

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Ambulante Therapie von Sexualstraftätern im Zwangskontext

Rudel A, Wähner A

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2009; 10 (4), 34-41

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

e-Abo kostenlos

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal **Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr

Ambulante Therapie von Sexualstraftätern im Zwangskontext

A. Rudel¹, A. Wähler²

Kurzfassung: Die ambulante Therapie von Sexualstraftätern auf der Basis einer gerichtlichen Weisung erlangt seit 1998 in Deutschland zunehmende Bedeutung. Dennoch gibt es zu wenig Behandlungsangebote. Das Ziel der Senkung der Rückfallraten kann durch spezifische Verfahren erreicht werden, wie jüngere Metaanalysen zeigten. So genannte Rückfallpräventionsprogramme allein reichen dazu nicht aus, wesentlich ist die Beachtung des Risk-, Need- und Responsivity-Prinzips unter Einbeziehung motivationsfördernder Maßnahmen sowie die Auseinandersetzung mit paraphilen Neigungen. Einzelne Programme werden skizziert. Der Umgang mit Therapie im Spannungsfeld von Gesellschaft und Justiz

erfordert ein ständiges Abwägen der Balance zwischen dem Schutzraum der therapeutischen Beziehung und Kontrollaspekten unter Einbeziehung Dritter. Möglichkeiten, dieser Problematik konstruktiv zu begegnen, werden unter Berücksichtigung eigener Erfahrungen dargestellt.

Abstract: Involuntary Outpatient Treatment of Sexual Offenders Under Court Order. Outpatient treatment of sexual offenders in Germany has been gaining in significance since 1998. However, there are not enough places on a treatment program available. As several studies revealed, current treatments are able to reduce the

reoffence rates. Pure "relapse prevention programs" are not sufficient. The effectiveness of sexual offender treatment depends also on meeting the principles of need, risk, and responsivity, as well as enhancing motivation and commitment and focusing on paraphilia. We review the most current treatments. The potentially conflicting interests of psychotherapy, society, and legal authorities require special attention and continuous consideration about the therapist-patient-relationship, inclusion of other persons, and control. Possibilities to face and cope with these problems are described, taking own experiences into account. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2009; 10 (4): 34–40.**

■ Einleitung

In Deutschland wurde am 26. Januar 1998 das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten verabschiedet [1]. Der § 56 Absatz 3 StGB – Weisungen – wurde neu gefasst: Das Gericht kann seither – im Rahmen der Straf- oder Strafrestaussatzung zur Bewährung – auch ohne Einwilligung des Straffälligen anordnen, dass dieser sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterzieht. Es bedarf der Zustimmung des Verurteilten nur noch zu Behandlungen, die mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind, wozu auch eine medikamentöse Behandlung zählt. Eine Weisung zielt darauf, die Lebensführung des Verurteilten derart zu beeinflussen, dass er nicht wieder straffällig wird. Ein Verstoß gegen die Weisung kann, sofern sich aus ihm eine ungünstigere Prognose zur Begehung von Straftaten ableitet, zu einem Widerruf der Bewährung, zur Umgestaltung von Bewährungsbedingungen oder zur Verlängerung der Bewährungszeit führen. Es ist kein Widerrufsgrund, wenn eine geeignete ambulante Therapie nicht vermittelbar ist.

Der Bedarf an geeigneten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ist seither stark gestiegen.

■ Zugangswege zur Behandlung

Die Zugangswege lassen sich, beispielsweise nach Pitzing [2], gliedern in:

1. Die primäre Prävention oder Prophylaxe, wenn Patienten, beispielsweise mit pädophiler Präferenzstruktur, als Selbstmelder Therapie suchen, um andere nicht zu gefährden, ohne bisher straffällig geworden zu sein. An hauptsächlich diese Klientel wendet sich das Forschungsprojekt

„Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld“ des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums der Charité Berlin [3].

2. Die sekundäre Prävention zur Verhinderung erneuter Delikte bei Personen, deren Strafe originär zur Bewährung ausgesetzt wurde, und die eine Weisung zur Therapie erhalten haben. Der Fachbereich Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter des Vereins Bewährungshilfe Stuttgart e. V. bietet seit September 1998 als erste entsprechende Einrichtung in Deutschland fachspezifische ambulante Therapie an, die überwiegend mit den Mitteln des Vereins finanziert wird. Zwischen 2000 und 2006 sind dort 479 Patienten behandelt worden [4].
3. Die ambulante Nachsorge nach der Entlassung mit Weisung aus
 - i) der Justizvollzugsanstalt bzw. der Sozialtherapeutischen Anstalt, die von Institutionen wie der unter (2) genannten übernommen wird oder
 - ii) dem Maßregelvollzug, die in den Forensischen Nachsorgeambulanzen der Psychiatrischen Kliniken erfolgt.

Die Kapazität niedergelassener ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten, Sexualstraftäter in einem gerichtlich verpflichtenden Rahmen zu behandeln, ist gering, wie verschiedene Umfragen zeigten. In Bochum z. B. gaben nur 4 von 200 angeschriebenen Therapeuten an, sich diese Tätigkeit vorstellen zu können. Die Gründe hierfür reichen von der Furcht vor Deliktrückfällen und Rufschädigung, dem mit der Zusammenarbeit mit der Justiz verbundenen Zeitaufwand, Fragen der Schweigepflicht bzw. Entbindung davon und fehlender spezifischer Ausbildung bis zur Frage der Kostenübernahme.

■ Therapiemethoden und Behandlungsergebnisse

Das primäre Ziel der ambulanten Sexualstraftäterbehandlung ist die Senkung des Rückfallrisikos durch Reduktion von Risikofaktoren und Stärkung protektiver Faktoren zum Schutz potenzieller Opfer. Nach dem pessimistischen „nothing

Aus dem ¹LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt und der ²LWL-Universitätsklinik Bochum der Ruhr-Universität Bochum

Korrespondenzadresse: Dr. med. Astrid Rudel, LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt, D-59556 Lippstadt, Eickelbornstraße 21; E-Mail: astrid.rudel@wkp-lwl.org

Tabelle 1: Definition der häufigsten Paraphilien und Beispiele seltener Paraphilien, die sich in Sexualdelinquenz äußern können. Überlappungen treten auf.

Paraphilie nach DSM-IV	Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich beziehen auf:
Fetischismus	Nicht-menschliche Objekte
Sadismus	Leiden, Demütigung, Schmerz oder Erniedrigung des Sexualpartners
Pädophilie	Kinder
Exhibitionismus	Entblößen des Genitales vor Fremden
Voyeurismus	Beobachtung nackter, sich entkleidender Personen oder sexueller Aktivitäten
Frotteurismus	Berührung von und Reiben an nicht zustimmenden Personen
Nicht näher bezeichnete Paraphilie	
Ephrebophilie	(Peri-) Pubertäre männliche Jugendliche
Parthenophilie	(Peri-) Pubertäre weibliche Jugendliche
Telefonscatophilie	Obszöne telefonische Äußerungen
Saliromanie	Beschmutzen oder Zerstören von Kleidung oder Körper
Somnophilie	Schlafende Sexualpartner (nicht einwilligungsfähig)
Nekrophilie	Leichen
Urophilie	Urin
Koprophilie	Faeces
Vampirismus	Menschliches Blut
Kannibalismus	Menschliches Fleisch

works“ der 1970er-Jahre [5] gilt heute, dass unter Anwendung geeigneter, auch ambulanter Therapieverfahren eine moderate Senkung des Rückfallrisikos erreicht werden kann. Diese Aussage muss abhängig von Merkmalen der Täter, der Therapiemethode und des Behandlungssettings relativiert und differenziert werden.

Tätermerkmale

Bei einer Sexualstraftat muss unterschieden werden, ob es sich um die Umsetzung einer sexuellen Neigung auf die Verhaltensweise oder um eine Ersatzhandlung für unerfüllte normophile Interessen handelt. Im ersten Fall besteht eine Paraphilie nach DSM-IV bzw. nach ICD-10 eine Störung der Sexualpräferenz, z. B. Exhibitionismus, sexueller Sadismus, Pädophilie vom ausschließlichen oder nicht-ausschließlichen Typ oder Partheno-/Ephrebophilie. Seltener mit Sexualdelinquenz assoziierte Paraphilien sind u. a. Scatologie, Nekrophilie und sexueller Kannibalismus. Einen Überblick gibt Tabelle 1.

Eine orientierende Einteilung lässt sich anhand der vom Täter begangenen Straftaten nach Strafgesetzbuch vornehmen, die für sich genommen noch keine Aussage zur Ätiologie erlaubt. Die Typologien von Sexualstraftätern anhand charakteristischer Merkmale (Tab. 2) dienen der Diskriminierung kausaler Faktoren und bieten Ansätze für gezielte therapeutische Maßnahmen. Beier hat den Begriff der Dissexualität eingeführt: Er bezeichnet ein, bezogen auf durchschnittlich erwartbare Partnerinteressen, im Sexuellen ausgedrücktes Sozialversagen, unabhängig von Ätiologie und Strafbarkeit [6]. Somit kann von der Straftat bzw. Dissexualität allein nicht auf die zugrundeliegende Störung, die differenzielle Therapieindikation und die Prognose geschlossen werden. Eine eingehende

Tabelle 2: Klinische Differenzialtypologie von Sexualstraftätern anhand charakteristischer Merkmale als Hinweis für Diagnostik, Therapie und Prognose (orientiert an Beier) [6]. Überschneidungen sind möglich.

§	Straftat nach StGB	Tätertypologie
177	Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung	• Sexuell unerfahrener Jugendlicher • Dissozialer Täter
178	Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung mit Todesfolge	• Intelligenzgeminderter Täter • Symbolisch agierender Täter (sexueller Ausdruck von Aggression „der Frau“ gegenüber) • Sadistischer Täter
174	Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen	• Sexuell unerfahrener Jugendlicher • Dissozialer Täter
176	Sexueller Missbrauch von Kindern	• Intelligenzgeminderter Täter
176a	Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern	• Mit pädophiler Nebenströmung • Mit pädophiler Hauptströmung
176b	Sexueller Missbrauch von Kindern mit Todesfolge	
180	Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger	
vgl. § 174 (1) 3		Inzesttäter: • Konstellationstäter (endogame Familienstruktur) • Promiskuer Täter (exogame Familienstruktur) • Pädophiler Täter
182	Sexueller Missbrauch von Jugendlichen	• Sexuell unerfahrener Jugendlicher • Dissozialer Täter • Intelligenzgeminderter Täter • Mit ephrebophiler/parthenophiler Neben-/Hauptströmung
183	Exhibitionistische Handlungen	• Typische Exhibitionisten (angepasst, in der sexuellen Interaktion gehemmt, charakteristische Distanz bei der Tat) • Atypische Exhibitionisten (sozial wenig integriert bis dissozial, organische psychische Störungen)*

* Eine frühere Einteilung erwähnt auch den pädophil orientierten Exhibitionisten, bei dem die Opfer Kinder sind (§ 176 Absatz 4 Nummer 1 StGB: Vornahme sexueller Handlungen vor einem Kind).

individuelle Diagnostik zur Therapievorbereitung ist darüber hinaus immer erforderlich. Dazu gehört die genaue Kenntnis der Vorgeschichte und der Anlasstaten mittels aller verfügbaren Informationen (Anklageschrift, Urteil, Vorstrafen, Gutachten etc.).

Ein wesentlicher Faktor aus therapeutischer Sicht ist, ob der Straftat eine Paraphilie zugrunde liegt, und wie diese, insbesondere in der Fantasie, ausgestaltet ist.

Weitere prognostisch und therapeutisch relevante Täter- und Tatmerkmale werden in die therapeutischen Erwägungen mit einbezogen: Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder „Psychopathy“ nach Hare [7], Komorbidität psychischer Störungen einschließlich substanzbezogener Störungen, eigene Missbrauchserfahrung und soziale Isolation bzw.

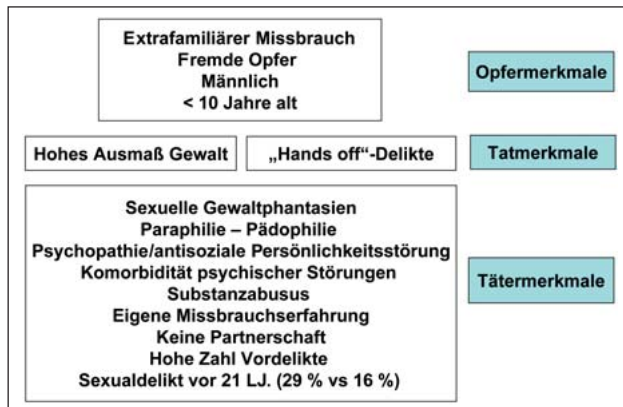


Abbildung 1: Ungünstige Prognosefaktoren

Fehlen einer Partnerschaft. Diese sind mehr oder weniger gut therapeutisch beeinflussbar. Nicht beeinflussbar sind also andere statische Risikomerkmale persönlichkeitsgebundene Daten (Anzahl der Vorstrafen, Lebensalter etc.) (Abb. 1).

Effektivität

Studien zur Effektivität der Sexualstraftäterbehandlung beziehen sich auf unterschiedliche Therapieverfahren und -settings. Die so genannten Basisraten für Rückfälligkeit in einem Zeitraum von 2–6 Jahren werden für Sexualdelikte bei homosexueller Pädophilie mit über 50 %, Exhibitionismus und Sexualdelikte bei Pädophilie zwischen 25 und 50 %, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung zwischen 10 und 25 %, Inzest und Gewaltdelikte bei Pädophilie zwischen 0 und 3 % angegeben [8]. In der Studie der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden an 780 Personen, die im ersten Halbjahr 1987 wegen eines Sexualdeliktes verurteilt wurden, kam es – je nach Anlassstat – innerhalb eines Katamnesezeitraums (KZR) von 6 Jahren für sexuellen Kindesmissbrauch bei 22 %, sexuelle Gewaltdelikte bei 19 %, exhibitionistische Handlungen bei 56 % zu Wiederholungstaten, wobei Merkmale des Tathergangs, der Opferwahl und des Täters Einfluss auf die Rückfallrate zeigten [9] (Abb. 1). Exemplarisch werden zwei Metaanalysen vorgestellt: Hanson et al. fassten Daten aus 43 Studien zusammen. Insgesamt betrachtet führte Therapie zu einer signifikanten, wenn auch moderaten Senkung der einschlägigen Rückfallrate um etwa 30–40 % von 16,8 % auf 12,3 %. Dabei waren auch ältere Untersuchungen und alle Therapieverfahren eingeschlossen. Als aktuell oder gängig („current“) wurden in dieser Metaanalyse kognitiv-behaviorale und systemische Therapieverfahren bezeichnet, deren Anwendung zu einer Reduktion der einschlägigen Rückfallrate von 17,4 % auf 9,9 % führte. Die generelle (das bedeutet, alle Arten von Straftaten einbeziehende) kriminelle Rückfallrate wurde von 51 % ohne auf 32 % mit Anwendung eines der genannten Therapieverfahren gesenkt [10]. Schmucker bezog 69 Studien, veröffentlicht in den 1990er-Jahren und nach 2000, darunter auch deutschsprachige, in seine Metaanalyse ein. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Rückfallrate in einem mittleren KZR von 5,2 Jahren für Sexualdelikte in den Vergleichsgruppen 18 %, in der Gruppe der behandelten Täter 11 % betrug – ein hochsignifikanter mittlerer Effekt. Für die generelle Rückfälligkeit steht einer Rate von 33 % bei Unbehandelten 22 % bei Behandelten gegenüber [11].

Methoden der Sexualstraftäterbehandlung

Psychotherapeutisch kam es zu einer Konzentration auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren. Andere psychoanalytische und tiefenpsychologische Methoden ergaben, bis auf wenige Ausnahmen, im Mittel keinen vergleichbaren Effekt (vgl. [12]).

Die speziellen Rückfallpräventionsprogramme (RPP) im eigentlichen Sinn, die aus Programmen zur Therapie der Substanzabhängigkeit entwickelt wurden, dienen der Stabilisierung nach erfolgter Therapie. Der Rückfallzyklus für Sexualstraftaten nach Freeman-Longo und Pithers beinhaltet die Begriffe „Lapse“ (Fehlverhalten), also potenziell prädeliktische bzw. Delikt-vorbereitende Verhaltensweisen und „Relapse“ (Rückfall), also eine erneute Straftat. Wesentliche Bedeutung kommt der „seemingly irrelevant decision“ (SID) zu, da sich durch scheinbar irrelevante Einzelschritte Rückfallbereitschaft und -wahrscheinlichkeit erhöhen. Coping-Strategien, Verbesserung der Wahrnehmung, das Einleiten von Gegenmaßnahmen etc. befähigen dazu, auf verschiedenen Risikostufen die Tatketten zu durchbrechen und „abstinent“ zu bleiben (nach [13]). Modifikationen des Modells nahmen Ward und Hudson vor [14]. Vorteile der RPP sind ihr hohes Maß an Deliktorientierung, die konsequent rückfallpräventive Zielsetzung und die Befähigung zum Erwerb alternativer Handlungsstrategien. Nachteile liegen darin, dass sie der Heterogenität der Sexualstraftäter nicht gerecht werden, nicht auf wenig motivierte Patienten ausgerichtet sind, dass die hohe Strukturierung und Manualtreue auf Kosten therapeutischer und psychoedukativer Interventionen erfolgt, die Absolventen wenig auf emotionaler Ebene angesprochen werden und die Prinzipien der Straftäterbehandlung nach Andrews und Bonta (siehe unten, [15]) wenig Berücksichtigung fanden (nach [16]).

In den gängigen Programmen der Sexualstraftätertherapie ist ein zentrales Therapieelement die Analyse des Anlassdelikts. Ziel ist, hieraus der Tat vorausgehende Bedingungen zu erheben, Anfälligkeitsfaktoren, assoziierte Emotionen, Kognitionen, körperliche Faktoren, positive und negative Verstärker des Verhaltens zu diskriminieren, „Frühwarnzeichen“ zu erkennen sowie Möglichkeiten zu finden, die Eskalation zu durchbrechen und Alternativ- und Präventionsstrategien zu entwickeln.

Dies wird um andere kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren ergänzt: Situations- und Verhaltensanalysen, kognitive Umstrukturierung, Umgang mit Emotionen, Aufbau von Selbstwirksamkeit, Verbesserung sozialer und kommunikativer Kompetenzen, Empathietraining, Einübung von Impulskontrolle und Verbesserung der Selbstbeobachtung.

Gerade bei paraphil motivierten Taten kommt der Identifikation und Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Präferenz, der Akzeptanz der Unveränderbarkeit des spezifischen sexuellen Erregungsmusters (bei ausschließlichem bzw. fixiertem Typus) und der dadurch entstehenden Notwendigkeit, Verantwortung dafür zu übernehmen, dass es nicht zu fremdschädigenden Handlungen kommt, eine Schlüsselrolle zu. Ist die Paraphilie ich-dyston, ist der Prozess der Identifikation und Akzeptanz den vor der Therapie an-

gewandten Abwehrstrategien genau entgegengesetzt. Entsprechend langwierig kann dieser Therapieabschnitt sein, ist aber notwendige Voraussetzung dafür, dass der Delinquent seine Vulnerabilität erkennt und ihr zukünftig entgegenwirken kann.

Als weitere Elemente der Therapie sind der Umgang mit (sexuellen) Fantasien und die Frage ihrer Deliktrelevanz (ob tatvorbereitend oder -begünstigend) zu nennen. Eine Zunahme von Frequenz, Dauer, Intensität und Konkretisierungsgrad der Fantasien bei großer Handlungsnähe bzw. niedriger Handlungsschwelle zeigt Risikosituationen an. Durch bestimmte therapeutische Techniken sollen deliktrelevante Fantasien modifiziert und für den Patienten kontrollierbar gemacht werden [17].

Die meisten Programme wurden für eine Population von Gefängnisinsassen entwickelt und teilweise für den Maßregelvollzug (MRV), nur selten für die ambulante Sexualstraf Tätertherapie moduliert. Einzelne Therapieprogramme und Untersuchungen zu deren Effektivität werden nun skizziert:

Das „Sex Offender Treatment Programme“ (SOTP), seit 1990 in Gefängnissen in England eingesetzt, zeigte einen deutlichen Therapieeffekt: Bei niedrigem bis mittlerem Risiko lag die Rückfallrate bei Behandelten bei 2,7 % gegenüber 12,7 % bei Nicht-Behandelten, bei mittlerem bis hohem Risiko bei 5,5 % gegenüber 13,5 %. Die Versionen „Rolling“ für Gefangene mit mittlerem oder niedrigem Risiko und „Cubit“ („CUstody-Based Intensive Treatment“) für Hochrisikoprobanden sind Modifikationen der Kern- („core“) Version.

Durch seine höhere Flexibilität unterscheidet sich das SOTP vom „Sex Offender Treatment and Evaluation Project“ (SOTEP) mit strikterer Manualtreue. Die Evaluation des im Gegensatz zu anderen Programmen sehr stark auf das RPP-Modell bezogenen kalifornischen „Sex Offender Treatment and Evaluation Projects“ war ernüchternd. Gegenüber den Kontrollgruppen – Sexualstraf Tätern, die sich freiwillig zur Teilnahme meldeten, aber keine Therapie erhielten und solchen, die nicht teilnehmen wollten – ergab sich in einem KZR bis 2000 kein Effekt auf die Rückfallreduktion. Dies steht im Kontrast zu den oben genannten Metaanalysen [8, 9]. Die Gründe für den „Null-Effekt“ des SOTEP vermuten die Autoren in dem Bestreben, möglichst viele Patienten im Programm zu halten, auch wenn die Motivation und das „Commitment“ (die Selbstverpflichtung im Sinne von Übereinstimmung mit den Zielen des Programms) nicht ausreichend gegeben waren, denn die Bereiche Motivationsförderung und Commitment-Arbeit waren – bei dem 1984 entwickelten Programm – nicht Inhalt der Therapie. Die hohe Manualgebundenheit und Strukturiertheit des SOTEP ließ wenig Raum für flexible individuelle Interventionen. Das „Risk-Need-Responsivity“-Prinzip (s. u., 1990 publiziert [13]) konnte noch nicht angewandt werden. Eine weitere Ursache liegt möglicherweise darin, dass Vergewaltiger und Kindesmissbraucher gemeinsam und nicht differenziell behandelt wurden. Bei erfolgreichen Therapieabsolventen ergab sich allerdings eine auf 10 % reduzierte Rückfallquote der High-Risk-Gruppe gegenüber 50 % bei nicht erfolgreich Behandelten [18].

Zunehmend weisen Experten darauf hin, dass der therapeutische Stil wesentlichen Einfluss auf die Therapieergebnisse hat: Wärme, Empathie, eine belohnende, ermutigende bzw. verstärkende Haltung und eine angemessene Direktivität waren günstiger als strikte Manualtreue und ein harsch-konfrontativer Stil. Die therapeutische Flexibilität gewinnt gegenüber strenger Manualisierung der Therapie mehr Bedeutung [19].

Für die Anwendung in Justizvollzugsanstalten (JVA) bzw. sozialtherapeutischen Anstalten (SothA) in Niedersachsen wurde das Behandlungsprogramm für Sexualstraf Täter (BPS) von Wischka et al. entwickelt. Es gliedert sich in einen deliktunspezifischen und einen delikt spezifischen Teil. Es wurde für den MRV adaptiert und findet in verschiedenen Kliniken des MRV sowie in ambulanten Institutionen Anwendung [20].

Das SOTP wurde 2000 in Hamburg für JVAs bzw. SothAs und später speziell für den MRV angepasst. Spezifische ambulante Therapieangebote für Sexualstraf Täter in Deutschland gibt es z. B. seit 1998 als Hamburger Modell der ambulanten Gruppenpsychotherapie, das verhaltenstherapeutische, psychodynamische und gruppenspezifische Interventionen integriert [21, 22].

Auch das Manual von Beek und Bullens „Dauerhafte Veränderung“ wird in Deutschland in der ambulanten Tätertherapie eingesetzt [23].

Auf die erste deutsche Ambulanz für Sexualstraf Tätertherapie in Deutschland des Vereins Bewährungshilfe Stuttgart e.V. wurde bereits eingegangen [4]. Nach diesem Vorbild hat sich in Bochum der Verein „Bochumer Ambulanzzentrum e.V.“ (BoAZ), eine außerinstitutionelle Gruppierung aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen, gegründet, deren Ziel die Verbesserung der ambulanten Behandlung von Sexualstraf Tätern ist, und die seit Anfang 2008 ambulante Gruppen- und Einzeltherapie für gerichtlich zur Therapie angewiesene Sexualstraf Täter anbietet. Grundlage ist das BPS, wobei auch Elemente der RPP aus dem SOTP und anderen Verfahren, z. B. aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Marsha Linehan (DBT), der Traumatherapie nach Luise Reddemann und tiefenpsychologische Aspekte zur Anwendung kommen.

Die im November 2007 offiziell eröffnete Sexualambulanz der LWL-Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Präventivmedizin Bochum behandelt ein breites Spektrum sexueller Störungen und, auch in Kooperation mit dem BoAZ, erwachsene Sexualstraf Täter mit komorbider psychischer Störung.

■ Das ambulante Setting bei der gerichtlich angewiesenen Therapie

Auch in der forensischen Psychotherapie gelten die Wirkfaktoren nach Grawe: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und Klärung. Es liegt nahe, dass die Bereiche, die reale Erfahrbarkeit und Umsetzung betreffen, im ambulanten einfacher als im institutionellen Kontext erreichbar sind.

In Untersuchungen zeigten ambulante Therapien bei Sexualstraftätern eine bessere Effektivität als die innerhalb von Institutionen durchgeführten [24]. Nach den Ergebnissen einer Metaanalyse zur Effektivität ambulanter Kriminaltherapie wirkte insbesondere ambulante und gemeindenähe Therapie kriminalpräventiv, es kam zu einer Reduktion der relevanten Rückfälligkeit um bis zu 30 %, wenn die Maßnahmen an Prädiktormerkmalen für Rückfälligkeit ansetzten. Weisungen unterstützen den positiven Effekt [25]. Bei psychisch kranken Straftätern führte eine gerichtlich auferlegte ambulante Behandlung (unabhängig von Delikt und Diagnose) zu signifikant weniger gewalttätigen Zwischenfällen und Wiederverurteilungen [26].

Die ambulante Klientel ist zwar *per se* weniger rückfallgefährdet (geringeres Ausmaß an Gewalt, Intensität bzw. Frequenz, weniger strafverfolgte Handlungen), es lassen sich aber weitere Faktoren identifizieren, die zu einem ambulant besseren Ansprechen beitragen. Unterschiede zwischen ambulanter Sexualstraftäterbehandlung und Behandlung innerhalb geschlossener Institutionen sind:

- Die Möglichkeit der täglichen Erprobung des Vermittelten in Alltagssituationen.
- Die Konfrontation mit Hindernissen und der Umgang mit realen Gefährdungssituationen, deliktnahen oder riskanten Situationen wird geübt, z. B.: Darf der Patient mit einer befreundeten Familie ins Schwimmbad gehen? Sollte er sich „outen“? Wie geht er damit um, wenn ihm ein Mädchen zuwinkt? Ist eine Begegnung „Zufall“ oder schon eine „scheinbar unwichtige Entscheidung“ (SID)?
- Die Reaktanz gegenüber Personen, die mit Freiheitsbeschränkungen in Verbindung gebracht werden, ist nicht so ausgeprägt wie bei inhaftierten oder im MRV befindlichen Patienten.

■ Motivation bei ambulanter Psychotherapie „unter Zwang“

Gerichtliche Weisungen erfüllen wesentliche Charakteristika eines Zwanges. Andererseits unterscheiden sich auch angewiesene Therapien vom Zwang dadurch, dass es unmöglich ist, sie einseitig durchzusetzen. Die Freiheit, sich gegen eine Therapie und damit gegen die Strafaussetzung zur Bewährung zu entscheiden, ist eine zwar theoretische, das Gegenteil – Freiwilligkeit – kann sich unterschiedlich ausdrücken: als aktives Bemühen, als passive Bereitschaft oder als fehlender Widerstand. Davon, dass (Psycho-) Therapie letztlich Handlungsspielräume eröffnet, kann der zu ihr Verurteilte zunächst nicht ausgehen.

Eine intrinsische Behandlungsmotivation im engeren Sinne, dass also der Patient selbst die Behandlung einer Störung wünscht, liegt bei dem gerichtlich zur Therapie „gezwungenen“ Klientel bei Behandlungsbeginn meist nicht vor. Die extrinsische Motivation liegt darin, Vorteile zu erreichen oder Nachteile abzuwenden. Dahle betont, dass es eine ungerechtfertigte Verallgemeinerung wäre, Straftätern Freiwilligkeit, Änderungswilligkeit oder Leidensfähigkeit abzusprechen. Er führt aus, dass die Motivation neben der Selbstwahrnehmung der Therapiebedürftigkeit des Betroffenen von der Antizipation des therapeutischen Angebotes abhängt. Durch spezifi-

sche Motivierungsprogramme kann extrinsische in intrinsische Motivation umgewandelt werden. Intrinsische Motivation ist somit nicht Voraussetzung zur Therapie, sondern erst Therapieziel. Dahles Konzept von Therapiemotivation fußt neben dem „klassischen Modell“ der Therapiemotivation – also Leidensdruck und Hoffnung auf Besserung – auf weiteren motivationsfördernden Faktoren, die sich im Zwangskontext identifizieren lassen: Die Hoffnung auf Sanktionserleichterung durch Therapieteilnahme kann der zunächst einzige motivierende Faktor sein. Je günstiger die Erwartungen an die Therapie und je höher das Selbstvertrauen und die Handlungskompetenz sind, umso eher kann der potenzielle Patient Therapie als Problemlösestrategie wahrnehmen. Reaktanz als durch Wahrnehmung bzw. Antizipation von Freiheitsbeschränkung hervorgerufener Widerstand, der zu Misstrauen und Aggression gegenüber dem vermeintlichen Verursacher führt, ist motivationsmindernd. Eine Modulation und Förderung der Motivation kann, je nach individuellem Profil, an allen Punkten ansetzen [27]. Bei den ambulanten Patienten mit gerichtlicher Weisung kann man an die Stelle der Hoffnung auf „Sanktionserleichterung“ die auf Verhinderung antizipierter eskalierender Sanktionen setzen. Hier verbindet sich häufig die Angst vor Bewährungswiderruf bei Verstoß gegen die Weisung mit der Angst vor Bewährungswiderruf bei einem erneuten Delikt, sodass die Motivation nicht nur zur Durchführung der Therapie, sondern auch zur Verhinderung eines Rückfalls aus „extrinsischen“ Gründen entsteht. Intrinsische Motivation kann sich bei Ich-Dystonie als die Frage nach einer Erklärung für das deviante Handeln oder die Äußerung von Angst vor einem als fremd und bedrohlich empfundenen Persönlichkeitsanteil äußern. Die gerichtliche Weisung initiiert die Behandlung und verhindert einen frühen Therapieabbruch. Die Übereinstimmung für das Therapieziel der Rückfallprävention ist (unter Beachtung der Ambivalenz) eine der Mindestvoraussetzungen, die nach den ersten Sitzungen erreicht sein sollte, um diese sinnvoll fortzusetzen. Sie kann auch bei Schuldleugnern meist erreicht werden. Bei beharrlichen Tatleugnern sind den therapeutischen Möglichkeiten Grenzen gesetzt.

Das „Risk, Need and Responsivity“-Prinzip (Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip) der forensisch-psychiatrischen Therapie besagt, bei Gruppen mit hohem Risiko intensive Interventionen vorzuhalten als bei niedrigem Risiko, kriminogene Faktoren zu fokussieren und dass die Behandlung den Fähigkeiten des Patienten angemessen sein muss. Die Einhaltung dieser Prinzipien ist besonders im ambulanten gemeindenahen Setting von Bedeutung [15]. Die forensische Therapie sollte sich an diesen Prinzipien orientieren, da die Effektivität eines Programms umso höher ist, je mehr sie beachtet werden: bei Beachtung aller 3 Komponenten liegt die Rückfallreduktion bei ca. 26 %, zweier Komponenten bei ca. 18 % und einer Komponente nur bei ca. 2 % [28].

■ Therapie und Kontrolle im Spannungsfeld von Gesellschaft und Justiz

Weitere Unterschiede zur herkömmlichen Einzelpsychotherapie sind von Bedeutung: Erstens, dass mit dem „Zwangskontext“ der Aspekt der Kontrolle verknüpft ist. Zweitens, dass eine Behörde (Bewährungshilfe, Strafvollzug, Justiz etc.) als

„Dritte im Bunde“ fortwährend präsent ist – wenn sie auch, z. B. in der Person des Bewährungshelfers, nicht unbedingt aktiv in Erscheinung tritt. Nach Beier [29] steht der Therapeut im Idealfall äquidistant innerhalb des Dreiecks Patient, Justiz und Gesellschaft. Der Therapeut übt Kontrolle aus, umso mehr, je weniger der Patient in der Lage ist, dissexuelle Impulse zu kontrollieren, und arbeitet mit juristischen Kontrollinstanzen zusammen.

Dieser Gesichtspunkt tangiert die Frage der Schweigepflicht nach § 203 StGB, die grundsätzlich gilt. Im Rahmen der gerichtlich angewiesenen Therapie besteht, anders als im Justizvollzug, keine Offenbarungspflicht des Therapeuten. Zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Einsichtnahme Dritter in die Behandlung bestehen unterschiedliche Anschauungen. Als Ergebnis der ersten und umfassendsten Auseinandersetzung mit diesem Thema in Deutschland wurden als Orientierungshilfe die „Sankelmarker Thesen“ für die Psychotherapie mit Straffälligen formuliert. Für Patienten, deren Strafe mit Therapieweisung zur Bewährung ausgesetzt wurde, besagen diese, dass der Therapeut nachfragenden Instanzen gegenüber grundsätzlich nicht als direkter Ansprechpartner in Betracht komme. Offenbarungsbefugnisse in Form der partiellen Entbindung von der Schweigepflicht dürften nur den formalen und äußeren Behandlungsverlauf, nicht therapeutische Beurteilungen betreffen. Der Ansatz zielt auf die Eigenverantwortlichkeit des Patienten und die Förderung der Motivation durch Verminderung von Reaktanz. Bedenken von (niedergelassenen) Therapeuten zur Behandlung dieser Klientel sollten dadurch vermindert werden [30]. Des Weiteren werde bewirkt, dass eine Therapie nur derjenige annehme, dem es nicht vordringlich darum gehe, durch therapeutische Auskünfte Vorteile gegenüber den strafverfolgenden Behörden zu erlangen. Durch dieses Procedere haben sich die Quoten der Therapieabbrecher und der unter diesen Bedingungen Behandlungsmotivierten reduziert [31]. Andere als die in den „Sankelmarker Thesen“ vertretenen Auffassungen sind durchaus berechtigt und praktikabel. In der ambulanten Behandlung aus Straf- oder Maßregelvollzug Entlassener gelten der regelmäßige Austausch aller Beteiligten, auch zur Einschätzung von Gefährdungsmomenten und, wenn erforderlich, multiprofessionelle Zusammenarbeit als Standard. Neben der individuellen Hilfestellung, Therapie und Betreuung erfüllt hier die ambulante Behandlung immer auch Sicherungsaufgaben [32].

Die Zusammenarbeit des Therapeuten mit der Justiz bzw. der Bewährungshilfe kann unterschiedlich intensiv sein. In den meisten spezialisierten Einrichtungen wird sie flexibel (risiko-, bedürfnis- und ansprechbarkeitsorientiert) gehandhabt. Selbstverständlich ist Voraussetzung, dass von Beginn an die Art des Dialogs klar definiert wird, dass Gespräche unter Einbeziehung Dritter therapeutisch vor- und nachbereitet und schriftliche Stellungnahmen mit dem Patienten besprochen werden. Urbaniok spricht in diesem Zusammenhang von „Transparenz statt Abstinenz“ [32].

Die Bescheinigung über die wahrgenommenen Termine stellt die Minimalform dieser Kommunikation dar. Ausführlicher persönlicher Austausch und Therapieverlaufsberichte für die Bewährungshilfe bzw. die Gerichte sind optional.

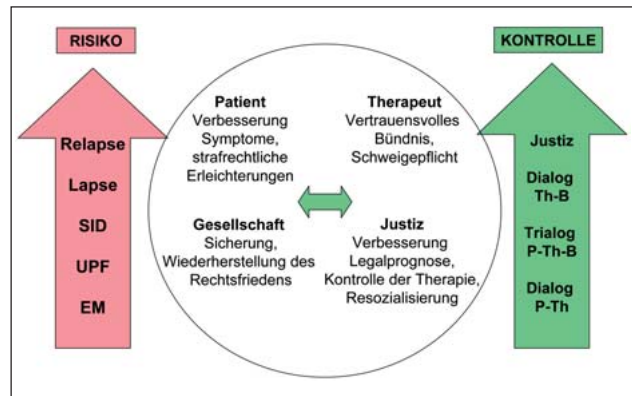


Abbildung 2: Je höher das Risiko, sowohl das Basisrisiko als auch in der Therapie offenbar gewordene Risikosituationen, desto mehr Kontrolle und Einbeziehung Dritter ist erforderlich. Je geringer das Risiko, desto mehr kann sich die Therapie auf das Bündnis zwischen Patient und Therapeut konzentrieren. Ähnlich verhält es sich mit der Motivation: Je höher der intrinsische Anteil der Therapiemotivation ist oder wird, desto geringer die Rolle der (antizipierten) Sanktion. Das Arbeitsbündnis von Patient und Therapeut ist im Spannungsfeld von Justiz und Gesellschaft zu sehen, deren eigentliche Anliegen an die „Therapie im Zwangskontext“ kurz skizziert sind. Erstellt nach Daten aus [28].

Relapse: Rückfall; Lapse: Risiko-/Fehlverhalten; SID: Seemingly irrelevant decision; UPF: Ungünstige Prognosefaktoren; EM: Extrinsische Motivation; Th: Therapeut; P: Patient; B: Bewährungshilfe

Eine Doppelbetreuung durch 2 Helfer in unterschiedlicher Rolle bietet Vorteile: Der Bewährungshelfer kann die Therapiemotivation fördern, z. B. Misstrauen reduzieren und Fehlerwartungen korrigieren. Schwierigkeiten im Alltag werden hier eher sichtbar als im therapeutischen Setting, sodass der Bezug zur Lebenswirklichkeit vertieft wird. Für den Fall, dass der Patient zwar formal den Minimalanforderungen der Therapieweisung nachkommt, jedoch nicht so mitarbeitet, dass die Therapie auch erfolgversprechend verläuft, kann eine aktive Einbeziehung des Bewährungshelfers in die Thematisierung von Motivationshindernissen einerseits durch Demonstration des „Zwanges“ die sanktionsbezogene Motivation verstärken, andererseits dem Patienten verdeutlichen, dass sein Verhalten ernst genommen und Sorge für ihn als Person und für seine Ziele getragen wird. Dies gilt umso mehr bei Patienten mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung und Reflektionsfähigkeit, die im Verlauf der Therapie erst in die Lage versetzt werden sollen, für sich eigenverantwortlich Kontrolle zu übernehmen. Ein angemessenes und wohlwollendes Feedback gibt dem Patienten die Möglichkeit, korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen. Wie oben dargelegt, geht es in der Therapie inhaltlich zu einem großen Teil darum, Risikomerkmale, SID, Risikosituationen, deliktnahe Verhalten und Veränderungen der Rückfallgefahr zu bearbeiten. Wurden zu Beginn der Behandlung mit dem Patienten klare Vereinbarungen getroffen, kann der Therapeut anhand des individuellen Risikoprofils und bekannter prädeliktischer Verhaltensmuster bei Therapieversäumnissen gestuft vorgehen.

Hingegen bliebe dem Therapeuten selbst in deliktnahen Risikosituationen bei Verzicht auf Offenbarungsbefugnisse wenig Spielraum, flexibel zu intervenieren – er müsste zwischen der Schweigepflicht und der Abwendung drohender Gefahr für ein höheres Rechtsgut entscheiden.

Somit hat niedrigschwellige Kommunikation zwischen den Beteiligten analog zur forensischen Nachsorge den Vorteil,

multiprofessionell agieren und Synergieeffekte therapeutisch nutzen zu können. Dabei sind auch die Nachteile zu bedenken: Je stärker Kontrollaspekte gegenüber der Eigenverantwortung eine Rolle spielen, desto mehr kann Autonomiebeschränkung bis hin zur Infantilisierung zum Problem werden. Die Schaffung der Balance und eines vertrauensvollen Raumes, in dem sich ein tragfähiges therapeutisches Bündnis entwickeln kann, muss in diesem Spannungsfeld gesichert sein. Abbildung 2 illustriert dies.

■ Schlussfolgerungen und Relevanz für die Praxis

- Ziel der ambulanten Sexualstraftätertherapie ist die Rückfallprävention.
- Seit der Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten hat der Bedarf an ambulanten Behandlungsplätzen zugenommen. Eine im Urteil allgemein gefasste Therapieweisung ist mit dem Problem behaftet, dass sie ihren Sinn nicht erfüllen kann, wenn geeignete Therapieplätze nicht zur Verfügung stehen. Aus verschiedenen Gründen sind nur wenige Psychiater und Psychotherapeuten bereit, Sexualstraftäter zu behandeln, sie sollten aber kompetent auf existierende Angebote verweisen können.
- Ambulante Psychotherapie und „Zwang“ sind keine Gegensätze. Motivations- und Commitment-Arbeit und solide Diagnostik von psychischen Störungen, Paraphilien und Prognosefaktoren stehen am Anfang der Therapie. Geeignete Therapieverfahren senken nachweislich zumindest moderat die Rückfallrate, wenn sie der Heterogenität der Klientel gerecht werden und sich am Risk-Need-Responsivity-Prinzip orientieren. Rückfallpräventive, deliktspezifische und kognitiv-behaviorale Elemente stehen im Mittelpunkt der Therapie, die flexibel durch indikationsbezogene Interventionen ergänzt wird. Eine empathische und ermutigende Grundhaltung ist wesentlich für den Therapieerfolg.
- Kontrollfunktionen und die Zusammenarbeit mit Bewährungshilfe und Justiz lassen sich in eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung integrieren.

ment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002; 14: 169–97.

11. Schmucker M. Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. Centaurus, Herbolzheim, 2004.

12. Schmucker M. Der Einfluss von Therapie auf die Legalbewährung von Sexualstraftätern: Ergebnisse aus kontrollierten Wirksamkeitsuntersuchungen. In: Egg R (Hrsg.). „Gefährliche Straftäter“ – eine Problemgruppe der Kriminalpolitik? KrimZ, Wiesbaden, 2005; 129–52.

13. Pfäfflin F. Rückfallpräventionsprogramme für Sexualstraftäter. *Recht Psychiatrie* 2001; 3: 140–51.

14. Ward T, Hudson SM. A self-regulation model of relapse prevention. In: Laws DR, Hudson SM, Ward T (eds). *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders. A source-book*. Sage, Thousand Oaks, 2000; 79–101.

15. Andrews DA, Bonta J, Hoge RD. Classification for effective rehabilitation. *Crim Justice Behav* 1990; 17: 19–51.

16. Elsner K. Sexuell deviante Rechtsbrecher. Rückfallprävention. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg.). *Handbuch der forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Steinkopff-Verlag, Darmstadt, 2006; 315–7.

17. Urbanik F, Endrass J. Therapeutische Arbeit mit deliktrelevanten Phantasien. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2006; 157: 15–22.

18. Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, von Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005; 17: 79–107.

19. Marshall WL. Therapist style in sexual offender treatment: influence on indices of change. *Sex Abuse* 2005; 17: 109–16.

20. Wischka B. Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS): Entwicklung – Inhalte – Erfahrungen. In: Osterheider M (Hrsg.). *Krank und/oder kriminell?* 18. Eickelborner Fachtagung. Psycho-Gen-Verlag, Dortmund, 2004; 74–86.

21. Habermann N, Briken P, Berner W. Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug – Erprobung einer Methode zur Evaluation. In: Berner W, Briken P, Hill A (Hrsg.). *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2007; 47–67.

22. Feil MG, Knecht G. SOTP im Massregelvollzug – Erste Erfahrungen. In: Berner W,

Briken P, Hill A (Hrsg.). *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2007; 69–83.

23. Beek van D, Bullens R. Manualisierte ambulante Gruppentherapie für pädosexuelle Straftäter. *Recht Psychiatrie* 2004; 22: 84–94.

24. Hall GCN. Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 802–9.

25. Lau S. Wirkt ambulante Kriminaltherapie? Literaturübersicht zur Effektivität gemeindenahe rückfallpräventiver Maßnahmen bei Straftätern und psychisch kranken Rechtsbrechern. *Psychiatr Prax* 2003; 3: 119–26.

26. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 324–31.

27. Dahle KP. Therapiemotivation und forensische Psychotherapie. In: Wagner E, Werdenich W (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*. Facultas, Wien, 1998; 97–112.

28. Andrews DA, Bonta JS. *The psychology of criminal conduct*. 3rd ed. Anderson, Cincinnati, 2003.

29. Beier KM, Hinrichs G. Wortlaut der endgültig verabschiedeten Fassung der Thesen für die Psychotherapie mit Straffälligen. In: Beier KM, Hinrichs G (Hrsg.). *Psychotherapie mit Straffälligen. Standorte und Thesen zum Verhältnis Patient – Therapeut – Justiz*. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart, 1995; 1–5.

30. Beier KM, Bosinski H, Loewit K, Wille R. Paraphilien und Sexualdelinquenz. Justiz – Gesellschaft – Therapeut – Patient. In: Beier KM, Bosinski H, Loewit K (Hrsg.). *Sexualmedizin*. 2. Aufl. Urban und Fischer, München-Jena, 2005; 542–5.

31. Leygraf N. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg.). *Handbuch der forensischen Psychiatrie. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Steinkopff-Verlag, Darmstadt, 2006; 242–54.

32. Urbanik F. Das Zürcher PPD-Modell – Ein modernes Konzept der Zusammenarbeit von Justiz und Psychiatrie. *Aktualisierter Nachdruck. Forens Psychiatrie Psychother* 2001; 8: 37–67.

Literatur:

1. BGBl I, S 160.
2. Pitzing HJ. Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern ist ein Beitrag zum Opfer-schutz. Vortrag 2004.
3. Homepage des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Universitätsmedizin Berlin, Charité. <http://www.sexualmedizin.charite.de/dunkelfeld/index.php> [gesehen 28.5.2009].
4. Obergell-Fuchs J. Erste Resultate der Katamneseuntersuchung der Patienten der Stuttgarter Ambulanz und des Fonds zwischen 2000 und 2006. Vortrag auf der Fachtagung „Behandlung und Nachsorge von Sexualstraftätern“. Bewährungshilfe Stuttgart e.V., 24.01.2008.
5. Lipton D, Martinson R, Wilks J. The effectiveness of correctional treatment. A survey of treatment evaluation studies. Praeger, New York, 1975.

6. Beier KM. Dissexualität im Lebenslangsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Springer-Verlag, Berlin, 1995.

7. Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behav Sci Law* 2000; 18: 623–45.

8. Nedopil N. Rückfallprognosen. Methodische Voraussetzungen. In: Nedopil N (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York, 2007; 288–91.

9. Elz J. Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. KrimZ, Wiesbaden, 2001.

10. Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, Seto MC. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treat-

Dr. med. Astrid Rudel

Geboren 1973. 1992–1999 Studium der Humanmedizin in Würzburg. Facharztausbildung in Neurologie an den Kliniken Dortmund gGmbH, Facharztausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie an der LWL-Universitätsklinik Bochum. Seit 2006 gemeinsam mit Dr. med. A. Wähler Aufbau der dortigen Sexualambulanz. Absolventin des Curriculums Sexualmedizin des Berliner Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin mit Abschluss im Oktober 2008. Seit August 2008 Oberärztin in der LWL-Klinik für Forensische Psychiatrie Lippstadt, Abteilung für Psychisch kranke Rechtsbrecher mit Persönlichkeitsstörungen oder sexuellen Präferenzstörungen.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)