitung Modularisierte Fortbildung Opfertgerechte Täterarbeit, DGfPI e.V., Düsseldorf
- Prof. Dr. Sabine Nowara, Forensisches Institut Waltrop
- Dr. Carolin Quenzer, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin
- Sigrid Richter-Unger, Diplom-Soziologin, Leiterin Beratungsstelle „Kind im Zentrum – Sozialtherapeutische Hilfen für sexuell missbrauchte Kinder und ihre Familien“, Mitglied Vorstand DGfPI e.V.
- Michael Stiels-Glenn, Kriminologe, Polizeiwissenschaftler (M.A.), Integrativer Psychotherapeut (M.Sc.), Supervisor (DGSv), Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit in NRW
- Jürgen Taege, Diplom Sozialarbeiter, Vorsitzender der BAG Soziale Arbeit im Justizvollzug e. V., Leiter des Sozialdienstes der Sozialtherapeutischen Anstalt Gelsenkirchen, freiberuflicher Therapeut in den Projekten zur ambulanten Therapie von Sexualstraftätern NRW

## 2. Ausgangslage

Der Begriff „Sekundärprävention“ beschreibt in Anlehnung an Caplan (1961) Maßnahmen, die zur frühzeitigen Entdeckung und wirksamen Behandlung von Tätern, die sexuelle Gewalt ausüben, geeignet sind. Der Begriff „Tertiärprävention“ zielt auf anschließende Behandlungsangebote für Täter ab, die einer erneuten Ausübung sexueller Gewalt (sog. Rückfälle) entgegenwirken.

Die Arbeit mit Sexualstraftätern, unter Integration der Opferperspektive, ist im Sinne der Prävention sexueller Gewalt und des Opferschutzes unverzichtbar.

Verschiedenen deutschen Studien zufolge liegt die einschlägige Rückfallquote bei Sexualstraftätern im Hellfeld bei ca. 20 %, die innerhalb von fünf Jahren weitere sanktionierte Sexualstraftaten begehen (u. a. Elz 2001, 2002). Die geringere Rückfallrate bei Kindern und Jugendlichen von 5 - 10 % wird an späterer Stelle (4.1) diskutiert. Grundsätzlich sind höhere Raten unter Einbezug des Dunkelfelds zu erwarten. Zu beachten ist, dass die Rückfälligkeit von dem Tätertypus, dem Therapieangebot und der Sanktionierungsform abhängig ist. Untersuchungen, die Sexualstraftäter *mit* und *ohne* therapeutische Maßnahmen vergleichen, kommen zu dem Ergebnis, dass eine solche Behandlung das Rückfallrisiko erheblich reduzieren kann (dazu Tabelle 1).

Insbesondere im Bereich des mittleren Risikos für die Begehung erneuter einschlägiger Straftaten ist die Datenlage hinsichtlich der Wirksamkeit von Therapie gut erwiesen.

Zudem ist herauszustellen, dass jeder in Täterarbeit investierte Euro nach Schätzungen die 12-fachen Folgekosten für Maßnahmen wie z. B. ambulante und stationäre

Therapien und Beratungen von Missbrauchsoffern, polizeiliche Ermittlungen oder die Arbeit der Staatsanwaltschaft erspart (Morawitz, Frottier & Knecht 2002).

Eine aktuelle Studie aus der Schweiz belegt, dass durch konsequent durchgeführte psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs aufgrund verhinderter Rückfälle hohe Ausgaben für neuerlich anfallende Haftkosten eingespart werden können (vgl. Urbaniok 2011).

Um den (nicht gedeckten) Bedarf an einer Versorgung mit Behandlungsangeboten abzuschätzen, ist eine umfassende und sehr differenzierte Darstellung der Sexualdelinquenz notwendig. Diese muss auch berücksichtigen, dass

- die Schwere „sexueller Übergriffe“ erheblich variiert,
- nicht alle insoweit „Übergriffen“ einer Therapie bedürfen,
- nicht alle insoweit strafrechtlich Auffälligen therapiefähig sind,
- nicht alle insoweit Therapiebedürftigen und Therapiefähigen zu einer Therapie bereit sind bzw. hierfür motiviert werden können,
- nicht alle therapeutischen Maßnahmen erfolgreich sind.

Die Arbeit mit sexuell übergriffen Minderjährigen und erwachsenen Sexualstraftätern stellt Fachkräfte vor die Herausforderung, die sexuell-grenzverletzenden Handlungen oder Sexualstraftaten abzulehnen, den Täter jedoch als Menschen zu sehen, ihn nach adäquater Diagnostik und Indikationsstellung hinreichend für eine Therapie zu motivieren und Potentiale zur Veränderung zu suchen, um eine nachhaltige Verantwortungsübernahme und langfristige Verhaltensänderung zu erzielen. Dabei darf nicht verkannt werden, dass bei einer kleineren Gruppe von Tätern, die im Behandlungsvollzug und psychotherapeutisch nicht erreicht wird, andere Maßnahmen wie z. B. solche der Kontrolle und der Sicherung im Vordergrund stehen. Neben den Überlegungen zum Opferschutz soll den Tätern durch das Unterstützungsangebot die Möglichkeit geboten werden, sich in ihrer Persönlichkeit zu entwickeln und zukünftig ein selbstbestimmtes, straffreies Leben zu führen.

### **3. Zielsetzung**

Täterarbeit ist eine Spezialaufgabe verschiedener Fachrichtungen und sollte in einem multiprofessionellen und vernetzten Kontext stattfinden.

Die Heterogenität der Gruppe der Sexualstraftäter erfordert eine interdisziplinäre Auseinandersetzung und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen mit verschiedenen Herangehensweisen.

Problematische sexuelle Handlungen oder Sexualstraftaten werden durch Menschen begangen, die individuelle persönliche Lebenserfahrungen und Sozialisationsprozesse, psychosoziale Belastungsfaktoren, zum Teil unterschiedliche Störungs- und/oder Krankheitsbilder, bei höchst individuellen Anlässen und Motivlagen aufweisen und verschiedene hetero-, homo-, pädosexuelle Straftaten, mit unter-

schiedlichen Strukturen und Ausmaßen bei äußerst unterschiedlichem Erleben der Opfer, begehen (vgl. Kobbé 1999).

Im Kontext der Diagnostik sollen medizinische, psychologische, kriminologische und soziale Dimensionen zusammengeführt werden. Darüber hinaus ist die Berücksichtigung der Opferperspektive im prozessualen Vorgehen zu beachten.

Die Behandlung von sexuell übergriffigen Minderjährigen und/oder Sexualstraftätern im Erwachsenenalter erfolgt in verschiedenen Settings, nämlich:

1) ambulant

- a) außerhalb von Strafverfahren, etwa in Fachberatungsstellen oder Wohngruppen,
- b) aufgrund gerichtlicher Weisungen bei Strafaussetzung oder nach Strafverbüßung,
- c) aufgrund von Selbstmeldungen oder
- d) aufgrund von Meldungen durch das Jugendamt,

2) teilstationär in Tageskliniken oder

3) stationär

- a) im Strafvollzug, dort im sog. „Regelvollzug“ oder in Sozialtherapeutischen Anstalten,
- b) in Psychiatrischen Krankenhäusern gemäß § 63 oder Entziehungsanstalten gemäß § 64 StGB,
- c) in (teil-)stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe,
- d) in Kinder- und Jugendpsychiatrien.

Es ist notwendig, die gesamte Bandbreite an Verursachungsfaktoren und Interventionsmöglichkeiten bei der Täterarbeit zu berücksichtigen, die speziellen Bedürfnisse im Bereich Betreuung und Behandlung auszuformulieren und dabei die für die Täterarbeit besonders weiterqualifizierten Berufsgruppenangehörigen einzubeziehen.

#### **4. Empfehlungen/Forderungen**

Nachfolgend werden die Empfehlungen/Forderungen vorgestellt, die in der Unterarbeitsgruppe erarbeitet wurden. Für die Entwicklung konkreter Maßnahmen bedarf es einer weiterführenden Spezifizierung der Inhalte.

Die Themen „*Täter mit Behinderungen*“, „*Kultursensible Zugänge*“ und „*Sexuelle Gewalt durch Täterinnen*“ sollten als Querschnittsaufgabe grundsätzlich bei allen Empfehlungen berücksichtigt werden. In diesem Papier erfahren die Themen unter dem nachfolgenden Punkt 4.1 eine besondere Ausführung.

#### **4.1 Versorgung von sexuell übergriffigen Kindern und Jugendlichen durch finanzielle Absicherung bereits bestehender Angebote und den Ausbau ambulanter und stationärer Angebote gewährleisten**

Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass 20 - 25 % der Vergewaltigungen und 30 - 40 % des sexuellen Missbrauchs durch Kinder und insbesondere durch Jugendliche und Heranwachsende begangen werden (vgl. Deegener 1999)<sup>2</sup>.

Nach der derzeitigen Forschungslage muss davon ausgegangen werden, dass biografische Erfahrungen (wie z. B. das Erleiden von sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung, seelischer Gewalt und Vernachlässigung sowie die negativen Auswirkungen zahlreicher weiterer psychosozialer Belastungsfaktoren wie Partnergewalt, Störungen des Verhaltens und Erlebens der Eltern, häufiger Wechsel der Bezugspersonen – siehe u. a. Vizard et al. 2007) erhebliche Risikofaktoren darstellen, die einerseits allgemein zu Störungen der kognitiven, emotionalen, sozialen und neurobiologischen Entwicklung führen können, andererseits aber auch die Wahrscheinlichkeit der Ausübung sexueller Gewalthandlungen erhöhen.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich, ausgehend von den Entwicklungen in den Niederlanden, in Deutschland eine Versorgungslandschaft für sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche herausgebildet (vgl. Briken et al. 2010).

Eine im Auftrag der *Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI)* e.V. erstellte Einrichtungsliste „Therapie, Beratung, Betreuung sexuell grenzverletzender Kinder und Jugendlicher“ (Stand: 08/2010) verzeichnet bereits 71 Einrichtungen, die mit grenzverletzenden Minderjährigen arbeiten. Die Kompetenzen dieser spezialisierten Fachstellen liegen vor allem darin, sexuelle Übergriffe diagnostisch einzuordnen, die aktuelle Gefahr für erneute sexuelle Übergriffe einzuschätzen, die Behandlungsindikation zu prüfen und ggf. zu behandeln oder an eine geeignete Behandlungseinrichtung weiterzuvermitteln. Einige Einrichtungen können dem hohen Versorgungsbedarf jedoch bis dato nicht gerecht werden. Fälle von hilfesusuchenden Familien, in denen Kinder schwere sexuelle Übergriffe begehen, die aber aufgrund von zum Teil monatelangen Wartezeiten keine zeitnahe Hilfe erfahren können, sind in Deutschland keine Ausnahme.

Die Enquetekommission des Landes NRW weist in ihrem Vorschlag 28 „Ambulante Angebote für jugendliche Sexualstraftäter“ auf die Unterversorgung jugendlicher Sexualstraftäter im niederschweligen ambulanten Bereich wie auch im stationären Bereich hin und betont einstimmig und fraktionsübergreifend den Bedarf an spezialisierten Einrichtungen und spezialisiert ausgebildetem Personal (vgl. Abschlussbericht der Enquete-Kommission III „Prävention“ des Landes NRW 2010).

---

<sup>2</sup> Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass es sich empfiehlt, bei einer detaillierten Ausformulierung von Bedarfen, die an dieser Stelle nicht vorgesehen ist, eine Differenzierung zwischen sexuell übergriffigen Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden vorzunehmen.

Der Ausbau der Versorgungsangebote ist aus Sicht der Arbeitsgruppe auch auf die Versorgung durch Kinder- und JugendpsychiaterInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen zu beziehen.

Zur Erhöhung der Effektivität sind in der Maßnahmenplanung die Familien und ggf. Angehörige bzw. Bezugspersonen zentral einzubeziehen. Im Bereich der Erziehungsberatung sind die vom BMFSFJ veröffentlichten und noch nicht flächendeckend umgesetzten Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe „QS 22“ zu beachten (vgl. BMFSFJ 1999).

Auch die Themen „*Täter mit Behinderungen*“, „*Kultursensible Zugänge*“ und „*Sexuelle Übergriffe durch Mädchen*“ sollten in der Angebotsstruktur berücksichtigt werden, daher folgt nachstehend eine kurze Erläuterung dieser Querschnittsthemen:

Es besteht ein eklatanter Mangel an spezifischen Angeboten für sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche mit Lern- und geistigen Behinderungen. Bundesweit gibt es nur sehr wenige Einrichtungen, die spezialisierte Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen, die sexuelle Übergriffe begehen, bereithalten.

Desweiteren gilt es, sexuell übergriffige Mädchen und Jungen, die einen Migrationshintergrund aufweisen, bei den bestehenden Angeboten zu integrieren. Dazu bedarf es kultursensibler, milieuspezifischer Zugänge, bezüglich derer bundesweit ein Mangel besteht.

Ebenso fehlen qualifizierte geschlechtsspezifische Angebote für übergriffige Mädchen. Derzeit gibt es in Deutschland lediglich eine spezialisierte Wohngruppe für diese Klientel.

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (vgl. § 1 SGB VIII). Sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche sollten im Rahmen von Behandlung, Betreuung oder Beratung befähigt werden, adäquate Lösungsstrategien und Kompetenzen im persönlichen und zwischenmenschlichen Bereich zu erwerben.

Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist in hohem Maße darauf zu achten, dass bei sexuell übergriffigem Verhalten frühzeitig eine entwicklungsspezifische, lebensweltbezogene, psychosexuelle und störungsspezifische Persönlichkeitsdiagnostik initiiert wird, die spezifische Beratungs-, Betreuungs- oder Behandlungsbedürfnisse identifiziert. Interventionen bei sexuell übergriffigen Kindern und Jugendlichen beinhalten daher ein breites Spektrum von therapeutischen Elementen, das von sexualpädagogischen, familientherapeutischen, sexualmedizinischen bis hin zu störungs- und deliktsspezifischen Maßnahmen reichen kann.

Forschungsergebnisse (z. B. Caldwell 2010; McCann & Lussier 2008; Elkovitch et al. 2008; Nisbet et al. 2004) zeigen, dass etwa jeder Zehnte der sexuell übergriffigen Kinder und Jugendlichen im Erwachsenenalter erneut mit Sexualstraftaten in Erscheinung trat. Über die Hälfte wurde im Erwachsenenalter jedoch mit Gewaltstraftaten oder anderen Delikten auffällig.

Zur frühzeitigen Identifizierung von Risikogruppen und der Einleitung gezielter Interventionen und Hilfen ist es empfehlenswert, dass bei Jugendlichen, die während oder nach einer Legalbewährungszeit einschlägig rückfällig werden, eine prognostische Begutachtung stattfindet.

Die primäre Zuordnung dieser ambulanten und stationären Hilfen für sexuell übergriffige und deviante Minderjährige in den Leistungskatalog des SGB VIII als „Erzieherische Hilfen“ dient dem Schutz und der Förderung von Kindern und Jugendlichen, bei denen in Folge ungünstiger sozialer Bedingungen eine psychosoziale und psychosexuelle Entwicklungsstörung im Sinne einer seelischen Behinderung droht oder eingetreten ist, wie es in der Regel bei den sexuell gegenüber Kindern übergriffigen Minderjährigen der Fall ist.

Nach heutigem Erkenntnisstand missbraucht eine Minderheit der Minderjährigen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen, sexueller Störung oder Behinderung andere Kinder sexuell. Sollte dieses aber doch der Fall sein, ist eine Behandlung in einer auf sexuellen Kindesmissbrauch spezialisierten Kinder- und Jugendpsychiatrie oder bei auf die Behandlung von sexuell übergriffigen Kindern und Jugendlichen ausgerichteten niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen und damit die Zuordnung in den Katalog kassenärztlicher Leistungen – mindestens ergänzend – durchaus sinnvoll. Ansonsten ist die zuständige Jugendhilfe gefordert, die notwendige Hilfe im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge zu leisten, weil eine seelische Behinderung, die ihren Ausdruck in der sexuell devianten Verhaltensstörung der Kinder und Jugendlichen findet, im Vordergrund steht.

Zudem ist es dringend erforderlich sicherzustellen, dass gerichtliche Weisungen, die eine ambulante oder stationäre Maßnahme für jugendliche und heranwachsende Sexualstraftäter oder eine justizielle Maßnahme zum Ziel haben, auch mit den entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten unterfüttert werden. Die TeilnehmerInnen der Unter-AG haben sich einstimmig auf die nachfolgende Empfehlung geeinigt. Das Bayerische Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz stimmt dieser Empfehlung mit dem Verweis, es gäbe keine Rechtsgrundlage für eine Kostenverantwortung der Justiz, nicht zu. In der Diskussion konnte kein Konsens erzielt werden. Folglich werden die nachfolgenden Ausführungen nicht vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz mitgetragen.

Soweit es sich dabei um ambulante oder stationäre Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff. SGB VIII handelt, tritt eine Kostenverpflichtung der Jugendhilfe ein.

Um die zum Teil vorhandenen Unsicherheiten über Finanzierungsverantwortung und fachliche Zuständigkeit für die Ausgestaltung der Hilfen zu vermeiden, sollten hierzu verlässliche Absprachen zwischen Jugendhilfe und Justiz erfolgen. Die Regelung im § 36a, die u. a. bewirken soll, dass keine außerhalb der Jugendhilfe liegende Institution eine Definitionsmacht über die Notwendigkeit und Geeignetheit einer Erziehungshilfe auslösen soll, darf nicht dahingehend umgedeutet werden, dass eine aus Sicht des Gerichtes notwendige pädagogische Erziehungshilfeleistung vom örtlichen

Jugendamt in Frage gestellt werden kann. Wichtig ist in diesem Zusammenhang ein durch gemeinsame Fallkonferenzen abgesicherter Entscheidungsrahmen, der sicherstellt, dass richterliche Weisungen auf ein mit der örtlichen Jugendhilfe abgestimmtes und realisierbares Angebotssystem treffen, für das auch die entsprechenden Haushaltsmittel vorhanden sind.

Sofern es sich um justizielle Maßnahmen z.B. im Rahmen von Bewährungsaufgaben handelt, tritt allerdings die Finanzierungsverpflichtung seitens der Justiz ein. Um den zum Teil beobachtbaren örtlichen Unsicherheiten in der Aufgabenabgrenzung sowohl strukturell als auch in Einzelfällen zu begegnen, empfehlen sich entsprechende Vereinbarungen auf Länder- bzw. kommunaler Ebene. Hierzu sollten in den Ländern zwischen den Landesjustizverwaltungen und den kommunalen Spitzenverbänden entsprechende Rahmenvereinbarungen getroffen werden, in die für medizinisch therapeutische Leistungen auch die Krankenkassen einbezogen werden sollen.

Die finanzielle Absicherung bereits bestehender Angebote im Rahmen der Jugendhilfe sowie der flächendeckende Ausbau ambulanter und stationärer Angebote sind dringend geboten. An dieser Stelle sei auf die Forderungen der Unter-AG „Hilfen für Betroffene – Weiterentwicklung des Beratungsnetzwerkes“ verwiesen.

Ein Problem besteht bei bereits geförderten Projekten häufig darin, dass die zunächst gewährte (Anschub-)Finanzierung im Laufe der Zeit in eine sogenannte Regelfinanzierung übergeht, die sich an Sätzen für Erziehungsberatungsstellen orientiert, die aber für die deutlich aufwändigere Täterarbeit nicht ausreichen, so dass auch bereits erfolgreich arbeitende Projekte aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen bedroht sind bzw. ihre Arbeit einschränken müssen.

#### **4.2 Ausbau eines qualifizierten Fort- und Weiterbildungsangebotes**

Die (therapeutische) Arbeit mit Menschen, die durch grenzverletzendes und gewalttätiges Sexualverhalten auffallen und anderen Menschen zum Teil schweres physisches oder psychisches Leid zufügen, erfordert eine besonders sorgfältige und selbst-reflektierte Vorgehensweise, die zwangsläufig spezielle Fachkenntnisse – einschließlich der Berücksichtigung der Opferperspektive – der professionellen HelferInnen voraussetzt. Professionsübergreifend ist ein hoher Bedarf an Qualifizierung zu verzeichnen.

Es bedarf eines Erwerbs (differential-)diagnostischer und therapeutischer Kompetenzen durch fundierte Weiterbildungen, wodurch ein umfassendes Assessment möglich wird, was verschiedene Themen wie Sexualität, biographische, persönliche, entwicklungsspezifische und situative Faktoren etc. beinhaltet.

Es mangelt beispielsweise in deutschen Maßregelvollzugskliniken und im Strafvollzug z. T. an spezifisch weitergebildetem Personal sowohl für die psychotherapeutische als auch die medikamentöse Therapie von Sexualstraftätern. Der generelle Fachkräfte-Mangel (ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen) schlägt sich hier besonders nieder, so dass es in Zukunft ohne gezielte Förder-

programme immer schwieriger sein wird, qualifizierten Nachwuchs auszubilden. In den Berufsfeldern der Psychologie/Sozialarbeit besteht insbesondere ein Mangel an männlichen Fachkräften.

In allen ambulanten und stationären spezialisierten Einrichtungen für sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche sowie erwachsene Sexualstraftäter sind insbesondere Qualifizierungsmaßnahmen bezüglich diagnostischer, behandlerischer und therapeutischer Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern (siehe auch Elsner & König 2010).

Neben unmittelbar (weiter-)qualifizierenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bedarf es zur Sicherstellung einer qualifizierten Behandlung einer regelmäßigen Supervision, die je nach institutionellem Kontext und Zielvereinbarung die therapeutische Arbeitspraxis, die Rollen- und Beziehungsdynamik und die transdisziplinäre Zusammenarbeit des Behandlungsteams zum Thema haben sollte. Die Ergebnisse der Stichtagserhebung zur Sozialtherapie im Strafvollzug (Niemz 2010), wonach am 31.03.2010 in 73% dieser Einrichtungen ausreichende Mittel für eine externe Supervision des Mitarbeiterteams vorhanden waren und der Anteil der Einrichtungen mit Teamsupervision von 60% im Jahr 1998 auf 80% gestiegen ist, zeigen, dass in sozialtherapeutischen Einrichtungen eine zunehmende Akzeptanz von Supervisionsangeboten zu verzeichnen ist.

Aber auch in anderen Behandlungssettings müssen Fort- und Weiterbildungsinitiativen durch eine begleitende und sich langfristig fortsetzende Behandlungs- und/oder Teamsupervision flankiert werden, um qualifizierte Behandlungsmaßnahmen sicherzustellen. Die Arbeitsgruppe betont, dass es einer institutionellen Implementierung und finanziellen Sicherstellung kontinuierlicher Supervisionsleistungen bedarf.

Die forensisch-psychiatrische bzw. forensisch-psychotherapeutische Behandlung gestörter Sexualstraftäter in einer freiheitsentziehenden Maßregel stellt immer wieder existenzielle Grenzfragen des ethisch-moralisch verantwortbaren Handelns. Die Anwendung unmittelbaren Zwangs zur Gefahrenabwehr, die langjährige Fortsetzung der Maßregelunterbringung von therapeutisch – noch – nicht erreichbaren Tätern thematisieren Fragen des therapeutischen Selbstverständnisses, der Behandlungsoptionen und der Verantwortbarkeit therapeutischen Handelns in der Konfrontation mit Fremdaggression und Selbstaggression (Selbstverletzung, Suizid) in der Unterbringung. Ethische Fragen sind in allen freiheitsentziehenden Einrichtungen, namentlich im Maßregelvollzug, zentraler Bestandteil therapeutischer Arbeit. Für eine tragfähige Klärung entstehender Behandlungsdilemmata bedarf es sowohl einer ethischen Kompetenz der MitarbeiterInnen als auch eigener und geeigneter Strukturen in der Krankenhausorganisation, z. B. in Form einer multidisziplinären Ethikkommission. Für eine anforderungs- und problemgerechte Bewältigung werden vereinzelt so genannte ethische Fallbesprechungen eingerichtet. Diese Methode der Bearbeitung konkreter, ethisch problematischer Praxisfälle vor Ort ist jedoch noch eine kaum bekannte Praxis der psychohygienischen Entlastung und behandlungssichernden Reflexion in Fällen ethischer Konfliktlagen.

Im Prinzip ist für alle veränderungsorientierten psycho- und soziotherapeutischen Behandlungen unter freiheitsentziehenden Bedingungen (Behandlung in Maßregel-, Sozialtherapie-, Regelvollzug) eine besondere Verantwortung und Kompetenz der TherapeutInnen vorauszusetzen. Angesichts zu erwartender Intensivierung psycho- und soziotherapeutischer Angebote für definierte Tätergruppen ist innerhalb des Vollzuges generell davon auszugehen, dass ethische Fragen der Verantwortungsübernahme und Behandlungssicherung zunehmend Bedeutung erlangen dürften. Ein professioneller Umgang mit auftretenden ethisch-behandlungsprognostischen Problemen erfordert ein angemessenes Problembewusstsein. Für eine prozessorientierte Analyse des Bedarfs ethischer Fallberatungs- und Unterstützungsangebote wird die Initiierung eines transprofessionellen Feldforschungsprojekts, ggf. im Rahmen eines Pilotprojekts, angeregt.

#### **4.3 Weiterer Ausbau sozialtherapeutischer Angebote im Strafvollzug**

Der Strafvollzug muss immer darauf gerichtet sein, dem Inhaftierten künftig ein strafreies Leben in Freiheit zu ermöglichen. So formuliert auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) im Mai 2006: „Mit dem aus Art. 1 Abs. 1 GG folgenden Gebot, den Menschen nie als bloßes Mittel zu gesellschaftlichen Zwecken, sondern stets auch selbst als Zweck – als Subjekt mit eigenen Rechten und zu berücksichtigenden eigenen Belangen – zu behandeln, und mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist die Freiheitsstrafe als besonders tiefgreifender Grundrechtseingriff nur vereinbar, wenn sie unter Berücksichtigung ihrer gesellschaftlichen Schutzfunktion konsequent auf eine straffreie Zukunft des Betroffenen gerichtet ist. Zugleich folgt die Notwendigkeit, den Strafvollzug am Ziel der Resozialisierung auszurichten, auch aus der staatlichen Schutzpflicht für die Sicherheit aller Bürger. Zwischen dem Integrationsziel des Vollzuges und dem Anliegen, die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten zu schützen, besteht insoweit kein Gegensatz.“ (2 BvR 1673/04; 2 BvR 2402/04, RN 51).

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, belegen zahlreiche Wirksamkeitsstudien, dass in dem breiten Feld möglicher (Re-)Sozialisierungsmaßnahmen dezidiert therapeutische Behandlungen auch und gerade bei Sexualstraftätern einen positiven Effekt haben, indem sie die Rückfallquoten von Behandelten gegenüber nicht Behandelten reduzieren (zum Risk-Needs-Responsivity-Prinzip und dem Problem der Vergleichsgruppe s. 4.6.2). Allerdings finden solche Behandlungen, zumal eingebettet in ein der Therapie förderliches Setting, zwar nicht ausschließlich, aber doch überwiegend in sozialtherapeutischen Einrichtungen statt, die deshalb zusammengefasst als „Behandlungsvollzug“ – in Abgrenzung zum „Regelvollzug“ – bezeichnet werden.

Dass auch der Bundesgesetzgeber einen besonderen Behandlungsbedarf für Sexualstraftäter sieht, ergibt sich v. a. aus § 9 Strafvollzugsgesetz (StVollzG). Danach ist seit dem Jahr 2003 ein Gefangener, der wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 StGB zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt wurde, in eine sozialtherapeutische Anstalt zu verlegen, wenn die dort stattfindende Behandlung angezeigt ist, während andere Gefangene lediglich dorthin verlegt werden können.

Erst mit o. g. Entscheidung des BVerfG wurde dem Gesetzgeber auferlegt, bis Anfang 2008 ein Gesetz für den Vollzug von Jugendstrafen zu schaffen; durch die am 01.09.2006 in Kraft getretene Föderalismusreform richtete sich diese Pflicht an die Bundesländer. Innerhalb der Frist sind in allen Bundesländern eigene Jugendstrafvollzugsgesetze verabschiedet worden, wobei Regelungen zur Verlegung in eine Sozialtherapeutische Anstalt in allen enthalten sind, allerdings nur einige ihren Fokus in o. g. Sinne auf Sexualstraftäter legen (Details bei Spöhr 2009, 15 ff.). Die Föderalismusreform eröffnete den Bundesländern zudem die Möglichkeit, eigene Gesetze für den Vollzug der Freiheitsstrafe einzuführen, wovon bisher fünf Bundesländer Gebrauch gemacht haben. Während in den verbleibenden Ländern noch das Bundes-StVollzG und damit § 9 StVollzG gilt und Bayern sowie Hamburg in ihren Landesgesetzen die besondere Berücksichtigung von Sexualstraftätern, aber auch das Vorliegen einer über zweijährigen Freiheitsstrafe übernommen haben, gingen Hessen und Niedersachsen insofern einen Schritt weiter, als dort eine Verlegung von Sexualstraftätern in die Sozialtherapie (sofern angezeigt) unabhängig von einer Mindeststrafe zu erfolgen hat – wobei allerdings festgeschrieben wurde, dass die Verlegung zu einem Zeitpunkt erfolgen soll, „der den Abschluss der Behandlung zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt erwarten lässt“. In Baden-Württemberg wurde hingegen eine einheitliche Norm für alle Gefangenen geschaffen, die zudem nur eine „Soll“-Regelung hinsichtlich der Verlegung in die Sozialtherapie enthält.

Nach den Ergebnissen der seit 1997 von der Kriminologischen Zentralstelle jährlich durchgeführten Erhebung „Sozialtherapie im Strafvollzug“ sind die Haftplatzzahlen in sozialtherapeutischen Einrichtungen zum jeweiligen Stichtag „31. März“ zwischen 1997 und 2010 zwar von 888 auf 2.110 gestiegen (Niemz 2010, 8). Dabei verteilen sich die Plätze inzwischen auf bundesweit 56 Einrichtungen – ganz überwiegend dem Regelvollzug angegliederte Abteilungen –, darunter 17 im Jugendstrafvollzug. Und auch der Anteil der am Stichtag von Sexualstraftätern belegten Plätze hat sich in dieser Zeit von etwa 23 % auf knapp 55 % wesentlich erhöht (wobei diese Quote in den letzten Jahren wieder etwas zurückgegangen ist). Absolut handelte es sich bei letzteren um 1.029 Personen. Allerdings weist die Strafvollzugsstatistik des Statistischen Bundesamtes ebenfalls für den Stichtag 31.03.2010 insgesamt 4.166 Strafgefangene – darunter 228, die eine Jugendstrafe verbüßen – und 274 Sicherungsverwahrte aus, die sich wegen der Begehung von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Strafvollzug (also Regel- und Behandlungsvollzug) bzw. der Unterbringung der Sicherungsverwahrung befanden. Somit kamen am genannten Stichtag auf einen Sexualstraftäter, der sich im Behandlungsvollzug befand, fast exakt drei, die im Regelvollzug einsaßen.

Dies erlaubt zwar nicht den Schluss, dass die überwiegende Mehrheit inhaftierter Sexualstraftäter letztlich nicht-therapiert entlassen wird. Denn nicht nur, dass auch im Regelvollzug therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, auch wenn über deren Häufigkeit, Intensität und Qualität nur wenig bekannt ist. Hinzu kommt, dass sich insbesondere Langstrafige regelmäßig zunächst im Regelvollzug befinden (und in diesem gezählt werden), bevor sie zu einem späteren Zeitpunkt in den Behandlungsvollzug verlegt werden. Dennoch darf man feststellen – wie es das BVerfG analog für Siche-

rungsverwahrte in seiner Entscheidung vom 04.05.2011 getan hat –, dass das aufgezeigte Zahlenverhältnis „besonders anschaulich“ (2 BvR 2365/09 u. a., RN 124) macht, dass trotz der Chancen, die in einer sozialtherapeutischen Behandlung erwiesenermaßen liegen, nicht alle Sexualstraftäter eine solche durchlaufen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass nicht alle verurteilten Sexualstraftäter einer psychologischen oder psychiatrischen Behandlung bedürfen und nicht alle Behandlungsbedürftigen für eine Therapie gewonnen werden können oder therapiefähig sind.

Kritisch zu betrachten ist zudem die Tatsache, dass das Verhältnis von Haftplätzen in Sozialtherapeutischen Einrichtungen und inhaftierten Sexualstraftätern zwischen den Bundesländern erheblich auseinander liegt. Denn stellt man auf jeweils alle im einzelnen Bundesland zum 31.03.2010 gemeldeten Behandlungsplätze ab – also unabhängig davon, ob sie von einem Sexualstraftäter oder einem anderen Gefangenen belegt sind – und diesen die in dem jeweiligen Bundesland am 31.03. inhaftierten Sexualstraftäter gegenüber (wobei angesichts der veröffentlichten Daten z. T. auf 2009 abgestellt werden muss, zudem Sicherungsverwahrte nicht berücksichtigt werden können), so reicht das Verhältnis von eins zu eins bis zu eins zu 3,7.

Insofern gilt auch hier, was Dünkel, Geng und Morgenstern für den Strafvollzug allgemein konstatiert haben: „In Anlehnung an den kritisch gemeinten Begriff der ‚justice by geography‘ kann man [...] feststellen, dass es vom Zufall des Wohnsitzes abhängt, ob der Gefangene bessere oder schlechtere Haftbedingungen vorfindet.“ (2010, 3). Eine Homogenisierung der Versorgungsdichte im Bundesgebiet mit stationären sozialtherapeutischen Behandlungsplätzen sollte deshalb – auch im Sinne des Opferschutzes – zielgerichtet umgesetzt werden.

Zudem wäre es dringend erforderlich, die bestehenden sozialtherapeutischen Angebote im Strafvollzug so auszudifferenzieren, dass auch diejenigen Sexualstraftäter, die sich beispielsweise aufgrund zu kurzer Haftzeit oder fehlender Eigenmotivation bislang nicht für eine Sozialtherapie eignen, eine hinreichende therapeutische Unterstützung erhalten. Hier wäre allerdings zunächst zu prüfen, ob bei kurzstrafigen Gefangenen die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung angezeigt ist oder ob bei diesen andere – dann möglicherweise zu entwickelnde – Behandlungsformen anzuwenden sind.

Auch (Sexual-)Straftäter mit angeordneter Sicherungsverwahrung sind – wie vom BVerfG (2 BvR 2365/09 u. a., RN 124 f.) festgestellt – hinsichtlich sozialtherapeutischer Angebote verstärkt in den Blick zu nehmen; und zwar schon während des Strafvollzugs, um so auf eine Aussetzung des Maßregelvollzugs hinzuarbeiten, spätestens aber während der Unterbringung selbst. Und auch dies wirft – durch die Besonderheit der nicht absehbaren Vollzugsdauer – besondere behandlerische Fragen auf, die es zu lösen gilt.

An dieser Stelle sei auf zwei Gebote hingewiesen, die das BVerfG im Mai 2011 in der genannten Entscheidung zwar bezüglich der Sicherungsverwahrung aufgestellt hat, die aber von grundsätzlicher Bedeutung sind und deshalb auch für und im Behand-

lungsvollzug Beachtung verdienen: „Erweisen sich standardisierte Therapiemethoden als nicht erfolgversprechend, muss ein individuell zugeschnittenes Therapieangebot entwickelt werden [...] (Individualisierungsgebot). [...] Darüber hinaus ist die Bereitschaft des Untergebrachten zur Mitwirkung an seiner Behandlung durch gezielte Motivationsarbeit zu wecken und zu fördern. [...] (Motivierungsgebot).“ (2 BvR 2365/09 u. a., RN 113 f.). Im Hinblick auf die Sozialtherapie findet sich Letzteres auch in Buch 3, § 8 Justizvollzugsgesetzbuch Baden-Württemberg (JVollzGB-BW), wenn es dort in Absatz 2 der Regelung zur „Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung“ heißt: „Vor einer Verlegung ist die Bereitschaft des Gefangenen zur Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen zu wecken und zu fördern.“

Letztlich gestaltet sich die Sozialtherapie regional und länderspezifisch auch inhaltlich unterschiedlich, etwa beginnend mit den Indikationskriterien und deren Erhebung über die verschiedenen eingesetzten Behandlungsprogramme und endend mit der Handhabung von Lockerungen, der Behandlungsdauer, dem Übergangmanagement etc. (hierzu Spöhr 2009, 42 ff.). Zudem haben die neuen föderalen Strukturen zwar nicht zu dem befürchteten „Wettbewerb der Schäbigkeit“ (Dünkel & Schüler-Springorum 2006), aber doch zu einigen Unterschieden geführt, indem etwa – wie gezeigt – von dem Vorliegen einer Mindeststrafe als Voraussetzung einer zwingenden Verlegung in Hessen und Niedersachsen abgesehen wird. Dies erlaubt und erfordert, neue Konzepte zu entwickeln und neue Erfahrungen zu sammeln und könnte auch die Wirksamkeitsforschung erleichtern.

Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass jene Mindestanforderungen, die vom Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. erstellt und überarbeitet wurden (2007) und die in allen sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen ein wirksames Vorgehen gewährleisten sollen, vielfach noch nicht erfüllt sind. So wurde die Kategorie „personelle Mindestanforderungen“ zum Stichtag 31.03.2010 zu 42 % (von den Meldenden) als „nicht erfüllt“ angesehen (Niemz 2010, 28 ff.). Hier besteht deshalb noch erheblicher Nachsteuerungsbedarf durch die Landesjustizministerien.

#### **4.4 Nachsorge in der Resozialisierungsphase ausbauen**

Nach einer länger andauernden Behandlung von Sexualstraftätern in einem stationären Setting bedarf es insbesondere dann einer Nachsorge, wenn Vollzugslockerungen zur Erprobung des Erlernten nur in einem geringen Maße gewährt worden sind. Die Überleitung in eine Behandlung/Betreuung durch extramurale Instanzen beinhaltet neben der formalen Übergabe auch die Vermittlung von Kenntnissen aus der stationären Arbeit. Eine gängige Forderung von einer zeitlichen Spanne von mindestens sechs Monaten vor und mindestens sechs Monaten (in Abhängigkeit vom notwendigen Bedarf) nach der Entlassung, in denen Fachdienste des Strafvollzugs den ambulanten Nachsorgeinstanzen mit ihrem langjährigen Erfahrungen in der Arbeit mit dem jeweiligen Inhaftierten begleitend zur Seite stehen, hat sich nach den Erkenntnissen des Übergangsmagements als sinnvoll erwiesen. Diese Option bietet u.a.

§ 126 StVollzG, dessen Möglichkeiten allerdings bislang nur in einem geringen Maße vom Strafvollzug angewendet werden. Die mangelnde Vernetzung der stationären und ambulanten Institutionen erhöht die Rückfallwahrscheinlichkeit.

Die Landesjustizverwaltungen haben den Bedarf an ambulanter Nachsorge grundsätzlich erkannt und arbeiten mit unterschiedlichen Konzeptionen daran – auch unter Einbeziehung von Trägern der Freien Straffälligenhilfe -, ein adäquates, flächendeckendes ambulantes Nachsorgeangebot zu entwickeln. Davon zu unterscheiden sind die forensischen Nachsorgeambulanzen. Der Gesetzgeber hat im Jahre 2007 – mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht (FA) – die forensischen Ambulanzen institutionalisiert, indem er diese in die gesetzliche Regelung mit aufnahm und ihren Status als Beteiligte im FA-Verfahren regelte. Angestrebt wurde hiermit nicht zuletzt, ein Zeichen für den Auf- und Ausbau von forensischen Nachsorgenetzen in den Ländern zu geben. Dabei richtete der Gesetzgeber die forensischen Ambulanzen entsprechend der doppelten Zielsetzung der FA darauf aus, der Betreuung und Behandlung (in psychiatrischer, psychologischer oder sozialtherapeutischer Hinsicht) zu dienen, zugleich aber auch Teil des Überwachungsprozesses mit der FA-Stelle, der Bewährungshilfe und dem Gericht zu sein.

Ein adäquates Nachsorgeangebot besteht derzeit mangels bereitgestellter finanzieller Mittel aber auch aufgrund der sich oft schwierig gestaltenden Zusammenarbeit von Gesundheits-, Sozial-, und Justizressort weder für erwachsene entlassene Sexualstraftäter noch für Jugendliche, die eine Therapie abgeschlossen haben. Selbst die Sozialtherapeutischen Anstalten verfügen nur vereinzelt über ein Nachsorgekonzept. Angebote zur Nachsorge werden in den Ländern bislang nur vereinzelt bereitgestellt. Auch hier existiert ein großer Handlungsbedarf, rechtzeitig geeignete therapeutische Maßnahmen und hinreichende Nachsorgeambulanzen bereitzustellen.

Entlassene Sexualstraftäter brauchen therapeutische Unterstützung, wenn es darum geht, neu erlernte Handlungsschemata und die Einhaltung von Notfallplänen umzusetzen sowie neue gleichberechtigte Beziehungsformen im Alltag aufzubauen. Dies fördert die Nachhaltigkeit stationärer Behandlungen und steigert die Qualität ihrer inhaltlichen Arbeit.

Das Vorhalten von sogenannten Krisenbetten durch den Strafvollzug, im Rahmen des Ausbaus des § 125 StVollzG, bildet eine weitere Komponente zur Reduzierung von Risikofaktoren und einer Qualitätssteigerung des Opferschutzes.

Zudem benötigen auch Täter, die eine Bewährungsstrafe bekommen haben, sowie natürlich auch solche, die ohne juristische Sanktion ihr Täterverhalten verändern möchten, dringend ambulante Therapieangebote und die Möglichkeit, sich in Krisensituationen kurzfristig stationär unterbringen zu lassen. Die Einrichtung von Krisenwohnungen/-häusern wäre daher notwendig.

Die Finanzierung von Behandlung und Betreuung zuvor inhaftierter Täter sowie Verurteilter mit Therapieweisungen sollte verbindlich von der Justiz übernommen werden, soweit keine Finanzierung Dritter, z. B. der Krankenkassen, gegeben ist.

#### **4.5 Vernetzung der bestehenden ambulanten Versorgungsangebote für sexuell übergriffige Kinder/Jugendliche und erwachsene Sexualstraftäter**

In den einzelnen Bundesländern bieten karitative Vereine, Beratungsstellen, Fachambulanzen in Kliniken oder Hochschulen und niedergelassene ärztliche/psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen ambulante Hilfs- und Behandlungsangebote für sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche sowie erwachsene Sexualstraftäter an. Die Zielgruppen der einzelnen Versorgungsangebote variieren und reichen von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen, die aus Eigeninitiative Beratung oder Behandlung suchen bis zu Sexualstraftätern mit gerichtlichen Therapieweisungen.

Bisher mangelt es an einer länderübergreifenden Bestandsaufnahme und professionellen Vernetzung der vorhandenen Versorgungsangebote, so dass auf Bundesebene ein fachlicher Austausch und Wissenstransfer zwischen ambulanten Anbietern von Täterarbeit nur selten stattfindet. Durch eine bundesweite Vernetzung könnte eine Schwerpunktbildung zwischen verschiedenen Versorgungsanbietern gefördert und gleichzeitig ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung von Behandlung geleistet werden. Hierzu gehören die Gründung einer BAG Täterarbeit sexualisierter Gewalt und die Erarbeitung bundesweiter Standards auf Basis der best practice Modelle. Eine Vernetzung der teilweise seit vielen Jahren bestehenden Versorgungsangebote erscheint auch aus ökonomischen Aspekten sinnvoller als ein flächendeckender Neuaufbau einer Versorgungsstruktur. Ebenso ließen sich aber auch Bundesländer oder Regionen identifizieren, in denen eine ambulante Unterversorgung für diese Klientel existiert und die somit gezielter finanzieller Förderprogramme bedürfen.

Eine bundesweite Internetseite oder Hotline, die Kontakt zu den bestehenden ambulanten Versorgungsangeboten für sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche sowie erwachsene Sexualstraftäter herstellt, wäre wünschenswert, sodass lokale Hilfs- und Behandlungsangebote von Gerichten, der Bewährungshilfe oder Hilfesuchenden gezielt kontaktiert werden können.

#### **4.6 Forschung**

Bis dato mangelt es in Deutschland an Forschungsergebnissen zur Täterarbeit. Studien aus den USA und anderen Teilen des angelsächsischen Sprachraums sind aufgrund verschiedener Faktoren nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Wünschenswert wären insbesondere wissenschaftliche Untersuchungen, die sich auf die nachfolgend angeführten Aspekte konzentrieren:

##### **4.6.1 Bestandserhebung**

Um einen Überblick über die vielfältigen Behandlungsangebote und deren Leistungen zu bekommen, empfiehlt sich die Durchführung einer umfassenden Bestandsaufnahme zur Versorgungslandschaft der Täterarbeit, u. a. auch im gesamten Voll-

zug in Deutschland. Sinnvoll wäre eine Erhebung, die das gesamte Behandlungsspektrum erfasst (siehe dazu 4.5).

#### **4.6.2 Zur Wirksamkeit neuer und bestehender ambulanter Behandlungsprogramme für sexuell übergriffige Kinder/Jugendliche und erwachsene Sexualstraftäter in Deutschland**

Neben einer Vernetzung (s. 4.5) und Bestandsaufnahme (s. 4.6.1) fehlt bis heute eine bundesweite Evaluation ambulanter Behandlungsprogramme für sexuell übergriffige Kinder/Jugendliche und erwachsene Sexualstraftäter. Zur Sicherstellung der Wirksamkeit und Effizienz neuer und bestehender Behandlungsprogramme ist eine systematische Evaluation jedoch notwendig.

Die Behandlungsforschung in forensischen Kontexten weist im Vergleich zu anderen therapeutischen Kontexten einige Besonderheiten auf:

Erfolgskriterium ambulanter Behandlungsprogramme für sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche oder erwachsene Sexualstraftäter ist die Reduktion delinquenten Verhaltens und erneuter Sexualstraftaten. Ambulante Maßnahmen erstrecken sich über eine vergleichsweise lange Behandlungsdauer (ca. 2 Jahre und mehr) und zum Nachweis einer langfristigen Wirksamkeit bedarf es Katamnesezeiträumen (Zeit nach Beendigung der Behandlung) von mehreren Jahren (ca. 5 Jahre und mehr). Auch der Zwangskontext (z. B. aufgrund von richterlichen Weisungen), in dem Behandlung häufig initiiert wird, findet sich in anderen therapeutischen Settings seltener. Weitere methodische Schwierigkeiten der forensischen Behandlungsevaluation in ambulanten Settings liegen in den relativ geringen Basisraten einschlägiger Rückfälligkeit (erneute Sexualdelikte) und den unterschiedlichsten psychischen Erkrankungen (z. B. Suchtproblematik) oder prekären sozialen Lebensbedingungen (z. B. Arbeitslosigkeit), die im Rahmen von systematischen Evaluationsstudien ebenfalls berücksichtigt werden müssen, um eine Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen zu gewährleisten. Aus ethischen Gründen sind randomized-clinical-control-trials i.d.R. nicht möglich. Deshalb stellt die Rekrutierung geeigneter Vergleichsgruppen eine besondere Herausforderung im Rahmen der systematischen Evaluation der Behandlung dar.

In einer US-amerikanischen Studie (Maletzky & Steinhauer 2002) lag die einschlägige Rückfälligkeit über einen Katamnesezeitraum von 25 Jahren bei **ambulant** behandelten Kindesmissbrauchern mit primär weiblichen Opfern ( $n = 2.196$ ; ohne sexuelle Präferenzstörung) bei 0.6 %, bei Kindesmissbrauchern mit primär männlichen Opfern ( $n = 765$ ; ohne sexuelle Präferenzstörung) bei 1.0 %, bei Kindesmissbrauchern mit männlichen Opfern und einer pädophilen Präferenzstörung ( $n = 1.251$ ) bei 4.1 % und bei Kindesmissbrauchern mit weiblichen Opfern und einer pädophilen Präferenzstörung ( $n = 1.011$ ) bei 1.6 %. Täter mit einer pädophilen Präferenzstörung weisen somit höhere Rückfallraten auf, die absoluten prozentualen Häufigkeiten (0.6 % bis 4.1 %) sind insgesamt jedoch als niedrig zu bewerten. Für den deutschsprachigen Raum fehlen bisher belastbare Daten zur Wirksamkeit der ambulanten Sexualstraftäterbehandlung. Die aus dem US-amerikanischen Raum berichteten eher niedrigen Rück-

fallraten von Kindesmissbrauchern in ambulanten Behandlungssettings erschweren eine systematische Evaluation, da aufgrund der geringen Auftretenswahrscheinlichkeit eines Rückfalls, große Fallzahlen (mehrere 1000 Straftäter) benötigt werden, um empirisch valide Aussagen über die Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen treffen zu können. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer bundesweiten Vernetzung und Behandlungsevaluation.

Im Rahmen der (Sexual-)Straftäterbehandlung hat sich das Risk-Needs-Responsivity-Prinzip (z. B. Andrews & Bonta 1998) als Standard durchgesetzt und seine Wirksamkeit in Meta-Analysen (z. B. Hanson et al. 2009; Lowenkamp & Latessa 2002) gezeigt. Interventionen sollten demnach neben der Gefährlichkeit vor allem den kriminogenen Bedürfnissen, d. h. denjenigen Persönlichkeitsmerkmalen von Straftätern angepasst werden, von deren Modifikation eine wirksame Reduktion der Rückfälligkeit zu erwarten ist. Insbesondere in ambulanten Settings hat sich gezeigt, dass eine fehlende Berücksichtigung des Risk-Needs-Responsivity-Prinzips zu einer Erhöhung der Rückfallraten um bis zu 18 % führen kann (z. B. Latessa & Lovins 2010). Eine systematische Behandlungsevaluation ist nicht nur für die Entwicklung evidenzbasierter Behandlungsprogramme von großer Bedeutung, sie verhindert gleichzeitig die Etablierung „schädlicher“ Behandlungsmaßnahmen und leistet so einen aktiven Beitrag zum Opferschutz.

Es ist begrüßenswert, dass das BMBF finanzielle Mittel für Forschung zu Ursachen, Folgen und Interventionsmöglichkeiten bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stellt. Für eine bundesweite prospektive Evaluation bestehender und neuer ambulanter Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Täterarbeit ist ein Förderzeitraum von 3 Jahren jedoch zu kurz gegriffen. Forschungsmittel für geringe Förderdauern leisten einen wichtigen Beitrag zur Grundlagenforschung (z.B. Entwicklung diagnostischer Testverfahren, Bestandserhebungen oder forensisch-neuropsychologische Studiendesigns), bieten jedoch nicht die Möglichkeit über prospektive langfristige Effekte von ambulanten Behandlungsmaßnahmen Aussagen zu treffen. Um empirisch fundierte Erkenntnisse zur Wirksamkeit einzelner ambulanter Behandlungsmaßnahmen zu erhalten, bedarf es aufgrund der relativ geringen Basisraten von Sexualdelikten in ambulanten Settings großer Stichproben, die letztendlich nur durch eine bundesweite Vernetzung der Versorgungsanbieter (s. 4.5) erreicht werden können.

Ferner werden langfristige Förderzeiträume von mindestens 10 Jahren und mehr benötigt, um prospektive Aussagen zur Effizienz und damit zur Reduktion sexueller Gewalt durch Behandlung treffen zu können.

Die Rekrutierung spezifischer Täterpopulationen nimmt in der forensisch-kriminologischen Forschung häufig einen beträchtlichen Teil der Forschungsdauer und -kosten in Anspruch. Eine bundesweite Vernetzung der ambulanten Versorgungsanbieter (s. 4.5) bietet die Basis für die Implementierung einer kostengünstigen, praxisnahen und langfristigen Behandlungsforschung und Qualitätssicherung und leistet im Gegensatz zur Förderung kurzfristiger Forschungsvorhaben einen unmittelbaren Beitrag zur praktischen Arbeit mit Opfern und Tätern.

#### **4.7 Versachlichung der öffentlichen Diskussion durch aktive Öffentlichkeitsarbeit einleiten**

Durch die Medien wird ein plakativ-verallgemeinerndes und unzulässig vereinfachtes Bild von „Kinderschändern und Triebtätern“ vermittelt, das zunehmend die Angst vor Gefährdung durch Sexualstraftäter schürt. Schnell werden Rufe nach härteren Strafen laut.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Schwere sexueller Übergriffe erheblich variiert. Nicht alle Sexualdelikte haben zwangsläufig schwere körperliche und seelische Belastungen zur Folge, auch wenn das generelle Risiko für psychische Erkrankungen bei Opfern von Sexualstraftaten erhöht ist (z.B. Fergusson, Boden & Horwood, 2008). In der öffentlichen Auseinandersetzung sollte hinsichtlich der verwendeten Begriffe angemessen differenziert werden.

Entgegen dem durch die aktuelle mediale Berichterstattung vermittelten Bild, gibt es Hinweise, dass die polizeilich erfasste Zahl sexueller Übergriffe gegen Kinder in Deutschland seit Mitte der 1990er Jahre rückläufig ist (z.B. Egg 2008).

Die absolute Zahl der Opfer sexuellen Missbrauchs hat laut Polizeilicher Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes von 1997 bis 2009 um 28.5 % abgenommen. Aufgrund rückläufiger EinwohnerInnenzahlen der unter 14-jährigen haben die absoluten Opferzahlen jedoch nur einen begrenzten Informationswert. Die Opfergefährdungszahl (Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung) weist für diesen Zeitraum einen deutlichen Rückgang von 21.3 % auf (Stadler & Pfeiffer 2010). Die registrierte Kriminalität der PKS hat jedoch nur eine eingeschränkte Aussagekraft, da sie – neben anderen methodischen Problemen – vor allem von der Anzeigebereitschaft der Opfer sexuellen Missbrauchs abhängt. Nach einer der wenigen Repräsentativbefragungen durch Baier (2008) ist die Anzeigebereitschaft von Kindern und Jugendlichen, die Opfer sexueller Gewalt wurden, seit 1996 jedoch um 76.5 % gestiegen. Man kann also die Vermutung aufstellen, dass es sich bei dem Rückgang der im Hellfeld registrierten Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Kindern nicht nur um ein statistisches Artefakt handelt. Dieser rückläufige Trend von sexueller Gewalt gegen Kinder zeigt sich auch in einer für den US-amerikanischen Raum repräsentativen Dunkelfeldstudie von Finkelhor et al. (2010) und kann nach den Autoren als Erfolg der Opfer- und Täterarbeit gewertet werden. Ein Anstieg von sexueller Gewalt gegen Kinder, wie er von manchen Medien propagiert wird, ist zumindest im polizeilich registrierten Hellfeld nicht zu beobachten.

Mittlerweile gibt es verschiedene Erklärungsmodelle für sexuelle Gewalt. Der wissenschaftliche Kenntnisstand ist zweifelsfrei gewachsen, wirft aber zugleich auch immer wieder neue Fragen auf, deren Antworten gefunden werden sollten. Im Rahmen einer immer komplexer werdenden Lebenswelt wünschen sich viele Menschen klare, einfache und nachvollziehbare Lösungen für Probleme. Die Ursachen für sexualisierte Gewalt sind allerdings äußerst vielschichtig und nicht pauschal zu erklä-

ren. Hinzu kommt, dass verletzte Kinder immer wieder Raum für Spekulationen und Ängste bieten, die in politischen Debatten genutzt und in den Medien profitorientiert instrumentalisiert werden. Eine Emotionalisierung der medialen und gesellschaftlichen Debatte behindert allerdings einen aufgeklärten Opferschutz und eine evidenzbasierte Behandlung von Sexualstraftätern.

In den Fällen, in denen Kinder sexuell missbraucht werden oder gar zu Tode kommen, ist die öffentliche Empörung all zu verständlich. Die öffentliche Unruhe bei der Auswahl von neuen Standorten für Vollzugs- oder Behandlungseinrichtungen von Intensivtätern scheint unvermeidlich. Es besteht dadurch allerdings die reale Gefahr, dass die gesellschaftlich notwendige Akzeptanz für den Ausbau der Behandlung für Sexualstraftäter untergraben und die Bereitschaft von Fachkräften minimiert wird, diese wichtige Aufgabe überhaupt übernehmen zu wollen. Insofern ist eine offensive Aufklärung und Information, dass Täterprävention wirksamer Opferschutz ist, auch zur Stärkung der Zivilgesellschaft mit ihrem Rechtsstaatsprinzip der Unteilbarkeit der Menschenrechte und zum Schutze vor politischem Missbrauch unbedingt notwendig.

Empfehlenswert wäre eine aktive Öffentlichkeitsarbeit, die Mythen und Dämonisierungen entkräftet, indem durch eine sachliche Berichterstattung Fakten (u. a. zu Täterstrategien) vermittelt werden. Eine solche Öffentlichkeitsarbeit sollte darauf abzielen, in der Bevölkerung eine Haltung der Akzeptanz von Täterarbeit anzustreben und angemessen vor tatsächlichen Risiken zu warnen. Wichtig ist, dass Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit stets unter Berücksichtigung von ExpertInnenwissen entwickelt werden und auch mögliche negative Konsequenzen kritisch diskutiert werden.

Tabelle 1: Forschungsergebnisse zu Behandlung und Rückfälligkeit (Elz 2011)

Studie	Probanden	Beobachtungszeitraum	Rückfallquote
<b>Dünkel/Geng (1994)</b>	„Karrieretäter“ = mind. drei Vorstrafen und mind. ein Jahr inhaftiert 160 Behandlungsvollzug 323 Regelvollzug	5 Jahre	Mit Vollzug als Folge 160: 42 % insgesamt 323: 65 % insgesamt
<b>Seitz/Specht (2001)</b>	Straftäter mit Sozialtherapie-Aufenthalt 89 mit regulärer Entlassung nach Ø 29 M. Sotha 72 mit Rückverlegung nach Ø 13 M. in Sotha	5 Jahre	89: 62 % insgesamt 18 % mit Vollzug 72: 83 % insgesamt 44 % mit Vollzug
<b>Stadtland et al. (2004)</b>	Sexualstraftäter ohne schwere psychische Erkrankungen 73 mit Therapie in JVA 15 mit Therapieabbruch in JVA 46 Begutachtete (kein § 63)	1-340 Monate	73: 44 % Sexual/Gewalt 15 % sonstiges 15: 80 % Sexual/Gewalt 13 % sonstiges 46: 26 % Sexual/Gewalt 17 % sonstiges
<b>Schmucker (2004)</b>	Sexualstraftäter aus 69 internationalen Studien („Meta-Analyse“) 9.512 in „Behandlungsgruppe“ 12.669 in „Vergleichsgruppe“	10-240 Monate	9.512: 12 % Sexualdelikte 12.669: 24 % Sexualdelikte
<b>Eher et al. (2006) - Österreich -</b>	Entlassene „Maßnahmepatienten“ (~ §§ 63, 64) mit Kontakt zu forensischer Nachbetreuung 122 mit mind. 30 Std. psychdyn. Einzeltherapie 152 ohne Therapie oder weniger als 30 Std. Davon 59 Sexualstraftäter in „Therapiegruppe“ 47 Sexualstraftäter in „Nicht-Therapiegruppe“	Ø 7 Jahre	122: 6 % nicht-sex. Gewaltdelikt 152: 23 % nicht-sex. Gewaltdelikt 59: 13 % Sexual/Gewalt 47: 30 % Sexual/Gewalt

## Literaturverzeichnis

- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1998). The psychology of criminal conduct. Cincinnati, Ohio: Anderson Publishing.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2007). Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug. Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung. Indikationen zur Verlegung. Revidierte Empfehlungen. In: Forum Strafvollzug, 56 (3), 100-103.
- Baier, D. (2008). Entwicklung der Jugenddelinquenz und ausgewählter Bedingungsfaktoren seit 1998 in den Städten Hannover, München, Stuttgart und Schwäbisch Gmünd (KFN-Forschungsbericht Nr. 104). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.  
[<http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb104.pdf>] [28.07.2011]
- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1999). Qualitätsprodukt Erziehungsberatung. Empfehlungen zu Leistungen, Qualitätsmerkmalen und Kennziffern (Broschürenreihe QS, Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, Nr. 22).  
[<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-2983-Qs-22,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>] [28.07.2011]
- Briken, P.; Spehr, A.; Romer, G. & Berner, W. (Hrsg.) (2010). Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche. Lengerich: Pabst.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.). Polizeiliche Kriminalstatistik. Wiesbaden.  
[[www.bka.de](http://www.bka.de)] [28.07.2011]
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. In: International Journal of Offender Treatment and Comparative Criminology, 54, 197-212.
- Caplan, G. (1961). Prevention of mental disorders in children. New York: Basic Books.
- Deegener, G. (1999). 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 (352-382). München: Atwerb-Verlag.
- Dünkel, F. & Geng, B. (1994). Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Regelvollzug. In: Steller, M.; Dahle, K.-P. & Basque, M. (Hrsg.). Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis (35-59). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Dünkel, F., Geng, B. & Morgenstern, C. (2010). Rechtstatsächliche Analysen, aktuelle Entwicklungen und Problemlagen des Strafvollzugs in Deutschland.  
[<http://www.bpb.de/files/5P6XI7.pdf>] [28.07.2011]

- Dünkel, F. & Schüler-Springorum, H. (2006). Strafvollzug als Ländersache? Der „Wettbewerb der Schabigkeit“ ist schon im Gange! In: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 55 (3), 145-149.
- Egg, R. (2008). Sexualdelinquenz. In: Volbert, R. & Steller, M. (Hrsg.). Handbuch der Rechtspsychologie (38-47). Göttingen: Hogrefe.
- Eher, R.; Lackinger, F. & Frühwald, S. (2006). Beziehungsorientierte Psychotherapie bei entlassenen Straftätern und einer Gruppe von Sexualstraftätern. Ergebnisse einer 7-Jahreskatamnese. In: Recht & Psychiatrie, 83-90.
- Elsner, K. & König, A. (2010). Evaluation der Behandlung sexuell übergriffiger strafunmündiger Jungen. In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeitschrift für Prävention und Intervention, 13, 20-43.
- Elz, J. (2001). Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Missbrauchsdelikte (Kriminologie und Praxis, Bd. 33). Wiesbaden: KrimZ.
- Elz, J. (2002). Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Gewaltdelikte (Kriminologie und Praxis, Bd. 34). Wiesbaden: KrimZ.
- Elz, J. (2011). Gefährliche Sexualstraftäter. Karriereverläufe und strafrechtliche Reaktionen (Kriminologie und Praxis, Bd. 61). Wiesbaden: KrimZ.
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V. (2010). Therapie, Beratung, Betreuung sexuell grenzverletzender Kinder und Jugendlicher. [[http://dgfpi.de/tl\\_files/pdf/medien/Vorlaeufige%20Einrichtungsliste%20DGfPI%20Stand%2022%2006%202011x.pdf](http://dgfpi.de/tl_files/pdf/medien/Vorlaeufige%20Einrichtungsliste%20DGfPI%20Stand%2022%2006%202011x.pdf)] [28.07.2011]
- Enquete-Kommission III „Prävention“ des Landes NRW (2010). Bericht der Enquete-Kommission zur Erarbeitung von Vorschlägen für eine effektive Präventionspolitik in Nordrhein-Westfalen. [<http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD14-10700.pdf>] [28.07.2011]
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. In: Child Abuse & Neglect, 32, 607-619.
- Finkelhor, D.; Turner, H.; Ormrod, R. & Hamby, S. L. (2010). Trends in childhood violence and abuse exposure. In: Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164, 238-242.
- Hanson, K. R.; Bourgon, G.; Helmus, L. & Hodgsons, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offender - A meta-analysis. In: Criminal Justice and Behavior, 36, 865-891.
- Kobbé, U. (1999). Arbeitshypothesen zur Täterarbeit. Berlin: EKFuL. [<http://www.scribd.com/doc/25869949>] [28.07.2011]

- Latessa, E. J. & Lovins, B. (2010). The Role of Offender Risk Assessment: A Policy Maker Guide. In: Victims and Offenders, 5, 203-219.
- Lowenkamp, C. T. & Latessa, E. J. (2002). Evaluation of Ohio's halfway house and community based correctional facilities. Cincinnati, Ohio: University of Cincinnati.
- Maletzky, B. M. & Steinhauser, C. (2002). A 25-Year Follow-Up of Cognitive/Behavioral Therapy with 7,275 Sexual Offenders. In: Behavior Modification, 26, 123-147.
- Morawitz, I.; Frottier, P. & Knecht, G. (2002). Economic benefits of treating sex-offenders in a forensic out-patient service. Vortrag auf IATSO-Weltkongreß in Wien.
- Niemz, S. (2010). Sozialtherapie im Strafvollzug 2010: Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.03.2010. Wiesbaden: KrimZ.  
[[http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/forschung/texte/Sozialtherapie\\_im\\_Strafvollzug\\_2010.pdf](http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/forschung/texte/Sozialtherapie_im_Strafvollzug_2010.pdf)] [28.07.2011]
- Nisbet, I.A.; Wilson P.H. & Smallbone, S.W. (2004). A prospective longitudinal study of sexual recidivism among adolescent sex offenders. In: Sexual Abuse: A journal of research and treatment, 16 (3), 223-234.
- Schmucker, M. (2004). Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. Erlangen: Universität.
- Seitz, C. & Specht, F. (2001). Legalbewährung nach Entlassung aus den Sozialtherapeutischen Einrichtungen des Niedersächsischen Justizvollzugs. In: Rehn, G. et al. (Hrsg.). Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse (348-363). Herbolzheim: Centaurus.
- Spöhr, M. (2009). Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation. Mönchengladbach: Forum Verlag.  
[[http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachuntersuchungen/Sozialtherapie\\_von\\_Sexualstraftaetern\\_im\\_Justizvollzug\\_Praxis\\_und\\_Evaluation.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachuntersuchungen/Sozialtherapie_von_Sexualstraftaetern_im_Justizvollzug_Praxis_und_Evaluation.pdf?__blob=publicationFile)] [28.07.2011]
- Stadler, L. & Pfeiffer, C. (2010). Interpersonale Gewalterfahrungen und "Viktimisierungspfade". In: Praxis der Rechtspsychologie, 20, 231-255.
- Stadtland, C.; Hollweg, M.; Dietl, J. & Nedopil, N. (2004). Langzeitverläufe von Sexualstraftätern. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 393-400.
- Statistisches Bundesamt (2010). Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen am 31.03. Fachserie 10 Reihe 4.1, 2010. Wiesbaden.  
[<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug2100410107004,property=file.pdf>] [28.07.2011]
- Urbanik, F. (2011). Prävention und Opferschutz: Wirksamkeit und Kosteneffizienz spezifisch deliktpräventiver Therapieangebote zur Verhinderung von Gewalt- und Sexualstraftaten.  
[<http://bios-bw.de/rueckfalluntersuchungen>] [28.07.2011]

Vizard, E.; Hickey, N.; French, L. & McCrory, E. (2007). Children and adolescents who present with sexually abusive behavior: A UK descriptive study. In: The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18 (1), 59-73.