

**Entwicklung und Evaluation  
eines Behandlungsprogramms  
für Sexualstraftäter (BPS)  
im Kontext integrativer Sozialtherapie**

Im Fachbereich I Erziehungs- und Sozialwissenschaften  
der Universität Hildesheim

zur

Erlangung des Grades  
eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)  
angenommene Dissertation von

**Bernd Wischka**

geboren am 12.09.1952 in Salzgitter

Gutachter: **Prof. Dr. Werner Greve**

**Prof. Dr. Norbert Grewe**

Tag der Disputation: 24.04.2014

## Vorbemerkung

In der vorliegenden kumulativen Dissertation fasse ich einen Teil eigener Veröffentlichungen zur Behandlung von Straftätern im Justizvollzug, insbesondere zur Sozialtherapie und zur Behandlung von Sexualstraftätern zusammen und versuche damit die in einem Zeitraum von ca. 25 Jahren erfolgten Entwicklungen sichtbar zu machen.

In einem einleitenden Kapitel gebe ich einen Überblick über die Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Behandlung von Straftätern im deutschen Justizvollzug, insbesondere für die Behandlung von Sexualstraftätern. Meine eigene berufliche Entwicklung folgte den skizzierten Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen sehr deutlich. Im Rahmen meiner Möglichkeiten habe ich versucht, den Behandlungsgedanken im Strafvollzug zu fördern. Dass sich eine Institution nur sehr langsam verändern lässt, konnte ich beim Aufbau der sozialtherapeutischen Abteilung in der JVA Lingen nachhaltig erfahren.

Als mit dem Gesetz zur Änderung des Strafvollzugsgesetzes im Jahre 1984 sozialtherapeutische Abteilungen ermöglicht wurden und ich sehr bald ein entsprechendes Konzept vorgelegt hatte, dauerte es noch bis 1994 bis die ersten Anfänge 1986 in Form einer „Abteilung zur Vorbereitung der Entlassung und des Freigangs“ sich so entwickelt haben, dass schließlich, nach entsprechender personeller Ausstattung, die Anerkennung des niedersächsischen Justizministerium als Sozialtherapie erfolgte. Die baulichen Bedingungen waren bis 1997 unzureichend. Erst durch einen Neubau entstanden in zwei abgetrennten Wohngruppen 16 Behandlungsplätze. 2004 wurde ein weiterer Neubau in der Folge des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten errichtet und die sozialtherapeutische Abteilung auf 46 Behandlungsplätze in fünf Wohngruppen erweitert.

In Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit stelle ich meine Beiträge zur integrativen Sozialtherapie und – in diesem Zusammenhang – zur Organisation von behandlungsfördernden institutionellen Bedingungen, zum Wohngruppenvollzug, zu Fragen der Indikation und zur Integration internationaler Forschungsergebnisse in das Konzept der „integrativen Sozialtherapie“ vor. Kapitel 3 fasst meine Arbeiten zur Rezeption der internationalen Forschungsergebnisse im Bereich der Sexualstraftäterbehandlung und Kapitel 4 zur Entwicklung des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS) zusammen. Dabei werden auch Praxiserfahrungen berichtet. Kapitel 5 gibt einen Überblick über die bisher vorliegenden Evaluationsergebnisse zum BPS und den damit verbundenen methodischen Problemen. Kapitel 6 problematisiert die kriminalpolitischen Entwicklungen, die die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Täterbehandlung einschränken und begründet das Erfordernis, interne und externe Erprobungsräume bereit zu stellen, um kognitive Veränderungen stabil verhaltenswirksam

werden zu lassen. Grenzen eines kognitiv-behavioralen Gruppenprogramms und Perspektiven für die Weiterentwicklung der Behandlung von Straftätern werden bei der Behandlung von Sicherungsverwahrten, der Berücksichtigung von Opfererfahrungen der Täter sowie von Befunden der neurobiologischen Forschung diskutiert.

Der Anhang enthält 20 Veröffentlichungen, die Bestandteile der kumulativen Dissertation sind sowie den Sammelband „Behandlung von Straftätern“ (Wischka, Pecher & van den Boogaart, **2013**) aus dem drei eigene Aufsätze ebenfalls zur Dissertation gehören. Soweit diese Veröffentlichungen im nachfolgenden Text zitiert werden, sind die Jahreszahlen fett gedruckt.

Die hier zusammengeführten Veröffentlichungen umfassen den Zeitraum von 1987 bis 2013 und spiegeln einen Entwicklungsprozess wider, der nicht ohne die Unterstützung zahlreicher Personen möglich gewesen wäre, denen ich an dieser Stelle danken möchte.

Ich hatte das Glück, meinen beruflichen Einstieg in einer Justizvollzugsanstalt zu erleben, die mir die notwendige Unterstützung für den Aufbau einer Abteilung mit therapeutischer Zielsetzung gegeben hat. Der damalige Anstaltsleiter Gerd Pomper, selbst als politischer Gefangener mehrere Jahre in der ehemaligen DDR inhaftiert, hat besonders Mitarbeiter gefördert und geprägt, die zur Humanisierung und Sinngebung der Freiheitsentziehung beigetragen haben. Dieser Zielsetzung haben sich auch seine Nachfolger Helmut Ebel und der derzeitige Leiter Roland Schauer verpflichtet gefühlt. Roland Schauer bin ich ganz besonders dafür dankbar, dass er immer wieder in anstaltsinternen Diskussionen keinen Zweifel an der Wichtigkeit der Sozialtherapie lässt und ein besonderes Geschick im Management von Schnittstellenproblemen besitzt.

Zu besonderem Dank bin ich auch Prof. Dr. Friedrich Specht verpflichtet, der als Fachberater nicht nur die Entwicklung der Sozialtherapie in Niedersachsen von Anfang an mitgestaltet hat. Er hat auch die Entwicklung der sozialtherapeutischen Abteilung in Lingen und mich persönlich nachhaltig gefördert und mit einem unbeirrbar positivem Menschenbild auch meine Mitarbeiter beeindruckt und beeinflusst.

Von der Abteilung Strafvollzug im niedersächsischen Justizvollzug habe ich für meine Arbeit stets Rückhalt und Unterstützung erlebt. Die erfahrene Wertschätzung und das entgegengebrachte Vertrauen zeigten sich nicht nur beim Aufbau und bei der Leitung der sozialtherapeutischen Abteilung Lingen, sondern auch durch die Bestellung als Koordinator für die sozialtherapeutischen Abteilungen im niedersächsischen Justizvollzug. Danken möchte ich hier vom allem Dr. Monica Steinhilper, Dr. Burkhard Hasenpusch und Thomas Rappat.

Dank schulde ich auch meiner beruflichen Weggefährtin Elisabeth Foppe, die seit 1986 an der Gestaltung der sozialtherapeutischen Abteilung in Lingen beteiligt war und immer noch ist, die auch an der Entwicklung des BPS mitgewirkt hat und mit der ich zahlreiche gemeinsame Veröffentlichungen und Fortbildungen unternommen habe. Sie hat auch viele meiner Veröffentlichungen kritisch gelesen und Textkorrekturen angemerkt.

Für gemeinsame Veröffentlichungen, zahllose inspirierende Diskussionen, die Zusammenarbeit im BPS-Projekt und viele gemeinsame Fortbildungen über einen Zeitraum von mehr als 15 Jahren danke ich Dr. Ulrich Rehder. Mit Gerd Koop hat mich eine langjährige fruchtbare Zusammenarbeit, zunächst in der JVA Lingen und später in der gemeinsamen Herausgabe der *Kriminalpädagogischen Praxis* verbunden. Mein Dank für eine zeitlich begrenztere, aber sehr intensive und erfreuliche Arbeit an Veröffentlichungsprojekten gilt auch Dr. Gerhard Rehn, Prof. Dr. Rudolf Egg, Dr. Hilde van den Boogaart, Dr. Willi Pecher und Dr. Stefan Suhling. Letzterem habe ich auch zahlreiche Anregungen zu methodischen Fragen im Umgang mit Untersuchungsbefunden zu verdanken, die im Rahmen der vorgelegten Dissertation vorgestellt werden. Für Ermutigungen zur Verwirklichung des Dissertationsprojektes und hilfreichen Diskussionen danke ich neben den bereits genannten Personen Peter Fistéra, Dr. Katharina Bennefeld-Kersten und Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin.

Von meiner Familie, Marion Wischka sowie Sarah und Johanna Wischka war nicht nur Verständnis für meine Schreibtischarbeiten zu Hause – auch an Wochenenden – gefordert. Ich habe von ihnen auch Hilfe bei der Auswertung von Testbögen und bei der Durchsicht von Texten erhalten.

Bei Prof. Dr. Werner Greve möchte ich mich herzlich für die vorbehaltlose Unterstützung bei meinem – in dieser Form sicher nicht üblichen – Promotionsvorhaben und für die hilfreichen Anregungen bedanken.

Ich möchte auch meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Behandlungsteam danken, ohne die der Aufbau und die konzeptionelle Weiterentwicklung der sozialtherapeutischen Abteilung in Lingen und die Anerkennung der Arbeit in der Gesamtanstalt und landesweit nicht möglich gewesen wären.

Abschließend möchte ich meinen Dank über die vielen Begegnungen zum Ausdruck bringen, die ich mit Straftätern hatte. In den zahllosen gemeinsam verbrachten Stunden in Einzelgesprächen und Gruppensitzungen und auch im Stationsalltag habe ich viel gelernt und konnte immer wieder die Überzeugung festigen, dass sich die Arbeit mit ihnen für sie selbst und für die Allgemeinheit lohnt.

William Marshall, der die Therapie von Sexualstraftätern seit mehr als 40 Jahren von Nordamerika ausgehend weltweit maßgeblich geprägt hat, hat einem Buch (Marshall et al., 2011) einen Satz von Friedrich Nietzsche vorangestellt, der die positive Grundhaltung verdeutlicht, die seinen Therapieansatz bestimmt und mit dem ich meine Vorbemerkungen schließen möchte:

„Viele Menschen warten ihr Leben lang auf die Gelegenheit, auf ihre Art gut zu sein“.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1. Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>2. Integrative Sozialtherapie</b>	<b>12</b>
2.1 Das Konzept der integrativen Sozialtherapie	12
2.2 Wohngruppen als Lernfeld für soziale Entwicklungsprozesse	14
2.3 Wirksame Behandlungsmethoden für Straftäter	17
2.4 Diagnostik, Indikation und Behandlungsplanung	19
<b>3. Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug</b>	<b>21</b>
3.1 Wirksame Behandlung von Sexualstraftätern	21
3.2 Kognitiv-behaviorale Therapie und Relapse Prevention	22
3.3 Forschungen zu behandlungsinduzierten Veränderungen kriminogener Merkmale	23
<b>4. Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)</b>	<b>27</b>
4.1 Entwicklung des BPS	27
4.2 Konzeption des BPS	28
4.3 Erfahrungen mit dem BPS	29
<b>5. Evaluation des BPS</b>	<b>30</b>
5.1 Forschungsprobleme	30
5.2 Eigene Untersuchung	32
5.3 Untersuchte Stichproben und erhobene Daten	32
5.4 Ergebnisse	35
<b>6. Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern in einem integrativen Gesamtkonzept: Grenzen und Perspektiven</b>	<b>39</b>
6.1 Die aktuelle Situation	39
6.2 Behandlung von Sicherungsverwahrten	40
6.3 Die Bedeutung von Erprobungsräumen und Entlassungsvorbereitungen	41
6.4 Opferorientierung in der Therapie von Straftätern	43
6.5 Berücksichtigung neurobiologischer Befunde	44
<b>7. Schlussfolgerungen</b>	<b>45</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b>	<b>47</b>
<b>Anhang</b>	
Verzeichnis der für die kumulative Dissertation verwendeten Veröffentlichungen	55
Veröffentlichungen 1 - 20	





## 1. Einleitung

Anfang der 70er-Jahre, im Zuge der großen Strafrechtsreform zu Zeiten des „Wirtschaftswunders“, in der unsere Gesellschaft den Blick auch auf Randgruppen erweitert hat, sollten Richter in der Hauptverhandlung die Möglichkeit erhalten, Täter nicht nur in eine psychiatrische Anstalt (§ 63 StGB) oder in eine Entziehungsanstalt (§ 64 StGB), sondern auch in eine sozialtherapeutische Anstalt (§ 65 StGB) einweisen zu können. Für die Unterbringung nach § 65 StGB wurden vor allem Wiederholungstäter mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Sexualstraftäter in Betracht gezogen, wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen einer ärztlich geleiteten sozialtherapeutischen Anstalt zur Resozialisierung angezeigt waren.

Die Inkraftsetzung dieser Regelung wurde verschoben, weil es diese Institution noch nicht gab und die Länder wurden aufgefordert, diesen Weg in Modellanstalten zu erproben. Bei diesem Anfang der Sozialtherapie im deutschen Strafvollzug griff man auf Erfahrungen anderer Länder, insbes. in den Niederlanden und in Dänemark zurück. In der niedersächsischen „Pionier“-Modellanstalt (Bad Gandersheim) – in den ersten Jahren von der VW-Stiftung gefördert – entwickelten Wissenschaftler und Praktiker das Konzept der „integrativen Sozialtherapie“, das bundesweit einen sehr bedeutsamen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Sozialtherapie in Deutschland hatte. Erste internationale Meta-Evaluationsstudien Mitte der 70er- und Anfang der 80er-Jahre dämpften allerdings den Reformeifer und gaben Kritikern des Behandlungsgedankens im Strafvollzug Auftrieb. In dieser Zeit trat das Strafvollzugsgesetz (1977) in Kraft, das in den §§ 9 und 123-126, in der sog. „Vollzugslösung“ die Verlegung in eine Sozialtherapeutische Anstalt regelte.

Die „Maßregelösung“ des § 65 StGB trat nie in Kraft und wurde 1984 mit dem *Gesetz zur Änderung des Strafvollzugsgesetzes* wieder aus dem StGB gestrichen. Gleichzeitig erhielten die Vollzugsbehörden durch diese Gesetzesänderung die Möglichkeit, nicht nur eigenständige sozialtherapeutische Anstalten, sondern „aus besonderen Gründen“ auch sozialtherapeutische *Abteilungen* in bestehenden Vollzugsanstalten einzurichten. Diese Entwicklung wurde heftig kritisiert, weil „Etikettenschwindel“ zu befürchten war. Für die Praxis erwuchs daraus das Erfordernis, solche „besonderen Gründe“ zu definieren und Standards zu formulieren, die therapeutisches Arbeiten in einer als therapiefreundlich geltenden Institution ermöglichen konnten. Niedersachsen nahm sehr früh diese Herausforderung an und entwickelte Maßstäbe, die bundesweit beachtet wurden. Im Rahmen dieser Entwicklung entstand auch die sozialtherapeutische Abteilung der JVA Lingen, die der Verfasser in dieser Zeit aufgebaut hat und auch immer noch leitet.

Internationale Studien führten zu einer differenzierten Sichtweise der Behandlungsmöglichkeiten für Straftäter und eröffneten Perspektiven für die Weiterentwicklung der Sozialtherapie. Besondere Bedeutung erlangten dabei die Arbeiten von Andrews und Bonta (2010), die mit ihrem Standardwerk „The psychology of criminal conduct“ die weitere Forschung und Praxis nachhaltig förderten.

Nachdem aufgrund von Sexualmorden an Kindern – zunächst in Belgien (der Fall „Dutroux“) und etwas später in Nord- und Süddeutschland – durch die von den Medien unterstützte Öffentlichkeit viel Druck auf Politiker ausgeübt worden war, entstand durch das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ eine neue Richtung im Strafvollzug. Die Justizbehörden wurden zur Verlegung von Sexualstraftätern in eine sozialtherapeutische Anstalt verpflichtet, wenn die Behandlung dort angezeigt war. Auf diese Tätergruppe, die bisher in der Sozialtherapie nur eine unbedeutende Rolle gespielt hatte, mussten sich die sozialtherapeutischen Einrichtungen einstellen. In Erwartung dieses Gesetzes nahm eine vom niedersächsischen Justizministerium eingesetzte Arbeitsgruppe, zu der auch der Verfasser berufen worden war, Bedarfsermittlungen vor, um Empfehlungen für die künftige erforderliche Erweiterung der Behandlungsplätze sowie notwendige diagnostische und Behandlungsmaßnahmen abzugeben. Eine der Empfehlungen war es, ein strukturiertes Gruppenbehandlungsprogramm für Sexualstraftäter auf kognitiv-behavioraler Grundlage zu entwickeln, das die internationale Forschung berücksichtigt. Der Verfasser wurde mit der Leitung der Projektgruppe beauftragt. So entstand das „Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter“ (BPS).

Die Behandlungsplätze in den sozialtherapeutischen Einrichtungen der BRD haben sich seit Ende der 90er-Jahre nahezu verdreifacht. Einrichtungen haben sich vergrößert und es sind auch weitere hinzugekommen, z. B. in den neuen Bundesländern, in denen bei der Etablierung eines Behandlungsvollzuges im Strafvollzug und auch im Maßregelvollzug nach dem System der DDR völlig neue Wege beschritten werden mussten. 2006 ging die Gesetzgebungskompetenz im Zuge der Föderalismusreform vom Bund auf die Länder über. In den Strafvollzugs-Ländergesetzen sind die Regelungen zur Behandlung von Sexualstraftätern in sozialtherapeutischen Einrichtungen teilweise unterschiedlich akzentuiert. Dabei sind auch andere, insbes. Gewaltstraftäter vermehrt im Fokus. In den neuen Entwicklungen sind einerseits immer differenziertere Behandlungskonzepte erkennbar, andererseits ist die Entwicklung des Strafvollzuges in der BRD sowohl insgesamt und auch in der Sozialtherapie durch Zunahme des Sicherheitsgedankens und damit verbunden, durch Einschränkungen von Erprobungsmöglichkeiten innerhalb der Institution und außerhalb (Vollzugslockerungen) gekennzeichnet. Es scheint so, dass bei diesen Entwicklungen wichtige Grundsätze der Sozialtherapie verloren gehen.

Anders als in den Anfangszeiten der Sozialtherapie werden inzwischen nicht nur ausgewählte und motivierte Straftäter in einer sozialtherapeutischen Einrichtung behandelt. Die Praxis hat es jetzt auch mit besonders rückfallgefährdeten zu tun, die aber als wenig motiviert oder auch als nicht behandlungsfähig gelten. Es handelt sich hier vor allem um Täter mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Psychopathieausprägungen, bei denen teilweise auch Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist.

Das Bundesverfassungsgericht hatte mit Urteil vom 04.05.2011 alle bestehenden Vorschriften des Strafgesetzbuches und des Jugendgerichtsgesetzes über die Anordnung und Dauer der Sicherungsverwahrung als nicht mit dem Freiheitsgrundrecht der Untergebrachten vereinbar erklärt, weil sie den Anforderungen des verfassungsrechtlichen Abstandsgebots nicht genügten. In einer Frist bis zum 01.06.2013 erhielten die Länder Gelegenheit, Abhilfe zu schaffen. Am 05.12.2012 gab ein Bundesgesetz die Richtlinien für die Landesgesetze vor. Niedersachsen verabschiedete am 18.12.2012 das Niedersächsische Sicherungsverwahrungsgesetz (Nds. SVVollzG), das entsprechend der Vorgaben des BVerfG therapiegerichtet und freiheitsorientiert ist. Sozialtherapeutische Maßnahmen erhalten darin neben psychiatrischen und psychotherapeutischen eine besondere Bedeutung, insbesondere zur Vermeidung des Vollzuges der Sicherungsverwahrung für Strafgefangene mit angeordneter oder vorbehaltener Sicherungsverwahrung. Die jetzt bestehende Gesetzeslage hat die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung deutlich in die Nähe der Bestimmungen des „alten § 65 StGB“ gerückt. Von dieser Entwicklung sind für die Zukunft noch weitere Veränderungen der konzeptionellen Ausrichtung der sozialtherapeutischen Einrichtungen zu erwarten. In den Fokus rücken verstärkt mehrfach auffällige, schwer gestörte Straftäter, z. T. auch in weit fortgeschrittenem Alter.

Hier ergeben sich neue Herausforderungen und auch kritische Fragen hinsichtlich der Wirksamkeit bewährter Behandlungsmethoden. Für eine differenzierte Vorgehensweise bei der Behandlung der unterschiedlichen, nach Delikt, Kompetenzdefiziten, Devianz und psychischen Störungen unterscheidbaren Straftätern ist die Praxis wesentlich besser vorbereitet als in den 70er-Jahren, die in der BRD den Beginn einer behandlungsorientierten Vollzugsgestaltung markieren. Einen Eindruck von dem gegenwärtigen Spektrum gibt zum Beispiel der von Wischka, Pecher und van den Boogaart (2013) vorgelegte Sammelband.

## 2. Integrative Sozialtherapie

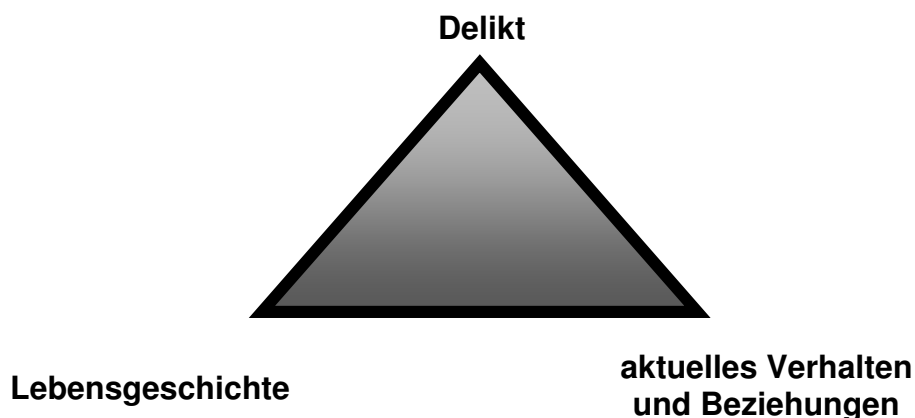
### 2.1 Das Konzept der integrativen Sozialtherapie

Das in der Anfangsphase der Sozialtherapie in den 70er-Jahren entwickelte Konzept der „integrativen Sozialtherapie“ (Baulitz et al., 1980; Driebold et al., 1984; Rehn, 2013; Specht, 1986; 1993; Wischka & Specht, 2001) ist durch die in Tabelle 1 wiedergegebenen Bedingungen gekennzeichnet.

**Tab. 1:** Bedingungen der integrativen Sozialtherapie

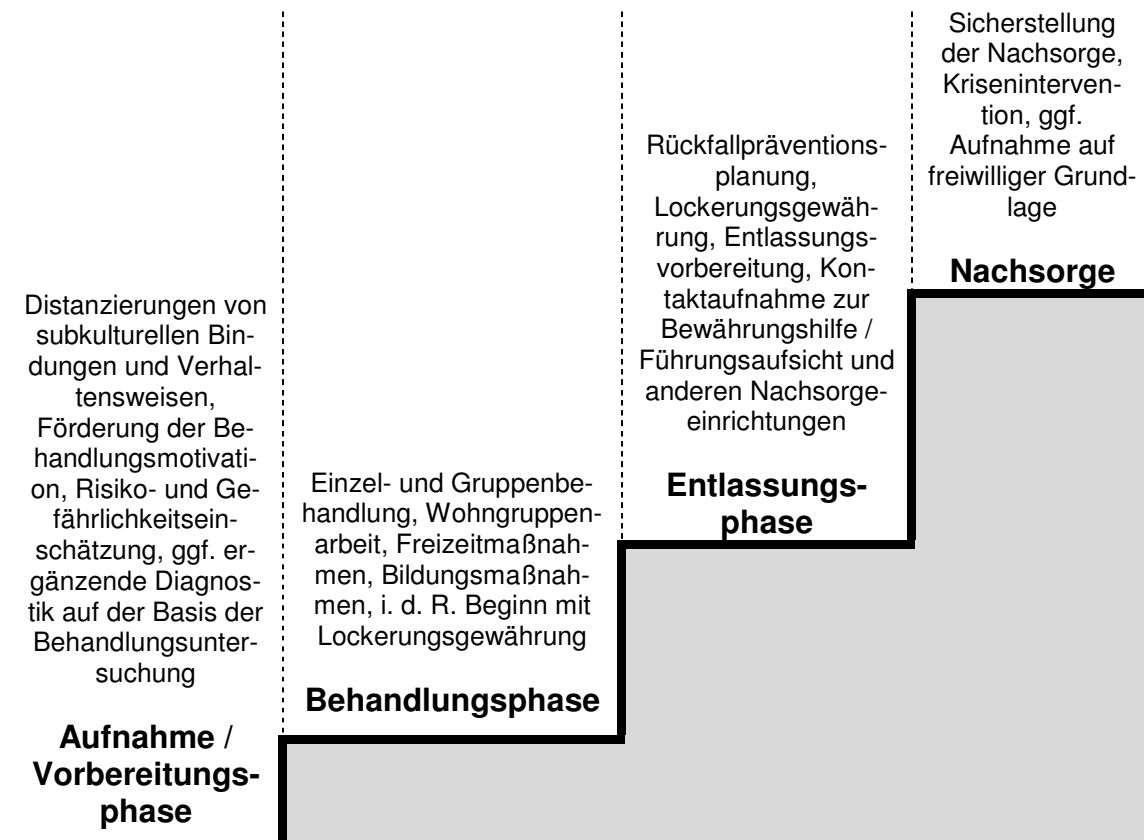
<b>Integrative Sozialtherapie</b>
Berücksichtigung und Einbeziehung des gesamten Lebensumfeldes in und außerhalb der sozialtherapeutischen Einrichtung bis zur Entlassung.
Gestaltung der Handlungsmöglichkeiten und Beziehungsformen innerhalb der sozialtherapeutischen Einrichtung im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft.
Modifizierung und Verknüpfung psychotherapeutischer, pädagogischer und arbeitstherapeutischer Vorgehensweisen.

Drei Bereiche – Lebensgeschichte, Straftaten und das aktuelle (Beziehungs-) Verhalten – stehen in einer Beziehung zueinander und werden im Behandlungsverlauf mit unterschiedlicher Akzentuierung alternierend bearbeitet. Zum Deliktverständnis ist die Thematisierung der Lebensgeschichte mit den Beziehungserfahrungen und erworbenen Einstellungen unerlässlich. Im gegenwärtigen Verhalten sind diese lebensgeschichtlichen Ereignisse und deliktrelevanten Aspekte aktualisiert, es spiegelt Veränderungen und Entwicklungen wieder.



**Abb. 1:** Das „Behandlungsdreieck“

Idealtypisch folgt die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung einem Phasenverlauf mit unterschiedlichen Gewichtungen. Sie müssen entsprechend der individuellen Unterschiede auch unterschiedlich lang gestaltet werden (Abb. 2).



**Abb. 2:** Behandlungsschwerpunkte in den Phasen der integrativen Sozialtherapie

Vor der Behandlungsphase, in der vor allem die Deliktbearbeitung und die Verarbeitung lebensgeschichtlicher Ereignisse im Vordergrund stehen, sind in der **Aufnahme- oder Vorbereitungsphase** die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung, die Arbeit an Leugnungs- und Minimalisierungstendenzen und ggf. ergänzende Diagnostik Hauptthema. In dieser „Kennenlernphase“ werden auch Sicherheitsaspekte entsprechend höher gewichtet.

In der ersten Periode der Entwicklung sozialtherapeutischer Anstalten ergab sich die Notwendigkeit, wesentliche strukturelle Unterschiede zum Normalvollzug zu etablieren, insbesondere Gelegenheiten zur Übernahme von Selbstverantwortung (Kleidung, Geld, Raumgestaltung, persönliche Beziehungen, Zeiteinteilung), Lernen im Alltag und Normalisierung der Lebensbedingungen. Die Selbständigkeit der sozialtherapeutischen Anstalten machte es aus heutiger Sicht relativ einfach, eine therapeutische ausgerichtete Vollzugsform zu konzi-

pieren, zumal die Auswahl der Klientel doppelt selektiert war: die Gefangenen mussten sich für eine Aufnahme bewerben und die Leitung der sozialtherapeutischen Einrichtung musste zustimmen.

Die durch das Strafvollzugsänderungsgesetz von 1984 geschaffene Möglichkeit, sozialtherapeutische Einrichtungen auch in bestehenden Vollzugsanstalten als Abteilungen zu installieren, machte es dringend notwendig, über Standards und Strategien nachzudenken, wie Behandlung im Verständnis von „integrativer Sozialtherapie“ in einem als therapiefreundlich geltenden System ermöglicht werden kann. Diese Entwicklung wurde von Fachleuten teilweise heftig kritisiert (Rehn, 1990; 2012). Ausgehend von der ersten vom Arbeitskreis Sozialtherapeutischer Anstalten ausgerichteten Fachtagung 1986 in Bad Gandersheim erfolgte aber pragmatisch eine Konzentration auf die Frage, rechtliche Mindestanforderungen (Henze, 1990) und Anforderungen aus therapeutischer Sicht (Specht, 1990) zu diskutieren. Die vom Arbeitskreis (1988) veröffentlichten Mindestanforderungen waren richtungweisend für den Ausbau in Deutschland insgesamt und insbesondere in Niedersachsen.

In dieser zweiten Periode, in der auch der Verfasser damit begann, Behandlungsversuche auf eine Station zu konzentrieren, in einer „Abteilung zur Vorbereitung der Entlassung und des Freigangs“, (1986) und später – nach verbesserter Personalsituation – in einer „Behandlungsabteilung“ (1991), war es zunächst vor allem notwendig, sich mit Organisationsstrukturen zu befassen, die Behandlung ermöglichen (Wischka, 1987). Dazu gehörte auch das Thema „Frauen im Männervollzug“ (Hermes, Schauer & Wischka, 1990) und die Einbeziehung von Methoden, wie dem Sozialen Training, die sich zum Einsatz unter diesen keineswegs optimalen Bedingungen eigneten (Wischka, 1988). Unverzichtbare Grundlage eines therapeutischen Strafvollzuges ist ein therapeutisches Milieu und – damit verbunden – die Unterbringung in Wohngruppen als Raum für soziales Lernen (Wischka, 1987). Die Besonderheiten des Arbeitsfeldes Strafvollzug mit dem Doppelauftrag, sowohl Resozialisierung als auch Sicherheit zu erzeugen machten es erforderlich, das Verhältnis zwischen Beziehungsangeboten und Erprobungsräumen sowie deliktsspezifischen Behandlungsmethoden und Sicherheitserwägungen zu reflektieren (Wischka, 2001; 2004b, 2004c; 2009b; 2011; 2012a; 2013c). Der folgende Abschnitt geht darauf ein.

## **2.2 Wohngruppen als Lernfeld für soziale Entwicklungsprozesse**

In dem Aufsatz „Zur Organisation von Bedingungen für soziale Entwicklungsprozesse im Strafvollzug – Überlegungen aus kognitiv-struktureller und systemischer Perspektive“ (Wischka, 1987) werden die Wirklichkeitskonstruktionen

thematisiert, die Gefangene und Personal im Justizvollzug aufgrund verschiedener Sozialisationsverläufe unterscheiden.

Kohlberg et al. (1978) fanden im „Cheshire-Experiment“ Ähnlichkeiten zwischen den Gerechtigkeits-Strukturen in Gefängnissen und den kognitiven Strukturen der Insassen. Eine wichtige Konsequenz aus diesem Experiment und weiteren Untersuchungen war, dass dissoziale Personen, die aufgrund ungünstiger Entwicklungsbedingungen in ihrer sozialen Entwicklung (moralisches Urteil, Rollenübernahme, Empathie) verzögert bzw. auf frühen Entwicklungsstufen fixiert sind, dazu neigen, soziale Wahrnehmungen, Beziehungsangebote oder Freiräume „falsch“, d. h. entsprechend ihrer kognitiven Struktur zu interpretieren. Das bedeutet z. B., dass das Personal nicht differenziert, sondern „schwarz-weiß“ wahrgenommen wird, dass soziale Projekte egoistisch ausgenutzt und dass soziale Motive nicht verstanden werden, dass Verzicht auf Machtausübungen als Schwäche gesehen wird oder dass bei der Beurteilung von Handlungen anderer Intentionen unberücksichtigt bleiben. „Ungerecht“ ist dann z. B., wenn das Personal auf gleiches Verhalten unterschiedlicher Gefangener (verspätete Rückkehr aus einem Ausgang) mit unterschiedlichen Konsequenzen reagiert, weil es für das Verhalten unterschiedliche Gründe gab. Versteht das Personal diese Denkweise nicht, besteht die Gefahr, dass soziales Engagement enttäuscht wird und dass Frustrationen sich in einer Haltung zeigen wie: „Dann sprechen wir eben die Sprache, die sie verstehen!“ Intuitiv ist klar, dass diese Sprache vor allem Vokabeln früher Entwicklungsstufen enthält (Vermeidung von Strafe, Unterordnung unter Macht, „eine Hand wäscht die andere“). Damit lässt sich Sicherheit und Ordnung herstellen; die soziale Entwicklung wird so aber nicht gefördert, sondern es werden kriminogene Denkmuster reproduziert.

Systemisch gesprochen kommt es bei der Organisation von entwicklungsfördernden Strukturen darauf an, einen „konsensuellen Bereich“ zu definieren, in dem es weitgehende Übereinstimmungen zwischen den Zielen von Klientel, Personal und gesetzlichen sowie administrativen Regelungen gibt und von dort aus den Raum für soziale Entwicklungen durch geeignete Beziehungsstrukturen und Handlungsmöglichkeiten zu erweitern.

Die Unterbringung von Straftätern in Wohngruppen ist ein wesentliches Element, soziale Entwicklungsprozesse zu unterstützen. Dazu ist es erforderlich, die konstitutiven Elemente zu realisieren, die für die Entstehung eines „therapeutischen Klimas“ und den wirksamen Einsatz von Wohngruppen als Bestandteil integrativer Sozialtherapie notwendig sind (Wischka, **2001**; **2004c**; 2009b).

Die Beobachtung und Steuerung der klimatischen Veränderungen in einer therapeutischen Institution ist eine wichtige Führungsaufgabe, die auch durch den Einsatz von Mitarbeiterbefragungen unterstützt werden kann. Veränderungen in

der Wahrnehmung des Personals konnten beim Aufbau der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Lingen mit dem Stationsbeurteilungsbogen (SBB) von Engel, Knab und Doblhoff-Thun (1983) sichtbar gemacht und für Interventionen genutzt werden (Wischka, **2001**, S. 148f.). Über einen Zeitraum von sechs Jahren haben sich die sozialen Beziehungen (Anteilnahme, Unterstützung, Spontaneität) sowie Merkmale, die das Behandlungskonzept und das System betreffen (Autonomie, Praxisorientiertheit, persönliche Problemorientiertheit, Ordnung und Organisation, Klarheit des Behandlungskonzepts) verbessert. Ärger und Aggression sind während dieses Prozesses zurückgegangen. Die Messwerte haben sich Referenzwerten angenähert, die mit Kliniken außerhalb des Strafvollzuges vergleichbar sind (Psychosomatische Kliniken). Möglicherweise handelt es sich hier um einen „typischen“ Prozess, dass eine Behandlungsorientierung, die das Aushalten und Klären von Konflikten und die Eröffnung von Freiräumen beinhaltet, zusammen mit Verhaltensunsicherheiten des Personals und den Erwartungen einer vornehmlich auf die Gewährleistung von Sicherheit und Ordnung ausgerichteten Institution, zunächst zu einer gewissen „Chaotisierung“ führt, die mit wachsender Erfahrung, Konzeptanpassungen, Fortbildung und Supervision zurückgeht.

Das Basispersonal, der allgemeine Vollzugsdienst, spielt bei der Entwicklung des therapeutischen Milieus eine herausragende Rolle. Sie können im positiven Sinne dafür sorgen, dass sich kognitive Prozesse, die in der Einzel- oder Gruppentherapie angestoßen werden, im Alltag fortsetzen. Sie können im negativen Sinne dazu beitragen, dass sich veränderte Einstellungen als praxisuntauglich erweisen oder Spaltungen des Personals fördern. Die Rollenkonflikte, die das Basispersonal - insbesondere wenn sie in einer therapeutischen Abteilung des Normalvollzuges eingesetzt sind und den Kontakt zu ihren Kollegen außerhalb des „Sonderbereichs“ erhalten wollen – erfordern zur Auflösung ständige Unterstützung. Themen, die bei internen Fortbildungen und in der Supervision immer wieder angesprochen werden müssen, sind z. B., die Unterscheidung zwischen Tat und Täter oder praktische Lösungen für Konflikte zwischen therapeutischer Grundhaltung einerseits und Struktur, Konsequenz und Kontrollen andererseits. Hilfreich für Diskussionen in internen Fortbildungen hat sich hierzu ein Modell erwiesen, um zu verdeutlichen, dass Beziehungsqualitäten (Achtung, Respekt, Akzeptanz) und Organisationsqualitäten (Strukturen, Konsequenz, Kontrollen) grundsätzlich voneinander unabhängig sind und dass man – um nur ein Beispiel zu nennen – freundlich und akzeptierend mit einem Klienten umgehen und trotzdem konsequent sein kann (Wischka, **2001**, 142ff.).

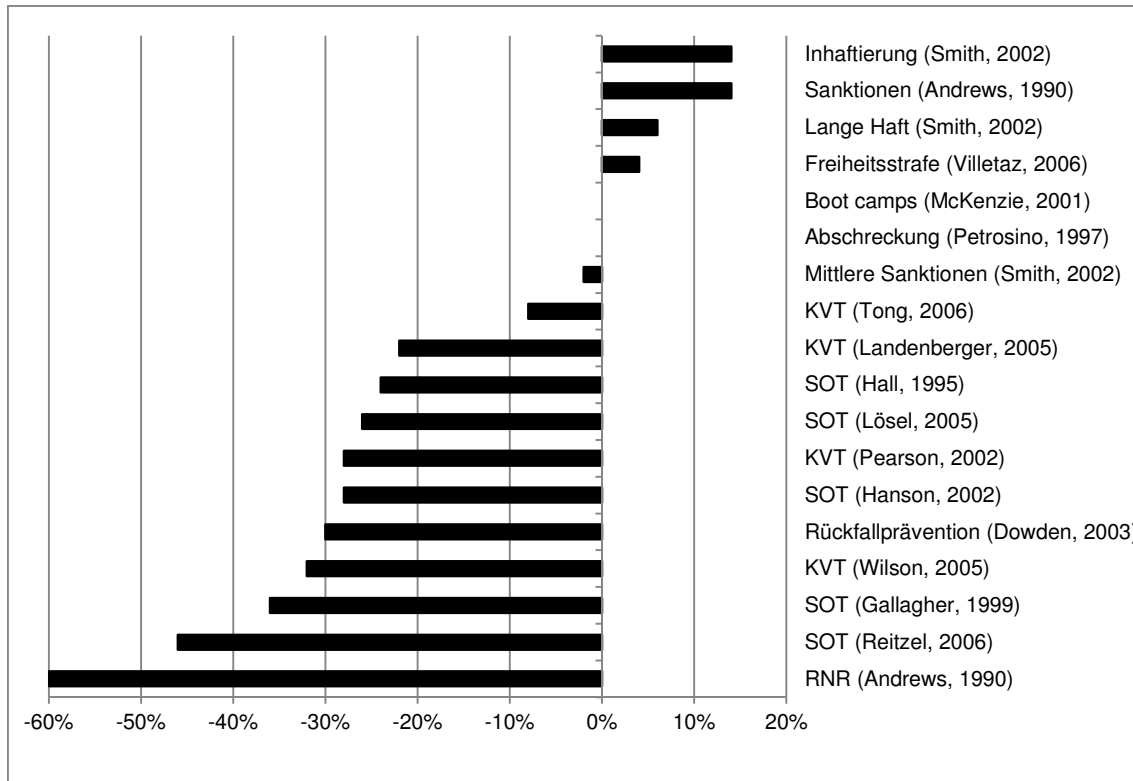


## 2.3 Wirksame Behandlungsmethoden für Straftäter

Bis heute richtungsweisend sind die Arbeiten von Andrews und Bonta, die mit ihrem Standardwerk „The psychology of criminal conduct“, das inzwischen in 5. Auflage erschienen ist (2010), mit den RNR-Prinzipien (risk, need, responsivity principle) Voraussetzungen für eine wirksame Straftäterbehandlung formulierten und eine rege Forschungstätigkeit zur empirischen Überprüfung dieser Kernprinzipien auslösten. Zusammen mit ersten Meta-Evaluationsstudien (Andrews et al., 1990; Egg et al., 2001; Martinson, 1974; Lösel, Köferl & Weber, 1987, Whitehead & Lab, 1989) und ihrer Rezeption in den 80er- und 90er-Jahren (z. B. Lab & Whitehead, 1990; Lipsey, 1995; Lösel, 1993; 1994; 1995; Lösel & Bender, 1997; McGuire, 1995) waren die daraus extrahierbaren „Wirkprinzipien“ ganz wesentliche Anregungen für die Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte in den sozialtherapeutischen Einrichtungen.

Die in vielen Metaevaluationsstudien ermittelte Rückfallreduzierung um durchschnittlich ca. 10 % gegenüber unbehandelten Straftätern lieferte sowohl Gegnern als auch Befürwortern der Behandlungsidee Argumente in der Debatte über die Fortentwicklungen im Strafvollzug. Den einen war dies zu wenig („nothing works!“), für andere Ausgangspunkt zur Optimierung von Behandlungskonzepten. Wichtiger als die gefundenen durchschnittlichen Haupteffektstärken waren aber die Ergebnisse differenzierter Analysen, die es erlaubten, wirksame von weniger wirksamen oder sogar schädlichen, d. h. rückfallverstärkenden Maßnahmen zu unterscheiden. Es zeigte sich auch, dass Studien zu frühen Behandlungsversuchen überwiegend schlechtere Resultate erbrachten als jüngere Studien, in denen bereits Konzeptoptimierungen vorgenommen werden konnten. Als unwirksam bis schädlich erwiesen sich z. B. therapeutische Gemeinschaften, wenn sie wenig strukturiert („laissez faire“) angeboten wurden (Lösel, 2001) oder Maßnahmen, die auf Abschreckung und Bestrafung setzten, wie sie in boot camps, Schock-Inhaftierung oder elektronischer Aufenthaltsüberwachung zum Ausdruck kommen (Aos, Miller & Drake, 2006; Cullen, Jonson & Nagin, 2011; Endrass, Rossegger & Braunschweig, 2012; Hosser, 2008; Lipsey & Cullen, 2007; Lösel, 2012; Marshall et al., 2013; MacKenzie, 2006; s. Abb. 3).

Die Forschungsergebnisse haben dazu geführt, dass die entscheidenden Bedingungen bekannt sind, die Behandlungsmaßnahmen für Straftäter wirkungsvoll machen. Es kommt letztlich darauf an, die Konzepte danach anzupassen, das Personal zu befähigen, entsprechend zu handeln und die institutionellen Rahmenbedingungen so zu organisieren, dass nach den Konzepten gearbeitet werden kann. Andrews und Bonta haben diese Entwicklung treffend zusammengefasst: „In applied terms, prevention and corrections have moved from ‚nothing works‘ through ‚what works‘ to ‚making what works work“ (2010, S. iii).



**Abb. 3:** Veränderung der Rückfallraten (in Prozent) nach strafenden und therapeutischen Interventionen bei jugendlichen und erwachsenen Straftätern (Daten nach Lipsey & Cullen, 2007; zit. aus Endrass et al., 2012, S. 56). KVT: Kognitive Verhaltenstherapie, SOT: Allgemeine Sexualstrafätertherapie (nicht weiter spezifiziert), RNR: Risk-Need-Responsivity.

Wirksame Straftäterbehandlung zeichnet sich vor allem durch Folgendes aus:

- Das *Risikoprinzip* (risk principle) wird berücksichtigt, also die Intensität der Interventionen wird auf das Rückfallrisiko abgestellt.
- Entsprechend dem *Bedürfnisprinzip* (need principle) wird mit den Interventionen bei den Faktoren angesetzt, die in einem direkten Zusammenhang zur Kriminalität stehen. Dies sind vor allem antisoziale Persönlichkeitsmuster, prokriminelle Einstellungen und soziale Unterstützung für Kriminalität. Weitere bedeutsame Behandlungsziele lassen sich aus Alkohol- und Drogenmissbrauch, problematischen Partner- und Familienbeziehungen sowie unangemessenem Leistungsverhalten in Arbeit und Schule sowie in der Freizeit ableiten.
- Nach dem *Ansprechbarkeitsprinzip* (responsivity principle) werden individuelle Besonderheiten wie kognitive Fähigkeiten, Lernstil, Persönlichkeit, Motivation, Stärken (Ressourcen), Geschlechtszugehörigkeit, ethnische Zugehörigkeit berücksichtigt. Die Behandlungsangebote werden mit Respekt vor der persönlichen Autonomie angeboten.
- Zur *Diagnostik* werden validierte Erhebungsinstrumente eingesetzt, um Stärken sowie Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsfaktoren zu ermitteln und zur Behandlungsplanung zu verwenden.

- Es werden *kognitiv-behaviorale Methoden* eingesetzt und positive Verhaltensänderungen werden konsistent verstärkt. Manualisierte Programme haben einen hohen Stellenwert. Die Methoden sind empirisch fundiert.
- Es gibt strukturierte Angebote und es bestehen Möglichkeiten zum prosozialen Modelllernen und dem Aufbau sozialer Fertigkeiten und zu konstruktivem Problemlösen.
- Es wird Personal ausgewählt, das für die Behandlungsaufgaben geeignet ist (hohe Beziehungs- und Strukturierungsfähigkeiten) und durch Fortbildung, Monitoring und Supervision kontinuierlich unterstützt. Das Personal ist menschlich, zugewandt, einsatzfreudig, gerecht und zurückhaltend.

Werden diese Bedingungen sehr weitgehend realisiert, sind auch Reduzierungen der Rückfallquote um mehr als 30 % möglich (Andrews & Bonta, 2010; Endres, Schwanengel & Behnke, 2013; Lipsey & Cullen, 2007; Lösel, 2012; McGuire, 2013; Wischka, **2004d**; **2012a**; **2013c**; Suhling & Wischka, **2013**).

Die Erkenntnisse geben dem Konzept der integrativen Sozialtherapie und vielen der damals mehr oder weniger „intuitiv“ entstandenen konzeptionellen Grundverankerungen eine empirische Fundierung, bereichern es aber auch durch Methoden, die zur Gründerzeit der Sozialtherapie noch keine Rolle gespielt haben, wie der Einsatz kognitiv-behavioraler Methoden oder der Individualisierung von Behandlungsmaßnahmen entsprechend der ermittelten Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsfaktoren. Die Forschungsergebnisse haben in der Folgezeit die Konzeptentwicklungen der sozialtherapeutischen Einrichtungen nachhaltig beeinflusst (Egg, Kälberer, Specht & Wischka, **1998**; Rehder & Wischka, 2002; Suhling & Wischka, **2013**; Wischka, 2000a, **2000b**; 2004a, 2004b, **2004d**; 2009a; 2011; **2013a**, **2013c**; **2013d**; Wischka & Specht, **2001**).

## 2.4 Diagnostik, Indikation und Behandlungsplanung

Vergleiche der sozialtherapeutischen Einrichtungen in der BRD mussten schon immer zu dem Schluss kommen, dass unter dem Etikett „Sozialtherapie“ die Wirklichkeit der Praxis sehr unterschiedlich ist. Dies zeigt sich sowohl in sehr frühen synoptischen Betrachtungen (Schmitt, 1976, 1981) als auch in späteren (Egg, 1993) und in den seit 1997 jährlich erscheinenden Stichtagserhebungen der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden ([www.krimz.de](http://www.krimz.de); zuletzt Niemz & Lauwitz, 2012; Egg & Niemz, 2013). Dies gilt auch hinsichtlich der Behandlung von Sexualstraftätern (Spöhr, 2009). Die Situation ist dadurch, dass Sozialtherapie seit 1985 nahezu ausschließlich in Form von Abteilungen im Normalvollzug erweitert worden ist, eher noch heterogener geworden. Zur Heterogenität beigetragen haben auch die nach 1990 in den neuen Bundesländern dazuge-

kommenen Einrichtungen und die Föderalismusreform von 2006, mit der die Gesetzgebungskompetenz auf die Länder übergegangen ist. Dieser Zustand ist oft bedauert worden. Im Hinblick auf eine konzeptionelle Ausrichtung gemäß der RNR-Prinzipien wären Angleichungen wünschenswert – auch wenn unterschiedliche bauliche Bedingungen, Größe der Einrichtung, verschiedene Klientel (Erwachsene – Jugendliche, Männer – Frauen) – natürliche Grenzen setzen. Die vom Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten herausgegebenen Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung sowie Indikation zur Verlegung (1988, 2007, 2013a) konnten diese Unterschiede nur teilweise reduzieren.

Eine Befragung der Leiterinnen und Leiter der sozialtherapeutischen Einrichtungen der BRD hat ergeben, dass trotz gleicher gesetzlicher Rahmenbedingungen, die für Sexualstraftäter eine verpflichtende Verlegung vorsah, wenn die Voraussetzungen gegeben waren, die Länder mit unterschiedlichen Indikationskriterien den Zugang zur ebenfalls sehr unterschiedlichen Zahl der Behandlungsplätze steuern. Dies verweist auch auf die Heterogenität der Behandlungskonzepte. Zu berücksichtigen sind diese Unterschiede auch bei der Interpretation von Evaluationsbefunden, denn geringere Rückfallquoten sind zu erwarten, wenn die Auswahlkriterien stark motivierte Insassen begünstigen und weniger streng nach den gesetzlichen Bestimmungen des § 9 Abs. 1 StVollzG verfahren worden ist (Suhling & Wischka, **2008**).

Die Frage, ob Sozialtherapie als Behandlungsmaßnahme angezeigt ist und welche Therapieziele mit welchen Methoden dabei angestrebt werden sollen, ist im Rahmen der Behandlungsuntersuchung (§ 6 StVollzG) zu beantworten. Die Auswahl der diagnostischen Verfahren und der Umfang der Behandlungsuntersuchung werden mitbestimmen, ob realisierbare, den Grundprinzipien einer wirksamen Straftäterbehandlung entsprechende Ziele formuliert werden (Rehder & Wischka, **2009**; Wischka, **2013a**).

### 3. Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug

Das folgende Kapitel geht auf Untersuchungsbefunde zur Behandlung von Sexualstraftätern ein. Es werden theoretische Grundannahmen des kognitiv-behavioralen Ansatzes und des relapse-prevention-Ansatzes skizziert, die als Richtlinie für die Konzeption des BPS dienen.

#### 3.1 Wirksame Behandlung von Sexualstraftätern

Schmucker (2004, 2007) kommt nach einer Auswertung der metaanalytischen Befunde zur Wirksamkeit der Behandlung von Sexualstraftätern zu folgendem Gesamtergebnis: „Die Daten zeigen, dass sich die Rückfälle nach Behandlung im Durchschnitt um etwa ein Drittel reduzieren. Als Erfolg versprechend erweisen sich im Einklang mit Befunden aus der allgemeinen Straftäterbehandlung und über verschiedene Analysen hinweg konsistent kognitiv-behaviorale Ansätze. Eine antihormonelle Medikation erscheint ebenfalls sinnvoll, soweit sie im Rahmen eines breiteren Behandlungskontextes zum Einsatz kommt, der auch psychotherapeutische Elemente einschließt“ (2007, S. 26f.). Auch für diese Metaanalysen gilt, dass z. T. sehr alte Untersuchungsbefunde einbezogen wurden, die aus heutiger Sicht als nicht angemessen erscheinen, so dass noch optimistischere Prognosen über die Erfolgsaussichten bei der Behandlung von Sexualstraftätern erlaubt sind, wenn mit kognitiv-behavioralen Behandlungsprogrammen gearbeitet wird. Es gibt zahlreiche Einzelbefunde und Metaanalysen (Alexander, 1999; Hanson et al., 2009; Lösel & Schmucker, 2005; Rooke, 2002; Schmucker, 2004, 2007) und Übersichtsarbeiten (Lipsey & Cullen, 2007; Lösel, 2012; Marshall et al., 2013), in denen die Rückfallquoten im Vergleich zu unbehandelten Sexualstraftätern mehr als halbiert sind (Suhling & Wischka, **2013**; Wischka **2004d**, 2009a, 2010, **2013c**; Rehder & Wischka, 2002, **2012**).

Weitere Studien haben gezeigt, dass sich wie in der allgemeinen Straftäterbehandlung auch bei Sexualstraftätern die Effektivität der Maßnahmen steigern lassen, wenn sie möglichst weitgehend die RNR-Prinzipien von Andrews und Bonta (2010) berücksichtigen (Hanson et al., 2009; Reid, Wilson & Boer, 2011). Diese Befunde unterstützen die Ansicht, die auch im Konzept der „integrativen Sozialtherapie“ zum Ausdruck kommt, dass es nicht ausreichend ist, eine bestimmte Methode einzusetzen, sondern dass der Kontext von großer Bedeutung ist, in dem eine Maßnahme zur Anwendung kommt.

In einem eklatanten Widerspruch zu diesen wissenschaftlichen Erkenntnissen steht die öffentliche Meinung, die wenig Vertrauen in die Behandlungserfolge der Institutionen hat, die mit Straftätern, insbesondere Sexualstraftätern, arbeiten. Spektakuläre Einzelfälle werden, gefördert durch einseitige Aufbereitung in den Medien, verallgemeinert. Das hat auch Einfluss auf die Kriminalitätsfurcht

und auf das Strafbedürfnis der Bevölkerung. Von welcher Strafwirkung eine Person überzeugt ist, hängt wiederum von ihrer Sicht über Entstehung und Ursachen der Kriminalität und anderen, ihre Weltsicht repräsentierenden Annahmen ab (Gabriel & Greve, 2008). Dabei spielen natürlich die Medien eine große Rolle. Überschätzungen der Kriminalitätsrate sind bei Bevölkerungsanteilen mit geringer Bildung und hohem Fernsehkonsum besonders drastisch (Pfeiffer, Windzio & Kleimann, 2004). Diese Medieneffekte erschweren eine effiziente Gestaltung der Praxis (Wischka, 2000a, **2000b**; 2011; Rehder & Wischka, **2012**).

### **3.2 Kognitiv-behaviorale Therapie und Relapse Prevention**

Als Konsequenz aus der Behandlungsforschung erhielten kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze und der relapse prevention-Ansatz – Vorgehensweisen, die sich u. a. bereits in der Arbeit mit Suchtabhängigen bewährt hatten – eine zunehmende Bedeutung für die Behandlung von Sexualstraftätern (Laws, 1989; Laws, Ward & Hudson, 2000; Marshall, Anderson & Fernandez, 1999; Marshall, Laws & Barbaree, 1990; Perkins et al., 1998).

Der kognitiv-behaviorale Ansatz berücksichtigt, dass eine Person in einer Situation bereits vor der Reaktion auf der Basis des individuellen Erfahrungshintergrundes Bewertungen vornimmt. Bei diesen Bewertungen handelt es sich oft um ein verinnerlichtes und automatisiertes Entscheidungsmuster. D. h., nicht die Situation, sondern die Bewertung der aufgenommenen Reize löst ein Verhalten aus. Wahrgenommen wird dann letztlich, was die Person erwartet (befürchtet oder erhofft). Fehlwahrnehmungen und Fehlverhalten entstehen aus Grundüberzeugungen (kognitiven Schemata oder impliziten Theorien), die zwar historisch begründet aber aktuell „falsch“, d. h. dysfunktional sind.

Zu den dynamischen, d. h. veränderbaren Hauptrisiko- und Bedürfnisfaktoren gehören im Sinne von Andrews und Bonta (2010) prokriminelle Einstellungen und interne Rechtfertigungssysteme (Andrews & Bonta, 2010; Rehder & Wischka, **2012**; Suhling & Wischka, **2013**; Wischka, 2011; **2012a**; **2013c**; **2013d**). Für den Bereich der Sexualdelinquenz sind z. B. „falsche“ Einstellungen (kognitive Verzerrungen) zu Frauen, Annahmen über sexuelle Bedürfnisse von Kindern oder die Folgen von sexuellen Übergriffen für die Opfer zentrale Themen. Ein wichtiger Ansatzpunkt für eine kognitiv-behaviorale Therapie sind Bewertungen und Entscheidungsmuster, die eine Person in bestimmten Situationen vornimmt und die zu bestimmten Verhaltensmustern führen. Sie spiegeln Grundüberzeugungen (kognitive Schemata) wieder, die das Individuum im Laufe seiner eigenen Lebensgeschichte verinnerlicht hat und die in Frage gestellt und korrigiert werden müssen (Fisher & Beech, 2007; Mann & Carter, 2013; Maruna & Mann, 2006; Rossegger, Endrass & Borchard, 2012; Thakker, Ward & Navathe, 2007).

Solche generalisierten kognitiven Repräsentationen, in denen Stimuli eng mit gleichartigen Reaktionen verknüpft sind, finden wir natürlich auch bei anderen sozial unakzeptablen Verhaltensweisen, insbes. bei gewalttätigem Verhalten (Collie, Vess & Murdoch, 2007; Kappes & Greve, 2011; Lindsay & Anderson, 2009).

Sinnvolle Ansatzpunkte für Verhaltensänderungen sind nach dieser Theorie die Veränderung schematisch ablaufender Bewertungsprozesse. A. T. Beck hat diesen Ansatz in der *kognitiven Therapie* ausgearbeitet, der in der Psychotherapie verschiedener Störungsbilder Anwendung findet (Beck & Freeman, 1995; Dobson, 2010; Stavemann, 2008). Diese Methoden eignen sich auch für die Behandlung von Straftätern.

Ein weiterer zentraler Aspekt, der aus dem Relapse-Prevention-Ansatz stammt und der sich bereits in der Behandlung Suchtmittelabhängiger bewährt hat, konnte erfolgreich auf die Behandlung von Sexualstraftätern übertragen werden (Pithers, 1990; Marshall, Anderson & Fernandez, 1999). Er geht den Fragen nach, wie eine rückfallgefährdete Person in Risikosituationen gerät und wie solche Risikosituationen vermieden oder bewältigt werden können. Die theoretischen Hintergründe hierzu und ein Ablaufmodell von Rehder, das auch bei der Konzeption der Programmeinheiten des BPS eine bedeutsame Rolle gespielt hat, sind bei Rehder, Wischka und Foppe (2013) ausführlich dargestellt. Beschrieben wird dabei, wie vom Zustand der „Abstinenz“ (i. S. einer Enthaltung von sexuell devianten Verhaltensweisen) durch Selbstüberschätzungen und scheinbar belanglose Entscheidungen der Eintritt in Risikosituationen erfolgt und wie bestimmte Gefühlszustände und Kognitionen einen Rückfall wahrscheinlicher machen. Weitere Modelle differenzieren den Rückfallprozess noch stärker und berücksichtigen auch die Nachtat-Evaluation, also Bewertungen des begangenen Sexualdelikts durch den Täter und der dadurch ausgelösten Stimmungen (erlebte Befriedigung, nicht realisierte Wünsche, eigenes Versagen, Wahrnehmung des Opferverhaltens), was für die Wahrscheinlichkeit und den Ablauf weiterer (evtl. progredienter, „perfektionierter“) Delikte von Bedeutung ist (Ward & Hudson, 2000).

### **3.3. Forschungen zu behandlungsinduzierten Veränderungen kriminogener Merkmale**

Wirksamkeitsstudien, die sich am Kriterium des Rückfalls orientieren und dem hohen wissenschaftlichen Standard randomisierter Kontrollgruppendesigns (RCT) entsprechen, sind an deutschen Straftäterpopulationen praktisch nicht möglich. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen lassen spätestens seit den Gesetzesänderungen von 1998, die eine gesetzliche Verpflichtung zur Behandlung

aller Sexualstraftäter vorgesehen haben, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen (s. Kap. 1), keine Vergleiche mit unbehandelten Kontrollgruppen mehr zu. Zudem lassen sich Behandlungserfolge in einem integrativen Konzept, das mehrere und ganz verschiedenartige Interventionen vereinigt, kaum auf einzelne Interventionen zurückführen. Die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Erreichen von Therapiezielen und der Rückfälligkeit gibt, erhält deshalb große Bedeutung. Wenn Merkmale der Struktur- und Prozessqualität verfügbar sind und danach unterschiedene Subgruppen miteinander verglichen werden, lassen sich auch ohne unbehandelte Kontrollgruppen Aussagen zur differenziellen Wirksamkeit gewinnen (Suhling, 2013; s. a. Kap. 5.1).

Als Beleg dafür, dass es Zusammenhänge zwischen dem Erreichen von Therapiezielen und der Rückfälligkeit gibt, kann die Studie von Marques et al. (2005) herangezogen werden. In einem experimentellen Design verglichen sie 259 Sexualstraftäter, die an einem kognitiv-behavioralen Rückfallvermeidungsprogramm teilgenommen hatten, mit 225 nicht behandelten, aber grundsätzlich behandlungsbereiten und 220 behandlungsablehnenden inhaftierten Sexualstraftätern. Sie fanden hinsichtlich der Rückfälligkeit keine Unterschiede zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppen nach einem Katamnesezeitraum von im Durchschnitt etwas mehr als 8 Jahren (22,0 %, 20,0 %, 19,1 %). Es ließ sich aber eine Gruppe von Behandelten identifizieren, die signifikant weniger rückfällig wurde und die sich dadurch auszeichnete, dass sie sich auf einer „Got-It-Scale“, die neun auf die Programmziele bezogenen Werte enthielt, positiv unterschieden (13,5 % gegenüber 27,2 % Rückfälligkeit).

Eine Sichtung von Studien zur Beziehung zwischen Therapieverlauf und Behandlungserfolg intramural in Deutschland behandelter Sexualstraftäter (s. Wischka, **2013c**) führt zu dem Schluss, dass es dazu bisher kaum empirisch gesicherte Erkenntnisse gibt.

Schwedler und Schmucker (2012) fanden in einer Untersuchung von 72 Probanden der sozialtherapeutischen Anstalt Erlangen, dass sich einzelnen Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1994) und des Fragebogens zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF; Hampel & Selg, 1975) zwar als Prädiktoren für die Vorhersage von Rückfälligkeit eigneten (Erregbarkeit, Emotionalität, Aggressivität, Extraversion und Offenheit). Bei der zentralen Frage, ob Veränderungen im Therapieverlauf eine valide Prognose der späteren Rückfälligkeit erlaubt, ergaben sich aber kaum Zusammenhänge. Lediglich bei der Skala Extraversion des FPI-R zeigte sich ein marginal signifikanter Effekt. Sie ermittelten, dass eine Erhöhung der Extraversionswerte um 1 zu einer Verringerung des Rückfallrisikos um 21 % führt.



Ob gemessene Veränderungen im Verlauf eines Therapieprozesses tatsächlich Indizien für Reduzierungen der Rückfallquoten sind, ist aus mehreren Gründen problematisch:

- Im Verlauf der Inhaftierung ist mit einem „Gewöhnungs- oder Erholungseffekt“ zu rechnen, der nicht auf bestimmte Interventionen zurückzuführen ist. Beobachtbare positive Veränderungen wie eine Zunahme des Selbstwertgefühls oder Verringerung depressiver Stimmungen sind vielleicht dadurch entstanden, dass eine zunächst einschüchternde Haftsituation bewältigt worden ist, wenn adaptive Bewältigungsressourcen und günstige kontextuelle Bedingungen vorhanden waren (Greve, 2002; Greve & Enzmann, 2003; Hosser & Greve, 2002).
- Selbstauskünfte können nicht nur aus strategischen Gründen (soziale Erwünschtheit) verfälscht sein. Sie haben eine aktualgenetische und ontogenetische Geschichte und spiegeln Erwartungen und Hoffnungen bezogen auf die persönliche Zukunft wieder (Greve, 2002). Neue Erfahrungen im Therapieprozess haben vielleicht zu neuen Entwürfen eines „possible self“ geführt (s. Greve, 2012), die in den Selbstauskünften zum Ausdruck kommen, ohne dass hier bereits von stabilen Veränderungen gesprochen werden kann.
- Allgemeine Persönlichkeitsmaße wie das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) oder dem Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF) eignen sich zur Erforschung behandlungsinduzierter Veränderungen kriminogener Merkmale wahrscheinlich schon deshalb nicht, weil sie zur Messung stabiler Persönlichkeitsmerkmale konstruiert worden sind und deshalb für Veränderungsmessungen nicht besonders geeignet erscheinen.
- Einige Subskalen von Persönlichkeitsfragebögen sind offensichtlich nicht kriminalitätsrelevant i. S. der RNR-Prinzipien (z. B. Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen),
- Kriminogene Faktoren i. S. der RNR-Prinzipien werden durch Persönlichkeitsfragebogen (z. B. antisoziale Kognitionen, Opferempathie, Problemlösefertigkeiten) kaum oder gar nicht erfasst.

Aus den genannten Gründen erscheint es sinnvoll, sich auf die Erhebung von Maßen zu konzentrieren, die spezielle dynamische Risikofaktoren erfassen. Bei Selbsteinschätzungen sollte die Durchschaubarkeit der Items berücksichtigt werden, und sie sollten durch standardisierte Fremdeinschätzungen durch das Personal ergänzt werden. Es ist ein multimodales Vorgehen zu favorisieren, bei dem Selbst- und Fremdbenachrichtungen mit impliziten Maßen und verhaltensnahen Testverfahren kombiniert werden (Schwedler & Schmucker, 2012).

Eine Untersuchung deliktrelevanter Veränderungen bei Sexualstraftätern durch Teilnahme am Sex Offender Treatment Programme (SOTP) in der sozialtherapeutischen Teilanstalt Berlin Tegel haben Habermann, Briken und Berner

(2007) durchgeführt. Sie verwendeten dazu Fragebogen, die das Hamburger Forscherteam ins Deutsche übersetzt hat (Fuchs et al., 2000). Die Untersuchung ist für die eigene Evaluation des BPS vor allem deshalb von Bedeutung, weil ein Teil der dort verwendeten Fragebogen dabei eingesetzt worden ist, um Veränderungen von kognitiven Verzerrungen zu erfassen und weil deshalb Vergleiche möglich sind. Es handelt sich um die Fragebögen „Einstellungen und Ansichten“ und „Einstellungen zur Sexualstraftat“ (s. Kap. 5.4).

Signifikante Reduzierungen kognitiver Verzerrungen zeigten sich in der Berliner Untersuchung bei zwei der missbrauchsspezifischen Skalen („Besondere Fähigkeiten im Umgang mit Kindern haben“ und „Kinder wissen über Sex Bescheid“) und einer vergewaltigungsspezifischen Skala („Frauen sind hinterlistig“). Bei den Leugnungstendenzen zeigten sich bis auf die Skala „Leugnung der Wiederholungsgefahr“ erwünschte signifikante Reduzierungen.

Die Autoren folgern nach den vorläufigen Ergebnissen, dass es bei den meisten Sexualstraftätern zu einem messbaren Abbau deliktspezifischer dysfunktionaler Denkschemata („kognitive Verzerrungen“), einem Rückgang deliktbezogener Leugnungs- und Bagatellisierungstendenzen, einer Zunahme des Wissens über negative Folgen der Sexualstraftat für das Opfer, einem Anstieg der Fähigkeiten, individuelle Risikosituationen zu erkennen und zu bewältigen und zu einer realistischeren Selbsteinschätzung des Rückfallrisikos gekommen sei und interpretieren dies als Behandlungserfolg. Einige Behandlungsziele konnten offenbar nicht erreicht werden. Es zeigten sich keine Reduzierung von Vergewaltigungsmysen, kein Anstieg von Offenheit gegenüber Männern und Frauen, keine Verbesserung in der Einstellung, Anspruch auf Sex zu haben. Besonders haben offenbar Täter mit ungünstigen Eingangswerten profitiert.

Als methodische Schlussfolgerung führen die Autoren aus, dass sich das verwendete Instrumentarium offenbar für prozessdiagnostische Verlaufsmessungen eignet. Die Autoren geben der Hoffnung Ausdruck, dass Erfahrungen mit weiteren Stichproben Modifikationen der Instrumente ermöglichen, so dass Standardverfahren mit hinreichender Verlässlichkeit zur Beurteilung von Therapieerfolgen entwickelt werden können. Z. Z. erscheinen sie für eine Routineanwendung noch zu aufwändig.

## 4. Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)

### 4.1. Entwicklung des BPS

In Erwartung des „Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ (Januar 1998) hat das niedersächsische Justizministerium zunächst eine Schätzung vorgenommen, wie groß der zusätzliche Bedarf an Behandlungsplätzen in sozialtherapeutischen Einrichtungen sein wird, welche Anforderungen an die Diagnostik und Prognostik und welche neuen Behandlungsmethoden erforderlich sind (Rehder et al., 1998; Wischka, 2000a, **2000b**). Eine Arbeitsgruppe wurde mit dem Auftrag ausgestattet, für den niedersächsischen Justizvollzug ein Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter zu entwickeln, das dem Stand der internationalen Forschung entspricht und das sich sowohl für die sozialtherapeutischen Einrichtungen als Baustein im Konzept der Integrativen Sozialtherapie als auch für den Normalvollzug als alleiniges Angebot eignet, wenn die Vollzugsdauer für eine Sozialtherapie zu kurz ist oder eine weniger intensive Maßnahme ausreichend erscheint. Der Verfasser wurde mit der Leitung dieser Arbeitsgruppe beauftragt. So ist das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) entstanden, das seit 2000 im niedersächsischen Justizvollzug eingesetzt wird und das sich später über die Landesgrenzen hinaus verbreitet hat (Wischka, Foppe, Griepenburg, Nuhn-Naber & Rehder, 2000).

Ein Behandlungsprogramm, das – wie das BPS – in Gruppen eingesetzt wird, steht zwangsläufig vor dem Problem, nicht allen Defiziten, Störungen, Kompetenzen oder kriminogenen Bedürfnissen gerecht werden zu können und reduziert die Möglichkeiten, Teilnehmer individuell entsprechend ihrer Gruppenfähigkeiten, ihrer kognitiven Kompetenzen oder ihrer Behandlungsmotivation und Einsichten in die eigene Verantwortlichkeit anzusprechen. Bei einem nicht unbeträchtlichen Anteil inhaftierter Sexualstraftäter spielen nicht (nur) deviante Sexualpräferenzen (Paraphilien) eine tatsächliche Rolle, sondern dissoziale Verhaltensweisen, Grenzverletzungen verschiedener Art oder defizitäre soziale Kompetenzen. Andere Täter leugnen oder bagatellisieren ihre Straftaten in einem Ausmaß, dass sie (noch) nicht in der Lage sind, eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Delikt einzugehen. Ursachen dafür können nicht nur extreme kognitive Verzerrungen, sondern auch die Vermeidung von extremen Schuld- und Schamgefühlen und der mit dem Eingeständnis verbundenen persönlichen Krisen sein. Manchmal gibt es ein stabiles System, in das Angehörige oder auch Tatopfer eingebunden sind, das Tateingeständnisse nicht zulässt.

## 4.2 Konzeption des BPS

Den genannten Schwierigkeiten wurde im Programmaufbau und -ablauf dadurch versucht zu begegnen, dass eine zweiteilige Vorgehensweise gewählt wurde. Dieser Aufbau folgt der Erkenntnis, dass es bei Sexualstraftätern Behandlungsziele gibt, die grundsätzlicher sind und einen vorbereitenden Charakter haben und dass es Behandlungsziele gibt, die unmittelbar das Deliktgeschehen und Maßnahmen zur künftigen Vermeidung aufgreifen. Berichte aus der klinischen Praxis unterstützen diese Auffassung (z. B. Perkins et al., 1998).

Das BPS besteht somit aus einem deliktunspezifischen Teil (ca. 33 Gruppensitzungen) und einem deliktspezifischen Teil (ca. 58 Sitzungen). Die Sitzungen dauern 1 ½ Stunden. Die Konzeption geht von 8 Gruppenteilnehmern und 2 Gruppenleitern aus (Tab. 1). Eine zusammenfassende Beschreibung des Programmablaufs und der einzelnen Einheiten findet sich bei Rehder, Wischka und Foppe (2013), Wischka (2004a; 2004b; 2004d; 2004e; 2005b, 2006, 2009a, 2010, 2011, 2012a, 2013b, 2013c), Wischka et al. (2001).

Tab. 2: Die Programmeinheiten des BPS

Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)					
<b>Teil U</b>  <b>Delikt- unspezi- fischer Teil</b>	01	Einführungssitzung	<b>Teil S</b>  <b>Delikt- spezifi- scher Teil</b>	01	Einführungssitzung
	02	Gesprächsverhalten		02	Persönliche Lebensgeschichte
	03	Selbst- und Fremdwahrnehmung		03	Kognitive Verzerrungen
	04	Rückmeldung geben und empfangen		04	Stufen der Begehung von Sexualstraftaten
	05	Wahrnehmung von Gefühlen		05	Scheinbar belanglose Entscheidungen
	06	Kontakt- und Kommunikationstraining		06	Risikosituationen
	07	Moralisches Handeln und Empathie		07	Das Problem der unmittelbaren Befriedigung
	08	Geschlechtsrollen		08	Kontrolle sexueller Fantasien
	09	Stressmanagement		09	Ablauf der Straftat (Deliktszenario)
	10	Suchtmittelkontrolle		10	Opfer-Empathie
	11	Menschliches Sexualverhalten		11	Rückfallprävention
	12	Abschlusssitzung		12	Abschlusssitzung

Eine erste Programmversion wurde 2000 veröffentlicht (Wischka et al., 2000). Gleichzeitig fanden die ersten Fortbildungsmaßnahmen für Angehörige des niedersächsischen Justizvollzugs statt. Eine überarbeitete Fassung erfolgte 2004 (Wischka et al., 2004). Eine erneute, sowohl inhaltlich als auch im didaktischen Aufbau revidierte Fassung, das BPS-R, wurde gerade fertiggestellt (Wischka, Rehder & Foppe, 2012). In Vorbereitung ist auch ein Ergänzungsmaterial für minderbegabte Sexualstraftäter (Löhr & Wenzlaw, 2013).

### 4.3 Erfahrungen mit dem BPS

Durch rege Nachfrage wurde das BPS einem erweiterten Anwenderkreis zugänglich gemacht und setzte sich bundesweit schnell durch: Nach einer für das Bundesministerium der Justiz durchgeführten Untersuchung von Spöhr (2009) ist es inzwischen in der BRD „...das deutlich am häufigsten vertretene Sexualstraftäterprogramm in den sozialtherapeutischen Einrichtungen“ (S. 96). Das Programm kommt z. T. auch im nicht-sozialtherapeutischen Strafvollzug zur Anwendung und wird vermehrt im Maßregelvollzug und auch ambulant in der Bewährungshilfe eingesetzt. Das Behandlungskonzept und bisherige Praxiserfahrungen wurden fortlaufend und mit verschiedenen Schwerpunkten veröffentlicht (Foppe, 2012; Löhr, 2005; Nuhn-Naber, Rehder & Wischka, **2002**; Stiller & Schübler, 2005; Wischka, 2000a; **2000b**; 2004a; 2004b; **2004c**; **2004d**; **2004e**; **2005b**; **2006**; 2011; **2013b**; **2013c**; **2013d**; Wischka et al., **2001**; Rehder, Wischka, & Foppe, **2013**). Durch Kooperationen zwischen dem niedersächsischen und dem polnischen Justizvollzug bestanden auch Gelegenheiten, Sozialtherapie und das BPS in Polen (Krakau, Olszanica, Zakopane) Fachleuten bekannt zu machen (Wischka, 2009a, 2010).

Der Stellenwert des BPS für die Behandlung von Sexualstraftätern in der BRD wird auch durch inzwischen vorliegenden Sachstandsberichte (Spöhr, 2009; Wößner, 2002) und Dissertationen (Manzinger, 2010; Morawietz, 2012) deutlich.

Eine selbst durchgeführte Befragung von Praktikern bestätigte dem Programm eine gute Praxistauglichkeit. Es wird offenbar von den Teilnehmern gut angenommen, ist relativ leicht erlernbar, hat im Gesamtkonzept der Therapieeinrichtung überwiegend einen hohen Stellenwert, erleichtert eher die ergänzende Anwendung anderer Behandlungsmaßnahmen und führt nach Einschätzung der Befragten zu positiven Veränderungen bei den Teilnehmern (s. Rehder, Wischka & Foppe, **2013**).

## 5. Evaluation des BPS

### 5.1 Forschungsprobleme

Auf Studien zur Wirksamkeit der Behandlung von Sexualstraftätern wurde in Kap. 3.1 eingegangen. Daran, dass Rückfälle von Sexualstraftätern deutlich reduziert werden können, insbesondere wenn kognitiv-behaviorale Methoden eingesetzt und die RNR-Prinzipien berücksichtigt werden, kann es keinen Zweifel mehr geben.

Nachweise der Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen für Sexualstraftäter sind auch aus kriminalpolitischen Erwägungen zur Versachlichung der Diskussion und zur Unterstützung rationaler Entscheidungen geboten. Aus den bereits genannten rechtlichen Rahmenbedingungen und den Behandlungskonzepten einer sozialtherapeutischen Einrichtung werden aber folgende Forschungsprobleme deutlich:

1. Liegen bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich des Deliktes, der zur Verfügung stehenden Haftzeit und der Indikation für die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung vor, wird jeder Sexualstraftäter in eine entsprechende Einrichtung verlegt. Das bedeutet, dass keine unbehandelten Kontrollgruppen entsprechend dem Forschungsideal eines randomisierten Kontrollgruppendesigns (RCT) zu Vergleichen herangezogen werden können.
2. Zieht man Sexualstraftäter zu Vergleichszwecken heran, die noch keine (Wartegruppe) oder andere Behandlungsmaßnahmen erfahren haben, kann man leicht systematischen Fehlern unterliegen. Wartegruppen werden überwiegend aus Tätern bestehen, die noch nicht die zeitlichen Voraussetzungen für eine Sozialtherapie erfüllen, haben somit längere Freiheitsstrafen oder sind zu lebenslanger Haft oder/und Sicherungsverwahrung verurteilt. Die Deliktsschwere ist in der Regel höher. Ebenfalls ist mit gravierenderen Persönlichkeitsstörungen und höheren Psychopathieausprägungen zu rechnen. Werden Täter in Vergleiche einbezogen, bei denen die Indikation für eine Sozialtherapie nicht gestellt worden ist, weil die sprachlichen oder intellektuellen Voraussetzungen nicht vorgelegen haben, weil Suchtprobleme oder eine psychiatrische Störung im Vordergrund standen oder weil Sicherheitsgründe oder eine massiv und dauerhaft bestehende behandlungsablehnende Haltung bestanden hat, sind gefundene Unterschiede ebenfalls nicht leicht interpretierbar. Gleiches gilt für Gruppen, bei denen die Feststellung getroffen worden ist, dass niederschwellige Maßnahmen im Normalvollzug ausreichen.
3. Wird eine Behandlungsmaßnahme wie das BPS im Rahmen eines integrativen Gesamtkonzepts eingesetzt – und das ist i. d. R. der Fall – wird bezogen auf die Rückfälligkeit nur die Untersuchung der Effekte des Gesamtprogramms möglich sein, weil sich im Idealfall alle Maßnahmen ergänzen. Teil-

weise werden in verschiedenen Therapieangeboten auch gleiche Ziele mit unterschiedlichen Methoden verfolgt. Hinzu kommt der Effekt „unsystematischer Interventionen“, wie problembezogene Einzelgespräche oder Gespräche ohne besonderen Anlass sowie Beziehungserfahrungen, Einflüsse durch Arbeit, schulische und berufliche Ausbildung, Sport und Freizeitmaßnahmen, Einflüsse durch Kontakte zu Personen außerhalb der Einrichtung, Auswirkungen von Vollzugslockerungen (Ausgang, mehrtägige Beurlaubungen, Aufnahme eines freien Beschäftigungsverhältnisses oder Bildungsmaßnahmen außerhalb der Anstalt), oder durch Entlassungsvorbereitungen. Eine empirische Kontrolle aller Störvariablen erscheint unmöglich (Spöhr, 2009; Suhling, 2013; Endrass, Rossegger & Braunschweig, 2012).

Das wichtigste Erfolgskriterium für eine Behandlung, die Rückfälligkeit bzw. Legalbewährung, kann unter diesen Bedingungen nicht auf eine einzige Behandlungsmethode innerhalb eines integrativen Gesamtkonzepts, wie in der Sozialtherapie und auch im Maßregelvollzug üblich, zurückgeführt werden. Auch bei quasi-experimentellen Untersuchungsdesigns, deren Stichproben retrospektiv zusammengestellt werden, ist es aus den genannten Gründen schwierig, vergleichbare Stichproben zu erhalten.

Interpretationsschwierigkeiten entgeht der Forscher allerdings auch nicht, wenn ein Kontrollgruppendesign zur Anwendung kommt und die Legalbewährung als Erfolgskriterium verwendet wird. Dass die Kriminalitätsbilanz nicht bedenkenlos kausal interpretiert werden kann, ergibt sich schon aus dem üblicherweise großen Katamnesezeitraum. Vergehen fünf Jahre nach Abschluss der Maßnahme (Entlassung) und Auswertung der Bundeszentralregisterauszüge (BZR), dann hat es natürlich auch Einflüsse durch Nachsorgemaßnahmen, durch die sozioökonomische Situation, durch berufliche Tätigkeiten, durch soziale Beziehungen (Partnerschaften, Freunde, Kollegen) u.a. gegeben, die in ihrer Wirkung berücksichtigt werden müssten. Oberfell-Fuchs und Wulf (2008) ziehen daraus den – sicher zu weit gehenden – Schluss, dass auf die Erhebung von Rückfallzahlen verzichtet werden sollte (zur Diskussion s. Suhling, 2009).

Die unter methodischen Aspekten immer wieder gelobte Studie des Freiburger Max-Planck-Instituts zur Effektivität der Sozialtherapie in Nordrhein-Westfalen (Ortmann, 2002) war zu Zeiten möglich, als nicht genügend Behandlungsplätze in sozialtherapeutischen Einrichtungen zur Verfügung standen und die Verlegung gem. § 9 StVollzG (a. F.) die Zustimmung des Gefangenen und des Leiters der Einrichtung verlangte. Die genauere Analyse der Ergebnisse, die zunächst als „Null-Effekt“ veröffentlicht wurde, zeigte aber bereits damals Schwierigkeiten des Untersuchungsdesigns auf. Sowohl die Zuweisung in Behandlungs- und Kontrollgruppe und der Umstand, dass auch die „Kontrollgruppe“ in nicht unerheblichem Umfang Behandlungsangebote erhalten hat, führen zu dem Schluss, dass es sich nicht um eine „echte“ Kontrollgruppe ohne Behand-

lung gehandelt hat. Die nicht vorhandenen Unterschiede bzgl. der Rückfallquoten beruhten außerdem zunächst auf selbst berichteter Delinquenz und wurden umso größer (zugunsten der Klienten der Sozialtherapie), je größer der Katamnesezeitraum wurde und wenn Eintragungen im Bundeszentralregister ausgewertet wurden.

Es erscheint nicht nur unter Berücksichtigung der dargestellten methodischen Probleme wichtig, sich nicht auf die Erhebung von Rückfallquoten zu beschränken, sondern auch zu untersuchen, ob sich bei der Durchführung von Behandlungsmaßnahmen, Veränderungen in Einstellungen, Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmalen zeigen, die nachvollziehbar und empirisch belegbar mit der Rückfälligkeit in einem Zusammenhang stehen (s. Kap. 3.3).

## **5.2 Eigene Untersuchung**

Die eigenen Untersuchungen zur Einschätzung der Wirksamkeit des BPS verfolgt deshalb das Ziel, Veränderungen in Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmalen sichtbar zu machen, die nach dem Forschungsstand mit Rückfälligkeit in einem Zusammenhang stehen könnten.

Verwendet werden sowohl standardisierte Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen als auch Verfahren, die direkt zur Messung von Veränderungen bei Sexualstraftätern entwickelt worden sind. Berichtet werden Prä-Post-Messungen und es werden Vergleiche zwischen verschiedenen Tätergruppen sowie zwischen Sexualstraftätern und nicht-kriminellen Personen angestellt. Darauf, dass die Eignung von Persönlichkeitsfragbögen fraglich ist, die in erster Linie dafür konstruiert worden sind, stabile Persönlichkeitsmerkmale zu messen, wurde in Kap. 3.3 bereits eingegangen.

## **5.3 Untersuchte Stichproben und erhobene Daten**

Untersucht wurden 320 Sexualstraftäter, die am BPS teilgenommen haben. Die Daten wurden teilweise in der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Lingen erhoben (N = 149). Zum anderen Teil stammen sie aus anderen Einrichtungen (N = 171). Von den Teilnehmern waren 66 (20,6 %) in einer üblichen Justizvollzugsanstalt, 215 (67,2%) in einer sozialtherapeutischen Anstalt für erwachsene Männer, 25 (7,8%) in einer sozialtherapeutischen Abteilung für Jugendliche und 14 (4,4 %) im Maßregelvollzug untergebracht. Die Daten waren anonymisiert zur Verfügung gestellt worden.

Die untersuchten Sexualstraftäter waren Inzesttäter (N = 79), Missbrauchstäter mit Opfern außerhalb der Familie (N = 69), sowie Täter, die Vergewaltigungen



oder sexuelle Nötigungen begangen haben (N = 83). Bei 79 war die Art des Sexualdelikts nicht bekannt. Die Probanden waren überwiegend Deutsche (225), davon 4 mit Migrationshintergrund. Eine andere nationale Herkunft hatten 9 der Teilnehmer. Bei 87 Teilnehmern fehlte die Angabe.

Die Datensätze, die für Prä-Post-Messungen zur Verfügung standen, waren zu einem großen Teil unvollständig, so dass für Mittelwertvergleiche (T-Test bei gepaarten Stichproben) nur kleinere Gruppen verwertet werden konnten.

Zum Vergleich einiger Daten stand eine kleine Gruppe von Straftätern zur Verfügung, die nicht wegen Sexualdelikten verurteilt waren (N = 21; überwiegend Gewaltdelikte). Einige Daten wurden auch mit nicht-inhaftierten Personen verglichen: weibliche (N = 105) und männliche (N = 131) Fachkräfte, die an Ausbildungsseminaren zum BPS teilgenommen haben (überwiegend Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte, allgemeiner Vollzugsdienst, Pflegedienst).

Die Datensätze der untersuchten Sexualstraftäter bestehen aus

1. Grunddaten (Alter, Familienstand, derzeitige partnerschaftliche Bindungen, Zahl der Kinder, Staatsangehörigkeit, schulische und berufliche Bildung, Art des Sexualdelikts, andere Delikte, Geschlecht und Alter der Opfer, Haftzeit und Vorstrafen),
2. *Kognitive Fähigkeiten*: die Standard Progressive Matrices (SPM; Bulheller & Häcker, 1998), der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B; Lehrl, 1993),
3. *Risikobestimmung*: ein Algorithmus nach Fisher und Thornton (1993; Beech, Fisher & Beckett, 1998, Appendix F), die Psychopathy Cecklist von Hare (1991) in der Screening Version, (PCL:SV; Hart et al., 1995); das Manual Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, 1997) und das Verfahren zur Bestimmung Rückfallrisiko für Sexualstraftäter (RRS; Rehder & Suhling, 2006),
4. *Veränderungsmessungen*: der 16 Persönlichkeits-Faktoren-Test, revidierte Fassung (16 PF-R; Schneewind & Graf, 1998), Gießen-Test (GT-S; Beckmann, Brähler & Richter, 1983), der Opinions Questionnaire (OP; SOTP-Team, 1999; deutsch von Fuchs et al., 2000), Opferbrief.

Teilweise wurden Daten verwendet, die im Rahmen der Behandlungsuntersuchung erhoben worden sind (zumeist in einer zentralen Einweisungsanstalt). Drei Testreihen folgten vor dem BPS (16 PF-R, GT-S, OP, Opferbrief), nach Teil U (16 PF-R, GT-S) und nach Abschluss des Behandlungsprogramms (GT-S, OP, Opferbrief).

*Prognoseinstrumente*: Beim Einsatz der Prognoseinstrumente interessierte auch die Frage, ob sich ein so einfaches Verfahren wie der aus nur vier statischen prognoserelevanten Risikofaktoren bestehende Algorithmus von Fisher und Thornton (1993; Vorverurteilung wegen Sexualstraftaten jeder Art, vier oder

mehr Vorverurteilungen jeder Deliktart, aktuelle oder frühere Verurteilung wegen nicht-sexueller Gewalt, Verurteilung wegen Sexualstraftaten gegen drei oder mehr verschiedene Opfer) für eine Risikobestimmung eignet. Da das BPS auch zum Einsatz im normalen Strafvollzug entwickelt wurde und hier nicht überall die inzwischen international gebräuchlichen Prognoseinstrumente (wie PCL-R, PCL:SV und SVR-20) verwendet werden, sollte zumindest eine grobe Risikoklassifizierung möglich sein, um die behandelte Gruppe beschreiben und die Behandlungsergebnisse interpretieren zu können. Das Verfahren zur Bestimmung von Rückfallgefahr und Behandlungsnotwendigkeit (RRS) ist ein im niedersächsischen Justizvollzug anhand einer Stichprobe haftentlassener erwachsener Sexualstraftäter entwickeltes Verfahren, das auch zwischen der Prognose eines erneuten Sexualdelikts und der Prognose einer erneuten Wiederinhaftierung (auch wegen anderer Delikte) differenziert.

Die revidierte Form des *16 Persönlichkeits-Faktoren-Tests* (16 PF-R) ist ein multiple-choice Persönlichkeits-Fragebogen der über mehrere Forschungsdekaden entwickelt wurde. Der Fragebogen misst 16 Primärfaktoren und fünf globale Faktoren. Die globalen Faktoren korrelieren hoch mit den sogenannten „Big Five“, die im Zusammenhang mit der Achse II Störungen des DSM IV stehen. Da hier relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale gemessen werden, ist der Einsatz zur Veränderungsmessung allerdings kritisch zu beurteilen (Schwedler & Schmucker, 2012).

Im *Gießen-Test* (GT-S) wird dem Probanden die Möglichkeit gegeben, von sich ein Selbstbild zu entwerfen, in dem er seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehungen beschreibt. Die erhobenen Merkmale sind für die Binnenstruktur und die psychosozialen Beziehungen bedeutsam. Erfasst werden Faktoren, die für die Bezugsgruppe und die angestrebten Behandlungsziele bedeutsam sind: Selbsteinschätzung zum Kontaktverhalten und zur sozialen Resonanz, Aggressionsneigungen und „soziale Potenz“ im psychoanalytischen Verständnis genitaler Reife.

Beim *Opinions Questionnaire* (OP) handelt sich um ein Verfahren zur Erfassung von Erfahrungen, Gefühlen und Einstellungen zur Sexualität. Es ist in England für das Sex Offender Treatment Programme (SOTP) konstruiert worden. Die hier verwendete deutsche Übersetzung im *Fragebogen zu Einstellungen / Ansichten* ist in Hamburg in Zusammenarbeit zwischen der Abteilung für Sexualforschung im Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf und der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg entstanden. In Deutschland wurde das Verfahren zur Evaluation des SOTP in Berlin eingesetzt (Habermann, Briken & Berner 2007). Eine Skala des OP, „Sex With Children is Acceptable“ (SWCH) wurde später von Mann et al. (2007) weiter entwickelt.

*Opferbrief:* Die Teilnehmer des BPS erhalten zu Beginn die Aufgabe, einen Brief an das Tatopfer schreiben. Dazu werden bestimmte Instruktionen über die im Brief zu behandelnden Themen gegeben. Der Brief wird nicht versendet. Nach dem BPS wird die Aufgabe wiederholt. Zur Auswertung der Briefe hat der Verfasser eine Ratingskala entwickelt, mit der deliktrelevante Einstellungen eingeschätzt werden, die in den Texten zum Ausdruck kommen (s. Abb. 2). Die vorliegenden Briefe wurden von Fachkräften bewertet, die über die mit diesen Items verbundenen theoretischen Konzepten informiert waren (BPS-Praktiker und Fortbildungsteilnehmer gegen Ende ihrer Ausbildung). Die Verfasser der Briefe waren ihnen nicht persönlich bekannt und es war auch nicht angegeben, ob es sich um einen ersten oder zweiten Opferbrief handelte.

## 5.4 Ergebnisse

Von den Befunden sind einige zunächst deskriptiv veröffentlicht worden (Wischka, 2009a, 2010, **2012a**, **2013c**, Rehder, Wischka & Foppe, **2013**). Genauere Analysen und Signifikanzberechnungen konnten auf der 12. Internationalen Konferenz der International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO) im September 2012 in Berlin vorgetragen und später in überarbeiteter Form veröffentlicht werden (Wischka, **2013b**). Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt.

**Prognoseverfahren:** Die Korrelationen zwischen den verschiedenen Prognoseverfahren (PCL:SV, SVR-20, RRS) waren erwartungsgemäß hoch. Auch zwischen dem Algorithmus nach Fisher und Thornton (1993) und den übrigen Prognoseverfahren zeigen sich hochsignifikante statistische Zusammenhänge. Die Eignung als grobes Verfahren zur Klassifizierung von Sexualstraftätern erscheint damit bestätigt.

**Persönlichkeitsfaktoren:** Da mit dem 16 PF-R unterschiedliche Zeiträume miteinander verglichen werden konnten (Behandlungsuntersuchung bis zum Beginn des BPS und Beginn des BPS bis zum Abschluss des U-Teils) waren die gefundenen Unterschiede bedeutsam. Im ersten Zeitraum (keine oder wenige Behandlungseinflüsse) zeigten sich signifikante negative Veränderungen (Wärme, Empfindsamkeit, Offenheit für Veränderungen). Wärme ist assoziiert mit Interesse an anderen Menschen, Suche nach Nähe, Gefühlsorientiertheit oder Empathie. Empfindsamkeit weist auf Sensibilität, Interesse an Geschmack und Ästhetik und auf Sentimentalität hin. Der Faktor Offenheit für Veränderung misst die Aufgeschlossenheit für neue Erfahrungen und Veränderungen. Dieser Befund stimmt mit den in Kap. 2.3 genannten Untersuchungen überein, dass – dort bezogen auf die Rückfälligkeit – von der Inhaftierung allein keine günstigen Effekte ausgehen, sondern eher Prisonierungseffekte (Hosser, 2008) zu erwarten sind.

Nach absolviertem U-Teil waren die gemessenen Veränderungen dagegen in vielen Skalen signifikant positiv. Eine hochsignifikante Zunahme zeigte sich in emotionaler Stabilität, Regelbewusstsein, sozialer Kompetenz, Extraversion, Unabhängigkeit und Unnachgiebigkeit. Hochsignifikant verringert waren die Werte für Wachsamkeit, Abgehobenheit, Privatheit, Besorgtheit, Selbstgenügsamkeit und Anspannung. Auf dem 1 %-Niveau signifikant war die Reduzierung von Ängstlichkeit und eine Zunahme von Selbstkontrolle.

Nach den Messungen im Gießen-Test (GT-S) vor Beginn des BPS und nach Abschluss des Programms hatten die Teilnehmer mehr Zutrauen, in der Interaktion mit der sozialen Umwelt gut anzukommen, zeigten eine deutlich weniger depressiv getönte Grundstimmung, waren weniger verschlossen und erlebten sich weniger befangen im heterosexuellen Kontakt. Die Unterschiede sind hochsignifikant (Wischka, 2013b).

**Deliktrelevante Einstellungen:** Die Untersuchungsbefunde bestätigen zunächst eine grundlegende Annahme des kognitiv-behavioralen Ansatzes, nämlich dass sich Sexualstraftäter hinsichtlich ihrer kognitiven Schemata und in der Wahrnehmung der von potenziellen Sexualpartnern ausgehenden Stimuli deutlich unterscheiden. Weibliche und männliche Angehörige des Behandlungspersonals, aber auch Straftäter, die nicht wegen Sexualdelikten verurteilt sind, glauben deutlich weniger als Sexualstraftäter, dass Kinder sexuell erfahren sind, dass Sex Kindern nicht schadet, dass Sex mit Kindern in Ordnung ist und sie glauben nicht im gleichen Ausmaß an Vergewaltigungsmythen. Dabei neigen Missbrauchstäter, insbes. jene mit außerfamiliären Opfern, am deutlichsten zu kognitiven Verzerrungen hinsichtlich kindlicher Sexualität und Vergewaltigungstäter deutlich mehr zu Vergewaltigungsmythen als die anderen Sexualdeliktgruppen. In der Einstellung, dass Frauen hinterlistig sind, ähneln andere Täter (überwiegend Gewaltstraftäter) allerdings den Sexualstraftätern, was damit erklärbar ist, dass hier häufig negative Beziehungserfahrungen und damit in Zusammenhang stehende Gewalttätigkeiten auch gegenüber Frauen vorfindbar sind.

Nach den Befunden reduzieren sich deliktfördernde Einstellungen der Sexualstraftäter nach Durchführung des BPS signifikant. Die Ergebnisse bestätigen die von Habermann, Briken und Berner (2007) nach Durchführung des SOTP gefundenen Einstellungsverbesserungen, sind aber deutlicher ausgeprägt (Tab. 3).

**Tab. 3:** Veränderungen in Einstellungen und Ansichten (*Opinions Questionnaire, OP*) zwischen Beginn des BPS (T 1) und nach Beendigung (T 2), T-Test bei gepaarten Stichproben; aus Wischka **2013b**, S. 143).

Opinions Questionnaire (OP)	Mittelwert T1	s	Mittelwert T2	s	N	T	Sig. (2-seitig)
CHSK Umgang mit Kindern	14,85	4,58	12,44	5,13	145	6,096	,001***
SEXC Kinder sind sexuell erfahren	9,28	6,59	5,41	5,62	145	8,804	,001***
HARM Sex schadet Kindern nicht	1,14	1,93	,49	1,48	145	4,530	,001***
SWCH Sex m. Kindern ist in Ordnung	5,83	7,89	2,70	5,41	145	6,432	,001***
DECT Frauen sind hinterlistig	8,15	3,39	6,68	3,61	145	5,209	,001***
RAPE Vergewaltigungsmythen	12,01	6,63	8,75	5,43	138	6,234	,001***
SEX Anrecht auf Sex	10,71	4,43	9,25	4,02	138	3,956	,001***
OPM Offenheit gegenüber Männern	20,02	5,29	21,22	5,07	138	-2,727	,007**
OPWO Offenheit gegenüber Frauen	21,64	5,93	21,82	5,58	138	-,430	,668
ECWC Emotionale Nähe zu Kindern	9,54	6,44	7,56	5,88	138	3,858	,001***

\*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Ein damit übereinstimmender Befund zeigt sich in der Auswertung der Opferbriefe vor und nach dem BPS. Unabhängige Rater fanden im 2. Opferbrief eine durchschnittlich deutlich selbstkritischere Einstellung zum eigenen Sexualdelikt, mehr Verantwortungsübernahme, mehr Einsichten in das Deliktgeschehen und in die Opferperspektive (Tab. 4; s. Wischka, 2013b; S. 144).

**Tab. 4:** Veränderungen im Opferbrief zwischen Beginn des BPS (T 1) und nach Beendigung des BPS (T 2), T-Test bei gepaarten Stichproben.

Opferbrief	Mittelwert T1	s	Mittelwert T2	s	N	T	Sig. (2-seitig)
Tateingeständnis	2,39	1,31	3,84	0,85	32	-6,328	,001***
Verantwortungsübernahme	2,07	1,26	3,76	1,02	32	-7,197	,001***
Kognitive Verzerrungen (Abnahme)	1,32	0,95	3,13	0,98	32	-9,561	,001***
Erkennen der Tatentwicklung	1,64	1,19	3,05	1,05	32	-6,384	,001***
Erkennen von Risikosituationen	1,34	0,88	2,67	0,98	32	-6,994	,001***
Opfer-Empathie	1,35	1,04	2,82	1,10	32	-7,772	,001***
Erkennen der Tatfolgen	1,51	1,13	2,88	1,09	32	-6,455	,001***

\*\*\*  $p \leq 0,001$

Ob eine Verbesserung dieser Skalenwerte mit einer verbesserten Legalprognose einhergeht oder ob die positiven Veränderungen auf andere Faktoren zurückzuführen sind, muss weiter untersucht werden (s. Kap. 5.1).

Eingeschränkt wird die Interpretation der Veränderungsbefunde durch den Umstand, dass die Veränderungen nicht mit unbehandelten Kontrollgruppen verglichen werden konnten. Weitere Forschungen erscheinen zur Bestätigung der gefundenen positiven Tendenzen notwendig.

## **6. Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern in einem integrativen Gesamtkonzept: Grenzen und Perspektiven**

### **6.1 Die aktuelle Situation**

Die Rückschau auf die Entwicklungen hinsichtlich der Behandlung im Strafvollzug seit der Eröffnung der ersten sozialtherapeutischen Modellanstalten 1969 zeigt enorme Veränderungen. Fachlich begründete Schätzungen gingen davon aus, dass bei 5,5 % der Haftplätze im Justizvollzug Bedarf der Unterbringung in der Sozialtherapie besteht (Rehn, 2001). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes standen im Jahre 2000 für 60.598 erwachsene und jugendliche Gefangene sowie Sicherungsverwahrte (219) 1.068 Sozialtherapieplätze (1,78 %) zur Verfügung. 2012 waren es für 58.073 (davon 466 Sicherungsverwahrte) 2.351 Behandlungsplätze (4,05 %). Quantitativ hat sich also viel getan. Die Klientel hat sich in dieser Zeit durch die gesetzlichen Schwerpunktverlagerungen auf Sexualstraftäter deutlich verändert. Dazu kommt ein erhöhter Anteil mit schweren Persönlichkeitsstörungen, langen kriminellen Karrieren, negativen Prognosen und geringer Veränderungsmotivation. Auch durch veränderte gesellschaftliche Erwartungen und ihnen folgenden kriminalpolitischen Entscheidungen haben sich die Rahmenbedingungen für die Therapie von Straftätern verändert. Die jüngste Entwicklung ist durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 04.05.2011 eingeleitet worden, das eine therapiegerichtete und freiheitsorientierte Behandlung von Sicherungsverwahrten einfordert. Sozialtherapeutische Einrichtungen erhalten hier einen erhöhten Stellenwert, insbesondere zur Vermeidung der Unterbringung für Gefangene mit angeordneter oder vorbehaltener Sicherungsverwahrung.

Die Insassen sozialtherapeutischer Einrichtungen sind heute auch im Durchschnitt wesentlich älter als in den 70er- und 80er-Jahren. Dies liegt einerseits am demographischen Wandel. Das Durchschnittsalter in der Bevölkerung steigt permanent. Mehr aber sind die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür verantwortlich. Für den Zugang zur Sozialtherapie gibt es keine gesetzlichen Altersgrenzen und die Schwerpunktverlagerung auf Sexualstraftäter hat das Durchschnittsalter auch angehoben. Insbesondere unter den sexuellen Missbrauchstätern sind viele ältere. Wie viele andere sozialtherapeutischen Einrichtungen auch, hatte Bad Gandersheim noch 1992 eine Altersgrenze bis 35 Jahren bei der Aufnahme definiert (Egg & Schmitt, 1993, S. 118). 2012 gehörten nur 30,2 % der Insassen zur Gruppe der 25- bis 40-Jährigen, 18,5 % waren über 50 Jahre, 1997 waren es nur 3,2 %. Das Durchschnittsalter ist damit auch höher geworden als im Normalvollzug (Niemz & Lauwitz, 2012). Bei Sicherungsverwahrten ist die Zahl der älteren noch deutlich höher. 59 % sind 50 Jahre oder älter, davon 19 % sogar mindestens 60 Jahre (Ansorge, 2013).

Therapeutische Ansätze müssen sich auf Besonderheiten älterer Gefangener (altersbedingte körperliche und geistige Abbauprozesse, Behinderungen) und andere Therapieziele einstellen. Es gibt eine Verschiebung von Handlungsressourcen, die proaktiv auf zukünftige Entwicklung ausgerichtet sind, in Richtung von Sinnressourcen, etwa eine Lebensbilanzierung, Erinnerungen an frühere Zeiten, Werte, Ideale, Glaube, Religion (Mößle & Greve, 2007; Mößle, 2013). Ziele wie berufliche Integration haben bei Insassen in der Nähe des Rentenalters keine Bedeutung mehr.

Anders als in der Anfangszeit der Sozialtherapie ist die Praxis heute wesentlich besser auf diese Aufgaben vorbereitet. Wir wissen, welche Methoden wirksam sind und wie eine Institution organisiert werden muss, um rückfallreduzierende Wirkungen zu entfalten. Mit dem Einsatz von kognitiv-behavioralen Gruppenprogrammen wie dem BPS hat sich das Spektrum der Behandlungsmaßnahmen sinnvoll erweitert. Weitere Einflüsse auf die Behandlungskonzepte sind durch neurobiologische Erkenntnisse zu erwarten. Hier hat sich in der letzten Dekade die Forschungslage geradezu explosiv entwickelt.

## **6.2 Behandlung von Sicherungsverwahrten**

Mit seinem Urteil vom 04. Mai 2011 (2 BvR 2365/09) hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass die bestehenden Vorschriften über die Anordnung und Dauer der Sicherungsverwahrung verfassungswidrig sind und die Aufeinanderfolge wenig abgestimmt erscheinender gesetzlicher Regelungen gestoppt. Bund und Länder sind verpflichtet worden, bis zum 31.05.2013 Neuregelungen zu verabschieden. Sehr deutlich hat das BVerfG „sieben Gebote“ formuliert, an denen sich die Gesetzgebung zu orientieren hat:

- ultima-ratio-Prinzip
- Individualisierungs- und Intensivierungsgebot
- Motivierungsgebot
- Trennungsgebot
- Minimierungsgebot
- Rechtsschutz- und Unterstützungsgebot

Sozialtherapie erhält besonders im Rahmen des zweiten und dritten Gebotes einen zentralen Stellenwert. Dem Bund kam dabei die Bedeutung zu, gesetzliche Vorgaben für die konkreten gesetzlichen Regelungen durch die Länder zu regeln. Das „Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung vom 05.12.2012 (BT-Drucks. 689/12) stellt den Stellenwert der Sozialtherapie, insbesondere zur Vermeidung des Vollzugs der Sicherungsverwahrung, heraus.



Der Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten e. V. (2011; 2013b) hatte im Gesetzgebungsverfahren seine Positionen deutlich gemacht (Wischka, 2012b). In der Gesetzesbegründung des Bundesjustizministeriums wird mehrfach auf diese Positionen Bezug genommen. In den Ländergesetzen werden die Vorgaben des Bundesgesetzes aufgegriffen.

Die sozialtherapeutischen Einrichtungen werden stärker als bisher mit der Aufgabe konfrontiert sein, geeignete Maßnahmen zu finden, mit denen Behandlungserfolge erreicht werden können, die eine Unterbringung in der Sicherungsverwahrung entbehrlich machen. Die Einrichtungen, in denen Sicherungsverwahrung vollzogen wird, werden therapeutische Maßnahmen in ihren Konzepten benötigen, die eine Aussetzung der Sicherungsverwahrung möglichst frühzeitig verantwortbar machen und können sich dabei nicht nur an den Konzepten der Sozialtherapie orientieren, weil sie es vielfach mit Straftätern zu tun haben werden, bei denen eine Sozialtherapie gescheitert ist. Motivationsarbeit kommt dabei große Bedeutung zu. Wichtig sind Transparenz der Vorgehensweise und eine klare Organisationsstruktur. Der Stellenwert von Standardmethoden der Sozialtherapie wie Wohngruppenarbeit, kognitiv-behavioraler Gruppentherapie, Deliktbearbeitung oder Maßnahmen zur Empathieförderung erscheinen dagegen relativiert. Grundsätzlich sind aber auch hier die RNR-Prinzipien gültig (Suhling & Wischka, 2013).

### **6.3 Die Bedeutung von Erprobungsräumen und Entlassungsvorbereitungen**

Dass der in quantitativer Hinsicht äußerst positiv zu beurteilende Entwicklungsverlauf der Sozialtherapie im Justizvollzug nicht in jeder Hinsicht auch qualitativ immer positiv verlaufen ist, ist an mehreren Stellen deutlich geworden. Besonders klar hat Rehn (1990, 2002, 2013) immer wieder auf die Gefahr hingewiesen, dass grundlegende Prinzipien der integrativen Sozialtherapie verloren zu gehen drohen, wenn nicht immer wieder darum gerungen wird. Als ehemaliger Leiter der sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg Altengamme und späterer Leiter der Abteilung Vollzugsgestaltung im Strafvollzugsamt der Justizbehörde Hamburg hat er selbst miterleben müssen, wie eine über viele Jahre äußerst erfolgreiche Arbeit in kürzester Zeit politischen Kursänderungen zum Opfer gefallen ist (Rehn, 2008).

Restriktive Tendenzen im Strafvollzug insgesamt und auch in den sozialtherapeutischen Einrichtungen begrenzen den Erfolg therapeutischer Bemühungen. Die Notwendigkeit interner und externer Erprobungsräume lässt sich aus den RNR-Prinzipien sowie aus neurobiologischem und lerntheoretischem Grundwissen begründen. Bei der Veränderung kriminalitätsfördernder Einstellungen oder beim Aufbau sozialer Kompetenzen ist es nicht anders als bei einem Fahr-

schüler, Auszubildenden oder Studenten. Einsichten und Wissen müssen in der Realität auf Praxistauglichkeit geprüft und durch Rückmeldungen und Übung modifiziert und perfektioniert werden. Das ist beim Dachdecker nicht anders als beim Arzt oder eben bei dem zu (Re-)Sozialisierenden. Es ist allerdings zu beobachten, dass diese relativ triviale Voraussetzung für dauerhafte Veränderungen keine genügende Beachtung findet (Wischka, 2011; **2013c**; **2013d**).

Sicherheitserwägungen schränken interne und externe Freiräume ein. Die Lockerungsquote geht im Strafvollzug generell zurück (Dünkel, 2009; Feest & Lesting, 2005). Für die Sozialtherapie ist festzustellen, dass 1997 noch 52,2 % der Insassen (431 von 825) selbständige Lockerungen hatten. 2012 waren es nur noch 19,3 % (398 von 2.057). In absoluten Zahlen haben gegenwärtig noch weniger Klienten der Sozialtherapie Lockerungen als 1997 (vgl. Niemz & Lauwitz, 2012, S. 72 und Egg & Niemz, 2013, S. 11ff). Man kann es so betrachten, dass die gesamte Erweiterung der Behandlungsplätze in diesem Zeitraum zu ungelockerten Insassen geführt hat.

Bei den Sicherheitserwägungen wird häufig nicht genau genug zwischen einer Missbrauchsgefahr nach der Entlassung (Langzeitprognose) und Risiken bei Lockerungsgewährungen unter bestimmten Bedingungen (zeitliche Begrenzung, Weisungen, Begleitpersonen) unterschieden (Wischka, **2013a** § 7 Rdn. 9).

Auch das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 04.05.2011 (2 BvR 2365/09) diese notwendige Einheit von Therapie- und Lockerungsorientierung deutlich herausgestellt. Dass diese Beziehung nicht nur für Sicherungsverwahrte gelten kann, versteht sich eigentlich von selbst. Es wird schwerlich mit dem Abstandsgebot zu begründen sein, dass Freiräume zur Erprobung sozialer Kompetenzen intern und im Rahmen von Vollzugslockerungen vorenthalten werden, obwohl sie therapeutisch notwendig sind und obwohl ein Insasse dafür auch geeignet ist.

Die Entwicklung der Lockerungsquoten führte auch dazu, dass Verlegungen in den offenen Vollzug zurückgehen, dass notwendige Entlassungsvorbereitungen nicht im erforderlichen Ausmaß möglich werden und dass Strafrestaussetzungen zur Bewährung rückläufig sind. 2012 wurden 48 % zum Strafbefehl ohne Aussetzung eines Strafbefehls zur Bewährung entlassen (Niemz & Lauwitz, 2012). 1997 waren es nur 22 % (Schmidt, 1997).

In der sozialtherapeutischen Abteilung Lingen gehörte die Bereitstellung interner und externer Erprobungsmöglichkeiten immer zu einer zentralen Aufgabe. In einem untersuchten Fünfjahreszeitraum (2004 – 2009) konnte hierzu eine positive Bilanz gezogen werden. Von 56 in diesem Zeitraum Entlassenen war keiner am Entlassungstag ungelockert. 64 % wurden nach einem Entlassungs-

urlaub gem. § 105 NJVollzG (bzw. § 124 StVollzG) entlassen. 98 % hatten eine eigene Wohnung, davon 2 % betreut. 67 % waren in einem Arbeitsverhältnis beschäftigt oder befanden sich in einer Umschulungsmaßnahme. 2 % bezogen Rente. Für 29 % hatte am Tag der Entlassung noch kein Arbeitsverhältnis begonnen. Bei dieser Quote ist zu berücksichtigen, dass das Bildungsniveau relativ gering war, denn 22 % hatten keinen Hauptschulabschluss und 38,6 % keinen Beruf erlernt. In den allermeisten Fällen (93 %) war der Kontakt zur Bewährungshilfe oder Führungsaufsicht zum Entlassungszeitpunkt hergestellt. Die Quote der Strafrestaussetzungen zur Bewährung oder (in zwei Fällen) Entlassungen nach 15 Jahren einer lebenslangen Strafe (73 %) war entsprechend hoch (Wischka & Bielenberg, 2009).

#### **6.4 Opferorientierung in der Therapie von Straftätern**

Dass sich Sexual- und Gewaltstraftäter damit auseinander setzen, was sie ihren Tatopfern angetan haben, ist üblicherweise ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Ziel ist dabei vor allem, dass Bagatellisierungen und Schuldverschiebungen im Rechtfertigungssystem verändert werden, um damit die Schwelle zur Begehung weiterer Taten zu erhöhen. Auch im BPS wird darauf viel Wert gelegt. Die Gruppenteilnehmer werden mit Opferschilderungen konfrontiert und müssen selbst die Opferperspektive im Rahmen der Deliktbearbeitung einnehmen (Programmeinheit S 10). Auch andere Programmeinheiten verfolgen das Ziel der Empathieförderung (Foppe, 2012; Rehder, Wischka & Foppe, **2013**; Wischka, **2012a**).

In einem therapeutischen Gesamtkonzept ist aber auch zu berücksichtigen, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil von Sexual- und Gewaltstraftätern selbst sexuellen Missbrauch und körperliche Gewalt erlebt haben. Im Deliktgeschehen sind nicht selten Reinszenierungen eigenen Opfererlebens enthalten. Liegen schwere Traumatisierungen vor (Posttraumatische Belastungsstörung) ist – wenn die Symptomatik nicht verstanden oder unberücksichtigt bleibt – damit zu rechnen, dass sich Verhaltensweisen zeigen, die als „Widerstände“ gegen eine Therapie generell oder speziell gegen die Tataufarbeitung gedeutet werden. Tatrekonstruktionen können als Trigger wirken und Retraumatisierungen aktivieren. In diesen Fällen kann eine kognitiv-behaviorale Vorgehensweise kontraindiziert sein bzw. es müssen durch die (individualtherapeutische) Arbeit an den Traumatisierungen erst die Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Der Kreislauf von Opfer- und Täterschaft und Traumatisierungen der Täters müssen in einem integrativen Gesamtkonzept berücksichtigt werden (Wischka, 2011; Wischka, **2013e**).

## 6.5 Berücksichtigung neurobiologischer Befunde

Die neurobiologische Forschung hat besonders in den letzten zehn Jahren auch zur Beantwortung forensischer Fragestellungen beigetragen. Möglich war dies besonders durch den Fortschritt technischer Entwicklungen bei bildgebenden Verfahren, insbesondere durch funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT). Hirnorganische Besonderheiten, z. B. Volumenreduktionen und Aktivitätsniveaus bestimmter Hirnareale konnten als Korrelate bei Straftätern identifiziert werden (Konicar, Veit & Birbaumer, 2013; Müller, 2010; Saimeh, 2013; Raine, 2013). Für Ursachenforschungen gibt es dabei noch viel Raum. Grundsätzlich besteht bei diesen Forschungsansätzen aber auch die Gefahr, kriminelle Verhaltensweisen als biologisch determiniert anzusehen und daraus vorschnelle „Lösungen“ mit pessimistischem Impetus abzuleiten. Es wird hier – wie bei anderen biosozialen Phänomenen auch, z. B. bei der Intelligenzentwicklung – genauer herauszufinden sein, wie Anlage und Umwelt interagieren.

Bei Sexual- und Gewaltstraftätern ist bei Fragen der Bedeutung neurobiologischer Phänomene für die Entstehung kriminellen Verhaltens und für die Entwicklung von Methoden zur Prävention und Therapie auch zu untersuchen, ob eigene Missbrauchs- und Gewalterfahrungen zu hirneigenen Veränderungen geführt haben und in welchem Zusammenhang sie zur eigenen Kriminalität stehen. Befunde, dass Opfer sexuellen Missbrauchs hirneigenen Veränderungen aufweisen, gibt es inzwischen zahlreich. Weitere Forschungen in diesem Bereich haben auch das Potenzial, Behandlungsmethoden zu entwickeln bzw. in das Repertoire der Methoden einer integrativen Sozialtherapie aufzunehmen, die – ohne Entwicklungserfahrungen und das Deliktgeschehen zu thematisieren – neuronale Wirkungen mit rückfallpräventiven Folgen entfalten (Wischka, 2011; **2013d**; **2013e**; Suhling & Wischka, **2013**).

## 7. Schlussfolgerungen

In dem letzten Vierteljahrhundert, aus dem die im Rahmen dieser Arbeit vorgelegten Veröffentlichungen stammen, haben sich die Bedingungen für die Behandlung von Straftätern allgemein und im Besonderen für die Gruppe der Sexualstraftäter deutlich verändert. Neue gesetzliche Vorgaben haben die Strafvollzugsbehörden zur Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten verpflichtet, was in einem Umfang zu der Ausweitung der sozialtherapeutischen Einrichtungen in der BRD geführt hat, den Praktiker und Forscher in den 70er-Jahren kaum für möglich gehalten hätten. Parallel expandierten auch die Behandlungsplätze im Maßregelvollzug.

Die Behandlungskonzepte und die Erforschung ihrer Wirksamkeit haben zu Erkenntnissen geführt, die keinen Zweifel daran erlauben, dass sich die therapeutische Arbeit mit Straftätern lohnt, d. h. dass sie zum Nutzen der Allgemeinheit Rückfälle in beachtenswertem Umfang reduziert und auch im Hinblick auf Kosten-Nutzen-Erwägungen effizient ist. Es sind außerdem sowohl allgemeine Wirkfaktoren als auch spezielle, auf bestimmte Delikt- oder Störungsbilder bezogene Behandlungsmethoden bekannt, um effektive Behandlungskonzepte entwickeln zu können.

Kognitiv-behavioralen Gruppenprogrammen kommt vor dem Hintergrund des Forschungsstandes für wirksame Behandlungskonzepte ein besonderer Stellenwert zu. Die empirisch belegte Wirksamkeit zur Rückfallreduzierung ist in der internationalen Forschung besonders evident. Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) ist auf der Basis dieses Forschungsstandes entwickelt worden. Rückfalluntersuchungen konnten aus dargestellten Gründen bislang allerdings nicht durchgeführt werden. Das eigene Forschungsprojekt, das das Ziel verfolgte, Veränderungen zu identifizieren, die als Indikatoren für eine Verringerung der Rückfallwahrscheinlichkeit angesehen werden können, kommt zu bestätigenden Befunden. Es konnten mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden signifikante Modifizierungen deliktrelevanter Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale nachgewiesen werden, die allerdings weiterer Bestätigung bedürfen und deren Bedeutung für eine Rückfallreduzierung weiter untersucht werden muss.

Es wird hier auf der Basis der als „Kernprinzipien“ wirksamer Behandlungsmaßnahmen identifizierten Bedingungen (Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip) die Auffassung vertreten, dass es nicht ausreichend ist, Behandlungsmaßnahmen wie das BPS einzusetzen, die auf ein optimales Spektrum kriminogener Bedürfnisse fokussieren. Es ist ebenfalls wichtig, die institutionellen Rahmenbedingungen, in denen diese Maßnahmen stattfinden, so zu gestalten, dass kognitive Veränderungen durch bestätigende Erfahrungen dauerhaft verhaltenswirksam werden. Dazu sind soziale Lernfelder innerhalb und außerhalb

der Institution sowie die Auswahl und Qualifizierung von geeignetem Behandlungspersonal erforderlich, die ein „therapeutisches Milieu“ mit bestätigenden Reaktionen auf prosoziales Verhalten und sozialen Beziehungen gewährleisten. Es ist ebenfalls wichtig, Gruppenbehandlungsmaßnahmen wie das BPS durch individuelle Behandlungsmethoden zu ergänzen, um andere Faktoren, die zur Kriminalität beigetragen haben, z. B. eigene Traumatisierungen, zu bearbeiten. Außerdem sind intensive Entlassungsvorbereitungen und die Etablierung einer wirksamen Nachsorge und von Kriseninterventionsmöglichkeiten erforderlich.

Aus den inzwischen in ca. 15 Jahren andauernden Praxiserfahrungen mit dem BPS sowie aus den hier vorgestellten Evaluationsergebnisse, die mit den Befunden internationaler Forschung gut vereinbar sind, kann gefolgert werden, dass das BPS als Baustein in einem integrativen Gesamtkonzept einen wesentlichen Beitrag zur Behandlung von Sexualstraftätern leisten kann.

## 8. Literaturverzeichnis

- Alexander, M. A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse, 11* (2), 101-116.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The Psychology of criminal conduct*. 5<sup>th</sup> Ed. New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hodge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology, 28*, 369-404.
- Ansorge, N. (2013). Sicherungsverwahrung in Zahlen. *Kriminalpädagogische Praxis, 41*, 38-46.
- Aos, S., Miller, M. & Drake, E. (2006). *Evidence-based adult corrections programs: What works and what does not*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug (1988). Mindestanforderungen an Sozialtherapeutische Einrichtungen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 71*, 334-335.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2007). Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug: Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung sowie Indikation zur Verlegung. *Forum Strafvollzug, 56*, 100-103.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2011). Sozialtherapie und Sicherungsverwahrung. *Kriminalpädagogische Praxis, 39*, Heft 47, 68-70.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2013a). Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug: Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung sowie Indikation zur Verlegung. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 20-26.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2013b). Sozialtherapie und Sicherungsverwahrung In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 27-31.
- Baulitz, U., Driebold, R., Eger, H.-J., Flöttmann, U., Kober, B., Kollwig, M., Lohse, H. & Specht, F. (1980). *Integrative Sozialtherapie. Innovation im Justizvollzug*. Bad Gandersheim: Eigenverlag.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1995). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 3. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1983). *Der Gießen-Test (GT): Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik*. 3. Aufl. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Beech, A. R., Fisher, D. & Beckett, R. C. (1998). *STEP 3: An Evaluation of the prison sex offender treatment programme: A report for the Home Office by the STEP team*. London: Home Office.
- Boer, D. P. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk – 20. Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. Burnaby. Dt. Fassung: Müller-Isberner, R.; Gonzales, C. & Eucker, S. (2000). Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie.
- Bulheller, S., Häcker, H. O. (1998). *Advanced Progressive Matrices (APM)*. Deutsche Bearbeitung und Normierung nach J. C. Raven. Frankfurt a. M.: Pearson Assessment.
- Collie, R. M., Vess, J. & Murdoch, S. (2007). Violence-related cognition: Current research. In T. A. Gannon, T. Ward, A. R. Beech & D. Fisher (Eds.). *Aggressive offenders' cognition*. Chichester: Wiley, 179-197.
- Cullen, F. T., Jonson, C. L. & Nagin, D. S. (2011). Prisons do not reduce recidivism: the high cost of ignoring science. *The Prison Journal, 91*, 48-65.
- Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 3<sup>rd</sup> Ed. New York: Guilford.
- Driebold, R., Egg, R., Nellessen, L, Quensel, S. & Schmitt, G. (1984). *Die sozialtherapeutische Anstalt. Modell und Empfehlungen für den Justizvollzug*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Dünkel, F. (2009). Vollzugslockerungen und offener Vollzug – die Bedeutung entlassungsvorbereitender Maßnahmen für die Wiedereingliederung. *Forum Strafvollzug, 58*, 192-196.
- Egg, R. & Niemz, S. (2013). Die Entwicklung der Sozialtherapie im Spiegel empirischer Erhebungen. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftä-*

- tern: *Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 1-19.
- Egg, R. (Hrsg.) (1993). *Sozialtherapie in den 90er Jahren: Berichte, Materialien, Arbeitspapiere*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Egg, R., Kälberer, R., Specht, F. & Wischka, B. (1998). Bedingungen der Wirksamkeit sozialtherapeutischer Maßnahmen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 47, 348-351.
- Egg, R., Pearson, F. S., Cleland, C. M. & Lipton, D. S. (2001). Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland: Überblick und Meta-Analyse. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, 321-347.
- Egg, R. & Schmitt, G. (1993). Sozialtherapie im Justizvollzug. Vorbemerkungen zur Synopse 1992. In R. Egg (Hrsg.), *Sozialtherapie in den 90er Jahren* (S. 113-125). Berichte, Materialien, Arbeitspapiere aus der Kriminologischen Zentralstelle (Heft 7). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Endrass, J., Rossegger & Braunschweig, M. (2012). Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 45-69.
- Endres, J., Schwanengel, M. F. & Behnke, M. (2013). Diagnostik und prognostische Beurteilung in der Sozialtherapie. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*. 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 101-122.
- Engel, R. R., Knab, B. & Doblhoff-Thun, C. v. (1983). *Stationsbeurteilungsbogen, SBB*. Weinheim: Beltz Testgesellschaft.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R*. Göttingen: Hogrefe.
- Feest, J. & Lesting, W. (2005). Der Angriff auf die Lockerungen: Daten und Überlegungen zur Lockerungspolitik der Länder. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 54, 76-82.
- Fisher, D., Beech, A. R. (2007). The implicit theories of rapists and sexual murderers. In T. A. Gannon, T. Ward, A. R. Beech & D. Fisher (Eds.). *Aggressive offenders' cognition*. Chichester: Wiley, 31-52.
- Fisher, D. & Thornton, D. (1993). Assessing risk of re-offending in sexual offenders. *Journal of Mental Health*, 2, 105-117.
- Foppe, E. (2012). Entwicklung von Opfer-Empathie im Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS). In H. Pollähne & I. Rode (Hrsg.). *Opfer im Blickpunkt - Angeklagte im Abseits? Probleme und Chancen zunehmender Orientierung auf die Verletzten in Prozess, Therapie und Vollzug*. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Köln, Bd. 34. Berlin, Münster: Lit Verlag, 99-108.
- Fuchs, A., et al. (2000). *Deutsche Übersetzung der SOTP-Fragebogen*. Hamburg: Unveröffentlicht.
- Gabriel, U. & Greve, W. (2008). Strafbedürfnis und Strafeinstellungen. In R. Volbert & M. Steller (Hrsg.). *Handbuch der Psychologie, Bd. 9: Handbuch der Rechtspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 467-476.
- Greve, W. & Enzmann, D. (2003). Self-esteem maintenance among incarcerated young males: Stabilisation through accommodative processes. *International Journal of Behavioral Development*, 27 (1), 12-20.
- Greve, W. (2002). Forschungsthema Strafvollzug: Aussichten für wissenschaftliche Zugänge zu einer verschlossenen Institution. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30, 25-31.
- Greve, W. (2012). Selbst und Persönlichkeit. In W. Schneider & W. Lindenberger (Hsg.). *Entwicklungspsychologie*, 7. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz, 543-561.
- Habermann, N., Briken, P. & Berner, W. (2007). Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug – Erprobung einer Methode zur Evaluation. In W. Berner, P. Briken & A. Hill (Eds.). *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 47-67.
- Hampel, R. & Selg, H. (1975). *FAF. Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren*. Göttingen: Hogrefe.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.



- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hart, S. D., Cox, D. N & Hare, R. D. (1995). *Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hermes, S., Schauer, R. & Wischka, B. (1990). Frauen im Männervollzug? Einstellungen von Bediensteten und Gefangenen einer Justizvollzugsanstalt. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 39, 24-28.
- Henze, H. (1990). Mindestanforderungen an sozialtherapeutische Einrichtungen aus rechtlicher Sicht. *Kriminalpädagogische Praxis* 18, Heft 30, 18–22.
- Hosser, D. (2008). Prisonierungseffekte. In R. Volbert & M. Steller (Hrsg.). *Handbuch der Psychologie, Bd. 9: Handbuch der Rechtspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 172-179.
- Hosser, D. & Greve, W. (2002). Entwicklung junger Männer in Strafhaft: Zwischen Anpassung und Widerstand. *DVJJ-Journal*, 13, 429-434.
- Kappes, C. & Greve, W. (2011). Antisoziales Denken, Fühlen und Handeln. In D. Frey & H.-W. Bierhoff (Hrsg.). *Sozialpsychologie – Interaktion und Gruppe*. Göttingen: Hogrefe, 41-59.
- Kohlberg, L., Scharf, P. & Hickey, J. (1978). Die Gerechtigkeitsstruktur im Gefängnis. Eine Theorie und eine Intervention. In G. Portele (Hrsg.). *Sozialisation und Moral: Neuere Ansätze zur moralischen Entwicklung und Erziehung*. Weinheim: Beltz, 202-214.
- Konicar, L., Veit, R. & Birbaumer, N. (2013). Neurobiologie und Gewaltstraftaten. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 331-350.
- Lab, S. P. & Whitehead, J. T. (1990). From „nothing works“ to „the appropriate works“: The latest stop on the search for the secular grail. *Criminology*, 28, 405-417.
- Laws D. R. (1989). *Relapse Prevention with Sex Offenders*. New York; London: Guilford Press.
- Laws, D. R., Ward, T. & Hudson, M. H. (Eds.) (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders*. Thousand Oaks: Sage.
- Lehrl, S. (1993). Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest: MWT-B. 2. Aufl. Nürnberg: PERIMED-spitta.
- Lindsay, J. J. & Anderson, C. A. (2009). From antecedent conditions to violent actions: A general affective aggression model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 533-547.
- Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Hrsg.). *What Works: Reducing Reoffending - Guidelines from Research and Practice*. Chichester: Wiley, 63-78.
- Lipsey, M. W. & Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Science*, 3, 297-320.
- Löhr, F. & Wenzlaw, S. (2013). Manual für Lernbehinderte. In B. Wischka, U. Rehder & E. Foppe (Hrsg.). *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter – revidierte Fassung*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag (in Vorbereitung).
- Löhr, F. (2005). Können minderbegabte Sexualstraftäter im Maßregelvollzug vom Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) profitieren? In B. Wischka, U. Rehder, F. Specht, E. Foppe & R. Willems (Hrsg.). *Sozialtherapie im Justizvollzug: Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, 229-235.
- Lösel, F. (1993). Sprechen Evaluationsergebnisse von Meta-Analysen für einen frischen Wind in der Straftäterbehandlung? In R. Egg (Hrsg.). *Sozialtherapie in den 90er Jahren: Gegenwärtiger Stand und aktuelle Entwicklung im Justizvollzug*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 21-31.
- Lösel, F. (1994). Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.). *Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis*. Pfaffenweiler: Centaurus, 13-34.
- Lösel, F. (1995). The Efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In J. McGuire (Hrsg.). *What Works: Reducing Reoffending - Guidelines from Research and Practice*. Chichester: Wiley, 79-111.
- Lösel, F. (2001). Behandlung oder Verwahrung? Ergebnisse und Perspektiven der Interventionen bei „psychopathischen“ Straftätern. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“ Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, 36-53.
- Lösel, F. (2012). Offender treatment and rehabilitation: What works? In M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner (Eds.), *The Oxford handbook of criminology*, 5<sup>th</sup> Ed., 986-1016.

- Lösel, F. & Bender, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.). *Psychologie im Strafverfahren: Ein Handbuch*. Bern: Huber, 171-204.
- Lösel, F., Köferl, P. & Weber, F. (1987). *Meta-Evaluation der Sozialtherapie: Qualitative und quantitative Analysen zur Behandlungsforschung in sozialtherapeutischen Anstalten des Justizvollzuges*. Stuttgart: Enke.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Mann, R. E. & Carter, A. J. (2013). Einige Vorschläge zu Ordnungsprinzipien für die Behandlung von Sexualdelinquenz. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 398-417.
- Mann, R., Webster, S., Wakeling, H. & Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime, and Law*, 13, 443-458.
- Manzinger, K. C. (2010). *Einstellungsänderung (deliktspezifisch) von Sexualstraftätern durch psychotherapeutische Behandlungskonzepte in sozialtherapeutischen Abteilungen*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität München ([http://edoc.ub.uni-muenchen.de/11857/5/Manzinger\\_Katharina.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/11857/5/Manzinger_Katharina.pdf)). Letzter Zugriff: 18.08.2013).
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C. & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Projekt (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.
- Marshall, W. L., Anderson D. & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester (West Sussex): Wiley.
- Marshall, W. L., Laws, D. R. & Barbaree, H. E. (Eds.) (1990). *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. New York, London: Plenum Press.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A. & O'Brien, M. D. (2011). Rehabilitating sexual offenders: A strength-based approach. Washington. D. C.: American Psychological Association.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A. & O'Brien, M. D. (2013). What works in reducing sexual offending. In L. A. Craig, L. Dixon & T. A. Gannon (Eds.) *What works in offender rehabilitation: An Evidence-based approach to assessment and treatment*. Chichester: Wiley, 173-191.
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest* 35, 22-54.
- Maruna, S. & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155-177.
- McGuire, J. (1995). *What works: Reducing reoffending - Guidelines from Research and Practice*. Chichester: Wiley.
- McGuire, J. (2013). „What works“ to Reduce Re-offending: 18 years on. In L. A. Craig, L. Dixon & T. A. Gannon (Eds.) *What works in offender rehabilitation: An Evidence-based approach to assessment and treatment*. Chichester: Wiley, 20-49.
- MacKenzie, D. L. (2006). *What works in corrections? Reducing the criminal activities of offenders and delinquents*. New York: Cambridge University Press.
- Möble, R. (2013). Altern hinter Gittern – wie kann Intervention bei älteren Gefangenen gelingen. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 548-565.
- Möble, R. & Greve, W. (2007). Alt(ern) hinter Gittern – Strafe ohne Aussicht. *Kriminalpädagogische Praxis*, 35, 4.
- Morawietz, F. (2012). *Behandlungswirksamkeit bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Eine Verlaufsuntersuchung in baden-württembergischen Justizvollzugsanstalten*. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktorgrades (Dr. phil.) im Fach Psychologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg ([http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/13657/1/Dissertation\\_Morawietz.pdf](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/13657/1/Dissertation_Morawietz.pdf)). Letzter Zugriff: 18.08.2013 ).
- Müller, J. (2010). *Neurobiologie forensisch relevanter Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Niemz, S. & Lauwitz, K. (2012). *Sozialtherapie im Strafvollzug 2012: Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.03.2012*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (www.krimz.de).
- Nuhn-Naber, C., Rehder, U. & Wischka, B. (2002). Behandlung von Sexualstraftätern mit kognitiv-behavioralen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 85, 271-281.
- Obergfell-Fuchs, J. & Wulf, R. (2008). Evaluation des Strafvollzugs. *Forum Strafvollzug*, 57, 231-236.
- Ortmann, R. (2002). *Sozialtherapie im Strafvollzug. Eine experimentelle Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen auf Legal- und Sozialbewährung*. Freiburg i. Br.: edition iuscrim.
- Perkins, D., Hammond, S., Coles, D. & Bishopp, D. (1998). *Review of sex offender treatment programmes*. Department of Psychology/Broadmoor Hospital. Prepared for the High Security Psychiatric Services Commissioning Board (HSPSCB) (<http://www.ramas.co.uk/report4.pdf>). Letzter Zugriff: 02.08.2013).
- Pfeiffer, C., Windzio, M. & Kleimann, M. (2004). Die Medien, das Böse und wir. Zu den Auswirkungen der Mediennutzung auf Kriminalitätswahrnehmung, Strafbedürfnis und Kriminalpolitik. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 87, 415-435.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic change and enhancing external supervision. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum, New York, 363-385.
- Raine, A. (2013). *The anatomy of violence: The biological roots of crime*. New York: Pantheon.
- Rehder, U. & Suhling, S. (2006). *RRS. Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern: Verfahren zur Bestimmung von Rückfallgefahr und Behandlungsnotwendigkeit*. 4. Aufl. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Rehder, U. & Wischka, B. (2002). Behandlung von Sexualstraftätern: Meta-Evaluationsergebnisse und Folgerungen für die Entwicklung von Behandlungskonzepten. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30. Jahrg. 70-76.
- Rehder, U. & Wischka, B. (2009). Prognosen im Strafvollzug - Die Behandlungsuntersuchung gem. § 6 StVollzG und die Beurteilung der Eignung für Vollzugslockerungen. *Kriminalpädagogische Praxis* 37, 38-45.
- Rehder, U. & Wischka, B. (2012). Sexualstraftäter – Bild der Öffentlichkeit und Ergebnisse der Forschung. *Kriminalpädagogische Praxis* 40, 41-57.
- Rehder, U., Fistéra, P., Frank, A., Griepenburg, P., Karsten, R., Specht, F., Weßels, O., Wischka, B., Bennefeld-Kersten, K. & Hasenpusch, B. (1998). *Sexualstraftäter im Justizvollzug: Bericht der vom Niedersächsischen Ministerium der Justiz und für Europaangelegenheiten eingesetzten Arbeitsgruppe*. Hannover: Selbstverlag.
- Rehder, U., Wischka, B. & Foppe, E. (2013). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS): Entwicklung, Aufbau, Praxis. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 418-453.
- Rehn, G. (1990). Sozialtherapie: Strafvollzug plus Behandlung? Kritische Bemerkungen am Beispiel sozialtherapeutischer Abteilungen. *Kriminalpädagogische Praxis* 18, Heft 30, 7-13.
- Rehn, G. (2001). „Wer A sagt ...“ – Haftplätze und Haftplatzbedarf in Sozialtherapeutischen Einrichtungen. In: G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, 264-275.
- Rehn, G. (2002). Sozialtherapie im Strafvollzug – alte und neue Visionen. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30 (2), 23-35.
- Rehn, G. (2008). Hamburger Strafvollzug – Wege und Irrwege. Zahlen und Fakten einer verfehlten Vollzugspolitik. *Neue Kriminalpolitik*, 20, 34-36.
- Rehn, G. (2013). Sozialtherapie im Justizvollzug – eine kritische Bilanz. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Eds.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 32-80.
- Reid, S., Wilson, N. J. & Boer, D. P. (2011). Risk, needs, and resposivity principles in action: Tailoring rapist's treatment to rapists typologies. In D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H.

- Miner & F. Pfäfflin (Eds.). *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders*. Chicester: Wiley, 287-297.
- Rooke, A. (2002). Das Sex Offender Treatment Programme (SOTP) in England und Wales. In B. Wischka, J. Jesse, W. Klettke & R. Schaffer (Hrsg.). *Justizvollzug in neuen Grenzen: Modelle in Deutschland und Europa*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, 271-287.
- Rossegger, A., Endrass, J. & Borchard, B. (2012). Fehlerhafte Kognitionen: Grundlagen und Intervention. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbanik & B. Borchard (Hrsg.). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 217-233.
- Saimeh, N. (2013). Biologische und psychodynamische Aspekte der Dissozialität im Einklang. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 351-364.
- Schmidt, C. (1997). *Sozialtherapie im Strafvollzug 1997: Arbeitsbericht zur Stichtagserhebung vom 31.3.1997*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Schmitt, G. (1976). Synopse der Sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. In Bundeszusammenschluß für Straffälligenhilfe (Hrsg.). *Sozialtherapeutische Anstalten: Konzepte und Erfahrungen*. Bonn-Bad Godesberg: Selbstverlag, 182-219.
- Schmitt, G. (1981). Sozialtherapie im Überblick. In Bundeszusammenschluß für Straffälligenhilfe (Hrsg.). *Sozialtherapie als kriminalpolitische Aufgabe*. Bonn-Bad Godesberg: Selbstverlag, 123-165.
- Schmucker, M. (2004). *Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung*. Herbolzheim: Centaurus.
- Schmucker, M. (2007). Meta-Analysen zur Sexualstraftäterbehandlung. In W. Berner, P. Briken & A. Hill (Hrsg.). *Sexualstraftäter behandeln: mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln: Ärzte-Verlag, 13-29.
- Schneewind, K. A. & Graf, J. (1998). *Der 16-Persönlichkeits-Faktoren-Test Revidierte Fassung*. Bern: Huber.
- Schwedler, A. & Schmucker, M. (2012). Verlaufsmessung im sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug – Wie sinnvoll sind allgemeine Persönlichkeitsmaße? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 95, 269-280.
- Schwind, H.-D., Böhm, A., Jehle J.-M. & Laubenthal, K. (Hrsg.). *Strafvollzugsgesetz (StVollzG): Kommentar*. 6. Aufl. Berlin: De Gruyter.
- SOTP Team (1999). *SOTP Information Pack: Statistics and interpretation guide*. London: Home Office.
- Specht, F. (1986). Die Zukunft der sozialtherapeutischen Anstalten. In H. Pohlmeier, E. Deutsch & H.-L. Schreiber (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie heute*. Berlin: Springer, 108-118.
- Specht, F. (1990). Anforderungen an sozialtherapeutische Einrichtungen. *Kriminalpädagogische Praxis* 18, Heft 30, 14-17.
- Specht, F. (1993). Entwicklung und Zukunft der Sozialtherapeutischen Anstalten im Justizvollzug der Bundesrepublik Deutschland. In R. Egg (Hrsg.). *Sozialtherapie in den 90er Jahren*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 11-17.
- Spöhr, M. (2009). *Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation*. Mönchengladbach: Forum-Verlag Godesberg.
- Stavemann, H. H. (Hrsg.) (2008). *KVT-Praxis: Strategien und Leitfäden für die Kognitive Verhaltenstherapie*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Stiller, A. & Schüßler, T. (2005). Anpassung bestehender Behandlungsprogramme auf die Gruppe jugendlicher Sexualstraftäter am Beispiel des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS). In B. Wischka, U. Rehder, F. Specht, E. Foppe & R. Willems (Hrsg.). *Sozialtherapie im Justizvollzug: Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, 236-244.
- Suhling, S. (2009). Was ist vollzugliche Wirksamkeit und wie kann man das messen? In G. Koop & B. Kappenberg (Hrsg.). *Wohin fährt der Justizvoll-Zug? Strategien für den Justizvollzug von morgen*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, 111-127.
- Suhling, S. (2013). Evaluation der Straftäterbehandlung und der Sozialtherapie im Strafvollzug. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Eds.). *Behandlung von Straftätern: Sozial-*

- therapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung, 2.Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus, 162-232.
- Suhling, S. & Wischka, B. (2008). Indikationskriterien für die Verlegung von Sexualstraftätern in eine sozialtherapeutische Einrichtung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 91, 210-226.
- Suhling, S. & Wischka, B. (2013). Behandlung in der Sicherungsverwahrung. *Kriminalpädagogische Praxis*, 41, 47-61.
- Thakker, J., Ward, T. & Navathe, S. (2007). The cognitive distortions and implicit theories of child abusers. In T. A. Gannon, T. Ward, A. R. Beech & D. Fisher (Eds.). *Aggressive offenders' cognition*. Chichester: Wiley, 11-29.
- Ward, T. & Hudson, S. M. (2000): A self-regulation model of relapse prevention. In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward T. (Eds.) *Remaking relapse prevention with sex offenders*. Thousand Oaks: Sage, 79-101.
- Whitehead, J. T. & Lab, S. P. (1989). A meta-analysis of juvenile correctional treatment. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 26, 276-295.
- Wischka, B. & Beckers, C. (Hrsg.) (1990). *Psychologie im System Justizvollzug: 6. Bundeskongress der Vollzugspsychologen*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Wischka, B. (1987). Zur Organisation von Bedingungen für soziale Entwicklungsprozesse im Strafvollzug: Überlegungen aus kognitiv-struktureller und systemischer Perspektive. *Kriminalpädagogische Praxis* 15, Heft 25/26, 7-15.
- Wischka, B. (1988). Soziales Training im Erwachsenenvollzug: Über eine Entlassungsabteilung in der JVA Lingen I. *Kriminalpädagogische Praxis*, 16, Heft 27, 32-37.
- Wischka, B. (2000a). Sexualstraftäter im niedersächsischen Justizvollzug: Situation und Perspektiven. *Bewährungshilfe* 47, 76-101.
- Wischka, B. (2000b). Möglichkeiten der Behandlung von Sexualstraftätern im niedersächsischen Justizvollzug. In R. Egg (Hrsg.). *Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Folgerungen aus den Gesetzesänderungen*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 201-248.
- Wischka, B. (2001). Die Faktoren Milieu, Beziehung und Konsequenz in der stationären Therapie von Gewalttätern. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, 125-149.
- Wischka, B. (2004a). Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter und Nachsorge in einer sozialtherapeutischen Abteilung. In R. Egg (Hrsg.). *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug: Konzepte und Erfahrungen*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 87-120.
- Wischka, B. (2004b). Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter im Kontext der Lebenswelt von Vollzugsanstalten. In G. Rehn, R. Nanninga & A. Thiel (Hrsg.). *Freiheit und Unfreiheit: Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges*. Herbolzheim: Centaurus.
- Wischka, B. (2004c). Wohngruppenvollzug. In W. Pecher (Hrsg.). *Justizvollzugspsychologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, 335-347.
- Wischka, B. (2004d). Gesetzliche Rahmenbedingungen und Erfolgsaussichten für die Behandlung von Sexualstraftätern. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch. Band 1: Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe, 599-622.
- Wischka, B. (2004e). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS): Entwicklung – Inhalte – Erfahrungen. In M. Osterheider (Hrsg.). *Forensik 2003: Krank und/oder kriminell? – 18. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie*. Dortmund: Psycho-Gen Verlag, 74-86.
- Wischka, B. (2005a). Entwicklung der Sozialtherapie in Niedersachsen und Fortbildung der Mitarbeiter. In B. Wischka, U. Rehder, F. Specht, E. Foppe & R. Willems (Hrsg.). *Sozialtherapie im Justizvollzug: Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, 92-100.
- Wischka, B. (2005b). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) in der Praxis. In B. Wischka, U. Rehder, F. Specht, E. Foppe & R. Willems (Hrsg.). *Sozialtherapie im Justizvollzug: Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, 208-228.

- Wischka, B. (2006). Hinter verschlossenen Türen: Sexualstraftäter therapieren – geht das überhaupt? *Gehirn & Geist* 12/2006, 14-20.
- Wischka, B. (2009a). Terapia sprawców przestępstw seksualnych w więziennictwie Republiki Federalnej Niemiec. Warszawa: *Przegląd Więziennictwa Polskiego, Kwartalnik poświęcony zagadnieniom kryminologicznym i penitencjarnym* Nr. 64-65, 221-255.
- Wischka, B. (2009b). *Wohngruppenvollzug. Forum Strafvollzug: Strafvollzug von A-Z*, Heft 6.
- Wischka, B. (2010). Therapie von Straftätern in sozialtherapeutischen Einrichtungen der BRD. In A. Kieszkowska (Hrsg.). *Horizonte der sozialen Wiedereingliederung - Horizons of social reintegration*. Kielce: Universität für Geistes- und Naturwissenschaften Jan Kochanowski, 279-306.
- Wischka, B. (2011). Tätertherapie braucht Erprobungsräume innerhalb und außerhalb der Mauern! *Kriminalpädagogische Praxis* 39, 37-48.
- Wischka, B. (2012a). Opferfokussierung in der Therapie von Sexualstraftätern. In H. Pollähne & I. Rode (Hrsg.). *Opfer im Blickpunkt - Angeklagte im Abseits? Probleme und Chancen zunehmender Orientierung auf die Verletzten in Prozess, Therapie und Vollzug*. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Köln, Bd. 34. Berlin, Münster: Lit Verlag, 73-98.
- Wischka, B. (2012b). *Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Vollzuges der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung in Niedersachsen*. Öffentliche Anhörung am 05.09.2012 im Niedersächsischen Landtag Hannover.
- Wischka, B. (2013a). Kommentierung der §§ 5 – 7 StVollzG. In H.-D. Schwind, A. Böhm, J.-M. Jehle & K. Laubenthal (Hrsg.). *Strafvollzugsgesetz (StVollzG): Kommentar*. 6. Aufl. Berlin: De Gruyter, 102-158.
- Wischka, B. (2013b). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R): Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. *Recht & Psychiatrie*, 31, 138-145.
- Wischka, B. (2013c). Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter im Kontext einer integrativen Sozialtherapie. In A. Dessecker & W. Sohn (Hrsg.). *Rechtspsychologie, Kriminologie und Praxis. Rudolf Egg zum 65. Geburtstag*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 539-584.
- Wischka, B. (2013d). Zur Notwendigkeit von Erprobungsräumen innerhalb und außerhalb der Mauern. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*. Freiburg i. Br.: Centaurus, 487-509.
- Wischka, B. (2013e). Täter und Opfer in der Therapie von Sexual- und Gewaltstraftätern. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*. Freiburg i. Br.: Centaurus, 524-547.
- Wischka, B. & Bielenberg, G. (2009). *Die sozialtherapeutische Abteilung der JVA Lingen 2004 – 2009*. Schriftenreihe der JVA Lingen. Lingen: Selbstverlag (<http://www.justizvollzugsanstalt-lingen.niedersachsen.de/>).
- Wischka, B., Foppe, E., Gripenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2000). *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Wischka, B., Foppe, E., Gripenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2001). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im Niedersächsischen Justizvollzug. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. Herbolzheim: Centaurus, 193-205.
- Wischka, B., Foppe, E., Gripenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2004). *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)*, 2. Aufl. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Wischka, B., Pecher, W. & van den Boogaart, H. (Hrsg.) (2013). *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus.
- Wischka, B., Rehder, U. & Foppe, E. (2012). *BPS-R. Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter- revidiertes Manual* (3. Aufl.). Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Wischka, B. & Specht, F. (2001). Integrative Sozialtherapie: Mindestanforderungen, Indikation und Wirkfaktoren. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, 249-263.
- Wöbner, G. (2002). *Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern: Ergebnisse einer bundesweiten Expertenbefragung*. Arbeitsbericht aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht. Freiburg i. Br.: Selbstverlag (<http://www.mpicc.de/shared/data/pdf/a3.pdf>. Letzter Zugriff: 17.08.2013).

## Verzeichnis der für die kumulative Dissertation verwendeten Veröffentlichungen

Anhang	Veröffentlichung
1	Wischka, B. (1987) Zur Organisation von Bedingungen für soziale Entwicklungsprozesse im Strafvollzug: Überlegungen aus kognitiv-struktureller und systemischer Perspektive. <i>Kriminalpädagogische Praxis</i> 15, Heft 25/26, 7-15.
2	Egg, R., Kälberer, R., Specht, F. & Wischka, B. (1998) Bedingungen der Wirksamkeit sozialtherapeutischer Maßnahmen. <i>Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe</i> 47, 348-351.
3	Wischka, B. (2000b) Möglichkeiten der Behandlung von Sexualstraftätern im niedersächsischen Justizvollzug. In R. Egg (Hrsg.). <i>Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Folgerungen aus den Gesetzesänderungen</i> . Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 201-248.
4	Wischka, B., Foppe, E., Gripenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2001) Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im Niedersächsischen Justizvollzug. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). <i>Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse</i> . Herbolzheim: Centaurus, 193-205.
5	Wischka, B. (2001) Die Faktoren Milieu, Beziehung und Konsequenz in der stationären Therapie von Gewalttätern. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). <i>Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse</i> . 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, 125-149.
6	Wischka, B. & Specht, F. (2001) Integrative Sozialtherapie: Mindestanforderungen, Indikation und Wirkfaktoren. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.). <i>Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse</i> . 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus, 249-263.
7	Nuhn-Naber, C., Rehder, U. & Wischka, B. (2002) Behandlung von Sexualstraftätern mit kognitiv-behavioralen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen. <i>Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform</i> , 85, 271-281.
8	Wischka, B. (2004c) Wohngruppenvollzug. In W. Pecher (Hrsg.). <i>Justizvollzugspsychologie in Schlüsselbegriffen</i> . Stuttgart: Kohlhammer, 335-347.

- 9 Wischka, B. (2004d)  
Gesetzliche Rahmenbedingungen und Erfolgsaussichten für die Behandlung von Sexualstraf Tätern.  
In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch. Band 1: Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe, 599-622.
- 
- 10 Wischka, B. (2004e)  
Das Behandlungsprogramm für Sexualstraf Täter (BPS): Entwicklung – Inhalte – Erfahrungen.  
In M. Osterheider (Hrsg.). *Forensik 2003: Krank und/oder kriminell? 18. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie*. Dortmund: PsychoGen Verlag, 74-86.
- 
- 11 Wischka, B. (2005b)  
Das Behandlungsprogramm für Sexualstraf Täter (BPS) in der Praxis.  
In B. Wischka, U. Rehder, F. Specht, E. Foppe & R. Willems (Hrsg.). *Sozialtherapie im Justizvollzug: Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, 208-228.
- 
- 12 Wischka, B. (2006)  
Hinter verschlossenen Türen: Sexualstraf Täter therapieren – geht das überhaupt?  
*Gehirn & Geist 12/2006*, 14-20.
- 
- 13 Suhling, S. & Wischka, B. (2008)  
Indikationskriterien für die Verlegung von Sexualstraf Tätern in eine sozialtherapeutische Einrichtung  
*Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 91*, 210-226
- 
- 14 Rehder, U. & Wischka, B. (2009)  
Prognosen im Strafvollzug - Die Behandlungsuntersuchung gem. § 6 StVollzG und die Beurteilung der Eignung für Vollzugslockerungen.  
*Kriminalpädagogische Praxis 37*, 38-45.
- 
- 15 Wischka, B. (2012a)  
Opferfokussierung in der Therapie von Sexualstraf Tätern.  
In H. Pollähne & I. Rode (Hrsg.) *Opfer im Blickpunkt - Angeklagte im Abseits? Probleme und Chancen zunehmender Orientierung auf die Verletzten in Prozess, Therapie und Vollzug*. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Köln, Bd. 34. Berlin, Münster: Lit Verlag, 73-98.
- 
- 16 Rehder, U. & Wischka, B. (2012)  
Sexualstraf Täter – Bild der Öffentlichkeit und Ergebnisse der Forschung.  
*Kriminalpädagogische Praxis 40*, 41-57.
- 
- 17 Wischka, B. (2013a)  
Kommentierung der §§ 5 – 7 StVollzG.  
In H.-D. Schwind, A. Böhm, J.-M. Jehle & K. Laubenthal (Hrsg.). *Strafvollzugsgesetz (StVollzG): Kommentar*. 6. Aufl. Berlin: De Gruyter, 102-158.
- 
- 18 Suhling, S. & Wischka, B. (2013)  
Behandlung in der Sicherungsverwahrung.  
*Kriminalpädagogische Praxis, 41*, 47-61.



- 19** Wischka, B. (2013c)  
Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter im Kontext einer integrativen Sozialtherapie.  
In A. Dessecker & W. Sohn (Hrsg.) *Rechtspsychologie, Kriminologie und Praxis. Rudolf Egg zum 65. Geburtstag*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 539-584.
- 

- 20** Wischka, B. (2013b)  
Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R): Erfahrungen und Evaluationsergebnisse.  
*Recht & Psychiatrie*, 31, 138-145.
- 

- Wischka, B., Pecher, W. & van den Boogaart, H. (Hrsg.) (2013)  
*Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*, 2. Aufl. Freiburg i. Br.: Centaurus.
- Darin enthalten:*
- Buch-**  
**anhang** Rehder, U., Wischka, B. & Foppe, E. (2013)  
Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS): Entwicklung, Aufbau, Praxis, 418-453.
- Wischka, B. (2013d)  
Zur Notwendigkeit von Erprobungsräumen innerhalb und außerhalb der Mauern, 487-509.
- Wischka, B. (2013e)  
Täter und Opfer in der Therapie von Sexual- und Gewaltstraftätern, 524-547.