



Berichte des Nationalen Zentrums für Kriminalprävention

# Wirksamkeit der stationären Behandlung von Sexualstraftätern in Deutschland

Systematische Übersichtsarbeit zu den Methoden und  
Ergebnissen von Evaluationsstudien im Bereich der  
stationären Behandlung von Sexualstraftätern

Chana Lischewski



# **Forschungssynthese zur Wirksamkeit stationärer Behandlung von Sexualstraftätern in Deutschland**

Systematische Übersichtsarbeit zu den Methoden und Ergebnissen von Evaluationsstudien im Bereich der stationären Behandlung von Sexualstraftätern

# Impressum

## Herausgeber

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

## Redaktion

Elaine Holzinger

## Titelbild

Flur mit Türen, Gefängnis, Gefängnis Düsseldorf, Nordrhein-Westfalen, Deutschland  
(Foto: Rupert Oberhäuser, Lizenz: Alamy Stock Foto)

## Verlagsort

Bonn, Deutschland

**ISSN (Print):** 2567-6008

**ISSN (Online):** 2567-6016

**Erscheinungsjahr:** 2018



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

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

## Gefördert durch:



Bundesministerium  
des Innern, für Bau  
und Heimat

# Inhalt

<b>Vorbemerkung</b> .....	<b>6</b>
<b>Kurzfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Methode für die Recherche und Zusammenfassung der Evaluationsstudien</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Ergebnisse</b> .....	<b>12</b>
<b>4. Empfehlungen</b> .....	<b>32</b>
<b>Anmerkungen</b> .....	<b>33</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>34</b>

## Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht stellt Ergebnisse einer Bestandsaufnahme zur Evaluation von stationären Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraftäter und -täterinnen in Deutschland vor.<sup>1</sup> Darin werden die vorliegenden Evaluationsbefunde hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Belastbarkeit anhand eines Kriterienkatalogs bewertet, der auf der Seite des Portals für Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Sicherheits- und Präventionsmaßnahmen durch Evaluation (WESPE) zur weiteren Einsicht zur Verfügung steht.<sup>2</sup> Die vorgenommene Bewertung bezieht sich ausschließlich auf die Frage, ob ein Evaluationsbericht geeignet ist, die Wirksamkeit der evaluierten Behandlungsmaßnahme nachzuweisen. Die allgemeine wissenschaftliche oder sonstige Qualität der Studien wird nicht bewertet. Dabei wird auch berücksichtigt, dass viele der berücksichtigten Studien von den Autoren und Autorinnen nicht als Wirksamkeitsnachweise angelegt wurden, sondern andere Forschungsziele im Vordergrund standen.<sup>3</sup>

## Kurzfassung

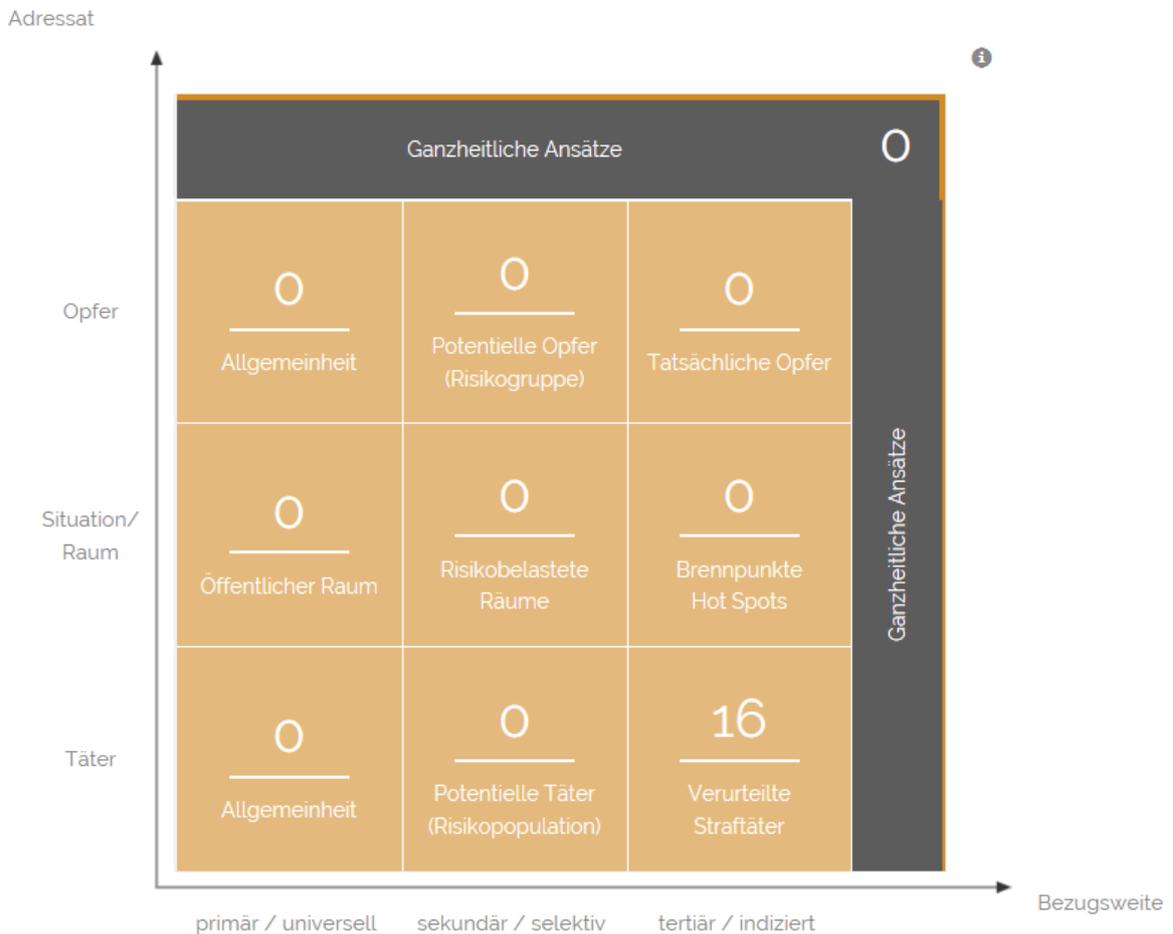
Bei der Prävention von Sexualdelikten in Deutschland wird einerseits auf Strafe und Abschreckung gesetzt, andererseits aber auch auf therapeutische Arbeit mit Tätern und Täterinnen. Während ambulante Versorgungsstrukturen aktuell noch ausgebaut werden, besteht bereits lange ein breites Angebot an stationären Behandlungsmaßnahmen, die hauptsächlich im Strafvollzug (hier oft in sozialtherapeutischen Einrichtungen) und im Maßregelvollzug durchgeführt werden.<sup>4</sup> Zu 16 solcher Maßnahmen liegen derzeit 18 Evaluationsberichte vor, in denen Rückfälle der Teilnehmer und Teilnehmerinnen (also erneute Straftaten nach der Entlassung aus der stationären Maßnahme) untersucht wurden. Für die Behandlung im Strafvollzug weisen die Befunde nicht darauf hin, dass solche Maßnahmen dazu beitragen können, Sexualdelikte zu verhindern. Auch für die Behandlung im Maßregelvollzug liegen keinerlei belastbaren Erkenntnisse über die kriminalpräventive Wirksamkeit im Bereich der Sexualdelinquenz vor. Da hier die rechtlichen und ethischen Hürden für aussagekräftige Studiendesigns besonders hoch sind, scheint es dringend erforderlich, neue Lösungsansätze für aussagekräftige Evaluationsstudien zu entwickeln.

## 1. Einleitung

Obwohl der Anteil von Sexualstraftaten an der Gesamtkriminalität konstant unter 1% liegt, wird die öffentliche Diskussion über Kriminalität und die allgemeine Sicherheit sehr stark durch sie geprägt (Pfäfflin & Ross, 2007). Aktuelle Beispiele hierfür sind die Übergriffe in der Silvesternacht 2015 oder die „Siegauen-Vergewaltigung“ von April 2017.<sup>5</sup> Dies erschwert einen rationalen Umgang mit Sexualdelikten und setzt politische Entscheidungsträger unter Druck, woraus Gesetzesänderungen wie zuletzt die Verschärfung des § 177 StGB im Juli 2016 resultieren. Diese und vorangegangene Reformen zielen hauptsächlich auf eine leichtere Verfolgung von Sexualdelikten sowie eine härtere Bestrafung der Täter und Täterinnen ab. Die Gesetzgebung verdeutlichte mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten von 1998 allerdings auch, dass dabei nicht ausschließlich auf Bestrafung und Repression, sondern auch auf Behandlung und Rehabilitation gesetzt werden soll. Stationäre Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraftäter und -täterinnen werden im Strafvollzug (v.a. in sozialtherapeutischen Einrichtungen) und im psychiatrischen Maßregelvollzug (nach § 63 StGB, oder nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt) nicht erst seit 1998 durchgeführt. Durch das Gesetz wurden aber neue Rahmenbedingungen geschaffen und die Bedeutung der Behandlung gestärkt.

Sexualdelikte unterscheiden sich stark in Aspekten wie Gewalttätigkeit und unmittelbaren und langfristigen Folgen für die Opfer. Zudem ergeben sich auf Seiten der Täter und Täterinnen individuelle Unterschiede bei der Betrachtung von diagnostischen Gesichtspunkten und Störungsmodellen. Dies stellt bei der Behandlung von Sexualstraftätern und -täterinnen eine Herausforderung dar, die im öffentlichen und politischen Diskurs zumeist ausgeblendet wird (Pfäfflin & Ross, 2007). Beim Vergleich der beiden häufigsten stationären Behandlungsformen, dem Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB und der Sozialtherapie, findet man außerdem große Unterschiede in der Behandlungsindikation: Eine Unterbringung im Maßregelvollzug beruht darauf, dass die Straffälligkeit unmittelbar auf eine krankheitswertige Störung zurückzuführen ist, wodurch nach §§ 20, 21 StGB die Schuldfähigkeit vermindert oder aufgehoben wird und außerdem zu erwarten ist, dass der Täter oder die Täterin aufgrund der Störung weitere erhebliche Straftaten begehen wird (Lamott & Pfäfflin, 2009). Im Kontrast dazu ergibt sich die Notwendigkeit der sozialtherapeutischen Behandlung nicht aus der Diagnose einer psychischen Erkrankung oder Störung, sondern aus den vom Täter oder der Täterin bisher begangenen Delikten und der fortbestehenden Gefährlichkeit (Endres & Schwanengel, 2015). Aus diesem und weiteren Gründen wird im Folgenden grundsätzlich zwischen der Behandlung im Maßregelvollzug und der Behandlung im Strafvollzug unterschieden. Da die stationäre Unterbringung und Behandlung von Sexualstraftätern und -täterinnen gesetzlich vorgeschrieben ist, sollte es bei der Evaluation nicht nur darum gehen festzustellen, ob die Behandlung indiziert oder grundsätzlich wirksam ist, sondern auch, unter welchen Bedingungen eine möglichst effektive und effiziente Behandlung möglich ist. Außerdem sollten der Öffentlichkeit sowie politischen Entscheidungsträgern nachvollziehbare wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verfügung gestellt werden, die einen rationalen Umgang mit Sexualstraftaten erleichtern.

**Abbildung 1:** Verteilung von 16 evaluierten Maßnahmen zur stationären Behandlung von Sexualstraftätern und -täterinnen in den Sektoren der Kriminalprävention.



Es lassen sich zehn verschiedene Sektoren der Kriminalprävention unterscheiden, die sich nach der Bezugsweite und dem Zielobjekt von kriminalpräventiven Maßnahmen richten. Die in der vorliegenden Arbeit berücksichtigten stationären Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraftäter und -täterinnen richten sich ausschließlich an bereits verurteilte Personen und decken dabei den Bereich der tertiären, indizierten Prävention ab. Situative oder opferorientierte Präventionsansätze oder primärpräventive Maßnahmen sind nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.

An der stationären Behandlung von Sexualstraftätern und -täterinnen sind je nach Art der Unterbringung verschiedene Berufsgruppen beteiligt. Die Behandlung im Strafvollzug bzw. in sozialtherapeutischen Einrichtungen wird von Psychologen und Psychologinnen, Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen, Pädagogen und Pädagoginnen sowie Justizvollzugsbeamten und -beamtinnen durchgeführt. Im Maßregelvollzug und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens kommen noch medizinische Berufsgruppen wie Ärzte und Ärztinnen sowie Pflegenden hinzu. Zum Teil liegt den Behandlungsmaßnahmen ein Konzept oder Manual zugrunde, in dem Herangehensweisen, Behandlungsschwerpunkte und Zielsetzungen spezifiziert werden.<sup>6</sup>

Tabelle 1 zeigt die 16 Maßnahmen, zu denen Evaluationsberichte recherchiert werden konnten.

**Tabelle 1:** Berücksichtigte Maßnahmen

<b>Art der Unterbringung</b>	<b>Bezeichnung der Maßnahme</b>
Maßregelvollzug gem. §§ 63 und 64 StGB	Fachklinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikums Regensburg
Maßregelvollzug gem. § 63 StGB	Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina
	Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, bundesweit <sup>1,3</sup>
	Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, NRW <sup>3</sup>
	Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lip-pstadt
	Zentrum für Psychiatrie Weissenau
Maßregelvollzug gem. § 64 StGB	Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB, bundesweit <sup>2</sup>
Stationäre Unterbringung als Alternative zum Jugendstrafvollzug	Gerhard-Bosch-Haus (Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Viersen)
Sozialtherapeutische Anstalt (SothA) oder Abteilung	Rudolf-Sieverts-Haus der Jugendanstalt Hameln
	Sozialtherapeutische Anstalt Halle (Saale)
	Sozialtherapeutische Anstalt Hamburg-Altengamme
	Sozialtherapeutische Anstalt JVA-Kassel II
	Sozialtherapeutische Maßnahmen im Strafvollzug von Nordrhein-Westfalen <sup>3</sup>
	Sozialtherapeutischer Behandlungsvollzug der JVA Berlin-Tegel
	Sozialtherapie für Sexualstraftäter in der Haftanstalt München-Stadelheim
Strafvollzug	Diverse intramurale Behandlungsmaßnahmen <sup>2,3</sup>

1) Zu dieser Maßnahme liegen drei Evaluationsberichte vor.

2) Zu dieser Maßnahme liegen zwei Evaluationsberichte vor.

3) Behandlungsmaßnahmen wurden an verschiedenen Standorten durchgeführt, aber zusammengefasst evaluiert.

## 2. Methode für die Recherche und Zusammenfassung der Evaluationsstudien

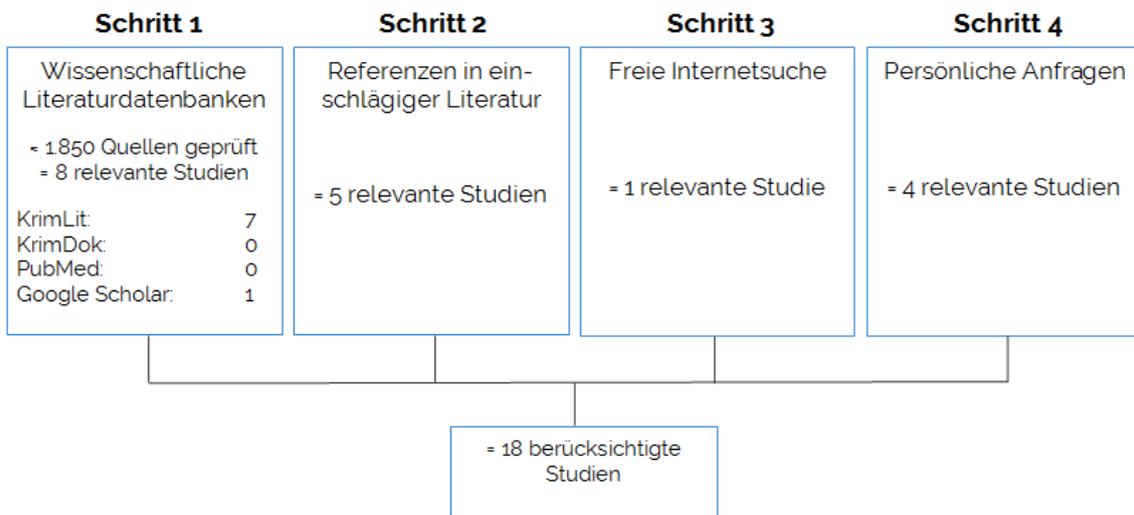
Es wurden nur Primärstudien und Evaluationsberichte berücksichtigt, die die folgenden Kriterien erfüllen:

- Zumindest ein Teil der Stichprobe besteht aus (verurteilten) Sexualstraftätern oder -täterinnen (Bezugsdelikt/Unterbringungsdelikt). Dieser Anteil ist eindeutig bezifferbar und umfasst mindestens fünf Personen. Damit sind Fallstudien ausgeschlossen.
- Die Outcome-Variablen geben Auskunft über die Rückfälligkeit bzw. die Legalbewährung der Personen nach der Entlassung aus der stationären Behandlungsmaßnahme. Dabei wurde Hell- und Dunkelfeldkriminalität berücksichtigt.
- Ergebnisse werden separat für die wegen Sexualdelikten verurteilten Personen berichtet oder können anhand der gegebenen Informationen abgeleitet werden.
- Die Behandlung wird stationär durchgeführt und hat die Rückfallprävention zum Ziel.
- Die Studie bzw. die Maßnahme wurde in Deutschland durchgeführt. Der Studienbericht ist aber nicht zwangsläufig in deutscher Sprache verfasst.

In dem Fall, dass zu einem Forschungsprojekt mehrere Berichte vorliegen, wurde entweder der jüngste oder der umfangreichste berücksichtigt. Evaluationen zu ausschließlich bestrafenden Sanktionen oder zu rein pharmakologischer Behandlung wurden nicht berücksichtigt.

Die Literatursuche gliederte sich in vier Arbeitsschritte (siehe Abbildung 2): Zunächst wurde systematisch in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken gesucht. Außerdem durchsuchten wir einschlägige Literatur, z.B. Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten, nach geeigneten Quellen. Auch bereits gefundene Quellen wurden auf Querverweise nach weiteren geeigneten Studien durchgesehen (Schnellballsystem). Des Weiteren führten wir eine freie Internetsuche mit der Suchmaschine „Google“ durch, berücksichtigten Ratschläge und Hinweise von Experten und Expertinnen und schrieben Einrichtungen wie die kriminologischen Dienste der Bundesländer an. Insgesamt wurden 18 Studien identifiziert, die alle Einschlusskriterien erfüllten. Die Literaturrecherche wurde am 13.10.2017 abgeschlossen.

**Abbildung 2:** Auswahlsschritte



Die meisten Studien entsprachen nicht den Anforderungen zur Anfertigung einer statistischen Metaanalyse. Für diesen Bericht werden sie daher in Form einer systematischen Übersichtarbeit aufbereitet. Die Extraktion der relevanten Informationen aus den 18 Primärstudien erfolgte anhand eines einheitlichen Protokolls und nach dem Vier-Augen-Prinzip. Die Studienprotokolle zu allen 18 Studien können im Portal WESPE eingesehen werden.<sup>7</sup>

### 3. Ergebnisse

Der folgende Abschnitt gibt zunächst eine Übersicht zum Stand der Evaluation. Darauf folgt ein Bericht über die Ergebnisse zur Wirksamkeit der Maßnahmen sowie Erkenntnisse, die sich auf die Behandlungspraxis und die Evaluationspraxis beziehen.

#### *Übersicht zum Stand der Evaluation*

Fünf Evaluationsstudien (Elz, 2001, 2002; Harrendorf, 2007; Nowara, 2001; Ortmann, 2002) wurden in Buchform als Teil einer Schriftenreihe veröffentlicht. Bei zwei weiteren Veröffentlichungen (Dimmek, 2012; Hartl, 2012) handelt es sich um Dissertationen. Drei Studien (Dünkel & Geng, 1994; Gretenkord, 1994; Rehn, 2001) wurden als Beiträge in Sammelwerke aufgenommen. Weitere vier Studien (Jockusch & Keller, 2001; Keller, Heinrich, & Nebe, 2017; Seifert & Möller-Mussavi, 2005; Stadtland et al., 2005) erschienen als begutachtete Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften, ein weiterer Artikel (Seitz & Specht, 2002) wurde ohne Begutachtung veröffentlicht. Außerdem liegen zwei Projektabschlussberichte (Bussmann & Richter, 2013; Leygraf, 2001) und eine unveröffentlichte Diplomarbeit (Möbius, 2003) vor.

Die älteste Untersuchung im Bereich der Sozialtherapie (Dünkel & Geng, 1994) bezieht sich auf Personen, die im Zeitraum von 1971 bis 1974 entlassen wurden, die neuesten Zahlen steuern Keller et al. (2017) bei, die die Entlassungsjahrgänge 2003 bis 2006 untersucht haben. Ein ähnliches Bild zeichnet sich im Bereich des Maßregelvollzugs ab: Gretenkord (1994) gibt Auskunft über die Rückfälligkeit von im Zeitraum von 1977 bis 1985 entlassenen Patienten, während die jüngsten Zahlen der Dissertation von Hartl (2012) entnommen werden können, in welcher die Entlassungsjahrgänge 2001 bis 2009 betrachtet werden.

Eine Herausforderung bei der Erstellung der Forschungssynthese stellte die Tatsache dar, dass in nur drei der vorliegenden Studien (Möbius, 2003; Nowara, 2001; Stadtland et al., 2005) Stichproben untersucht wurden, die ausschließlich aus Sexualstraftätern bestanden, die eine stationäre Behandlungsmaßnahme durchlaufen hatten. In zwei weiteren Studien (Elz, 2001, 2002) wurden zwar ausschließlich Sexualstraftäter untersucht, diese hatten aber verschiedene ambulante oder stationären Sanktionen und Maßnahmen durchlaufen. In allen übrigen Studien wurden zwar Teilnehmer und Teilnehmerinnen stationärer Maßnahmen untersucht, hier waren aber Täter und Täterinnen aus allen Deliktategorien vertreten und es konnte nur eine (meist kleine) Teilstichprobe von Sexualstraftätern und -täterinnen gebildet werden. Das bedeutet auch, dass die Ergebnisse dieser Teilstichprobe oft indirekt aus den im Studientext gegebenen Informationen abgeleitet werden müssen. Inferenzstatistische Zusammenhänge, die eventuell in der Gesamtstichprobe gefunden wurden, können außerdem auf die Teilstichprobe der Sexualstraftäter und -täterinnen nicht übertragen werden. Dies führt dazu, dass sich ein Großteil der gefundenen Ergebnisse auf deskriptive Daten beschränkt.

Ergebnisse in Bezug auf die Wirksamkeit der Maßnahmen

**Abbildung 3:** Übersicht der zentralen Befunde aus dem online Portal WESPE bezogen auf die Behandlung im Maßregelvollzug bzw. im Gesundheitswesen (Stand 30/03/2018),

Maßnahme	Wirksamkeit	wissenschaftl. Belastbarkeit	Übertragbarkeit	Theoretische Fundierung	Anzahl Evaluationsstudien	Evidenzindex
Fachklinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikums Regensburg	?	■■■■■	■■■■■	■	1	63
Gerhard-Bosch-Haus (Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Viersen)	?	■■■■■	■■■■■	■	1	60
Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina	?	■■■■■	■■■■■	■	1	47
Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, bundesweit	?	■■■■■	■■■■■	■	3	73
Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, NRW	?	■■■■■	■■■■■	■	1	63
Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB, bundesweit	?	■■■■■	■■■■■	■	2	78
Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt	?	■■■■■	■■■■■	■	1	70
Zentrum für Psychiatrie Weissenau	?	■■■■■	■■■■■	■	1	67

Abbildung 3 zeigt eine Zusammenfassung der zentralen Befunde derjenigen Evaluationsstudien, die sich auf Behandlungsmaßnahmen im Maßregelvollzug bzw. im Gesundheitswesen beziehen. Es ergibt sich ein mittlerer Evidenzindex von 65 aus 100 möglichen Punkten bei einer Spannweite die von minimal 47 bis maximal 78 Punkten reicht. Der Evidenzindex des NZK wird anhand neun verschiedener Bewertungskriterien ermittelt und erlaubt eine Aussage über die wissenschaftliche Güte der jeweiligen Studie. Er stellt damit ausdrücklich keine allgemeine Beurteilung der wissenschaftlichen Relevanz von Studien dar. Auch eine Studie mit niedrigem Evidenzindex kann wertvolle empirische Erkenntnisse beinhalten. Die Übersicht lässt erkennen, dass keine der elf Evaluationsstudien belastbare Aussagen darüber zulässt, ob die Maßnahmen einen Einfluss auf Kriminalität haben.

**Abbildung 4:** Übersicht der zentralen Befunde aus dem online Portal WESPE zur Behandlung in der Sozialtherapie bzw. im Strafvollzug (Stand 30/03/2018),

Maßnahme	Wirksamkeit	wissenschaftl. Belastbarkeit	Übertragbarkeit	Theoretische Fundierung	Anzahl Evaluationsstudien	Evidenzindex
Diverse intramurale Behandlungsmaßnahmen	?	■■■■	■■■■	■	2	73
Rudolf-Sieverts-Haus der Jugendanstalt Hameln	?	■■■■	■■■■	■	1	43
Sozialtherapeutische Anstalt Halle (Saale)	0	■■■■	■■■■	■	1	70
Sozialtherapeutische Anstalt Hamburg-Altengamme	?	■■■■	■■■■	■	1	60
Sozialtherapeutische Anstalt JVA-Kassel II	?	■■■■	■■■■	■	1	50
Sozialtherapeutische Maßnahmen im Strafvollzug von Nordrhein-Westfalen	0	■■■■	■■■■	■	1	77
Sozialtherapeutischer Behandlungsvollzug der JVA Berlin-Tegel	?	■■■■	■■■■	■	1	67
Sozialtherapie für Sexualstraftäter in der Haftanstalt München-Stadelheim	?	■■■■	■■■■	■	1	57

Abbildung 4 zeigt eine Zusammenfassung der zentralen Befunde derjenigen Evaluationsstudien, die sich auf Behandlungsmaßnahmen in der Sozialtherapie bzw. im Strafvollzug beziehen. Der mittlere Evidenzindex beträgt 62 von 100 möglichen Punkten. Die Spannweite reicht von 43 bis maximal 77 Punkten. Sieben der Evaluationsstudien lassen keine belastbaren Aussagen darüber zu, ob die Maßnahmen einen Einfluss auf Kriminalität haben. Allerdings zeigten zwei Studien, dass die jeweiligen Maßnahmen keinen signifikanten Einfluss auf Kriminalität haben. Der folgende Abschnitt stellt detailliert dar, wie wir zu diesen Bewertungen gekommen sind.

Um die Wirksamkeit der Behandlungsmaßnahmen bewerten zu können, wurden Angaben zur Legalbewährung bzw. Rückfälligkeit analysiert. Hierbei differenzierten wir zwischen allgemeinen und einschlägigen Rückfällen. Als allgemeiner Rückfall gilt dabei eine erneute strafbare Handlung, unabhängig vom Straftatbestand. Als einschlägiger Rückfall wird hingegen ein Delikt aus der gleichen Kategorie wie das Einweisungs- oder Bezugsdelikt bezeichnet, im Falle von Sexualdelinquenz also ein erneutes Delikt gegen die sexuelle Selbstbestimmung.

In 14 der berücksichtigten Studien fanden sich Angaben sowohl zur allgemeinen, als auch zur einschlägigen Rückfälligkeit. In einer Studie wurden lediglich einschlägige Rückfallraten berichtet, während eine weitere sich auf die allgemeine Rückfälligkeit beschränkte. In zwei Studien wurden außerdem andere Rückfallkategorien gebildet. Alle Ergebnisse zur Legalbewährung der stationär behandelten Sexualstraftäter und -täterinnen sind in Tabelle 2 und Tabelle 3 dargestellt. Zusätzlich werden die Stichprobengröße, der Zeitraum der Entlassung sowie der Katamnesezeitraum angegeben, um eine sinnvolle Interpretation zu ermöglichen. Grundsätzlich gilt, dass sich mit einem längeren Katamnesezeitraum (d.h. je länger ein Proband oder eine Probandin die Möglichkeit hat, Straftaten zu begehen) das Rückfallrisiko erhöht (Heinz,

2014; Prentky, Lee, Knight, & Cerce, 1997). Der Zeitraum der Entlassung spielt insofern eine Rolle, als dass die Behandlung im Maßregel- sowie im Strafvollzug im Laufe der Zeit einigen strukturellen und inhaltlichen Veränderungen unterlag (Seifert & Leygraf, 2016; Spöhr, 2009). Es ist denkbar, dass hierdurch Schwankungen in der beobachteten Rückfälligkeit entstehen. Auch die Stichprobengröße bzw. die Repräsentativität der Stichprobe kann einen Einfluss auf die Rückfallraten haben. All diese Aspekte führen dazu, dass die in den Studien ermittelten Rückfallraten stark variieren und nicht ohne weiteres verglichen und interpretiert werden können. Die allgemeinen Rückfallraten im Bereich des Maßregelvollzugs (bzw. bei Behandlungsmaßnahmen im Rahmen des Gesundheitswesens) reichen von 0,0 Prozent bis 58,1 Prozent, die einschlägigen Rückfallraten von 0,0 Prozent bis 40,6 Prozent. Im Bereich der Sozialtherapie bzw. bei Behandlungsmaßnahmen im Strafvollzug reichen die allgemeinen Rückfallraten von 36,4 Prozent bis 88,9 Prozent und die einschlägigen Rückfallraten von 0,0 Prozent bis 71,4 Prozent.

**Tabelle 2:** Rückfälligkeit der im Maßregelvollzug bzw. im Gesundheitswesen behandelten Sexualstraftäter und -täterinnen

Evaluierte Maßnahme	Studie	n <sup>1</sup>	Entlassungszeitraum	Katamnesezeitraum in Monaten	Allgemeine Rückfälligkeit	Einschlägige Rückfälligkeit	Andere Rückfallkategorie
Fachklinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikums Regensburg	Hartl, 2012	21	2001-2009	12 (genau)	0.0%	0.0%	
Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina	Gretenkord, 1994	67	1977-1985	102 (Mittel); 48 (mindestens)	k.A.	k.A.	9.0% <sup>2</sup>
Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, bundesweit	Harrendorf, 2007	46	1994-1995	48 (genau)	19.6%	6.5%	
	Nowara, 2001	32	k.A.	36 (genau)	k.A.	40.6%	
	Seifert & Möller-Mussavi, 2005	35	k.A.	24 (mind.)	25.7%	14.3%	
Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, NRW	Leygraf et al., 2001	38	1986, 1991, 1992	72 (mind.)	36.8%	15.8%	
Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB, bundesweit	Harrendorf, 2007	31	1994-1995	48 (genau)	58.1%	3.2%	
	Nowara, 2001	20	k.A.	36 (genau)	k.A.	15.0%	
Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt	Dimmek, 2012	73	1985-1993	60 (mind.)	43.8%	27.4%	
Zentrum für Psychiatrie Weisenau	Jokusch & Keller, 2001	35	1978-1993	60 (genau)	54.0%	k.A.	37.0% <sup>3</sup>
Gerhard-Bosch-Haus (Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Viersen) <sup>4</sup>	Möbius, 2003	35	k.A.	24 (mind.)	57.1%	2.9%	

1) Der Stichprobenumfang bezieht sich auf die Anzahl der behandelten Personen; bei verschiedenen Subgruppen wird nur die größte berücksichtigt.

2) Rückfall mit Gewaltdelikt (inklusive sexuelle Gewaltdelikte)

3) Delikte gegen Leib und Leben, Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung

4) Kein Maßregelvollzug

**Tabelle 3:** Rückfälligkeit der in der Sozialtherapie bzw. im Strafvollzug behandelten Sexualstraftäter und -täterinnen

Evaluierte Maßnahme	Studie	n <sup>1</sup>	Entlassungszeitraum	Katamnesezeitraum in Monaten	Allgemeine Rückfälligkeit	Einschlägige Rückfälligkeit
Rudolf-Sieverts-Haus der Jugendanstalt Hameln	Seitz & Specht, 2002	15	1985-2000	60 (mind.)	73.3%	40.0%
Sozialtherapeutische Anstalt Halle (Saale)	Bussmann & Richter, 2013	141	k.A.	66 (Mittel); 24 (mindestens)	39.7%	7.8%
Sozialtherapeutische Anstalt Hamburg-Altengamme	Rehn, 2001	11	spätestens 1994	60 (genau)	36.4%	0.0%
Sozialtherapeutische Anstalt JVA-Kassel II	Keller et al., 2017	83	2003-2006	48 (genau)	49.0%	14.0%
Sozialtherapeutische Maßnahmen im Strafvollzug von Nordrhein-Westfalen	Ortmann, 2002	20	k.A.	60 (genau)	60.0%	20.0%
Sozialtherapeutischer Behandlungsvollzug der JVA Berlin-Tegel	Dünkel & Geng, 1994	12	1971-1974	120 (Mittel)	42.0%	k.A.
Sozialtherapie für Sexualstraftäter in der Haftanstalt München-Stadelheim	Stadtland et al., 2005	73	spätestens 2000	108 (Mittel)	58.9%	38.4%
Diverse intramurale Behandlungsmaßnahmen <sup>2</sup>	Elz, 2001	7	k.A.	72 (genau)	71.4%	71.4%
	Elz, 2002	27	k.A.	72 (genau)	88.9%	59.3%

1) Der Stichprobenumfang bezieht sich auf die Anzahl der behandelten Personen; bei verschiedenen Subgruppen wird nur die größte berücksichtigt.

2) Keine Sozialtherapie

Eine Schlussfolgerung zur kriminalpräventiven Wirksamkeit einer Maßnahme ergibt sich nicht alleine aus dem Wissen darüber, wie viele Personen nach Durchlaufen der Maßnahme rückfällig wurden. Die entscheidende Frage lautet vielmehr, wie viele der Personen rückfällig geworden wären, wenn sie nicht an der Maßnahme teilgenommen hätten. Dazu müssen die Rückfallraten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen in Bezug zu einer Vergleichsgruppe gesetzt werden. Als Vergleichsgruppe eignen sich generell solche Personen, die den behandelten Personen (Experimentalgruppe: EG) hinsichtlich der Rückfallgefahr möglichst ähnlich sind, die aber nicht an der Maßnahme teilgenommen haben oder eine andere, vergleichbare Maßnahme absolviert haben (Kontrollgruppe: KG). Um sicherzustellen, dass die Gruppen in ihrem Rückfallrisiko vergleichbar sind, müssen die Probanden und Probandinnen randomisiert (zufällig) den Versuchsgruppen zugeteilt werden. Ist dies nicht möglich, muss eine sogenannte Dritt faktorkontrolle vorgenommen werden. Da sich die Gruppen bei einer nicht randomisierten Verteilung systematisch in einer dritten Variable (z.B. Alter oder Geschlecht) unterscheiden könnten, wären die Ergebnisse sonst möglicherweise von dieser Variable beeinflusst und damit wenig belastbar. Um auszuschließen, dass mögliche Gruppenunterschiede zufällig zustande kommen, sollten die Ergebnisse außerdem inferenzstatistisch ausgewertet werden und die statistischen Kennwerte (z.B. das Signifikanzniveau  $p$ ) angegeben werden. In acht der 18 Studien wurde ein Kontrollgruppenvergleich vorgenommen, davon haben drei (Busmann & Richter, 2013; Dünkel & Geng, 1994; Ortmann, 2002) eine Dritt faktorkontrolle vorgenommen. In diesen drei Studien, die sich alle auf die Sozialtherapie beziehen, wurde in einem Fall eine inferenzstatistische Auswertung vorgenommen. Tabelle 4 gibt einen Überblick über alle Kontrollgruppenvergleiche zur Behandlung in der Sozialtherapie bzw. im Strafvollzug.

Ortmann (2002) fand im Vergleich von 20 sozialtherapeutisch behandelten Sexualstraftätern und -täterinnen mit 19 Sexualstraftätern und -täterinnen im Regelvollzug eine allgemeine Rückfälligkeit von 60,0 % (EG) im Vergleich zu 78,9 % (KG). Dieser Unterschied ist nicht signifikant ( $p = .11$ ), kommt laut dem Autor aber „in die Nähe der Signifikanz“. Allerdings betont der Autor auch, dass „angesichts der kleinen Stichproben offen bleiben“ müsse, „ob und unter welchen Bedingungen das Resultat reproduzierbar wäre“ (Ortmann, 2002, S. 229). Mit Bezug auf die Ausführungen von Simmons, Nelson und Simonsohn (2011) wird das Ergebnis im vorliegenden Review als nicht signifikant gewertet. In der einschlägigen Rückfälligkeit zeigte sich ein eindeutig nicht signifikanter Unterschied ( $p = .33$ ) von 20,0 % (EG) zu 26,3 % (KG). Insgesamt wird geschlossen, dass die sozialtherapeutische Behandlung (im Bundesland NRW) keinen kriminalpräventiven Effekt habe. Der Autor stellte außerdem zur Effizienz der Behandlung fest, dass „der Aufwand, den die sozialtherapeutischen Anstalten im Bereich der Maßnahmen ergreifen [sic] . . . im Vergleich zum Regelvollzug, aber auch absolut betrachtet, beträchtlich“ sei. Er werde aber „ausweislich der Rückfallquoten sowie auch der Zusammenhänge zum Rückfall nicht von einem entsprechenden Erfolg begleitet. Bei vielen – und auch bei ganz besonders wichtigen – Maßnahmen, wie z.B. der Einzeltherapie, zeigt die Teilnahme daran überraschend überhaupt keine erkennbar positive Wirkung auf den Rückfall. Andere Maßnahmen scheinen sogar direkt zu einer Erhöhung des Rückfallrisikos beizutragen und so das Gegenteil des mit ihnen Beabsichtigten zu bewirken.“ (Ortmann, 2002, S. 332; Beobachtung gilt für die Gesamtstichprobe mit allen Bezugsdelikten). Für die vorliegende Forschungssynthese ist die folgen-

de Feststellung außerdem von besonderer Relevanz: „Keineswegs rechtfertigen die Ergebnisse unserer Studie eine Konzeption der Sozialtherapie, die sich im Schwerpunkt mit Sexualstraftätern befasst.“ (Ortmann, 2002, S. 323).

Eine größere Stichprobe haben Bussmann und Richter (2013) untersucht: Sie nahmen einen Vergleich von 141 sozialtherapeutisch behandelten Sexualstraftätern und -täterinnen mit 155 Sexualstraftätern und -täterinnen im Regelvollzug vor. Dabei fand sich eine allgemeine Rückfälligkeit von 39,7 % (EG) im Vergleich zu 45,8 % (KG) und eine einschlägige Rückfälligkeit von 7,8 % (EG) bzw. 6,7 % (KG). Es zeigen sich deskriptiv also kaum Gruppenunterschiede. Auf eine inferenzstatistische Auswertung wurde verzichtet. Es kann gleichwohl nicht davon ausgegangen werden, dass die sozialtherapeutische Behandlung (im Bundesland Sachsen-Anhalt) einen kriminalpräventiven Effekt im Bereich der Sexualdelinquenz erzielt.

Dünkel und Geng (1994) fanden bei zwölf sozialtherapeutisch behandelten Sexualstraftätern eine allgemeine Rückfälligkeit von 42,0 % im Vergleich zu 27 Sexualstraftätern im Regelvollzug, von denen 52,0 % rückfällig wurden. Angaben zur einschlägigen Rückfälligkeit werden nicht gemacht. Da außerdem die Stichprobe sehr klein und die Untersuchungsgruppen unterschiedlich groß sind, ist eine Schlussfolgerung bezüglich der kriminalpräventiven Wirksamkeit der sozialtherapeutischen Behandlung (in der JVA Berlin-Tegel) im Bereich der Sexualdelinquenz nicht möglich. Zu dieser Schlussfolgerung kommt die vorliegende Forschungssynthese auch bezüglich der anderen Studien, die sich mit der Sozialtherapie und sonstigen intramuralen Behandlungsmaßnahmen beschäftigt haben.

Zusammenfassend bleibt also festzuhalten, dass es keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass eine stationäre Behandlung von Sexualstraftätern und -täterinnen im Rahmen des Strafvollzugs erneute Sexualstraftaten verhindern kann.

**Tabelle 4:** Vergleich der Rückfallraten von in der Sozialtherapie bzw. im Strafvollzug behandelten und nicht behandelten Sexualstraftätern und -täterinnen

Evaluierte Maßnahme	Studie	n		Drittfaktorkontrolle	Allgemeine Rückfälligkeit		Statistische Kennwerte	Einschlägige Rückfälligkeit		Statistische Kennwerte
		EG	KG		EG	KG		EG	KG	
Sozialtherapeutische Maßnahmen im Strafvollzug von Nordrhein-Westfalen	Ortmann, 2002	20	19	per Design, durch randomisierte Zuweisung	60.0%	78.9%	$r = .21; p = .11$	20.0%	26.3%	$r = .08; p = .33$
Sozialtherapeutischer Behandlungsvollzug der JVA Berlin-Tegel	Dünkel & Geng, 1994	12	27	Kovarianzanalyse	42.0%	52.0%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Sozialtherapeutische Anstalt Halle (Saale)	Bussmann & Richter, 2013	141	155	per Design, durch Parallelisierung	39.7%	45.8%	k.A.	7.8%	6.7%	k.A.
Sozialtherapie für Sexualstraftäter in der Haftanstalt München-Stadelheim	Stadtland et al., 2005	73	46	keine Drittfaktorkontrolle	58.9%	43.5%	Log Rank 0.000; Mantel-Cox 0.000	38.4%	21.8%	Log Rank 0.000; Mantel-Cox 0.000
Sozialtherapeutische Anstalt JVA-Kassel II	Keller et al., 2017	83	34	keine Drittfaktorkontrolle	49.0%	48.0%	$\chi^2 = .05; p > .01$	14.0%	12.0%	k.A.
Diverse intramurale Behandlungsmaßnahmen	Elz, 2001	7	8	keine Drittfaktorkontrolle	71.4%	62.5%	k.A.	71.4%	37.5%	k.A.
Intramurale Einzeltherapie	Elz, 2002	27	39	keine Drittfaktorkontrolle	88.9%	59.0%	k.A.	59.3%	15.4%	k.A.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über alle Kontrollgruppenvergleiche zur Behandlung im Maßregelvollzug. Die Einweisung in den Maßregelvollzug erfolgt immer auf Grundlage einer richterlichen Entscheidung und setzt eine gutachterliche Beurteilung der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit voraus (Pfäfflin & Ross, 2007). Es ist also unmöglich, eine Vergleichsgruppe zu bilden, die mit den Patienten und Patientinnen des Maßregelvollzugs bezüglich Behandlungsindikation und Rückfallrisiko vergleichbar, aber nicht dort untergebracht ist. Ein möglicher Lösungsansatz für dieses Problem findet sich bei Nowara (2001): In dieser Studie waren zwar alle untersuchten Personen im Rahmen einer Maßregel gemäß § 63 oder § 64 stationär untergebracht worden, es konnte aber anhand von Klinikakten nachvollzogen werden, welche Patienten an bestimmten Behandlungsmaßnahmen (Einzels psychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraf Täter und Soziales Training) innerhalb der Unterbringung teilgenommen (EG) bzw. nicht teilgenommen (KG) hatten. Die so gebildeten Gruppen sind allerdings unterschiedlich groß und es wurde keine Drittfaktorkontrolle vorgenommen. Außerdem ist denkbar, dass es sich bei den nicht behandelten Personen bspw. um Therapieverweigerer handelte, oder um Personen, die von den Behandlern und Behandlerinnen als ungeeignet für die Behandlungsmaßnahmen eingestuft wurden, was die Vergleichbarkeit ebenfalls einschränkt. Deswegen ist auch hier eine Schlussfolgerung zur kriminalpräventiven Wirksamkeit der Behandlung im Maßregelvollzug im Bereich der Sexualdelinquenz nicht möglich.

Auch Harrendorf (2007) stellt einen interessanten Ansatz vor: Er führte zwar keine Gruppenvergleiche zwischen behandelten und nicht behandelten Personen durch, untersuchte allerdings in einer multivariaten Analyse mögliche Einflussvariablen auf die Rückfälligkeit, darunter auch die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Der Autor stellte in einer logistischen Regression fest, dass die allgemeine Rückfallwahrscheinlichkeit bei psychiatrischer Unterbringung deutlich sinkt ( $\beta = -.97, p = .015$ ). Allerdings beziehen sich diese Ergebnisse auf die Gesamtstichprobe von Gewaltstraf Tätern und -täterinnen und nicht ausschließlich auf Sexualstraf Täter und -täterinnen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es keine belastbaren Erkenntnisse darüber gibt, ob eine stationäre Behandlung von Sexualstraf Tätern und -täterinnen im Rahmen des Maßregelvollzugs erneute Sexualstraf Taten verhindern kann.

**Tabelle 5:** Vergleich der Rückfallraten von im Maßregelvollzug behandelten und nicht behandelten Sexualstraftätern und -täterinnen

Evaluierte Maßnahme	Studie	n		Drittfaktorkontrolle	Allgemeine Rückfälligkeit		Statistische Kennwerte	Einschlägige Rückfälligkeit		Statistische Kennwerte
		EG	KG		EG	KG		EG	KG	
Gruppenpsychotherapie im Maßregelvollzug gem. §§ 63, 64 StGB, bundesweit	Nowara, 2001	25	17	keine Drittfaktorkontrolle	k.A.	k.A.	k.A.	32.0%	41.2%	k.A.
Einzelpsychotherapie im Maßregelvollzug gem. §§ 63, 64 StGB, bundesweit	Nowara, 2001	38	7	keine Drittfaktorkontrolle	k.A.	k.A.	k.A.	39.5%	0.0%	k.A.
Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraftäter im Maßregelvollzug gem. §§ 63, 64 StGB, bundesweit	Nowara, 2001	4	39	keine Drittfaktorkontrolle	k.A.	k.A.	k.A.	50.0%	28.2%	k.A.
Soziales Training im Maßregelvollzug gem. §§ 63, 64 StGB, bundesweit	Nowara, 2001	10	33	keine Drittfaktorkontrolle	k.A.	k.A.	k.A.	30.0%	30.3%	k.A.

Über die Angaben zur Rückfälligkeit der Täter und Täterinnen hinaus fanden sich in den berücksichtigten Evaluationsstudien auch Ergebnisse, die der Behandlungspraxis und der Evaluationspraxis zugutekommen.

#### *Ergebnisse in Bezug auf die Behandlungspraxis*

Bezüglich der *Sozialtherapie* werden in den Evaluationsberichten die folgenden Aspekte diskutiert, die zu einer verbesserten bzw. erfolgreichen Behandlung beitragen können:

**(1) Einheitliche, strukturierte und transparente Auswahlverfahren:** Durch das Fehlen von Konzepten für landesweite Meldesysteme potentieller Teilnehmer sowie durch uneinheitliche und intransparente Bewerbungs- und Aufnahmeverfahren erschwerte sich die Erreichung der Zielgruppe der Sozialtherapie. Außerdem würde die langfristige Planbarkeit der Zusammenstellung von Behandlungsgruppen nach therapeutischen Gesichtspunkten erschwert (Bussmann & Richter, 2013). Dünkel und Geng (1994) äußern ferner die Befürchtung, dass besonders behandlungsbedürftige (weil besonders rückfallgefährdete) Klienten und Klientinnen bei der Aufnahme zu Gunsten „einfacherer“ Klienten und Klientinnen benachteiligt werden könnten.

**(2) Transparentes und verantwortungsbewusstes Vorgehen bei Ablehnungen und Rückverlegungen:** Dünkel und Geng (1994) mahnen an, dass die sozialtherapeutische Anstalt Verantwortung für besonders schwierige Menschen zu übernehmen habe. Die Ablehnung der Aufnahme oder eine Rückverlegung in den Regelvollzug könnten gravierende Folgen für die Betroffenen haben und eine zusätzliche Stigmatisierung bedeuten. Speziell für jugendliche Gefangene beschreiben Seitz und Specht (2002) einen erhöhten Anteil an Rückverlegungen im Vergleich zu Erwachsenen. Dies, sowie ungünstige Einzelentwicklungen nach der Rückverlegung, gebe Anlass, nach Alternativen für die betroffenen jungen Gefangenen zu fragen.

**(3) Veränderungen der inhaltlichen Ausrichtung:** Auf Basis seiner umfangreichen experimentellen Längsschnittstudie fordert Ortmann (2002), die Persönlichkeitsorientierung der Sozialtherapie aufzugeben und die Therapierichtungen zugunsten von kognitiv-behavioralen Therapien zu vereinheitlichen. Außerdem sollten Kontakte zu konformen Personen außerhalb des Gefängnisses stärker gefördert werden. Bussmann und Richter (2013) halten außerdem eine Erweiterung von Indikationsgruppen und ein verstärktes bereichsübergreifendes Arbeiten für notwendig.

**(4) Ausbau eines therapeutischen Milieus:** Die Grundausrichtung der Sozialtherapie auf Offenheit und relative Liberalität nach Innen und Außen stelle einen Vorteil im Vergleich zum Regelvollzug dar. Je weniger Gefängnis und Gefängnischarakter und daraus folgende Prisonisierung, desto besser gelänge die Resozialisierung (Ortmann, 2002). Auch Bussmann und Richter empfehlen den Ausbau eines „therapeutischen Milieus“ (Bussmann & Richter, 2013, S. 18) sowie die Möglichkeit der Gewährung von Vollzugslockerungen durch die Anstalt.

**(5) Verbesserungen beim Übergangmanagement und Ausbau der externen Nachsorge:** Seitz und Specht (2002) empfehlen, den Bereich Entlassungsvorbereitung, Entlassungsbegleitung und Nachsorge zu überprüfen und erforderlichenfalls organisatorisch und inhaltlich zu

verbessern. Bussmann und Richter (2013) betonen besonders die stärkere Berücksichtigung der Sozialen Arbeit im Strafvollzug. Auch Ortman (2002) hält es für notwendig, die Voraussetzungen zur sozialen Integration deutlich zu verbessern und zu kontrollieren und fordert sozialtherapeutische Arbeit auch nach der Entlassung aus dem Strafvollzug.

Für den *Maßregelvollzug* identifizierten die Evaluationsberichte die folgenden Aspekte:

**(6) Entwicklung von neuen, zielgenauen Behandlungskonzepten:** Laut Gretenkord (1994) sollte die Förderung von Autonomie, Verselbstständigung, Eigeninitiative und Eigenverantwortung dabei das vorrangige Therapieziel sein. Er schlägt u.a. die Umwandlung von Krankenstationen zu Wohngruppen vor. Auch Jockusch und Keller (2001) fordern realitätsnahe und offene Bedingungen der Langzeittherapie im Maßregelvollzug.

**(7) Standardisierung und Dokumentation der Behandlung:** Dimmek (2012) beschreibt die Einführung individueller Behandlungs- und Wiedereingliederungspläne und deren halbjährliche Fortschreibung als gewinnbringende Neuerung. Nützlich seien zudem standardisierte Verfahren zur Beurteilung des Behandlungsstandes der einzelnen Patienten und Patientinnen und möglicher vom Patienten bzw. von der Patientin ausgehender Gefährdungen. Zudem fordert Gretenkord (1994), während der Behandlung auftretendes aggressives Verhalten zu beobachten, zu registrieren, zu analysieren und gezielt zu behandeln. Der Erfolg solcher Behandlungsmaßnahmen sollte ebenfalls dokumentiert werden.

**(8) Differenzierung von Täter- und Diagnosegruppen bei Behandlung und Prognosebeurteilung:** Im Bereich der Sexualdelinquenz finden sich unterschiedliche Typen von Tätern und Täterinnen, im Bereich des Maßregelvollzugs zudem verschiedene Einweisungsdiagnosen. Beispielweise ist laut Jockusch und Keller (2001) „zwischen Patienten mit Vergewaltigungs- und sexuellen Nötigungsdelikten einerseits und sexuellen Missbrauchsdelikten andererseits kriminologisch zu unterscheiden“ (Jockusch & Keller, 2001, S. 460). Das heißt auch, dass die Indikation für bestimmte Behandlungsmaßnahmen oder Behandlungsgruppen nicht automatisch für jeden Täter und jede Täterin gegeben ist. Auch die erforderliche Dauer der Behandlung bzw. Unterbringung variiert in Abhängigkeit von vielen Variablen. Jockusch und Keller (2001) fanden beispielweise heraus, dass bei dissozial-persönlichkeitsgestörten Patienten und Patientinnen längere Behandlungszeiten von Nöten seien, während bei Psychotikern und Psychotikerinnen sowie Minderbegabten geringere Verweildauern ausreichend seien. Auch Seifert und Möller-Mussavi (2005) sehen einen erhöhten Behandlungsbedarf bei Patienten und Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung.

**(9) Durchführung deliktspezifischer Behandlungsmaßnahmen:** Nowara (2001) stellte fest, dass (während des untersuchten Zeitraums) im bundesweiten Maßregelvollzug insgesamt nur sehr wenige spezifische Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraftäter durchgeführt worden seien. Im Vollzug gemäß § 64 StGB habe der Schwerpunkt zudem auf der Suchtproblematik gelegen, deliktspezifische Behandlungsmaßnahmen seien kaum durchgeführt worden.

**(10) Verbesserung der Entlassungsvorbereitung und Nachsorge sowie stärkere Vernetzung:** Nicht nur die Behandlung im Maßregelvollzug, sondern auch eine frühzeitige und gründliche Entlassungsvorbereitung und anschließende Nachsorge kann das Rückfallrisiko

der entlassenen Patienten und Patientinnen Jockusch & Keller (2001) zufolge senken. Außerdem könne eine stärkere Vernetzung der beteiligten Systeme (Maßregelvollzug, Strafvollstreckungsbereich, Nachsorge, Bewährungshilfe, etc.) helfen, Krisensituationen zu identifizieren und rechtzeitig zu intervenieren, sodass Rückfällen vorgebeugt würde (Leygraf, 2001).

### *Ergebnisse in Bezug auf die Evaluationspraxis*

Für die Evaluationspraxis im Bereich der stationären Behandlung von Sexualstraftätern und -täterinnen lassen sich aus der Synthese folgende Ergebnisse ableiten:

**(1) Ziele der Studie:** Nur eine Studie (Seitz & Specht, 2002) benennt kein klares oder gar kein Untersuchungsziel, während alle anderen Studien ein klares und überprüfbares Untersuchungsziel nennen und die Methode zur Überprüfung dieses Ziels beschreiben. Allerdings bezieht sich das genannte Untersuchungsziel nur in fünf Fällen (Bussmann & Richter, 2013; Gretenkord, 1994; Leygraf, 2001; Möbius, 2003; Ortmann, 2002) auf die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahme. Die anderen zwölf Studien benennen unterschiedliche Untersuchungsziele, bspw. einen Beitrag zur Entwicklung von Prognoseinstrumenten zu leisten (Seifert & Möller-Mussavi, 2005; Stadtland et al., 2005), die Darstellung krimineller Karrieren (Dünkel & Geng, 1994; Harrendorf, 2007), eine reine Rückmeldung an die Behandler und Behandlerinnen (Hartl, 2012; Rehn, 2001) oder auch die Darstellung der Auswirkungen von veränderten Strukturen und Behandlungsangeboten im Zeitverlauf (Jockusch & Keller, 2001; Keller et al., 2017). Teilweise wird sogar explizit darauf hingewiesen, dass ein Wirksamkeitsnachweis nicht intendiert ist (Harrendorf, 2007; Rehn, 2001).

**(2) Eignung des methodischen Zugangs:** Betrachtet man nur die fünf Studien, die eine Überprüfung der Wirksamkeit zum Ziel haben, so kommt man zu dem Ergebnis, dass sich der methodische Zugang in drei Fällen (Gretenkord, 1994; Leygraf, 2001; Möbius, 2003) nicht zum Wirksamkeitsnachweis eignet, da es keine geeignete Kontrollgruppe gibt. In der Studie von Bussmann und Richter (2013) wurde hingegen ein Vergleich von Gefangenen des Regelvollzugs mit in der sozialtherapeutischen Anstalt behandelten Personen. Zwar wurden die Gruppen nicht randomisiert zugewiesen, es wurde aber auf eine Vergleichbarkeit in wesentlichen Merkmalen (z.B. Art des Bezugsdelikts, Vorstrafen, Therapieeignung) geachtet. Dieser methodische Zugang ist prinzipiell geeignet für das Untersuchungsziel der Studie, gleichzeitig wäre ein anderes Studiendesign geeigneter gewesen. Wie ein solches Studiendesign aussieht, wurde von Ortmann (2002) demonstriert: In dieser experimentellen Längsschnittstudie wurden von den sozialtherapeutischen Anstalten jeweils Paare von Gefangenen zusammengestellt, die sich um die Aufnahme beworben hatten und auch als geeignet eingestuft worden waren. Nach dem Zufallsprinzip entschieden dann die Forscher und Forscherinnen, welcher Paarling in die Sozialtherapie aufgenommen wurde (EG) und welcher als Kontrollproband oder Probandin im Regelvollzug verblieb (KG).

**(3) Theoretische Grundlagen:** Auch wenn die Evaluationsforschung eine Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis bildet, handelt es sich beim resultierenden Forschungsbericht um eine wissenschaftliche Arbeit, in der sowohl die Wirkungsweise der Behandlungsmaß-

nahme, als auch deren empirische Überprüfung durch eine ausführliche theoretische Fundierung für den Leser oder die Leserin nachvollziehbar gemacht werden sollte. Das bedeutet, dass ein Studienbericht zunächst den aktuellen Stand der Forschung abbilden, sollte aus dem ein eigenes theoretisches Modell entwickelt wird, welches der Arbeit zugrunde liegt. Auf dieser Basis sollten anschließend Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet werden. Es sollte auch erkenntlich werden, warum bestimmte Methoden eingesetzt werden (Bortz & Döring, 2006). Die bloße Aussage, dass ein Programm besser wirke als ein anderes (*Black Box Evaluation*; Harachi, Abbott, Catalano, & Haggerty, 1999), wird durch eine ausreichende theoretische Fundierung dahingehend ausgeweitet, dass einzelne Wirkungsmechanismen abgeleitet werden und somit einfacher in andere Anwendungskontexte übertragen werden können. In den berücksichtigten Studien, die als Projektberichte, Buchkapitel oder Monographien veröffentlicht wurden, finden sich ausführliche theoretische Ausführungen. Die Studien, die als kürzere Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften erschienen, stellen ebenfalls einen theoretischen Abriss dar und verweisen auf weiterführende Literatur. Die theoretische Grundlage der berücksichtigten Studien ist also als vollkommen zufriedenstellend einzustufen.

**(4) Mess- & Konstruktvalidität:** Um die Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme evaluieren zu können, werden Indikatoren für die zu erzielenden Effekte benötigt. Im Bereich der Prävention von Sexualdelikten existiert eine Vielzahl von möglichen Indikatoren, die auf innere Zustände (Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen) oder beobachtbares Verhalten (soziale Beziehungen, Partnerschaften, berufliche Integration, Bewährungsverstöße, erneute Straftaten) abzielen. Die vorliegende Forschungssynthese berücksichtigt nur solche Indikatoren, die Auskunft über die Legalbewährung bzw. die Rückfälligkeit der Probanden und Probandinnen geben. Laut Bortz und Döring (2006) ist ein Test konstruktvalid, „wenn aus dem zu messenden Zielkonstrukt Hypothesen ableitbar sind, die anhand der Testwerte bestätigt werden können“ (Bortz & Döring, 2006, S. 201). Den Ausführungen von Heinz (2014) folgend, werden im Rahmen der vorliegenden Forschungssynthese Auszüge aus dem Bundeszentral- und/oder Erziehungsregister (BZR) als theoretisch verankertes und empirisch bewährtes Messinstrument eingestuft.

Alle 18 berücksichtigten Studien greifen auf BZR-Auszüge zur Erfassung der Legalbewährung bzw. Rückfälligkeit zurück. Hierbei variiert allerdings der Katamnesezeitraum: Während Hartl (2012) ein lediglich einjähriges Intervall betrachtet, legte ein Großteil der Autoren und Autorinnen ein Beobachtungsintervall von mindestens zwei Jahren fest (s. auch Tabelle 2 und Tabelle 3). In zwei Forschungsberichten finden sich nur Angaben zum durchschnittlichen Beobachtungszeitraum (Dünkel & Geng, 1994: 10 Jahre; Stadtland et al., 2005: 9 Jahre). Prentky et al. (1997) konnten zeigen, dass die Rückfälligkeit mit der Länge des Beobachtungszeitraums steigt und dass das Rückfallrisiko von Sexualstraftätern und -täterinnen noch lange nach der Entlassung hoch bleibt. Laut Lösel, Köferl, und Weber (1987) kann man bei einem Follow-Up von mindestens vier Jahren von einem ausreichend langen Zeitraum ausgehen. Dieses Kriterium erfüllen zehn der betrachteten Studien. Dünkel und Geng (1994) beschreiben, dass der Risikozeitraum bei Rückfalluntersuchungen in der Bundesrepublik im allgemeinen bei drei bis fünf Jahren liegt (siehe auch Heinz, 2014; Jehle, Albrecht, Hohmann-Fricke, & Tetel, 2016). Dies ist bei zwölf der berücksichtigten Studien der Fall. Insgesamt kann also die Qualität der ver-

wendeten Messinstrumente als theoretisch verankert und empirisch bewährt bewertet werden.

In vier Studien kamen darüber hinaus mehrere Methoden zur Messung der Effektgröße zum Einsatz, was die Validität weiter erhöht: Bei Hartl (2012) wurden die ehemaligen Patienten und Patientinnen ein Jahr nach der Entlassung kontaktiert und zu verschiedenen Bereichen, u.a. auch zur erneuten Straffälligkeit befragt. Um die Validität der Selbstauskünfte zu überprüfen, wurden auch fremdanamnestische Daten (z.B. von Bewährungshelfern und -helferinnen, Betreuern und Betreuerinnen sowie Nachbehandlern und -behandlerinnen) erhoben. Zusätzlich wurden Auszüge aus dem BZR eingeholt. Der Autor stellte eine hohe Validität der Selbstauskünfte fest. Die Selbstauskünfte lieferten zusätzliche Informationen über Dunkelfeldkriminalität, die im BZR nicht registriert ist.

Dimmek (2012) bezog zusätzlich zu BZR-Auszügen Akten der Führungsaufsicht und Bewährungshilfe mit ein. Bei Harrendorf (2007) erfolgte eine Validierung der BZR-Auszüge anhand von Daten aus der Strafverfolgungsstatistik. Leygraf (2001) wertete neben BZR-Auszügen zusätzlich noch Akten der Staatsanwaltschaft aus. Besonders bei Sexualdelinquenz wird von einem großen Dunkelfeld ausgegangen, d.h. dass zahlreiche Sexualstraftaten nicht zur Anzeige gebracht werden (Pfäfflin & Ross, 2007). Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, mehrere Datenquellen auszuwerten und auch Selbstauskünfte und andere Dunkelfelddaten mit einzubeziehen.

**(5) Nachweis präventiver Effekte (interne Validität):** Als ideales Studiendesign zum kausalen Nachweis präventiver Effekte gilt die experimentelle Längsschnittstudie. Das bedeutet, dass mindestens zwei Messzeitpunkte sowie eine randomisierte Zuteilung zu Behandlungs- bzw. Experimental- und Kontrollgruppe vorliegen sollten (Bortz & Döring, 2006). Außerdem werden ausreichend große Stichproben verlangt. Häufig wird angemerkt, dass ein Studiendesign mit zufälliger Aufteilung auf Behandlungs- und Kontrollgruppe im Kontext der Straftäterbehandlung aus ethischen und praktischen Gründen nicht möglich ist (z.B. Graebisch, 2018). Dennoch ist Ortmann (2002) eine experimentelle Längsschnittstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit sozialtherapeutischer Maßnahmen im Strafvollzug von Nordrhein-Westfalen gelungen, deren einzige Schwäche der geringe Anteil von Sexualstraftätern und -täterinnen in der Gesamtstichprobe ist (20 bzw. 19 in Behandlungs- und Kontrollgruppe).

Wenn eine randomisierte Zuweisung nicht möglich ist, kann ein quasiexperimentelles Design die nächstbeste Alternative sein (Bortz & Döring, 2006). Hierbei vergleicht man natürlich vorkommende Gruppen (z.B. sozialtherapeutisch Behandelte und Gefangene des Regelvollzugs), deren Merkmale in der Regel nicht zufällig verteilt sind, und daher systematische Verzerrungen aufweisen können. Im Kontext der Straftäterbehandlung spielen hier oft Faktoren wie Therapiemotivation und -eignung eine Rolle (Weisburd & Hinkle, 2014). Während man bei randomisierter Zuweisung und ausreichend großen Stichproben davon ausgehen kann, dass relevante Einflussfaktoren (auch „Störvariablen“ oder „Drittfaktoren“ genannt) gleichmäßig auf die Versuchsgruppen verteilt sind, muss bei einem quasiexperimentellen Design die Vergleichbarkeit der Gruppen im Nachhinein hergestellt werden. Bortz und Döring (2006, S. 524 ff.) nennen als mögliche Kontrolltechniken für personengebundene Störvariablen neben der

Randomisierung die Parallelisierung, Matched Samples, mehrfaktorielle Untersuchungspläne und kovarianzanalytische Kontrolle. Nur zwei der vorliegenden Studien machen von solchen Kontrollverfahren Gebrauch: Bussmann und Richter beschreiben, dass die Probanden und Probandinnen der Kontrollgruppe so ausgewählt wurden, dass sie „in wesentlichen Merkmalen wie z.B. Art des Bezugsdeliktes, Vorstrafen und Therapieeignung“ (Bussmann & Richter, 2013, S. 5) mit den in der sozialtherapeutischen Anstalt Behandelten übereinstimmen. Dünkel und Geng (1994) kontrollierten legal- und sozialbiographische Störvariablen mit statistischen Mitteln im Rahmen einer Kovarianzanalyse.

In fünf weiteren Studien (Elz, 2001, 2002; Keller et al., 2017; Nowara, 2001; Stadtland et al., 2005) wurden zum Vergleich zwar Kontrollgruppen herangezogen, es fand aber keine Dritt-faktorkontrolle statt. In den restlichen zehn Studien wurde keine Kontrollgruppe herangezogen. Dabei fällt auf, dass es sich hierbei in sieben Fällen um Studien handelt, die im Maßregelvollzug durchgeführt wurden. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da nicht nur ethische Bedenken und praktische Einschränkungen, sondern gesetzliche Bestimmungen gegen ein Kontrollgruppen-Design sprechen (Graebisch, 2018). Mögliche Lösungsansätze finden sich im methodischen Vorgehen von Nowara (2001) und Harrendorf (2007).

**(6) Übertragbarkeit (externe Validität):** Laut Bortz und Döring ist eine Untersuchung extern valide, „wenn ihre Ergebnisse über die besonderen Bedingungen der Untersuchungssituation und über die untersuchten Personen hinausgehend generalisierbar sind“ (Bortz & Döring, 2006, S. 53). Die Übertragbarkeit der Ergebnisse bezieht sich auf andere Personen, Situationen und Zeitpunkte und ist u.a. abhängig von der Repräsentativität der untersuchten Stichprobe. Hier unterscheidet man wiederum zwischen globaler und spezifischer Repräsentativität: „Eine Stichprobe ist (merkmals)spezifisch repräsentativ, wenn ihre Zusammensetzung hinsichtlich einiger relevanter Merkmale der Populationszusammensetzung entspricht. Sie ist global repräsentativ, wenn ihre Zusammensetzung in nahezu allen Merkmalen der Populationszusammensetzung entspricht“ (Bortz & Döring, 2006, S. 397-398). Im Folgenden werden die berücksichtigten Studien nach dem Kriterium der spezifischen Repräsentativität bewertet. Eine repräsentative Stichprobe lässt sich zum einen durch eine Vollerhebung des gesamten Adressatenkreises der evaluierten Maßnahme erreichen. Eine weitere Möglichkeit stellt die zufällige Ziehung einer Stichprobe aus der Grundgesamtheit der Zielgruppe dar. Außerdem lässt sich die Übertragbarkeit der Ergebnisse in manchen Fällen auch theoretisch begründen.

Es muss vorweg betont werden, dass die Bewertung einiger Studien darunter leidet, dass nur die (Teil-)Stichproben der (behandelten) Sexualstraftäter und -täterinnen berücksichtigt werden, da sich hierdurch oft eher kleine Stichproben im Umfang von 7 - 141 Personen (wenn man nur die behandelten Probanden und Probandinnen berücksichtigt), bzw. 15 - 296 (bei Berücksichtigung aller untersuchten Probanden und Probandinnen) ergeben. In sieben Fällen (Grettenkord, 1994; Hartl, 2012; Keller et al., 2017; Möbius, 2003; Rehn, 2001; Seitz & Specht, 2002; Stadtland et al., 2005) muss die Stichprobe als nicht repräsentativ bewertet werden. Das bedeutet, dass die Ergebnisse nur für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studie gültig sind. Dies liegt v.a. daran, dass es sich um kleine Stichproben handelt.

Zwei weitere Studien (Dimmek, 2012; Dünkel & Geng, 1994;) berichten Ergebnisse, die für eine kleine Teilgruppe innerhalb des gesamten Adressatenkreises der evaluierten Maßnahmen als repräsentativ angesehen werden können. Durch besondere Spezifika der Stichprobe lassen sich die Ergebnisse allerdings nur sehr eingeschränkt auf andere Populationen innerhalb der gleichen Zielgruppe übertragen: Dimmek (2012) schloss in seine Untersuchung des Westfälischen Maßregelvollzugs nur Personen ein, die nach der Entlassung der Führungsaufsicht unterstellt wurden. Dünkel und Geng (1994) zogen zwar eine Zufallsstichprobe aus allen in einem bestimmten Zeitraum Entlassenen, berücksichtigten aber nur Gefangene mit mindestens drei Vorstrafen.

Das Fazit, dass die Stichprobe repräsentativ für eine größere Teilgruppe innerhalb des gesamten Adressatenkreises der evaluierten Maßnahmen ist, es aber stichprobenverzerrende Probleme beim Samplingverfahren gab, muss für sieben Studien gezogen werden. Gründe hierfür sind zum einen kleine Stichproben, zum anderen große Stichprobenfehler: Jockusch und Keller (2001) beschreiben ihre Stichprobe als diagnostisch, forensisch-psychiatrisch und kriminologisch repräsentativ für den Maßregelvollzug in Baden-Württemberg. Allerdings umfasst sie lediglich 35 Personen mit Sexualdelikten als Einweisungsdelikt. An der Essener Prognosestudie (Seifert & Möller-Mussavi, 2005) sind 23 forensische Kliniken aus sieben verschiedenen Bundesländern beteiligt. Der Autor und die Autorin geben an, dass für das Bundesland NRW „nahezu eine Vollerhebung der entlassenen Maßregelvollzugspatienten“ (S. 18) erfolgt sei und dass die Stichprobe „als repräsentativ für die Population der derzeit entlassenen Maßregelpatienten“ (S. 17) gesehen werden könne. Allerdings umfasst die Stichprobe ebenfalls nur 35 Sexualstraftäter und -täterinnen.

Ortmann (2002) erhob Rückfalldaten von Probanden und Probandinnen aus zwei sozialtherapeutischen Anstalten sowie aus mehr als zehn Regelvollzugsanstalten des Landes NRW. Allerdings beinhaltet die Stichprobe nur 39 Sexualstraftäter und -täterinnen (20 EG, 19 KG). Im Rahmen einer Studie der kriminologischen Zentralstelle (Elz, 2001, 2002; Nowara, 2001) wurde eine bundesweite Rückfalluntersuchung eines gesamten Urteilsjahrganges durchgeführt, allerdings erwies es sich als schwierig, in den Vollzugs- und Klinikakten eindeutige Hinweise darauf zu finden, ob Personen an einzelnen Behandlungsmaßnahmen teilgenommen hatten oder nicht, woraus letztlich hohe Ausfallquoten und kleine Stichproben resultieren. Leygraf (2001) plante zwar eine Vollerhebung von drei Entlassungsjahrgängen aus vier verschiedenen Kliniken des Maßregelvollzugs in Nordrhein-Westfalen, beschreibt aber, dass von 397 angeforderten BZR-Auszügen 218 (54,9%) aus verschiedenen Gründen nicht verwertbar waren.<sup>8</sup>

Die höchste externe Validität findet sich in den Studien von Bussmann und Richter (2013) sowie bei Harrendorf (2007): Die Stichprobe von Bussmann und Richter, die insgesamt 296 Sexualstraftäter und -täterinnen (141 EG, 155 KG) umfasst, kann als repräsentativ für das Bundesland Sachsen-Anhalt betrachtet werden. Harrendorf führte eine bundesweite Rückfallerhebung aller im Bezugszeitraum aus dem Maßregelvollzug gemäß § 63 und § 64 StGB Entlassenen durch, die als Vollerhebung bezeichnet werden kann und 77 Sexualstraftäter und -täterinnen umfasst.

**(7) Qualität der Datenauswertung:** Es ist wichtig, dass die Verfahren der Datenaufbereitung- und Auswertung möglichst transparent im Studienbericht dargelegt werden, damit die Ergebnisse für den Leser oder die Leserin leichter nachvollziehbar werden und mögliche Fehler schnell erkannt werden können. Bei fünf der vorliegenden Studien ist die Auswertung lückenhaft oder unverständlich dokumentiert, erscheint nach Einschätzung der gegebenen Informationen aber plausibel. Konkret wird bemängelt, dass die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppen in drei Fällen nicht eindeutig nachvollziehbar ist (Busmann & Richter, 2013; Dünkel & Geng, 1994; Gretenkord, 1994). Des Weiteren finden sich in zwei Studien inkonsistent dargestellte Rückfallraten (Keller et al., 2017; Seitz & Specht, 2002). In der Studie von Seitz und Specht (Seitz & Specht, 2002) wurde außerdem auf inferenzstatistische Analysen verzichtet, obwohl diese möglich und auch vielversprechend erscheinen.

Ein großes Problem bei der Interpretation der Ergebnisse stellt außerdem die Tatsache dar, dass nicht in allen Studien ein einheitlicher Katamnesezeitraum festgelegt wurde, sodass eine Verzerrung der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden kann (Walsh, 2017). Bei Seifert und Möller-Mussavi (2005) ist die Datenauswertung nachvollziehbar dokumentiert und augenscheinlich plausibel. Allerdings wird auf die Auswirkungen der unterschiedlich langen Katamnesezeiträume (24 - 69 Monate) nicht eingegangen. Im Falle von Leygraf (2001) und Dimek (2012) werden diese Auswirkungen zwar diskutiert, es werden aber keine Versuche unternommen, die Daten dementsprechend aufzubereiten (z.B. durch Überlebensanalysen; Dohoo, Martin, & Stryhn, 2012). Möbius (2003) berücksichtigt in ihrer Studie die unterschiedlich langen Zeiträume, indem Untergruppen gebildet werden, während Stadtland et al. (2005) die Rückfalldaten mittels Kaplan-Meier-Überlebensfunktionen auswerten. Insgesamt wird in zehn Forschungsberichten die Auswertung der empirischen Daten nachvollziehbar dokumentiert und erfolgt anhand der geeignetsten Auswertungsmethoden und ohne erkennbaren Fehler.

**(8) Ergebnisinterpretation und Interessenkonflikte:** Bei den Autoren und Autorinnen von sechs Studien (Gretenkord, 1994; Hartl, 2012; Jockusch & Keller, 2001; Keller et al., 2017; Rehn, 2001; Stadtland et al., 2005) handelt es sich um Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen der jeweiligen Einrichtungen. Es liegen aber in keinem Fall Hinweise auf eine kommerzielle Vermarktung des Behandlungsprogrammes oder die Werbung um Projektmittel vor. Die wirtschaftliche Grundlage für Maßregelvollzugskliniken sowie für sozialtherapeutische Einrichtungen ist gesetzlich verankert und die Finanzierung dadurch gesichert. Bei den übrigen zwölf Studien handelt es sich um unabhängige Evaluationen durch externe Einrichtungen bzw. Personen ohne erkennbaren Interessenkonflikt. In allen Studien findet sich eine angemessene, reflektierte und sachliche Interpretation der Ergebnisse. Mögliche Grenzen und Einschränkungen der Ergebnisse werden selbstkritisch reflektiert.

**Empfehlungen der Autoren und Autorinnen bezüglich der Evaluationspraxis:** Die methodischen Herausforderungen bei der Bewertung von (stationären) Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraftäter und -täterinnen wurden auf wissenschaftlicher Seite bereits vielfach diskutiert. Auch die meisten Autoren und Autorinnen der hier einbezogenen Evaluationsstudien gehen auf diese Schwierigkeiten ein und formulieren Vorschläge für eine sinnvolle Weiterentwicklung der Forschung auf diesem Feld. Für Folgeuntersuchungen fordern mehrere Autoren und Autorinnen neben größeren Stichproben auch längere Beobachtungszeiträume.

Stadtland, Hollweg und Dietl (2004) stellen heraus, „dass von einem Risikozeitraum von mehr als 12 Jahren ausgegangen werden muss, in dem es zu Rückfällen kommen kann“ (Stadtland, Hollweg, & Dietl, 2004, S. 398). Keller et al. (2017) schlagen für zukünftige Untersuchungen im Bereich der Sozialtherapie Warte-Kontrollgruppen-Designs vor. Leygraf (2001) empfiehlt die Wiederholung von Rückfalluntersuchungen in regelmäßigen Abständen, um die Qualität der Behandlung im Maßregelvollzug und die Treffsicherheit der Prognose bei der Entlassung weiter zu prüfen. Dafür sei es hilfreich, „wenn die Informationen verschiedener Systeme, Maßregelvollzug und Strafvollstreckungsbereich sowie Nachsorge, stärker vernetzt wären. Dies würde der Wissenschaft bei der weiteren Begleitung helfen“ (Leygraf, 2001, S. 116). Seitz und Specht (2002) empfehlen außerdem, die Ergebnisse nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ näher zu untersuchen (z.B. mit Hinblick auf Art der Delikte, Tätertypologie, Persönlichkeitsstörung), um Erkenntnisse bezüglich Diagnostik, Behandlungsvorgehen und Gefährlichkeitsbeurteilung zu gewinnen.

## 4. Empfehlungen

Die aus den vorliegenden Evaluationsstudien ermittelten Rückfallraten unterscheiden sich stark und nur zwei Studien (beide bezogen auf die Sozialtherapie) liefern Ergebnisse, die als belastbar bewertet werden können. Keine dieser beiden Studien konnte eine Wirksamkeit der sozialtherapeutischen Behandlung im Bereich der Prävention von Sexualdelikten nachweisen. Hier empfehlen sich weitere Evaluationsbemühungen, die sich in ihrer Methodik an den Arbeiten von Busmann und Richter (2013) und Ortmann (2002) orientieren sollten. Vor allem im Bereich des Maßregelvollzugs findet sich zwar eine Vielzahl von Studien, aber gleichzeitig ein erheblicher Mangel an belastbaren Erkenntnissen über mögliche Zusammenhänge zwischen Behandlung und Rückfälligkeit. Aufgrund der beschriebenen evaluationspraktischen Hindernisse empfiehlt es sich, vielversprechende Lösungsansätze wie die von Nowara (2001) oder Harrendorf (2007) weiter zu verfolgen und zu entwickeln. Außerdem sollten die beschriebenen Mängel in Datenauswertung und Ergebnisdarstellung vermieden werden. Hier sollte vor allem auf ausreichend lange und einheitliche Katamnesezeiträume geachtet werden. Wenn einheitliche Katamnesezeiträume nicht möglich sind, können statistische Verfahren die beste alternative Möglichkeit sein, um mögliche Verzerrungen auszugleichen. Auch eine Zunahme von Datenquellen aus Hell- und Dunkelfeld wie bspw. bei Hartl (2012) kann die Validität der Ergebnisse entscheidend erhöhen.

Auch wenn wenige Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Maßnahmen vorliegen, konnten wir doch einige nützliche Empfehlungen für die Behandlungspraxis ableiten: Bei der Sozialtherapie raten die Autoren und Autorinnen der Primärstudien zu einem transparenten und einheitlichen Vorgehen bei der Aufnahme in die Therapieprogramme sowie bei Ablehnungen und Rückverlegungen. Darüber hinaus sind Übergangsmangement und externe Nachsorge ausbaufähig. Auch für den Maßregelvollzug empfehlen die Autoren und Autorinnen eine Verbesserung der Entlassungsvorbereitung und Nachsorge sowie eine stärkere Vernetzung der beteiligten Institutionen. Außerdem scheint im Maßregelvollzug die Entwicklung von neuen, zielgenauen und standardisierten Behandlungskonzepten notwendig, in denen nach Täter- und Diagnosegruppen differenziert wird, außerdem raten die Autoren und Autorinnen dazu, auch im Maßregelvollzug mehr deliktsspezifische Behandlungsmaßnahmen durchzuführen.

Abschließend sei noch auf die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit zu Wirksamkeit des *Sex Offender Treatment Programme* (SOTP) im Vereinigten Königreich verwiesen. Sie kommt zu dem ernüchternden Ergebnis, dass die Teilnahme an dem Programm keinen (bzw. sogar einen leicht kriminogenen) Einfluss auf die Rückfallwahrscheinlichkeit hat (UK Ministry of Justice, 2017).

## Anmerkungen

**1** Behandlungsmaßnahmen für sexuell übergriffige Minderjährige wurden zwar theoretisch eingeschlossen, praktisch lagen aber keine Evaluationsstudien zu dieser Zielgruppe vor, so dass allgemein von Straftätern und -täterinnen gesprochen werden kann.

**2** <https://www.nzkrim.de/wespe/>

**3** Der vorliegende Text orientiert sich am *Leitfaden zum geschlechtergerechten Formulieren im Deutschen* (2009). Es wird auf die Verwendung des generischen Maskulinums verzichtet und stattdessen die tatsächliche Geschlechterzusammensetzung wiedergegeben.

**4** Zur ambulanten Behandlung steht unter <https://www.nzkrim.de/publikationen/berichte/> ebenfalls eine Übersichtsarbeit zur Verfügung.

**5** <http://www.zeit.de/thema/koeln-silvester-uebergriffe> (abgerufen am 28.12.2017); <http://www.zeit.de/news/2017-09/24/prozesse-prozess-um-vergewaltigung-in-der-bonner-siegaue-24062602> (abgerufen am 28.12.2017)

**6** Unter <https://justizvollzug.hessen.de/sites/justizvollzug.hessen.de/files/content-downloads/Konzeption%20JVA-kassel-2.pdf> findet sich ein anschauliches Beispiel für das Konzept einer sozialtherapeutischen Anstalt. Unter <http://www.vitos-haina.de/haina/einrichtungen/forensische-psychiatrie/behandlung.html> wird detailliert die Behandlung im Maßregelvollzug beschrieben.

**7** Ein Beispiel für ein solches Studienprotokoll findet sich unter: <https://www.nzkrim.de/synthese/studien/sozialtherapie-im-strafovollzug-eine-experimentelle-laengsschnittstudie-zu-den-wirkungen-von-strafov/>

**8** „In 14 Fällen wurde keine Auskunft vom BZR erteilt, u.a. weil die Personenangaben nicht vollständig waren oder (möglicherweise) ein Fehler bei der Übertragung der Daten stattgefunden hatte. . . . In 62 Fällen enthielten die BZR-Auszüge keine Eintragung. In 4 Fällen war eine Person in zwei Entlassungsjahrgängen entlassen worden, so daß [sic] der jeweils ältere Fall entfernt und der jüngere in die Datensammlung aufgenommen wurde. . . . In 76 Fällen war die Unterbringung den BZR-Auszügen zufolge gem. §64 StGB, § 126 a StPO oder z.B. nur vorübergehend . . . erfolgt. 7 Fälle wurden aus dem Datensatz entfernt, da dem BZR zu entnehmen war, daß [sic] diese Personen nach ihrer Entlassung aus der Bundesrepublik ausgewiesen bzw. abgeschoben worden waren und deshalb keine Informationen über ihr weiteres Verhalten vorlagen. 15 Fälle entfielen aus der Stichprobe, weil sie nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug direkt in eine Justizvollzugsanstalt überführt wurden. Bei 40 Personen erfolgte nach der Entlassung eine weitere Unterbringung . . . in anderen Kliniken bzw. Maßregelvollzugseinrichtungen.“ (Leygraf, 2001, S. 13-14)

## Literatur

- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer-Lehrbuch Bachelor, Master. Heidelberg: Springer-Medizin-Verl.
- Bussmann, K.-D., & Richter, K. (2013). *Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt*. Halle (Saale). Halle-Wittenberg.
- Dimmek, B. (2012). *Die Legalbewährung forensisch-psychiatrischer Patienten nach der Entlassung aus dem Vollzug der Maßregel gem. § 63 StGB. Kriterien der Wiedereingliederung aus klinischer Sicht und die Wirksamkeit von Interventionen der Bewährungshilfe im Verlauf der Unterstellung unter Führungsaufsicht* (Dissertation). Universität Kassel, Kassel.
- Dohoo, I., Martin, W. & Stryhn, H. (2012): *Methods in Epidemiologic Research*. Charlottetown, P.E.I.
- Dünkel, F., & Geng, B. (1994). Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Regelvollzug. In M. Steller (Hrsg.), *Studien und Materialien zum Straf- und Massregelvollzug: Vol. 2. Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (S. 35–59). Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Ges.
- Elz, J. (2001). Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Mißbrauchsdelikte. *Kriminologie und Praxis: Vol. 33*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Elz, J. (2002). Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Gewaltdelikte. *Kriminologie und Praxis: Vol. 34*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Endres, J., & Schwanengel, M. F. (2015). Straftäterbehandlung. *Bewährungshilfe (4)*. Verfügbar unter:  
[https://www.researchgate.net/profile/Johann\\_Endres/publication/291294899\\_Straftaterbehandlung\\_Treatment\\_of\\_criminal\\_offenders/links/569f4da508ae21a564259af5.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Johann_Endres/publication/291294899_Straftaterbehandlung_Treatment_of_criminal_offenders/links/569f4da508ae21a564259af5.pdf)
- Graebisch, C. (2018). Evidenzorientierung strafrechtlicher Sanktionen - Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. In M. Walsh, B. Pniewski, M. Kober & A. Armbrorst (Hrsg.), *Evidenzorientierte Kriminalprävention in Deutschland - Ein Leitfaden für Politik und Praxis* (S. 205–235). Springer VS (in Druck).
- Gretenkord, L. (1994). Gewalttaten nach Maßregelvollzug (§ 63 StGB): Rückfälligkeit der aus der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina von 1977 bis 1985 entlassenen Patienten. In M. Steller (Hrsg.), *Studien und Materialien zum Straf- und Massregelvollzug: Vol. 2. Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (S. 75–93). Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Ges.
- Harachi, T. W., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., & Fleming, C. B. (1999). Opening the black box: Using process evaluation measures to assess implementation and theory building. *American journal of community psychology*, 27(5), 711–731.  
<https://doi.org/10.1023/A:1022194005511>.
- Harrendorf, S. (2007). *Rückfälligkeit und kriminelle Karrieren von Gewalttätern: Ergebnisse einer bundesweiten Rückfalluntersuchung*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Hartl, C. (2012). *Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße* (Dissertation). Universität Regensburg, Regensburg. Verfügbar unter: <http://epub.uni-regensburg.de/27198/>
- Heinz, W. (2014). *Der Erfolg jugendstrafrechtlicher Sanktionen. Was wirkt, was wirkt vielleicht, was wirkt nicht?* (Aufsatz). Universität Konstanz, Konstanz.
- Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., & Tetel, C. (2016). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen: Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2010 bis 2013 und 2004 bis 2013*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. Verfügbar unter:  
[https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/StudienUntersuchungenFachbuecher/Legalbewaehrung\\_nach\\_strafrechtlichen\\_Sanktionen\\_2010\\_2013.pdf;jsessionid=FEC40667BFCF646B434E18897ECECF96.1\\_cid297?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/StudienUntersuchungenFachbuecher/Legalbewaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2010_2013.pdf;jsessionid=FEC40667BFCF646B434E18897ECECF96.1_cid297?__blob=publicationFile&v=1)

- Jockusch, U., & Keller, F. (2001). Praxis des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB Unterbringungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit: Ergebnisse einer Fünf-Jahres-Katamnese aus dem Zentrum für Psychiatrie Weissenau. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 84(6), 453–465.
- Keller, L., Heinrich, W., & Nebe, R. (2017). Besser als früher? Ein Vergleich der Gefangenen und deren Rückfälligkeit der JVA-Kassel II – Sozialtherapeutische Anstalt – von 1994–1997 und 2003–2006. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 11(1), 22–30. <https://doi.org/10.1007/s11757-016-0408-x>.
- Lamott, F., & Pfäfflin, F. (2009). Psychotherapie für Straftäter. *Psychotherapeut*, 54(4), 245–250. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00278-009-0675-5>.
- Leygraf, N. (2001). *Legalbewährung bzw. erneute Straffälligkeit nach Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB)*. Essen.
- Lösel, F., Köferl, P., & Weber, F. (1987). Meta-Evaluation der Sozialtherapie: Qualitative und quantitative Analysen zur Behandlungsforschung in sozialtherapeutischen Anstalten des Justizvollzugs. *Klinische Psychologie und Psychopathologie: Vol. 45*. Stuttgart: Enke.
- Möbius, A. (2003). *Diplomarbeit zum Thema Eruiierung von Prädiktoren zur Compliance bei der Therapie jugendlicher Sexualstraf Täter und Eruiierung der Rückfälligkeit dieser jugendlichen Sexualstraf Täter. (Diplomarbeit)*. Technische Hochschule, Dresden.
- Nowara, S. (2001). Sexualstraf Täter und Maßregelvollzug: Eine empirische Untersuchung zur Legalbewährung und kriminellen Karrieren. *Kriminologie und Praxis: Vol. 32*. Wiesbaden: KrimZ.
- Ortmann, R. (2002). Sozialtherapie im Strafvollzug: Eine experimentelle Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen auf Legal- und Sozialbewährung. *Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht: Vol. 103*. Freiburg im Breisgau: Ed. iuscrim Max-Planck-Inst. für Ausländisches und Internat. Strafrecht.
- Pfäfflin, F., & Ross, T. (2007). Begutachtung und Behandlung von Sexualstraf Tätern. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(1), 44–51. Verfügbar unter: <http://www.springerlink.com/index/N33H217M85608870.pdf>.
- Prentky, R. A., Lee, A. F. S., Knight, R. A., & Cerce, D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21(6), 635–659. <https://doi.org/10.1023/A:1024860714738>.
- Rehn, G. (2001). Vorstrafenbelastung und Rückfälligkeit bei Gefangenen aus der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg-Altengamme. In G. Rehn (Hrsg.), *Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug: Vol. 11. Behandlung "gefährlicher Straftäter": Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 364–389). Herbolzheim: Centaurus-Verl.
- Schweizerische Bundeskanzlei; Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2009). *Geschlechtergerechte Sprache: Leitfaden zum geschlechtergerechten Formulieren im Deutschen*.
- Seifert, D., & Möller-Mussavi, S. (2005). Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie. Werden Deliktrückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener? [Preliminary recidivism rates of the Essener prognosis study]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73(1), 16–22. <https://doi.org/10.1055/s-2004-830062>.
- Seifert, D., & Leygraf, N. (2016). Entwicklung und Stand des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 10(4), 233–242. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11757-016-0386-z>.
- Seitz, C., & Specht, F. (2002). Legalbewährung nach Entlassung aus dem Rudolf-Sieverts-Haus (RSH) der Jugendanstalt Hameln. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30(42), 54–69.
- Simmons, J. P., Nelson, L. D., & Simonsohn, U. (2011). False-positive psychology: Undisclosed flexibility in data collection and analysis allows presenting anything as significant. *Psychological science*, 22(11), 1359–1366. <https://doi.org/10.1177/0956797611417632>.

- Spöhr, M. (2009). *Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation*. Mönchengladbach: Forum Verl. Godesberg.
- Stadtland, C., Hollweg, M., & Dietl, J. (2004). Langzeitverläufe von Sexualstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 87(5), 393–400.
- Stadtland, C., Hollweg, M., Kleindienst, N., Dietl, J., Reich, U., & Nedopil, N. (2005). Risk assessment and prediction of violent and sexual recidivism in sex offenders: Long-term predictive validity of four risk assessment instruments. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(1), 92–108. <https://doi.org/10.1080/1478994042000270247>.
- UK Ministry of Justice (2017). *Impact Evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme*. Verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/publications/impact-evaluation-of-the-prison-based-core-sex-offender-treatment-programme>.
- Walsh, M. (2017). Der Umgang mit jungen „Intensivtätern“: Ein Review zu Maßnahmen in Deutschland unter Wirksamkeitsgesichtspunkten. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 28(1), 28–46.
- Weisburd, D., & Hinkle, J. C. (2014). The importance of randomized experiments in evaluating crime prevention. In B. Welsh & D. P. Farrington (Hrsg.), *The Oxford handbooks in criminology & criminal justice. The Oxford handbook of crime prevention* (S. 446–465).







