

**Diplomarbeit**

**Psychiatrische Diagnosen bei verurteilten sexuellen  
Kindesmissbrauchern  
Ihr Zusammenhang mit dem Rückfallrisiko**

eingereicht von

**Veronika Gisperg**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde  
(Dr.<sup>in</sup> med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapeutische Medizin**

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof. Dr.med.univ. Dr.phil. Hans-Peter Kapfhammer**

**Univ.-Prof. Dr. Reinhard Eher**

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 17.09.2019*

*Veronika Gisperg eh.*

## **Danksagungen**

An dieser Stelle möchte ich mich für die wunderbare Betreuung durch Prof. Eher bedanken, ohne dessen geduldige, großartige Unterstützung und Hilfestellung die Umsetzung dieser spannenden Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre. Danke, dass ich einen Einblick in die Welt der forensischen Psychiatrie gewinnen durfte!

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Prof. Kapfhammer für sein entgegengebrachtes Vertrauen und die Möglichkeit, diese Diplomarbeit an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Graz schreiben zu können.

Ein großes Dankeschön auch an Stefan Domany, der mir immer - besonders während dem Verfassen dieser Arbeit - zur Seite gestanden ist.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Täter mit sexuellen Delikten an Kindern weisen hohe Prävalenzraten an psychiatrischen Störungen auf (Eher, Rettenberger, & Turner, 2019). Auch konnten bislang bestimmte psychische Auffälligkeiten und Defizite mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Begehung einer erneuten sexuellen Straftat in Verbindung gebracht werden (Mann, Hanson, & Thornton, 2010).

**Ziel:** Ein empirisch belegbarer Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von psychiatrischen Störungen selbst und einer erhöhten Rückfallwahrscheinlichkeit fehlt hingegen bei sexuellen Kindesmissbrauchern. Wir gingen davon aus, dass ein solcher dann nachgewiesen werden kann, wenn innerhalb valider Risikokategorien signifikant unterschiedliche Prävalenzen psychiatrischer Störungen nachzuweisen wären. Somit wäre es auch möglich, psychiatrische Störungen bei Kindesmissbrauchern als kriminogen oder nicht-kriminogen zu identifizieren.

**Methode:** Die Stichprobe bestand aus  $N=677$  inhaftierten, männlichen, pädosexuellen Straftätern, die an der Begutachtungs- und Evaluationsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäter (BEST) begutachtet wurden. Jeder Täter wurde mithilfe des Static-99 (Hanson, Babchishin, Helmus, Thornton, & Phenix, 2017) – einem Verfahren, das lediglich auf kriminologische und viktimologische Merkmale zurückgreift und valide fünf Kategorien mit unterschiedlichen Rückfallraten abgrenzen kann – jeweils einer dieser Kategorien zugeteilt. Innerhalb dieser Kategorien wurden die Häufigkeiten bestimmter Diagnosen ermittelt und Unterschiede auf Signifikanz geprüft.

**Resultate:** Wir konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Diagnosen einer extrovertierten Persönlichkeitsstörung (v.a. Antisoziale und Borderline Persönlichkeitsstörung), einer exklusiven Pädophilie und eines sexuellen Exhibitionismus einerseits und einem erhöhten Risiko für neuerliche Sexualdelikte andererseits finden. Belege dafür, dass bei pädosexuellen Tätern auch andere psychiatrische Diagnosen mit einem erhöhten Rückfallrisiko in Zusammenhang stehen, ergaben sich unseren Ergebnissen zufolge nicht.

**Schlussfolgerung:** Beim Risikomanagement sollte vor allem auf diese Diagnosen das Hauptaugenmerk in Form einer konsequenten Behandlung gelegt werden.

## **Abstract**

**Background:** Based on previous studies it is known that child molesters have high prevalence rates of psychiatric disorders (Eher et al., 2019). Also, certain mental problems, deficits and lifestyle impulsiveness have been linked to the likelihood of committing a repeat sexual crime (Mann et al., 2010).

**Objective:** However, an empirically proven correlation between the presence of psychiatric disorders themselves and an increased risk for sexual recidivism is still missing. We, in our study, assumed significantly different prevalence rates of psychiatric disorders within different risk categories. As a result, it would be possible to identify psychiatric disorders of child molesters linked to risk of reoffense, and as such, differentiate criminogenic from non-criminogenic disorders.

**Methods:** Our sample consisted of  $N=677$  detained, male, pedosexual offenders who were assessed at the Federal Evaluation Center for Violent and Sexual Offenders (BEST). Each sexual offender was assigned to one of five risk categories using the Static-99 (Hanson et al., 2017) which is a method that relies on criminological and psychological features and can validly delineate five categories with different recidivism rates. Within these risk categories the differences of prevalence rates of psychiatric disorders were checked for significance.

**Results:** On the one hand we found a significant correlation between extroverted personality disorders (especially antisocial and borderline), exclusive pedophilia and sexual exhibitionism with the risk for reoffending. On the other hand, we could not find any evidence that other psychiatric disorders are associated with risk.

**Conclusion:** Therefore, in risk management and treatment, the main focus should be placed on these psychiatric disorders.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagungen .....	II
Zusammenfassung .....	III
Abstract.....	IV
Inhaltsverzeichnis .....	V
Abkürzungsverzeichnis und Glossar .....	VII
Abbildungsverzeichnis .....	VIII
Tabellenverzeichnis.....	X
1 Einleitung .....	1
2 Theoretische Hintergründe .....	4
2.1 BEST.....	4
2.2 Paraphilien .....	5
2.2.1 Pädophilie 302.2 (65.4) .....	6
2.2.2 Exhibitionismus 302.4 (F65.2) .....	7
2.2.3 Fetischismus 302.81 (F65.0) .....	8
2.2.4 Frotteurismus 302.89 (F65.8).....	8
2.2.5 Sexueller Masochismus 302.83 (F65.5) .....	8
2.2.6 Sexueller Sadismus 302.84 (F65.5).....	9
2.2.7 Transvestitischer Fetischismus 302.3 (F65.1).....	9
2.2.8 Voyeurismus 302.82 (F65.3).....	10
2.3 Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV-TR .....	10
2.3.1 Cluster A Persönlichkeitsstörungen .....	11
2.3.2 Cluster B Persönlichkeitsstörungen.....	11
2.3.2.1 Antisoziale Persönlichkeitsstörung 301.7 (F60.2) .....	11
2.3.2.2 Borderline Persönlichkeitsstörung 301.83 (F60.31) .....	12
2.3.2.3 Histrionische Persönlichkeitsstörung 301.50 (F60.4) .....	12
2.3.2.4 Narzisstische Persönlichkeitsstörung 301.81 (F60.8) .....	12
2.3.3 Cluster C Persönlichkeitsstörungen.....	13
3 Methodik.....	14
3.1 Stichprobe .....	14
3.2 Diagnosestellung.....	14
3.3 Risikokategorisierung nach Static-99 .....	14
3.4 Statistische Analysen .....	15

4	Ergebnisse.....	16
4.1	Psychiatrische Diagnosen der untersuchten Gesamtpopulation .....	16
4.2	Verteilung der Täter auf die fünf Risikokategorien.....	21
4.3	Psychiatrische Diagnosen nach Risikokategorie .....	23
4.3.1	Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstörungen und Risikokategorien	25
4.3.2	Zusammenhänge zwischen Störungen der Sexualpräferenz und Risikokategorien.....	34
4.3.3	Zusammenhänge zwischen weiteren Diagnosen und Risikokategorien.....	47
4.4	Häufigkeiten psychiatrischer Diagnosen in der Höchststrisikokategorie (Kategorie 4b)	55
5	Diskussion .....	57
6	Literaturverzeichnis .....	60

## **Abkürzungsverzeichnis und Glossar**

**BEST** - Begutachtungs- und Evaluationsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäter

**DSM** – Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen

**StGB** - Strafgesetzbuch

**EÜH** – Elektronisch überwachter Hausarrest

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Häufigkeiten der psychiatrischen Diagnosen in der untersuchten Gesamtgruppe, dargestellt nach ihrer Häufigkeit (absteigend).....	20
Abbildung 2. Prozentuale Verteilung der Risikokategorien in der Gesamtgruppe .....	22
Abbildung 3. Häufigkeiten der Diagnose Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach Risikokategorien.....	25
Abbildung 4. Häufigkeiten der Diagnose Cluster B Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach Risikokategorien .....	26
Abbildung 5. Häufigkeiten der Diagnose Antisoziale Persönlichkeitsstörung unterteilt nach Risikokategorien.....	27
Abbildung 6. Häufigkeiten der Diagnose Borderline Persönlichkeitsstörung unterteilt nach Risikokategorien.....	28
Abbildung 7. Häufigkeiten der Diagnose Narzisstische Persönlichkeitsstörung unterteilt nach Risikokategorien .....	29
Abbildung 8. Häufigkeiten der Diagnose Histrionische Persönlichkeitsstörung unterteilt nach Risikokategorien .....	30
Abbildung 9. Häufigkeiten der Cluster A Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach Risikokategorien.....	31
Abbildung 10. Häufigkeiten der Cluster C Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach Risikokategorien.....	32
Abbildung 11. Häufigkeiten einer Persönlichkeitsstörung NNB unterteilt nach Risikokategorien.....	33
Abbildung 12. Häufigkeiten der Paraphilien unterteilt nach Risikokategorien .....	34
Abbildung 13. Häufigkeiten der Diagnose Pädophilie unterteilt nach Risikokategorien....	35
Abbildung 14. Häufigkeiten der Diagnose Pädophilie – gerichtet auf Knaben – unterteilt nach Risikokategorien .....	36
Abbildung 15. Häufigkeiten der Diagnose Pädophilie – gerichtet auf Mädchen – unterteilt nach Risikokategorien .....	37
Abbildung 16. Häufigkeiten der Diagnose Pädophilie – auf beide Geschlechter gerichtet – unterteilt nach Risikokategorien.....	38
Abbildung 17. Häufigkeiten der Diagnose exklusive Pädophilie –unterteilt nach Risikokategorien.....	39

Abbildung 18. Häufigkeiten der Diagnose Exhibitionismus unterteilt nach Risikokategorien.....	40
Abbildung 19. Häufigkeiten der Diagnose sexueller Fetischismus unterteilt nach Risikokategorien.....	41
Abbildung 20. Häufigkeiten der Diagnose sexueller Sadismus unterteilt nach Risikokategorien.....	42
Abbildung 21. Häufigkeiten der Diagnose Transvestitischer Fetischismus unterteilt nach Risikokategorien.....	43
Abbildung 22. Häufigkeiten der Diagnose sexueller Masochismus unterteilt nach Risikokategorien.....	44
Abbildung 23. Häufigkeiten der Diagnose Frotteurismus unterteilt nach Risikokategorien .....	44
Abbildung 24. Häufigkeiten der Diagnose Voyeurismus unterteilt nach Risikokategorien	45
Abbildung 25. Häufigkeiten der Diagnose Nicht Näher Bezeichnete Störung der Sexualpräferenz unterteilt nach Risikokategorien.....	46
Abbildung 26. Häufigkeiten der Diagnose Alkoholmissbrauch unterteilt nach Risikokategorien.....	47
Abbildung 27. Häufigkeiten der Diagnose Alkoholabhängigkeit unterteilt nach Risikokategorien.....	48
Abbildung 28. Häufigkeiten der Diagnose Substanzmissbrauch – Drogen unterteilt nach Risikokategorien.....	49
Abbildung 29. Häufigkeiten der Diagnose Substanzabhängigkeit – Drogen unterteilt nach Risikokategorien.....	50
Abbildung 30. Häufigkeiten der Diagnosen Affektive Störungen unterteilt nach Risikokategorien.....	51
Abbildung 31. Häufigkeiten der Diagnosen Psychotische Störungen unterteilt nach Risikokategorien.....	52
Abbildung 32. Häufigkeiten der Diagnosen Angststörungen unterteilt nach Risikokategorien.....	53
Abbildung 33. Häufigkeiten der Diagnosen Impulskontrollstörungen unterteilt nach Risikokategorien.....	54
Abbildung 34. Häufigkeiten psychiatrischer Diagnosen in der Höchstisrikokategorie (absteigend) .....	56

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Häufigkeiten der psychiatrischen Diagnosen in der Gesamtpopulation (Mehrfachdiagnosen) .....	17
Tabelle 2. Verteilung der Risikokategorien.....	21
Tabelle 3. Darstellung der Häufigkeiten (%) von Diagnosen nach Risikokategorie.....	24

# 1 Einleitung

Täter mit Sexualdelikten – insbesondere an Kindern – erregen aus mehreren Gründen besondere Aufmerksamkeit. Zum einen werden Sexualdelikte aufgrund der Verletzung eines besonders schützenswerten Bereichs, nämlich der sexuellen Selbstbestimmung, schon ganz allgemein als besonders verabscheuenswürdig erlebt. Darüber hinaus stellen Kinder aufgrund ihrer Verletzlichkeit und Wehrlosigkeit gegenüber Erwachsenen von vornherein besonders schützenswerte Individuen dar. Somit ist also gerade die sexuelle Straftat an Kindern ein Delikt, das vom Staat konsequent verfolgt und sanktioniert wird, und gilt es, insbesondere bei bereits identifizierten sexuellen Kindesmissbrauchern, eine Wiederholungstat zu verhindern.

Eines der Hauptanliegen bei bereits bekannten sexuellen Kindesmissbrauchern ist daher, ihr Risiko für neuerliche sexuell motivierte Straftaten zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Für eine solche Risikoerfassung stehen heute standardisierte Verfahren zur Verfügung, die mit guter Treffsicherheit eine Zuordnung zu bestimmten Risikokategorien ermöglichen, was wiederum valide Aussagen über die tatsächlichen Rückfallraten ermöglicht (siehe auch Hanson und Morton-Bourgon, 2009). So kann für eine bestimmte Risikokategorie eine sehr verlässliche Einschätzung des Rückfallrisikos in Form der Darstellung des relativen (im Vergleich zur Rückfallbasisrate) und absoluten Risikos (der Prozentsatz an Rückfälligen in der jeweiligen Kategorie innerhalb eines bestimmten Nachbeobachtungszeitraums) vorgenommen werden (Eher, Rettenberger, Etzler, Eberhaut, & Mokros, 2019). Naheliegend, aber noch nicht untersucht, ist die Hypothese, dass mit diesen Risikokategorien auch bestimmte – psychiatrische – Störungen einhergehen, bzw. dass die Häufigkeit bestimmter Störungen je nach Risiko variiert. Ein Zusammenhang zwischen psychiatrischer Störung und Risiko bzw. Gefährlichkeit wird im § 21 Abs. 2 StGB<sup>1</sup> verlangt. Dabei wird das Vorliegen einer „geistigen und seelischen Abartigkeit höheren Grades“ vorausgesetzt und ein Zusammenhang dieser Störung mit der Anlasstat und auch mit dem zukünftigen Risiko gefordert. Betrachtet man die Verurteilungen wegen Straftaten gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung von den Jahren 2012 bis 2018, so lässt sich allerdings erkennen, dass lediglich 2-5% aller Sexualstraftäter in den Maßnahmenvollzug nach § 21 StGB eingewiesen wurden. Im Jahr 2018 waren das 25

---

<sup>1</sup> § 21 StGB Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher (ADVOKAT Unternehmensberatung, 2019)

Personen. Insgesamt wurden 2018 allerdings 669 Personen aufgrund sexuell motivierter Straftaten verurteilt (Statistik Austria, 2019).

Diese Zahlen sind jedoch nicht mit dem Umstand gleichzusetzen, dass bei den nicht nach § 21 StGB Eingewiesenen keine psychiatrischen Störungen vorliegen, bzw. dass solche nicht mit dem Risiko in Zusammenhang stehen. Vielmehr ist bekannt, dass beinahe 90% aller inhaftierten Sexualstraftäter mindestens eine psychiatrischer Störung aufweisen (Eher et al., 2019), die allerdings nicht als „geistige oder seelisch abartig höheren Grades“ qualifiziert wird, bzw. wo die Frage danach im Rahmen der staatsanwaltlichen Ermittlung gar nicht gestellt wird.

Nachdem die Prävalenz psychiatrischer Störungen somit auch in der Gruppe der strafgefangenen Sexualstraftäter hoch ist und auch aus dieser Gruppe Täter rückfällig werden (obgleich weniger häufig als in der Regel angenommen, nämlich etwa 5% innerhalb von 5 Jahren nach Entlassung mit einem neuerlichen Sexualdelikt; siehe auch Rettenberger, Briken, Turner, & Eher, 2015), stellt sich umso mehr die Frage, ob bestimmte Störungen mit dem Rückfallrisiko in Zusammenhang stehen. Grundsätzlich ist ein derartiger Zusammenhang für bestimmte Diagnosen naheliegend, wenngleich noch nicht systematisch untersucht (Mann, Hanson, & Thornton, 2010).

Sollte ein entsprechender Zusammenhang bestehen, wäre es von größter Bedeutung, diese Diagnosen zu kennen und in der Behandlung vor allem auf diese den größten Wert zu legen. Zunächst wäre es aber umso wichtiger, derartige Zusammenhänge zweifelsfrei empirisch zu belegen. Eine solche Untersuchung kann in unterschiedlichen Designs erfolgen. Eine prospektive Studie, die den Zusammenhang zwischen psychiatrischen Diagnosen, z.B. zum Zeitpunkt der Entlassung und dem Rückfallereignis innerhalb eines langjährigen Zeitraums untersucht, wäre sicherlich ein idealer Forschungsansatz, allerdings auch aufwändig und von langer Dauer. Vergleichsweise einfach dagegen ist die Vorgangsweise, mittels viktimologischer und kriminologischer Merkmale valide Risikokategorien zu bilden und die Häufigkeiten der Diagnosen innerhalb der Kategorien zu erheben. Mittels des standardisierten Risikoeinschätzungsverfahrens Static-99, der ausschließlich auf nicht-klinische Merkmale zurückgreift, lassen sich insgesamt fünf Risikokategorien bilden (Eher et al., 2019; Hanson et al., 2017).

Die Mittelkategorie (Kategorie 3) des Verfahrens hat ihr Rückfallrisiko an der Rückfallbasisrate der jeweiligen Täterpopulation, entspricht also der durchschnittlichen Rückfallrate. Der Cut-Off des Verfahrens für diese Kategorie liegt in der Regel auch am

Mittelwert (oder Median). Eine Kategorie über und unter dieser Mittelkategorie findet sich jeweils eine Kategorie, deren Täter eine Rückfallrate in der Höhe der doppelten (Kategorie 4a) oder halben (Kategorie 2) Basisrate aufweisen („überdurchschnittlich“, „unterdurchschnittlich“). Darüber hinaus gibt es noch eine Niedrigrisikokategorie und eine Hochrisikokategorie. Täter aus der Kategorie „niedrig“ (1) haben ein Rückfallrisiko, das vergleichbar ist mit dem einer noch nicht wegen Sexualstraftaten verurteilten Population. Täter aus der höchsten Kategorie (Kategorie 4b, „deutlich überdurchschnittlich“, etwa 5 % der Gesamtgruppe) sind diejenigen Täter mit dem höchsten fassbaren Risiko.

Sollten nun tatsächlich psychiatrische Störungen von inhaftierten Sexualstraftätern mit einem erhöhten Rückfallrisiko in Zusammenhang stehen, so müsste man davon ausgehen können, dass eben diese unterschiedlich auf die fünf Risikokategorien des Static-99 verteilt sind, bzw. vorwiegend in den Hochrisikokategorien zu finden sind. Diese Hypothese für die Gruppe der sexuellen Kindesmissbraucher zu prüfen, war Ziel der vorliegenden Diplomarbeit. Wir gingen davon aus, dass mit einer unterschiedlichen Risikokategorisierung eine entsprechende unterschiedliche Prävalenz von Störungen einhergeht.

Die Stichprobe, an der wir diese Untersuchung vornahmen, war eine Gruppe von Straftätern, die wegen Kindesmissbrauchsdelikten nach § 206 StGB (schwerer, sexueller Missbrauch an Minderjährigen), § 207 StGB (sexueller Missbrauch von Unmündigen), § 207a StGB (pornografische Darstellung von Unmündigen), oder § 208 StGB (sittliche Gefährdung von Personen unter 16) strafrechtlich verurteilt war (ADVOKAT Unternehmensberatung, 2019). Wir erwarteten uns von der Untersuchung Rückschlüsse darauf, ob – und falls ja, welche – psychiatrische Störungen bei verurteilten sexuellen Kindesmissbrauchern mit dem Rückfallrisiko in Zusammenhang stehen, beziehungsweise deren Risiko mitbedingen oder gar verursachen. Letztendlich wäre es somit auch möglich, Überlegungen darüber anzustellen, welche allfällig vorgefundene psychische Erkrankung bei sexuellen Kindesmissbrauchern kriminogen oder nicht-kriminogen ist.

## 2 Theoretische Hintergründe

### 2.1 BEST

Die Begutachtungs- und Evaluationsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäter (BEST) ist eine Einrichtung des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Sie ist eine qualitätssichernde Institution, deren Aufgabe es ist, insbesondere im Zuge risikorelevanter Entscheidungen im Straf- und Maßnahmenvollzug eine Expertise abzugeben, vor allem auch bei Fragen zur Entscheidung über eine vorzeitige Entlassung von Sexualstraftätern.

Im Jahr 2001 gegründet und ab 2002 in Vollbetrieb war sie zunächst – noch unter dem Namen „Zentrale Dokumentations- und Koordinationsstelle für Sexualstraftäter“ – eine reine Supporteinrichtung für den Strafvollzug. Alle nach dem Abschnitt X des österreichischen Strafgesetzbuches (StGB) verurteilten Sittlichkeitstäter mussten ihr gemeldet werden. Nach intensivem Aktenstudium, im Rahmen dessen eine erste Risikoordnung vorgenommen wurde und hinsichtlich einer allfälligen klinischen Auffälligkeit gescreent wurde, wurden in der Folge jährlich etwa 50% - 70% der Betroffenen zu einer zweiwöchigen klinisch-forensischen Begutachtung geholt. Nachdem die jährliche Verurteilungsrate bei Sexualstraftätern zu einer unbedingten Haftstrafe bei etwa 200 – 250 liegt, wurden somit pro Jahr etwa 100 Sexualstraftäter einer ausführlichen Begutachtung unterzogen (Eher, 2009). Die Aufgaben der Station wurden mit der Zeit insofern ausgeweitet, als es im Jahr 2008 zu einer gesetzlich verankerten Einbindung der BEST in jede Entscheidung über eine vorzeitige Entlassung eines Sexualstraftäters kam. Darüber hinaus musste sich die BEST bei jeder Entscheidung über den Vollzug einer Freiheitsstrafe in Form eines elektronisch überwachten Hausarrests (EÜH) bzw. bei Vollzugslockerungen von Risikotätern äußern (Eher, 2016b). Einer genauen Begutachtung wurden in erster Linie Täter mit folgenden (risikoorientierten) Merkmalen unterzogen: wenn sie bei Deliktbegehung unter 25 Jahre alt waren, wenn sie bereits ein- oder mehrmals aufgrund eines sexuell motivierten Delikts verurteilt waren, wenn ihr aktuelles Delikt wegen Missbrauch an fremden und nicht verwandten Kindern gesetzt wurde, wenn ihr Strafmaß länger als vier Jahre war, oder wenn sie einem Risikoscreening zufolge einen erhöhten Wert aufwiesen.

Diese Täter werden einer ausführlichen psychiatrischen und klinisch-psychologischen Untersuchung unterzogen. In Folge wird eine strukturierte Risikoeinschätzung

vorgenommen. Für diese vorliegende Arbeit wurden die Diagnosen und die Risikokategorisierungen aus diesen Begutachtungen verwendet.

Die entsprechenden von der BEST erstellten Gutachten dienen der jeweiligen Justizanstalt als Expertise zur weiteren Vollzugsplanung, insbesondere bei der Beantwortung der Frage, ob eine spezifische Behandlung angezeigt ist, bzw. wie eine solche durchzuführen ist. Diese Gutachten und auch die Äußerungen für das Vollzugsgericht im Rahmen der Entscheidung über eine Bedingte Entlassung des Täters dienen in der Folge auch den nachbehandelnden Einrichtungen, bzw. auch der Bewährungshilfe, zur Orientierung und als Leitfaden für weitere risikoorientierte Interventionen.

Ergebnisse hinsichtlich der Wirkung des Gesamtpakets (Behandlung, bedingte Entlassung und Nachbetreuung) lassen mittlerweile davon ausgehen, dass die im Jahr 2008 eingeschlagene Strategie zu einer nachweislichen Reduktion der Rückfallraten bei Sexualstraftätern führt (Eher, 2016b).

## **2.2 Paraphilien**

„Para“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „abseits“, wohingegen „philia“ übersetzt „Liebe“ heißt. Diese zwei Begriffe wurden von Friedrich Salomon Krauss zusammengeführt und geprägt. Sie stehen für eine von der Norm abweichende Sexualpräferenz (Knecht, 2002). Für die Diagnosestellung sind nach DSM-IV-TR (Association, 2000) zwei Kriterien von besonderer Bedeutung.

*Kriterium A* verlangt nach dem Vorliegen sich wiederholender sexueller Phantasien, Bedürfnisse oder Verhaltensweisen über die Dauer von mindestens 6 Monaten. Diese beziehen sich entweder auf nicht-menschliche Objekte, das Leiden oder die Demütigung von sich selbst oder eines Partners oder auf Kinder beziehungsweise nicht einwilligende bzw. nicht einwilligungsfähige Menschen.

*Kriterium B* ist dann erfüllt, wenn die Symptome unter Kriterium A auf Seiten des Betroffenen zu einem Leidensdruck oder zu Spannungen im zwischenmenschlichen Umfeld führt.

Für die sozialen oder sexuellen Beziehungen können solche sexuellen Präferenzen durchaus problematisch sein, wenn es die Partner als abstoßend empfinden, bzw. wenn sie zu Straftaten führen. In den wenigsten Fällen suchen Menschen mit Paraphilien von selbst Kontakt mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Einrichtungen. Für gewöhnlich

werden die paraphilen Störungen nach ihren Hauptneigungen unterschieden. Sollte eine Person die Merkmale für mehrere Paraphilien erfüllen, so sollten alle einzeln für sich diagnostiziert werden.

Abgesehen von einer Fülle an tiefenpsychologischen Theorien konnten in den 1970er Jahren in einer Studie gewisse Risikofaktoren für die Entwicklung einer Paraphilie festgestellt werden. Hierzu zählen etwa die uneheliche Geburt, eine fehlende Vaterfigur, wenig emotionale Zuwendung innerhalb der Familie, frühe sexuelle Handlungen mit Erwachsenen und frühe Isolationsgefühle. Diese Merkmale traten signifikant häufiger gegenüber der Kontrollgruppe auf (Knecht, 2002).

Die Diagnosestellung kann unter anderem aufgrund der kulturellen und religiösen Unterschiede oft erschwert sein, da es mannigfaltige Akzeptanz,- und Toleranzschwellen gibt, die insbesondere das Vorliegen des B-Kriteriums beeinflussen können.

Sehr häufig suchen Personen mit einer paraphilen Störung ein Arbeitsumfeld oder Hobby, das zu ihrer sexuellen Neigung passt. Deviante Phantasien und Wünsche (die häufig schon in der Kindheit/Jugend beginnt) sind ein ständiger Begleiter der Betroffenen, die jedoch auch abflachen können und auch abhängig von bestimmten Belastungen sind (Association, 2000).

### **2.2.1 Pädophilie 302.2 (65.4)**

Die Bewertung einer sexuellen Neigung zu Kindern hat sich seit der Antike einem großen Wandel unterzogen. Sah man die Päderastie im alten Griechenland durchaus noch als soziale Absicherung ebendieser Knaben und pädagogisch wertvoll an, so steht heutzutage der Schutz des Kindes im Vordergrund.

Zunächst findet sich bei der Pädophilie eine Neigung dafür, präpubertäre Körper sexuell zu besetzen. Begleitet ist diese Neigung mit entsprechenden Fantasien, Impulsen oder auch Handlungen. Letztere sind von größter strafrechtlicher Relevanz, wenngleich auch festzuhalten ist, dass ein Großteil der sexuellen Übergriffe auf Kinder nicht von Pädophilen gesetzt wird. Es bedarf somit keineswegs der Störung einer Pädophilie, um Kinder sexuell zu missbrauchen (Blanchard, 2010; Seto, 2009).

Bei der Unterteilung und Beurteilung der forensischen Relevanz ist das Ausmaß und die Richtung der sexuellen Fixierung von großer Bedeutung. So wird vor allem zwischen einer Pädophilie unterschieden, wo ausschließlich präpubertäre Kinder begehrt werden (Kernpädophilie oder exklusive Pädophilie), und einer Form, wo auch reifere PartnerInnen sexuell besetzt werden können (pädophile Nebenströmung; nicht exklusive Pädophilie).

Bei Diagnosestellung muss der Betroffene mindestens 16 Jahre alt und 5 Jahre älter sein als das Opfer (Association, 2000).

Die Lebenszeitprävalenz wird ähnlich hoch wie bei der Major Depression, nämlich mit 0,5% eingeschätzt (Santtila et al., 2015). Im Gegensatz zu Männern sind nur wenige Fälle von Pädophilie bei Frauen bekannt (Seto, 2009).

Nach aktuellem Wissenstand spielen mehrere Faktoren bei der Entstehung einer pädosexuellen Präferenzstörung eine Rolle. Oftmals kann man schon vor der Pubertät Auffälligkeiten in Erfahrung bringen, wie z.B. sowie sexuelle Übergriffe auf die Betroffenen. Auffällige Familienverhältnisse mit Gewalterfahrungen und Substanzmissbrauch bei den Eltern sind familiäre Risikofaktoren.

Bei straffälligen, inhaftierten pädosexuellen Tätern wurden außerdem vermehrt neuropsychologische Defizite und/oder Entwicklungsstörungen, wie beispielsweise ein niedrigerer IQ, ein herabgesetztes visuell-räumliches Vorstellungsvermögen und schlechtere Schulnoten gefunden (Seto, 2009).

Man unterscheidet „Hellfeld Täter“, „Dunkelfeld Täter“, und „potenzielle Täter-*victimless pedophiles*“. Während zu erster Kategorie Kindesmissbraucher gehören, die aufgrund Ihrer verübten Taten im Strafsystem registriert und verurteilt sind, befinden sich in der zweiten Kategorie jene, deren Handlungen noch nicht entdeckt wurden. Hierbei handelt es sich in der Regel auch um Personen, die viele Risikofaktoren für die Entwicklung einer Pädophilie erfüllen – wenngleich diese auch nicht so offensichtlich sind. Somit kommt es für das nahestehende Umfeld meistens völlig unerwartet, wenn von diesen Menschen dann tatsächlich eine pädosexuelle Straftat verübt wird (Schaefer et al., 2010).

Des Weiteren wird noch unterschieden zwischen „Hands-off“ und „Hands on“ Tätern. Erstere beschränken sich auf ihre Phantasien, begehen aber dennoch oftmals Strafdelikte z.B. in Form von Kinderpornografie-Delikten, während die zweite Gruppe direkte, körperliche Missbrauchshandlungen setzt (Seto, Cantor, & Blanchard, 2006).

### **2.2.2 Exhibitionismus 302.4 (F65.2)**

Das Hauptsymptom bei der exhibitionistischen Störung ist das Zur-Schau-Stellen der Genitalien, es kann dabei auch zum Masturbieren vor Fremden kommen.

Die Entstehung wird auf den Instinkt des genitalen Imponierens zur Revier- oder Statusverteidigung zurückgeführt, wie er beispielsweise bei Meerkatzen oder Totenkopf-

Affen zu finden ist (Knecht, 2002). Während einige Betroffene durch ihr Verhalten erschrecken und aufregen wollen, so phantasieren sich manche die sexuelle Erregung von anderen Personen herbei. Typischerweise beginnt die Störung um das 18. Lebensjahr herum und nimmt nach dem 40. Lebensjahr ab (Marshall, Payne, Barbaree, & Eccles, 1991).

### **2.2.3 Fetischismus 302.81 (F65.0)**

Beim Fetischismus wird die sexuelle Erregung nicht auf einen Menschen gerichtet sondern auf ein nicht lebendes Objekt. Dabei werden oft Sexualpartner mit einbezogen, u.a. gebeten, den jeweiligen Fetisch zu halten, zu riechen oder zu reiben, während der Betroffene masturbiert. Bei diesen Störungen finden sich auch nicht selten Erektionsstörungen, wenn der Fetisch nicht vorhanden ist. Die Störung beginnt meistens schon in der Pubertät und hat einen chronischen Verlauf (Knecht, 2002).

### **2.2.4 Frotteurismus 302.89 (F65.8)**

Der Hauptreiz beim Frotteurismus besteht im Sich-Reiben und im Berühren einer nicht einwilligenden Person, die die Absicht des Betroffenen oftmals auch gar nicht erkennt. Um die Tathandlungen selbst zu verschleiern, führt der Betroffene diese oft an stark frequentierten Orten aus. Hierbei kommt es zum – nach außen als Zufall getarnten – Streicheln der Genitalien, Brüste, Oberschenkeln und des Gesäßes der Opfer. Im Falle einer Konfrontation rechtfertigt dieser die Handlungen oft als unabsichtliche Berührung oder als Ausdruck einer besonders fürsorglichen Beziehung. Diese paraphile Störung beginnt während der Pubertät, hat seinen Höhepunkt zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr der Betroffenen und nimmt mit Zunahme des Alters ab (Association, 2000; Quinsey, Chaplin, & Upfold, 1984).

### **2.2.5 Sexueller Masochismus 302.83 (F65.5)**

Personen, bei denen sexueller Masochismus diagnostiziert wird, können in zwei Gruppen eingeteilt werden. Während sich bei der einen Gruppe sexuell masochistische Impulse im Rahmen der Masturbation oder des Geschlechtsverkehrs auf Phantasien beschränken, lebt die andere diese Phantasien auch an sich selbst oder mit dem Sexualpartner aus. Hierzu zählen demütigende Handlungen, wie beispielsweise Vergewaltigungsvorstellungen, Selbstverstümmelung, körperliche Unterwerfung, Elektroschocks, Schnittwunden, oder auch das erzwungene Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts. Besonders

hervorzuheben als eine Unterform des sexuellen Masochismus ist die „Hypoxyphilie“, wo es durch eine selbst zugefügte Verminderung der Sauerstoffzufuhr zur Luststeigerung kommt. Jährlich sterben bei dieser Form des sexuellen Masochismus ungefähr 1 bis 2 Menschen pro einer Million Einwohner durch entsprechende Unfälle als Folge von falsch angebrachten Schlingen, durch Erstickten in Plastiksäcken oder in Masken, oder durch eine zu feste Brustkompression. Meistens beginnen die Fantasien im frühen Erwachsenenalter und haben einen chronischen Verlauf (Quinsey et al., 1984).

### **2.2.6 Sexueller Sadismus 302.84 (F65.5)**

Beim sexuellen Sadismus kommt es durch reale physische und psychische Qualen der Opfer zu sexueller Erregung und Lust. In manchen Fällen können diese sexuellen Ansprüche mit einem Partner/einer Partnerin konsensuell gelebt werden, bei dem/der unter Umständen ein sexueller Masochismus diagnostiziert werden kann. Ein Teil der Betroffenen allerdings führt die Handlungen mit Vorliebe an nicht einwilligenden bzw. nicht einwilligungsfähigen Opfern aus. In diesem Fall sind die Handlungen strafrechtlich relevant. Das Spektrum der demütigenden Aktivitäten ist groß und kann von verabreichen von Elektroschocks, foltern, kneifen, zufügen von Stichwunden bis hin zu vergewaltigen, verstümmeln, würgen und sogar töten reichen. Erste Phantasien des sexuellen Sadismus treten ebenso meist schon in der Kindheit auf, ihr Verlauf ist meist chronisch. Insbesondere die Kombination eines sexuellen Sadismus mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung ist aufgrund ihrer Gefährlichkeit von bedeutender forensischer Relevanz (Eher, Schilling, et al., 2016; Seto, Lalumiere, Harris, & Chivers, 2012).

### **2.2.7 Transvestitischer Fetischismus 302.3 (F65.1)**

Das Hauptsymptom dieser Störung ist das sexuell motivierte Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts. Während die Kleidung getragen wird, kommt es oft auch zur Masturbation, wobei sich die Personen vorstellen, sowohl den männlichen als auch den weiblichen Part beim Geschlechtsakt zu erfüllen. Währenddessen können lediglich einzelne Kleidungsstücke getragen werden, oder es kommt zu einer gesamten „Umwandlung“ (inklusive Make-up). Die paraphile Störung nimmt ihren Beginn in der Regel in der Kindheit, wird jedoch meist bis zum Erwachsenenalter nicht ausgelebt. Nur in dem Fall, dass die Betroffenen auch ein anhaltendes Unwohlsein mit dem eigenen Geschlecht entwickeln, spricht man auch von einem Transvestitischen Fetischismus mit Geschlechtsdysphorie. Eine Abgrenzung zur Geschlechts-Identitätsstörung ist hier bedeutsam (Association, 2000).

### **2.2.8 Voyeurismus 302.82 (F65.3)**

Für gewöhnlich kommt es beim Voyeurismus zum Beobachten von nackten,- sich ausziehenden,- oder sexuelle Handlungen ausführenden Opfern, die davon nichts wissen. Währenddessen oder später kommt es in der Regel auch zur Masturbation, ein persönlicher Kontakt zu den Opfern wird eher vermieden. Meistens beginnen die Betroffenen ab dem 15. Lebensjahr, der Verlauf ist chronisch. In besonders schweren Fällen stellt der Voyeurismus die einzige sexuelle Aktivität dar (Association, 2000).

### **2.3 *Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV-TR***

Unter einer Persönlichkeitsstörung versteht man eine tief verwurzelte Auffälligkeit des Verhaltens, Denkens und inneren Erlebens abseits der sozialen und kulturellen Normen. Diese tritt bereits früh auf, nämlich zwischen Pubertät und jungem Erwachsenenalter, und führt zu einer maßgeblichen Verunsicherung und/oder Beeinträchtigung der Betroffenen. Bei der Diagnosestellung muss ein besonderes Hauptaugenmerk auf die Dauer und Stabilität der Störung gelegt werden. Darüber hinaus ist der ethnische und soziokulturelle Hintergrund von Bedeutung.

Für gewöhnlich treten erste Anzeichen in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter auf, wenngleich sie oft erst später klinisch offensichtlich werden. Um die Diagnose bei Jugendlichen unter 18 Jahren stellen zu können, müssen die Persönlichkeitszüge mindestens ein Jahr andauern. Die Diagnose „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ darf erst ab dem 18. Lebensjahr erfolgen. Die Persönlichkeitsstörungen werden aufgrund verschiedener Ähnlichkeiten in drei große Cluster (A/B/C) unterteilt und auf Achse II codiert. Als spezifische Persönlichkeitsstörung müssen bestimmte inhaltliche Kriterien erfüllt sein (Association, 2000).

### **2.3.1 Cluster A Persönlichkeitsstörungen**

#### Paranoide Persönlichkeitsstörung 301.00 (F60.0)

Das bedeutendste Merkmal dieser Störung ist ein massives Misstrauen sowie Argwohn anderen Menschen gegenüber. Deren Taten und die dahinterstehenden Beweggründe werden als absichtlich böse verstanden. Die Prävalenz liegt zwischen 0,5-2,5% in der Gesamtbevölkerung, der Beginn liegt im jungen Erwachsenenalter.

#### Schizoide Persönlichkeitsstörung 301.20 (F60.1)

Bei der Schizoide Persönlichkeitsstörung kann man eine große Reserviertheit und Einschränkung der emotionalen, zwischenmenschlichen Beziehungen des Betroffenen finden. Bereits in der Kindheit oder Pubertät zeigen sich erste Merkmale, Männer sind häufiger betroffen.

#### Schizotypische Persönlichkeitsstörung 301.22 (F21)

Hierbei kommt es zum Fehlen von engen Beziehungen, verändertem Denken und Wahrnehmen, sowie zu einem drastischen Mangel an sozialen und zwischenmenschlichen Fertigkeiten. Die Patienten weisen oft Beziehungsideen auf, die allerdings nicht den Kriterien eines Wahns entsprechen. Sie haben oftmals auch seltsame Überzeugungen und denken magisch. Sie glauben an Übersinnliches, wie z.B. an Hellseherei oder Telepathie. Bereits in der Kindheit können Betroffene eine Einsamkeit verspüren und Opfer von Spott sein. Bei Männern ist ein leicht gehäuftes Vorkommen zu erkennen, in der Gesamtbevölkerung kann man die Diagnose bei ungefähr 3% stellen.

### **2.3.2 Cluster B Persönlichkeitsstörungen**

#### **2.3.2.1 Antisoziale Persönlichkeitsstörung 301.7 (F60.2)**

Personen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung neigen dazu, die Rechte und die Würde von Menschen (und Tieren) zu verachten. Sie neigen zur Täuschung und Manipulation anderer, oftmals kommt ein hohes Maß an Gewaltbereitschaft dazu. Die Diagnose darf nur dann gestellt werden, wenn vor dem 15. Lebensjahr ein antisoziales Verhalten bemerkbar war und der Betroffene über 18 Jahre alt ist. Die Gesamtprävalenz

liegt bei 3% für Männer und bei 1% für Frauen, ist aber mit einem weitaus höheren Prozentsatz in Gefängnissen oder psychiatrischen Anstalten vorzufinden. Der Verlauf ist chronisch, kann aber ab dem 40. Lebensjahr weniger offensichtlich sein. Eine familiäre Häufung ist zu erkennen.

### **2.3.2.2 Borderline Persönlichkeitsstörung 301.83 (F60.31)**

Merkmale einer Borderline Persönlichkeitsstörung sind wechselnde, instabile zwischenmenschliche Beziehungen und willkürliche, impulsive Verhaltensweisen. Betroffene setzen meistens, bevor sie ein Ziel erreichen können, eine Aktivität, wodurch genau dieses dann unter Umständen verhindert wird. Sie sind oft suizidgefährdet und leiden auch u.U. unter Kontrollverlust. Am häufigsten findet man den Beginn im frühen Erwachsenenalter, mit abnehmender Intensität und mehr Stabilität ab dem 30., 40. Lebensjahr.

Risikofaktoren sind familiärer Substanzmissbrauch, antisoziale Persönlichkeitszüge und affektive Störungen in der Familie. Die Gesamtprävalenz liegt bei 2% in der Allgemeinbevölkerung wobei das Risiko bei einem Betroffenen Verwandten 1. Grades fünfmal höher ist und die Borderline Persönlichkeitsstörung mit 75% deutlich öfter bei Frauen diagnostiziert wird.

### **2.3.2.3 Histrionische Persönlichkeitsstörung 301.50 (F60.4)**

Personen, bei denen eine histrionische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, ringen mit einem außerordentlichen Maß an Emotionalität nach Aufmerksamkeit. Sie wollen andere beeindrucken und vermögen es nicht, zwischenmenschlichen Beziehungen eine echte Intensität und Tiefe zu geben. In der Gesamtbevölkerung liegt die Prävalenz bei 2-3%, in psychiatrischen Einrichtungen kann sie um das Fünffache erhöht sein. Oftmals kann eine Verbindung mit einer Narzisstischen,-Borderline,- oder Antisozialen Persönlichkeitsstörung sowie einer Major Depression festgestellt werden.

### **2.3.2.4 Narzisstische Persönlichkeitsstörung 301.81 (F60.8)**

Betroffene sind sehr nach Bewunderung und Anerkennung aus, sie empfinden sich selbst als fabelhaft und großartig. Dahinter liegt freilich ein ausgeprägter Selbstwertmangel. Daher reagieren sie auch auf Kritik übermäßig gekränkt, sie fühlen sich einsam, degradiert und

wertlos. Narzisstische Persönlichkeitszüge machen sich meistens ab dem frühen Erwachsenenalter bemerkbar und Betroffene haben häufig besondere Probleme mit alterstypischen Veränderungen. Oft besteht ein Zusammenhang mit Essstörungen, psychotropem Substanzmissbrauch (Kokain) sowie einer Borderline,-Antisozialen,-Paranoiden,-Histrionischen Persönlichkeitsstörung. Ein Großteil (50-75%) ist männlich.

### **2.3.3 Cluster C Persönlichkeitsstörungen**

#### Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung 301.32 (F60.6)

Bedeutendes Merkmal dieser Persönlichkeitsstörung ist das Gefühl ungenügsam zu sein. Die vorhandene Selbstunsicherheit erschwert soziale Kontakte, sodass Betroffene häufig isoliert leben. Der Beginn kann schon in der Kindheit liegen, die Symptome verbessern sich mit dem Alter. Man geht davon aus, dass bis zu 1% der Gesamtpopulation daran leidet.

#### Dependente Persönlichkeitsstörung 301.6 (F60.7)

Demut, Ängste, Minderwertigkeitsgefühle und der Wunsch nach Versorgung sind Schlüsselpersönlichkeitszüge, die bei der Dependente Persönlichkeitsstörung vorkommen. Obgleich der Beginn im Erwachsenenalter liegt, können chronisch medizinische Krankheiten oder Trennungen Risikofaktoren für Kindern sein. Es handelt sich dabei um die am häufigsten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung in psychiatrischen Kliniken, zudem treten sie oft mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf (Borderline, Histrionisch, Vermeidend-Selbstunsicher).

#### Zwanghafte Persönlichkeitsstörung 301.4 (F60.5)

Betroffene haben ein dringendes Bedürfnis, alles zu kontrollieren, zu ordnen und zu perfektionieren. Beziehungen zu Menschen, die eventuell gefühlsbetont sind, gestalten sich schwierig. Häufig liegt der Beginn der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung im frühen Erwachsenenalter. Studien haben ergeben, dass Männer doppelt so häufig betroffen sind als Frauen. Insgesamt kann bei ungefähr 1% der Normalbevölkerung eine derartige Störung diagnostiziert werden.

## **3 Methodik**

### ***3.1 Stichprobe***

Insgesamt wurden  $N=704$  wegen § 206 StGB (schwerer sexueller Missbrauch von Unmündigen), § 207 StGB (sexueller Missbrauch von Unmündigen), § 207a StGB (pornografische Darstellung von Unmündigen), und § 208 StGB (sittliche Gefährdung von Personen unter 16) zu einer Straftat verurteilte, männliche Sexualstraftäter an der Begutachtungs- und Evaluationsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäter (BEST) psychologisch und psychiatrisch untersucht. Die Vollzugsgutachten dieser Personen wurden für die vorliegende Studie analysiert.

Die Stichprobe wurde auf diejenigen Täter eingeschränkt, bei denen auch ein Static-99 (siehe unten) Wert vorlag. Dieser war für die Zuordnung zu den fünf Risikokategorien notwendig. Reine non-contact Täter ohne identifizierbares Opfer mussten somit ausgeschieden werden. Die Stichprobe bestand schlussendlich aus  $N=677$  verurteilten Straftätern mit pädosexuellen Delikten. Diese wurden entsprechend dem aktuellen 5-Risikokategorienmodell mittels des Static-99 den jeweiligen Gruppen zugeordnet.

### ***3.2 Diagnosestellung***

Lebenszeitdiagnosen wurden nach DSM-IV-TR gestellt (Association, 2000). Grundlage dafür war eine jeweils 2-wöchige Begutachtungsphase, innerhalb derer eine umfassende Erhebung aller diagnoserelevanter Merkmale erfolgte. Die Diagnose wurde letztendlich im Sinne einer Konsensus-Diagnose im Rahmen der abschließenden Fallbesprechung gestellt. An der konkreten Befundung war mindestens ein/eine forensisch erfahrene(r) Psychiater/in und mindestens ein/eine forensisch erfahrene(r) klinische(r) Psychologe/in beteiligt.

### ***3.3 Risikokategorisierung nach Static-99***

Der Static-99 ist ein statistisch-aktuarisches Risikoeinschätzungsverfahren, das ins Deutsche übersetzt wurde und an deutschsprachigen Täterpopulationen validiert wurde (Eher et al., 2019). Er besteht aus 10 Items, die allesamt kriminologische und viktimologische Merkmale erheben. Ein Summenwert von 0 – 12 ist möglich, wobei das Risiko umso größer ist, je höher der Wert ist. Im Konkreten beziehen sich die Merkmale auf die kriminelle Vorgeschichte,

die Umstände der aktuellen Straftat, auf das Geschlecht und den Bekanntheits- bzw. Verwandtschaftsgrad zwischen Opfer(n) und Täter, auf das Alter des Täters bei Entlassung, und grob auf dessen Beziehungsfähigkeit. Mithilfe des Gesamtsummenwerts lässt sich eine Zuordnung zu fünf relevanten Risikokategorien vornehmen („niedrig“, „unterdurchschnittlich“, „durchschnittlich“, „überdurchschnittlich“ und „deutlich überdurchschnittlich“).

Ein Static-99-Gesamtwert von 0 bildete die Kategorie 1 („niedriges Risiko“), Static-99-Gesamtwerte von 1 oder 2 werden der Kategorie 2 zugeordnet („unterdurchschnittliches Risiko“). Die Werte 3 und 4 bilden die Mittelkategorie („durchschnittliches Risiko“), die Werte 5 und 6 die Kategorie 4a („überdurchschnittlich“) und Werte ab 7 die Kategorie 4b („deutlich überdurchschnittlich“).

Einschlusskriterien für die Erfassung des Risikos eines Täters mittels des Static-99 ist (zumindest) eine sexuell motivierte Straftat und die Vollendung des 18. Lebensjahres für den Zeitpunkt der Entlassung. Akteninformationen sind für die Bewertung in der Regel ausreichend, vor allem aber sind keine klinischen Merkmale notwendig.

Bestimmte Static-99 Wert bzw. -kategorien lassen sich mit konkreten, absoluten Rückfallwahrscheinlichkeiten in Verbindung setzen (Eher et al., 2019). So sind innerhalb eines Fünfjahreszeitraums aus der Kategorie 1 nur 1% der nachuntersuchten Kindesmissbrauchstäter mit einem Sexualdelikt rechtskräftig wiederverurteilt, aus der Kategorie 2 insgesamt 2,7%, aus der Kategorie 3 insgesamt 7,5 (= Basisrate), aus der Kategorie 4a bereits 19%, und aus der Kategorie 4b sogar 41%.

### ***3.4 Statistische Analysen***

Zur Überprüfung signifikanter Unterschiede der Häufigkeiten von Diagnosen über die fünf Risikokategorien hinweg rechneten wir Chi-Quadrattests. Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen untersuchten wir mittels Bonferroni korrigierten post-hoc Z-Tests auf Signifikanz.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Psychiatrische Diagnosen der untersuchten Gesamtpopulation

Die Gesamtgruppe der untersuchten sexuellen Kindesmissbraucher umfasste  $N= 677$ .

Die psychiatrischen Diagnosen der sexuellen Kindesmissbraucher werden vor allem hinsichtlich drei großer Gruppen genauer betrachtet. Zum einen sind das die Persönlichkeitsstörungen, zum anderen die Paraphilien (stabile Störungen der Sexualpräferenz), sowie der Bereich der sonstigen Störungen (klassische Achse-I-Diagnosen nach DSM). Insbesondere Persönlichkeitsstörungen und Paraphilien haben besondere Bedeutung, da man ihnen eine risikorelevante Bedeutung beimessen muss (siehe Tabelle 1).

Bei 71,3% ( $N=405$ ) Personen konnte eine Persönlichkeitsstörung festgestellt werden. Ähnlich hoch ist der Prozentsatz derjenigen Täter, bei denen eine Paraphilie im Sinne einer stabilen Störung der Sexualpräferenz diagnostiziert wurde. Bei 72,3% ( $N=481$ ) wurde eine derartige sexuelle Störung gefunden. Betrachtet man die sonstigen psychiatrischen Diagnosen, so kommen diese vergleichsweise selten vor (Affektive Störungen: 7,1% [ $N=48$ ], Angststörungen: 7,7% [ $N=52$ ], psychotische Störungen: 0,7% [ $N=5$ ], Impulskontrollstörungen: 4,6% [ $N=31$ ], Essstörungen: 0% [ $N=0$ ]). Diagnosen aus dem Bereich schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen waren hingegen relativ häufig vertreten. Von Alkoholmissbrauch waren 31,4% ( $N=212$ ) der Straftäter betroffen, im Vergleich dazu konnte eine Alkoholabhängigkeit bei 13,6% ( $N=92$ ) diagnostiziert werden. Bei weitaus weniger Personen konnte die Diagnose des Drogenmissbrauchs (4,9% [ $N=33$ ]) oder gar einer Drogenabhängigkeit (3% [ $N=20$ ]) gestellt werden.

*Tabelle 1. Häufigkeiten der psychiatrischen Diagnosen in der Gesamtpopulation (Mehrfachdiagnosen)*

<b>Diagnosen</b>	<b>Häufigkeit (N/%)</b>
Affektive Störungen (N=676)	48 (7,1%)
Angststörungen (N=676)	52 (7,7%)
Psychotische Störungen (N=676)	5 (0,7%)
Essstörungen (N=676)	0 (0%)
Impulskontrollstörungen (N=676)	31 (4,6%)
Substanzmissbrauch - Drogen (N=676)	33 (4,9%)
Substanzmissbrauch - Alkohol (N=676)	212 (31,4%)
Substanzabhängigkeit - Drogen (N=676)	20 (3%)
Substanzabhängigkeit - Alkohol (N=676)	92 (13,6%)
Persönlichkeitsstörungen gesamt (N=568)	405 (71,3%)
Cluster A (N=663)	50 (7,5%)
Cluster B (N=664)	237 (35,7%)
Cluster B - Histrionisch (N=664)	4 (0,6%)
Cluster B - Narzisstisch (N=664)	83 (12,5%)
Cluster B - Borderline (N=664)	121 (18,2%)
Cluster B - Antisozial (N=664)	139 (20,9%)
Cluster C (N=664)	61 (9,2%)
Persönlichkeitsstörungen NNB (N=427)	118 (27,6%)
Paraphilie gesamt (N=665)	481 (72,3%)
Exhibitionismus (N=667)	28 (4,2%)
Fetischismus (N=668)	17 (2,5%)
Frotteurismus (N=667)	7 (1%)
Pädophilie (N=669)	459 (68,6%)
Pädophilie - Jungen (N=660)	98 (14,8%)
Pädophilie - Mädchen (N=660)	295 (44,7%)
Pädophilie - Beide (N=660)	63 (9,5%)
Pädophilie - Exklusiv (N=669)	66 (9,9%)
Sexueller Masochismus (N=666)	5 (0,8%)
Sexueller Sadismus (N=664)	9 (1,4%)
Transvestitischer Fetischismus (N=666)	5 (0,8%)
Voyeurismus (N=665)	30 (4,5%)
Paraphilie NOS (N=661)	37 (5,6%)

Persönlichkeitsstörungen werden nach DSM-IV in Cluster A, B, C sowie Nicht Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörungen aufgeteilt. Beim Cluster B wird noch einmal zwischen Histrionischer,- Narzisstischer,- Antisozialer und Borderline Persönlichkeitsstörung unterschieden. 35,7% ( $N=237$ ) der untersuchten Täter weisen eine Störung aus dem Cluster B auf. Die Schizoide,- Paranoide- und Schizotypische Persönlichkeitsstörung werden gemeinsam als Cluster A Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst. Insgesamt sind davon  $N=50$  Straftäter betroffen, was 7,5% entspricht. Eine Cluster C Störung (Selbstunsicher, Dependent, Zwanghaft) wurde bei  $N=61$  Patienten diagnostiziert, was 9,2% entspricht. Bei 27,6%, ( $N=118$ ) lagen zwar die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung vor, allerdings konnten diese nicht eindeutig einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden (Nicht Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung).

Das Cluster B wurde aufgrund seines naheliegenden Zusammenhangs mit Kriminalität auch hinsichtlich ihrer einzelnen Störungen betrachtet. Eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung lässt sich in 20,9% bzw. bei  $N=139$  Personen finden, wohingegen nur 0,6%, also  $N=4$  Straftäter, eine Histrionische Persönlichkeitsstörung aufweisen. Dazwischen reihen sich die Borderline Störung sowie die Narzisstische Störung mit 18,2% ( $N=121$ ) bzw. 12,5% ( $N=83$ ) ein.

Betrachtet man die Gruppe derjenigen Täter mit einer Störung der Sexualpräferenz, so lässt sich erkennen, dass bei 72,3%, was  $N=481$  von  $N=665$  Straftätern entspricht, eine solche Störung diagnostiziert werden konnte. Besonders hervorzuheben – gleichzeitig aber nicht überraschend – sind dabei die hohen Zahlen betreffend Pädophilie. Diese ist mit großem Abstand häufiger vorzufinden als andere Paraphilien. Bei  $N=459$  (von  $N=669$ ) Personen konnte eine pädophile Störung diagnostiziert werden, was einem Prozentsatz von 68,6 entspricht. Bei Betrachtung der Geschlechtspräferenz für das Opfer lässt sich erkennen, dass 14,8% ( $N=98$ ) eine homosexuelle, 44,8% ( $N=295$ ) eine heterosexuelle und 9,5% ( $N=63$ ) eine bisexuelle Orientierung aufweisen. Eine ausschließliche Pädophilie findet man bei  $N=66$  Tätern, was 9,9% der Gesamtpopulation entspricht. Wirft man nun einen genaueren Blick auf jene Straftäter mit einer diagnostizierten Pädophilie, so sind davon 21,5% homosexuell, 64,7% heterosexuell orientiert, und 13,8% bisexuell pädophil. Eine exklusive Pädophilie wurde in 14,4% aller Täter mit Diagnose Pädophilie diagnostiziert.

Am zweithäufigsten vertreten aus der Gruppe der Störungen der Sexualpräferenz die Nicht Näher Bezeichneten Paraphilien, Störungen der Sexualpräferenz, die nicht explizit im DSM gelistet werden, aber die allgemeinen Kriterien dieser Störung erfüllen (Paraphilien NOS

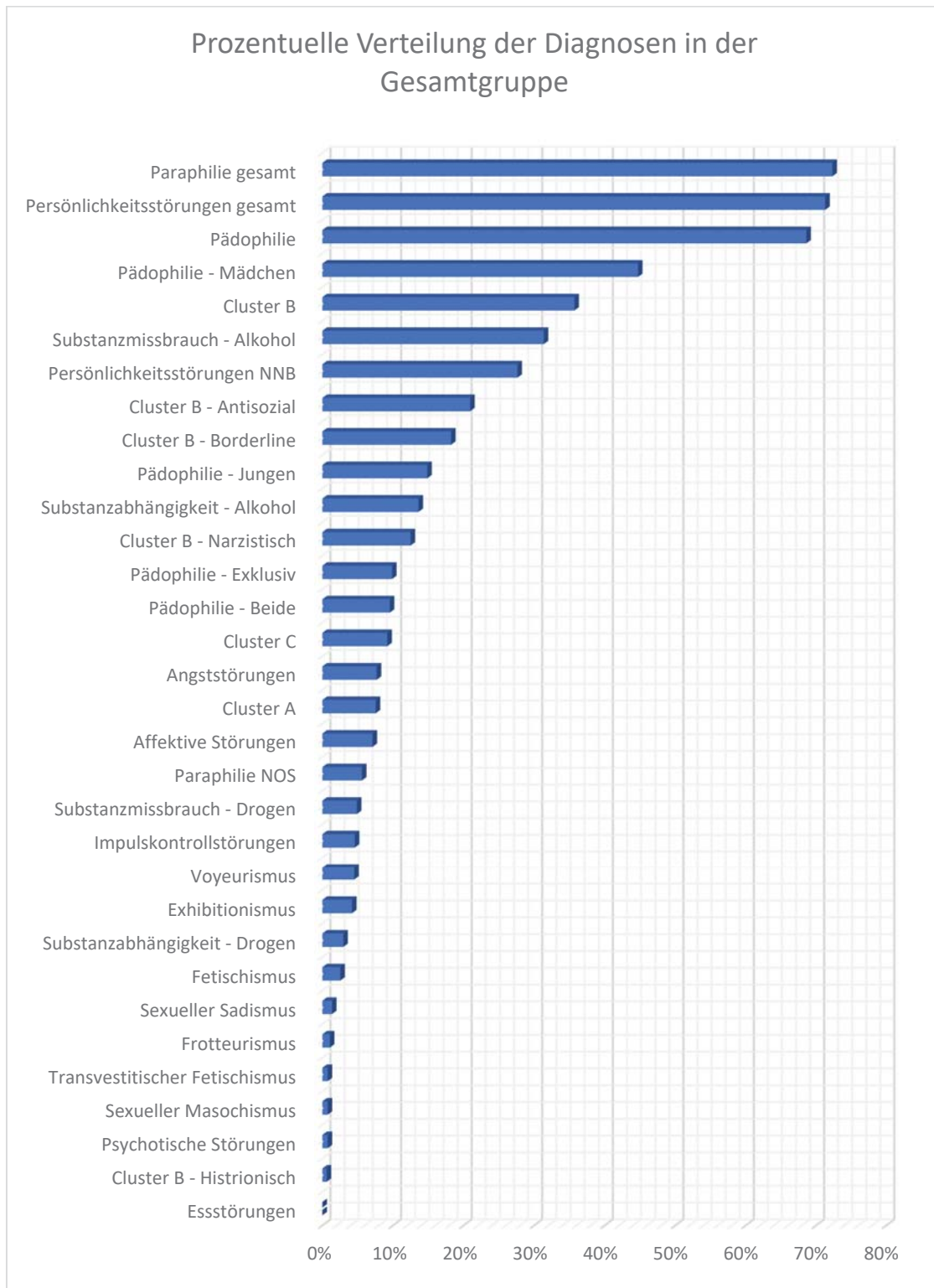
5,6% [ $N=37$ ]). Darunter fallen seltene Erkrankungen, wie z.B. Urophilie, Koprophilie, Vomerophilie, Nekrophilie oder Gerontophilie.

Voyeurismus ist bei  $N=30$ , Exhibitionismus bei  $N=28$  Sexualstraftätern zu finden, was 4,5% bzw. 4,2% der Gesamttätergruppe ausmacht. Mit 2,5% ( $N=17$ ) und 1,4% ( $N=9$ ) kommen die Diagnosen des Fetischismus und des sexuellen Sadismus ebenso selten vor wie Frotteurismus mit 1% ( $N=7$ ), transvestitischer Fetischismus mit 0,8% ( $N=5$ ) oder sexueller Masochismus mit 0,8% ( $N=5$ ).

Betrachtet man die weiteren Diagnosen, so findet sich eine mit einer relativ hohen Prävalenz von insgesamt 31,4% ( $N= 212$ ). Es handelt sich hierbei um den Substanzmissbrauch von Alkohol. Eine entsprechende Abhängigkeit von Alkohol wurde hingegen nur bei 13,6% ( $N=92$ ) der Gesamtgruppe diagnostiziert und war somit deutlich seltener vertreten als ein Substanzmissbrauch. Angststörungen und affektive Erkrankungen waren vergleichsweise selten und ließen sich bei 7,7% bzw. 7,1% diagnostizieren, was  $N=52$  bzw.  $N=48$  Personen entspricht. Von  $N = 676$  Straftätern wiesen 4,9% ( $N=33$ ) einen Substanzmissbrauch von Drogen bzw. 3% ( $N=20$ ) eine entsprechende Abhängigkeit auf. Impulskontrollstörungen waren mit 4,6%, und somit bei  $N=31$  Personen zu finden. Am seltensten wurde mit einem Prozentsatz von 0,7 ( $N=5$ ) die Diagnose einer Psychotischen Störung gestellt. Essstörungen konnten nicht diagnostiziert werden.

In Abbildung 1 werden zur besseren Übersicht nochmals die Diagnosen in ihrer Häufigkeit absteigend in Form eines Balkendiagramms dargestellt. Diagnosegruppen wurden dabei bewusst auch gegenüber Einzeldiagnosen dargestellt.

Abbildung 1. Häufigkeiten der psychiatrischen Diagnosen in der untersuchten Gesamtgruppe, dargestellt nach ihrer Häufigkeit (absteigend)



## 4.2 Verteilung der Täter auf die fünf Risikokategorien

Der Vorteil des aktuellen Fünf-Risiko-Kategorienmodells (Eher et al., 2019) besteht darin, dass mittels einfacher kriminologischer und viktimologischer Merkmale (in unserem Fall mithilfe des Static-99) valide Kategorien gebildet werden können, deren konkrete (relative und absolute) Rückfallwahrscheinlichkeiten durch ihren fixen Bezug zur Mittelkategorie (deren Risiko immer an der Rückfallbasisrate liegt) kommuniziert werden können. Die Mittelkategorie (Kategorie 3) weist immer das „durchschnittliche“ Risiko auf, während hingegen die beiden Kategorien darüber und darunter jeweils ein – definiertes – höheres bzw. niedrigeres Risiko aufweisen.

Betrachtet man die Verteilung dieser Risikokategorien in unserer Population so lässt sich erkennen, dass 31,3% ( $N = 212$ ) der Sexualstraftäter der Kategorie „durchschnittliches Risiko“ zugeordnet wurden.  $N = 235$  (34,7%) waren der Kategorie „unterdurchschnittliches Risiko“ zuzuordnen.  $N = 90$  (13,3%) wurden der Kategorie „überdurchschnittlich“ zugeordnet.  $N = 85$  (12,6%) Personen befanden sich in der Risikokategorie „niedrig“,  $N = 55$  (8,1%) waren in der höchsten Risikogruppe für Sexualtäter, nämlich in der mit „deutlich überdurchschnittlichem“ Risiko.

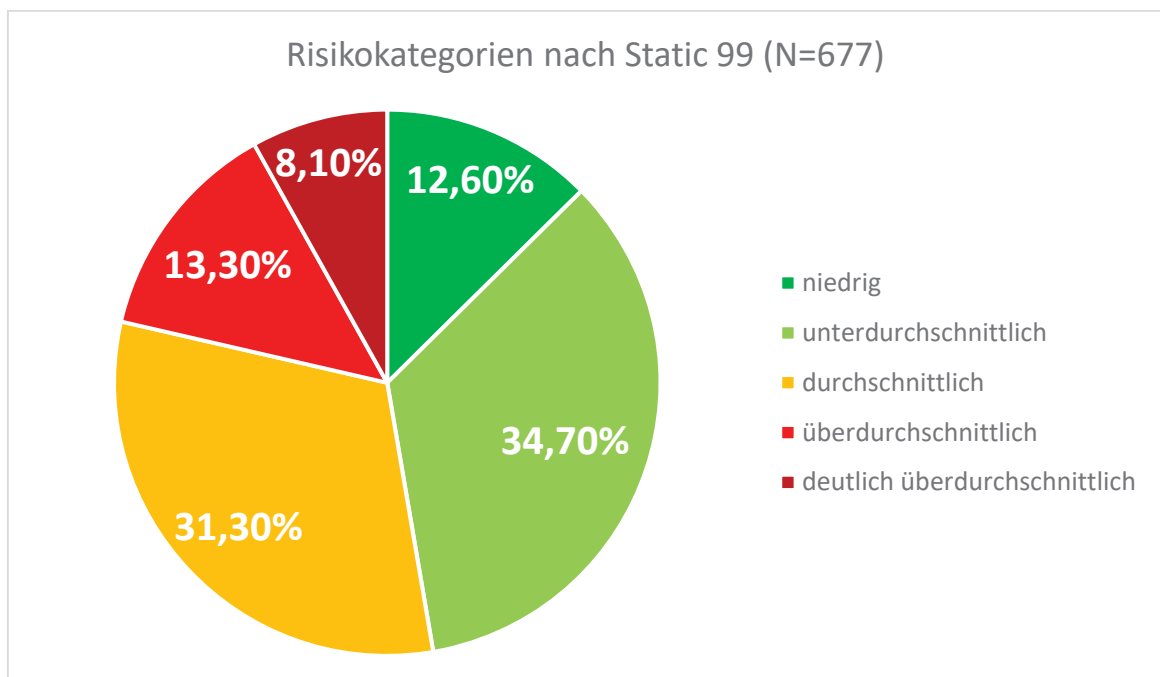
Die entsprechende Verteilung der Risikokategorien wird in Tabelle 2 und in Abbildung 2 in Form eines Kreisdiagramms verdeutlicht.

*Tabelle 2. Verteilung der Risikokategorien*

<b>Risikokategorien</b>	<b>Häufigkeit (N/%)</b>
niedrig	85 (12,6%)
unterdurchschnittlich	235 (34,7%)
durchschnittlich	212 (31,3%)
überdurchschnittlich	90 (13,3%)
deutlich überdurchschnittlich	55 (8,1%)

Im Kreisdiagramm ist anschaulich dargestellt, dass die Kategorien „durchschnittliches“ und „unterdurchschnittliches“ Risiko am häufigsten vertreten sind. Sie machen etwa zwei Drittel der Gesamtgruppe aus. Die Gruppen „niedriges“ Risiko und „überdurchschnittliches“ Risiko sind etwa gleich häufig mit je 13% vertreten. Die kleinste Gruppe ist die Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ mit etwa 8%.

Abbildung 2. Prozentuale Verteilung der Risikokategorien in der Gesamtgruppe



### ***4.3 Psychiatrische Diagnosen nach Risikokategorie***

Im folgenden Kapitel werden die psychiatrischen Diagnosen entsprechend deren Verteilung nach den fünf Risikokategorien dargestellt. Die Signifikanzprüfung erfolgte jeweils für das Gesamtmodell mittels des Chi-Quadrattests (angeführt in Tabelle 3) und in der Folge für einzelne Gruppenunterschiede mittels Bonferroni korrigierten Z-Tests (angeführt in den nachfolgenden Abbildungen). In Tabelle 3 sind die jeweiligen Häufigkeiten nach Risikokategorien angeführt und die Signifikanzen für das jeweilige Gesamtmodell ausgewiesen (Tabelle 3).

Die Gesamtbetrachtung lässt leicht erkennen, dass die Diagnosegruppe der Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (vor allem Borderline und Antisozial), sowie die sexuellen Präferenzstörungen Exhibitionismus und ausschließliche Pädophilie, insbesondere auch wenn ein männliches Opfer betroffen ist, mit dem Risiko in positivem Zusammenhang stehen.

*Tabelle 3. Darstellung der Häufigkeiten (%) von Diagnosen nach Risikokategorie*

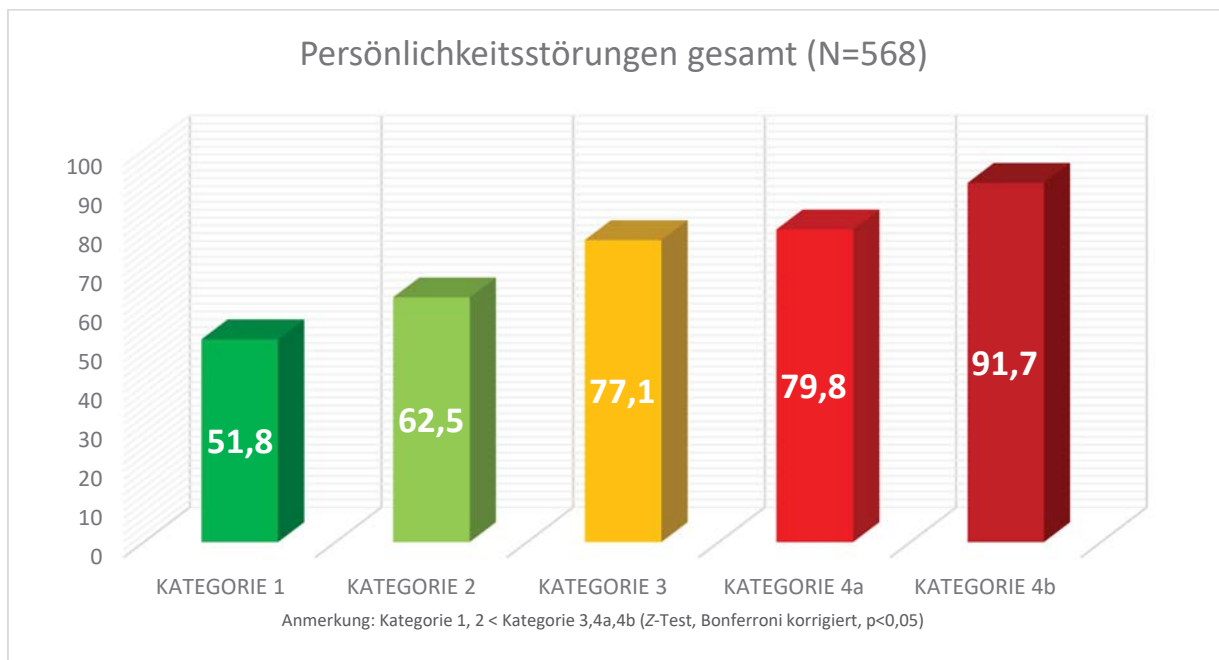
	Kategorie 1 (N=85)	Kategorie 2 (N=235)	Kategorie 3 (N=212)	Kategorie 4a (N=90)	Kategorie 4b (N=55)	F/ $\chi^2$
Durchschnittsalter bei Rechtskraft	47,15 (SD =11)	45,23 (SD =11,5)	40,57 (SD =12,6)	38,2 (SD =12,3)	45,71 (SD =13,4)	10,921
Affektive Störungen (N=676)	5 (5,9%)	18 (7,7%)	18 (8,5%)	3 (3,3%)	4 (7,3%)	2,896
Angststörungen (N=676)	2 (2,4%)	17 (7,2%)	18 (8,5%)	10 (11,1%)	5 (9,1%)	5,324
Psychotische Störungen (N=676)	0 (0%)	1 (0,4%)	4 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	5,871
Essstörungen (N=676)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Impulskontrollstörungen (N=676)	3 (3,5%)	10 (4,3%)	9 (4,2%)	7 (7,8%)	2 (3,6%)	2,534
Substanzmissbrauch - Drogen (N=676)	0 (0%)	7 (3%)	13 (6,2%)	7 (7,8%)	6 (10,9%)	12,868
Substanzmissbrauch - Alkohol (N=676)	23 (27,1%)	67 (28,5%)	64 (30,3%)	38 (42,2%)	20 (36,4%)	7,293
Substanzabhängigkeit - Drogen (N=676)	0 (0%)	5 (2,1%)	10 (4,7%)	3 (3,3%)	2 (3,6%)	5,619
Substanzabhängigkeit - Alkohol (N=676)	5 (5,9%)	25 (10,6%)	36 (17,1%)	15 (16,7%)	11 (20%)	10,846
Persönlichkeitsstörungen gesamt (N=568)	29 (51,8%)	120 (62,5%)	145 (77,1%)	67 (79,8%)	44 (91,7%)	33,479***
Cluster A (N=663)	5 (6%)	11 (4,8%)	18 (8,7%)	8 (8,9%)	8 (15,1%)	7,732
Cluster B (N=664)	11 (13,1%)	54 (23,6%)	89 (42,8%)	47 (52,2%)	36 (67,9%)	72,588***
Cluster B - Histrionisch (N=664)	1 (1,2%)	1 (0,4%)	1 (0,5%)	1 (1,1%)	0 (0%)	1,352
Cluster B - Narzisstisch (N=664)	6 (7,1%)	31 (13,5%)	26 (12,5%)	13 (14,4%)	7 (13,2%)	2,765
Cluster B - Borderline (N=664)	5 (6%)	23 (10%)	49 (23,6%)	30 (33,3%)	14 (26,4%)	38,916***
Cluster B - Antisozial (N=664)	1 (1,2%)	21 (9,2%)	57 (27,4%)	29 (32,2%)	31 (58,5%)	96,284***
Cluster C (N=664)	9 (10,7%)	21 (9,2%)	22 (10,6%)	5 (5,6%)	4 (7,5%)	2,31
Persönlichkeitsstörungen NNB (N=427)	9 (20,9%)	47 (30,9%)	39 (28,6%)	16 (24,6%)	6 (22,2%)	2,541
Paraphilie gesamt (N=665)	63 (75,9%)	164 (71%)	152 (73,4%)	59 (65,6%)	43 (79,6%)	4,362
Exhibitionismus (N=667)	1 (1,2%)	1 (0,4%)	7 (3,3%)	7 (7,8%)	12 (22,2%)	56,852***
Fetischismus (N=668)	0 (0%)	6 (2,6%)	2 (1%)	8 (8,9%)	1 (1,9%)	19,03***
Frotteurismus (N=667)	0 (0%)	3 (1,3%)	2 (1%)	1 (1,1%)	1 (1,9%)	1,386
Pädophilie (N=669)	61 (73,5%)	157 (67,7%)	147 (69,7%)	58 (64,4%)	36 (67,9%)	1,86
Pädophilie - Jungen (N=660)	0 (0%)	14 (6,1%)	42 (20,2%)	22 (24,4%)	20 (37,7%)	60,98***
Pädophilie - Mädchen (N=660)	59 (73,8%)	130 (56,8%)	76 (36,5%)	19 (21,1%)	11 (20,8%)	78,964***
Pädophilie - Beide (N=660)	1 (1,3%)	13 (5,7%)	26 (12,5%)	18 (20%)	5 (9,4%)	23,842***
Pädophilie - Exklusiv (N=669)	2 (2,4%)	11 (4,7%)	21 (10%)	16 (17,8%)	16 (30,2%)	42,995***
Sexueller Masochismus (N=666)	0 (0%)	2 (0,9%)	0 (0%)	1 (1,1%)	2 (3,7%)	8,729
Sexueller Sadismus (N=664)	0 (0%)	1 (0,4%)	5 (2,4%)	1 (1,1%)	2 (3,8%)	6,667
Transvest. Fetischismus (N=666)	0 (0%)	2 (0,9%)	2 (1%)	0 (0%)	1 (1,9%)	2,34
Voyeurismus (N=665)	4 (4,8%)	7 (3%)	9 (4,3%)	3 (3,3%)	7 (13%)	10,429
Paraphilie NOS (N=661)	3 (3,6%)	12 (5,3%)	13 (6,3%)	2 (2,2%)	7 (13%)	8,283

Anmerkung: F/ $\chi^2$  = ANOVA F-Test oder Chi-Quadrat Test. \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$

### 4.3.1 Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstörungen und Risikokategorien

Betrachtet man die Häufigkeiten von Persönlichkeitsstörungen über die fünf Risikokategorien hinweg, so findet man diese in der Kategorie „niedrig“ am wenigsten und in der Risikokategorie „deutlich überdurchschnittlich“ am häufigsten vertreten (Kategorie „niedrig“: 51,8% ( $N=29$ ), Kategorie „unterdurchschnittlich“: 62,5% ( $N=120$ ), Kategorie „durchschnittlich“: 77,1% ( $N=145$ ), Kategorie „überdurchschnittlich“: 79,8% ( $N=67$ ) und Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“: 91,7% ( $N=44$ );  $\chi^2(1,4) = 33,47$ ;  $p < 0,001$ ). Der Z-Test weist auf signifikante Unterschiede zwischen den Kategorien 1 und 2 jeweils gegenüber den Kategorien 3, 4a und 4b hin. Die Unterschiede zwischen den Kategorien 1 und 2, sowie zwischen 3, 4a und 4b sind nicht signifikant (Abbildung 3).

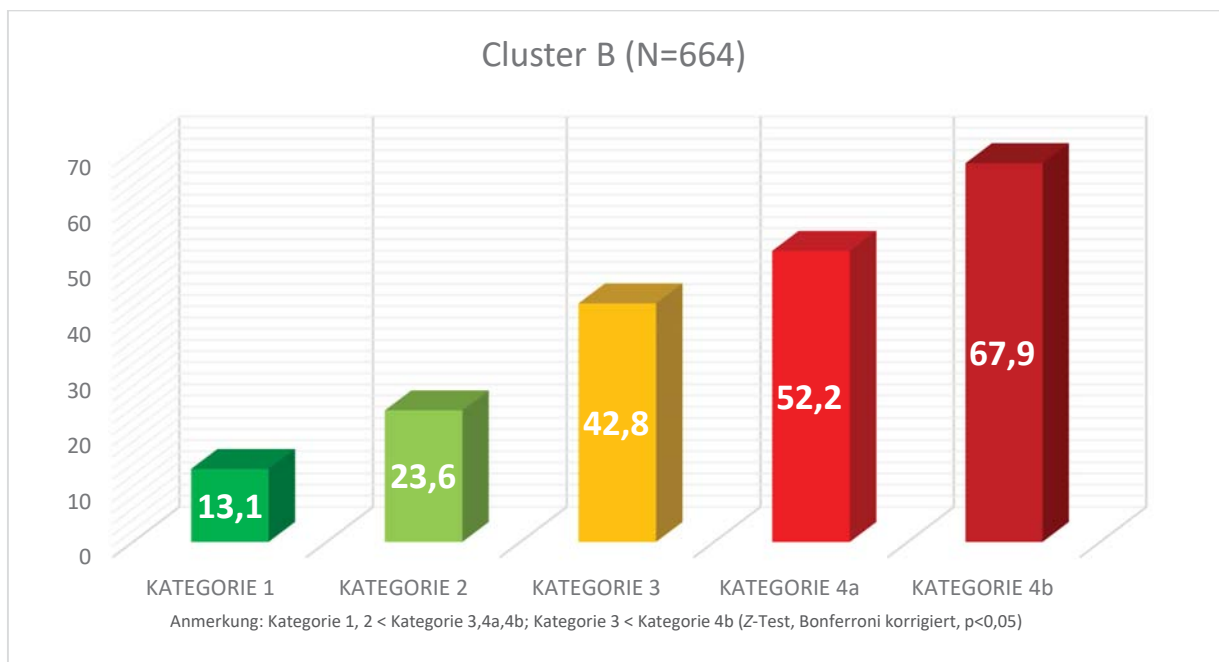
Abbildung 3. Häufigkeiten der Diagnose Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach Risikokategorien



Die nächste Abbildung (Abbildung 4) zeigt die Verteilung der Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen über die Risikokategorien hinweg. Hier findet sich ein vergleichbares Muster wie bei den Persönlichkeitsstörungen allgemein.

In der Risikokategorie „niedrig“ befinden sich 13,1% ( $N=11$ ) Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen, in der Kategorie „durchschnittlich“ 42,8% ( $N=89$ ), und für das Risiko „deutlich überdurchschnittlich“ ergab sich ein Wert von 67,9% ( $N=36$ ). Das Gesamtmodell war hochsignifikant ( $\chi^2(1,4) = 72,588; p < 0,001$ ). Dem Z-Test zufolge unterscheiden sich die Häufigkeiten der Cluster-B-Störungen nicht zwischen den Kategorien 1 und 2, 1 und 2 allerdings von den Kategorien 3, 4a, 4b signifikant. Die Häufigkeit in der höchsten Kategorie (4b) unterscheidet sich darüber hinaus auch signifikant von der Mittelkategorie.

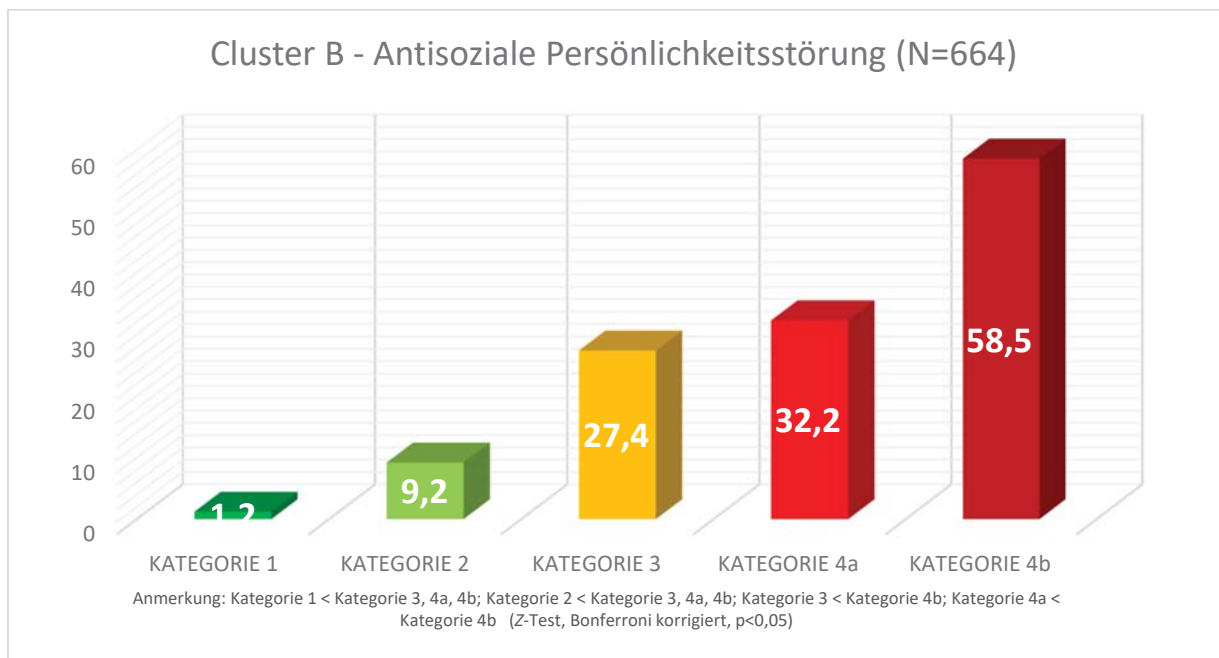
Abbildung 4. Häufigkeiten der Diagnose Cluster B Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach Risikokategorien



Da insbesondere die Cluster B Persönlichkeitsstörungen Borderline und Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Gesamtmodell einen signifikanten Unterschied hinsichtlich ihrer Verteilung innerhalb der Risikokategorien aufwiesen, untersuchten wir auch bei diesen die genauen Unterschiede zwischen den Kategorien.

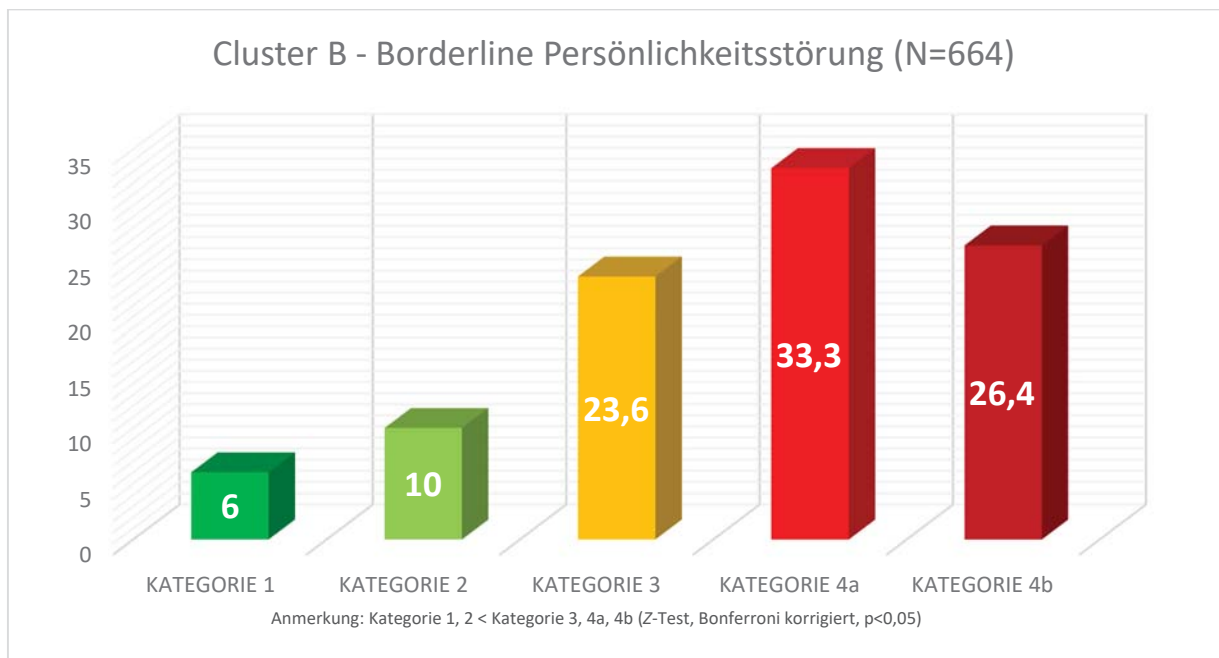
Hypothesenkonform ist die Antisoziale Persönlichkeitsstörung umso häufiger vertreten, je größer das Risiko ist. Nur 1,2% ( $N=1$ ) der untersuchten Täter aus der Risikokategorie „niedrig“ weisen eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung auf, hingegen 27,4% ( $N=57$ ) in der Kategorie „durchschnittlich“ und 58,5% ( $N=31$ ) der Sexualstraftäter in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ ( $\chi^2(1,4) = 96,284; p < 0,001$ ). Dem Z-Test zufolge ist die Antisoziale Persönlichkeitsstörung zwischen den Kategorien 1 und 2 nicht signifikant unterschiedlich vertreten. Die Kategorien 1 und 2 unterscheiden sich allerdings jeweils von den Kategorien 3, 4a, 4b signifikant. Die Häufigkeit in der höchsten Kategorie (4b) unterscheidet sich darüber hinaus – wie auch bei der Oberkategorie „Cluster-B-Störungen“ – signifikant von der Mittelkategorie (Abbildung 5).

Abbildung 5. Häufigkeiten der Diagnose Antisoziale Persönlichkeitsstörung unterteilt nach Risikokategorien



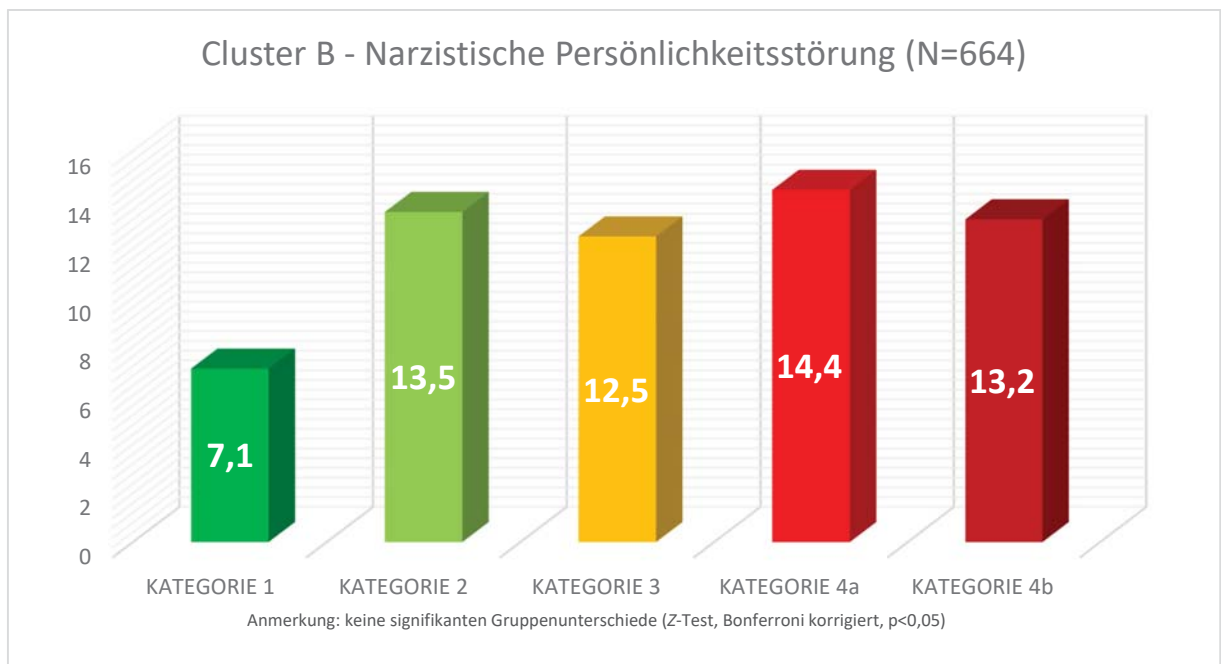
Die relativen Häufigkeiten der Borderline Persönlichkeitsstörung steigen kontinuierlich zwischen den Kategorien 1 und 4a an (von Risikokategorie „niedrig“ mit 6% [N=5] bis „überdurchschnittlich“ mit 33,3% [N=30]). 26,4% (N=14) der Täter finden sich in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“. Nach  $\chi^2 (1,4) = 38,916 (p < 0,001)$  ist das Gesamtmodell hochsignifikant. Der Z-Test weist keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen 1 und 2 aus, allerdings jeweils zwischen 1 und 2 zu 3, 4a und 4b. (Abbildung 6).

Abbildung 6. Häufigkeiten der Diagnose Borderline Persönlichkeitsstörung unterteilt nach Risikokategorien



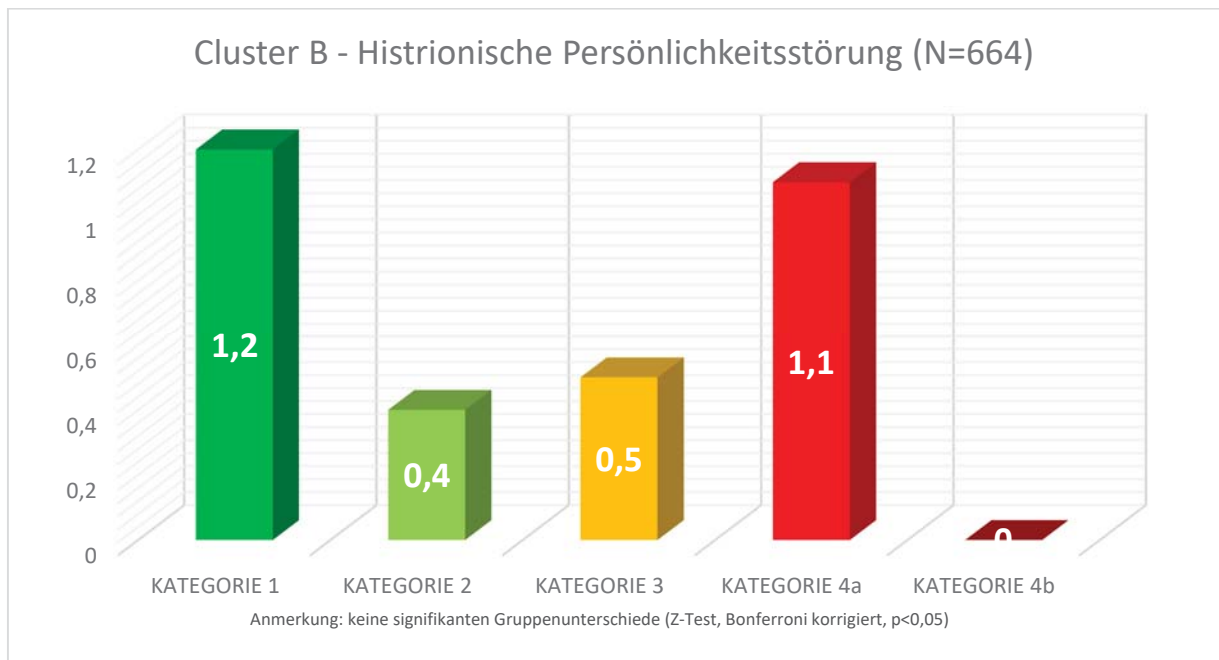
Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung ist in den Risikokategorien 2 bis 4b von 12% bis 14% vertreten, lediglich in der Risikokategorie „niedrig“ finden sich deutlich weniger derartige Störungen (7,1% [N=6]). Weder das Gesamtmodell ist signifikant, noch finden sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Abbildung 7).

Abbildung 7. Häufigkeiten der Diagnose Narzisstische Persönlichkeitsstörung unterteilt nach Risikokategorien



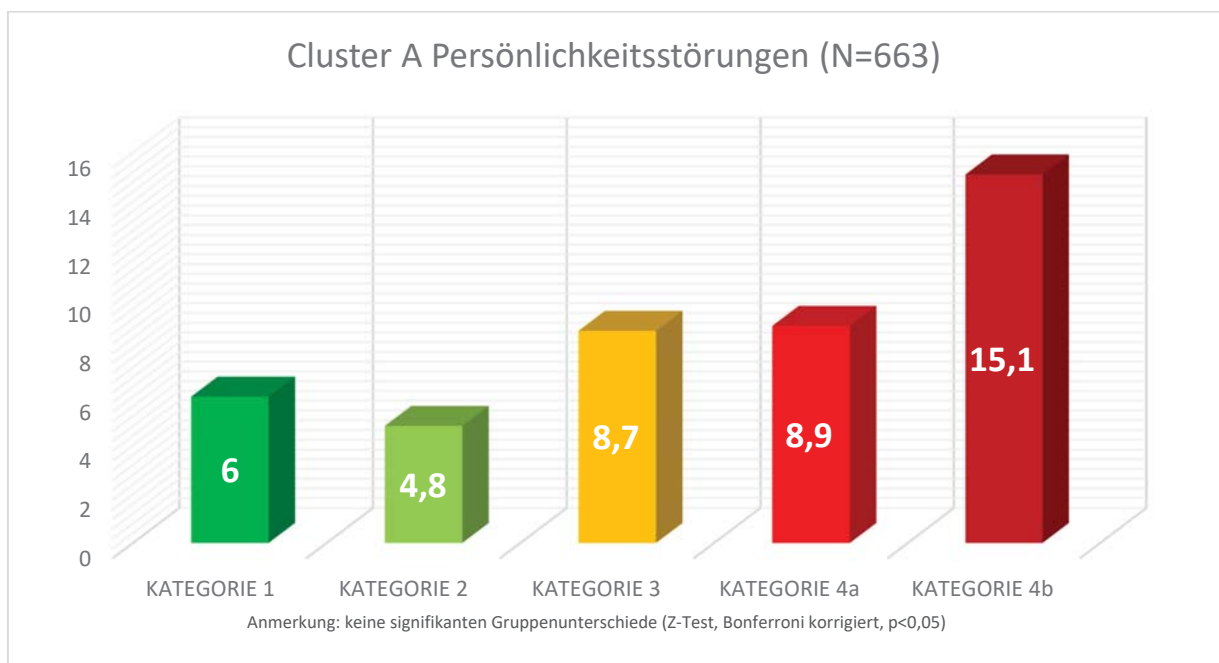
Die Histrionische Persönlichkeitsstörung spielt in der Gesamtpopulation und in den einzelnen Kategorien eine untergeordnete Rolle. 1,2% ( $N=1$ ) finden sich in der Kategorie „niedrig“, 1,1% ( $N=1$ ) in der Kategorie „überdurchschnittlich“, sowie bei 0,4% ( $N=1$ ) und 0,5% ( $N=1$ ) in den Risikokategorien „unterdurchschnittlich“ und „durchschnittlich“. Kein Sexualstraftäter mit der Diagnose „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ befindet sich in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“. Unterschiede waren nicht signifikant (Abbildung 8).

Abbildung 8. Häufigkeiten der Diagnose Histrionische Persönlichkeitsstörung unterteilt nach Risikokategorien



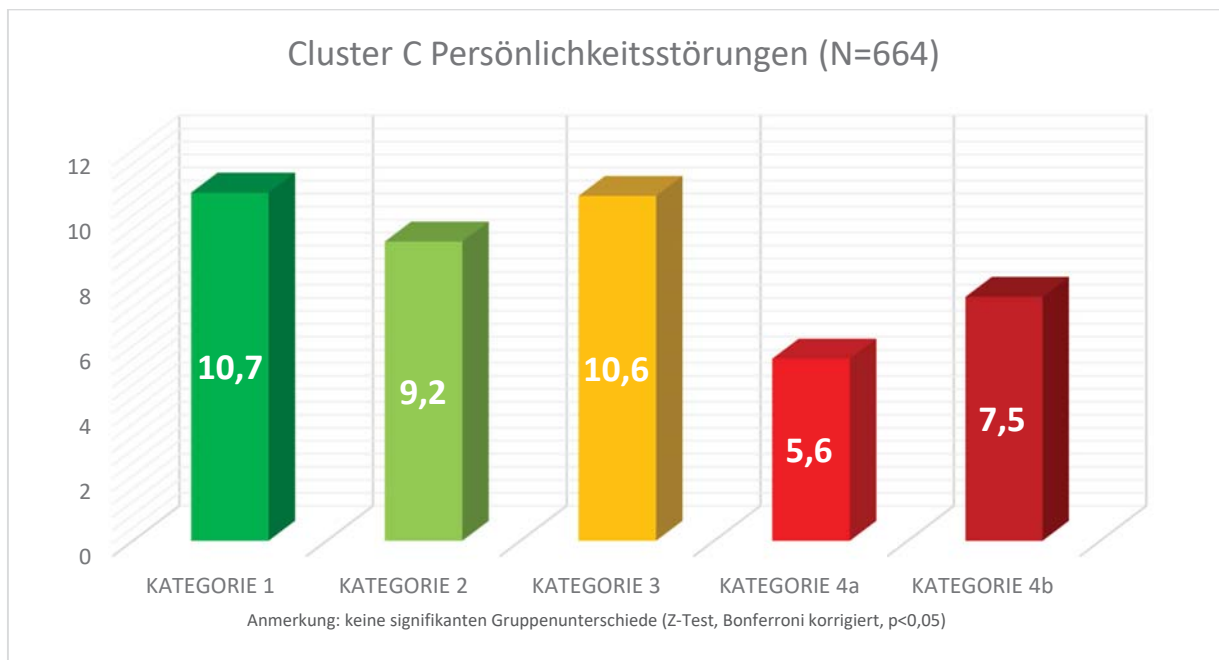
Auch Cluster A Persönlichkeitsstörungen spielen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle in der Gesamttätergruppe und in den verschiedenen Kategorien, wenngleich ein gewisser Zusammenhang mit dem Risiko erkennbar ist (Abbildung 9). Dieser ist allerdings nicht signifikant. 6% ( $N=5$ ) mit einer Cluster A Persönlichkeitsstörung befinden sich in der Kategorie „niedrig“. In der 2. Kategorie („unterdurchschnittlich“) haben 4,8% ( $N=11$ ) eine entsprechende Diagnose. In den nächsten beiden Risikokategorien („durchschnittlich“: 8,7% [ $N=18$ ]; „überdurchschnittlich“: 8,9% [ $N=8$ ]) steigt die Prävalenz an und ist am höchsten in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ 15,1% ( $N=8$ ).

Abbildung 9. Häufigkeiten der Cluster A Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach Risikokategorien



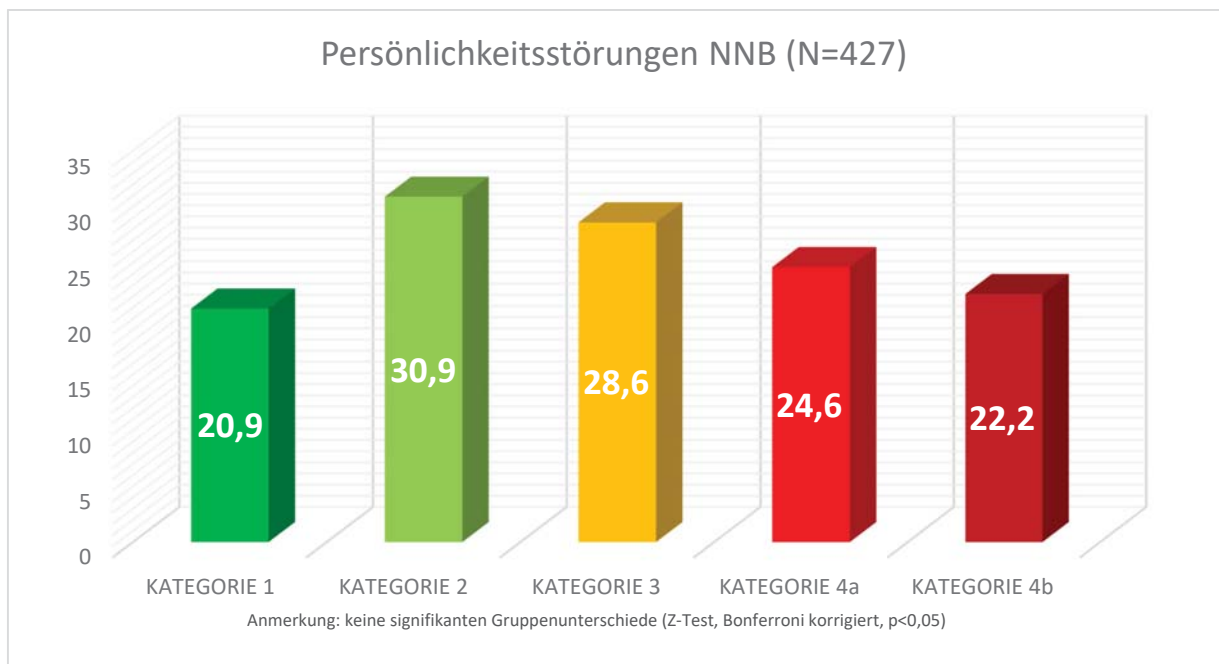
Eine Cluster C Persönlichkeitsstörung findet sich bei 5% bis 10% der Täter. Entsprechende Diagnosen kommen offenbar tendenziell häufiger in den Niedrigrisikokategorien vor. Sie nehmen von 10,7% ( $N=9$ ) in der Risikokategorie „niedrig“, auf 9,2% ( $N=21$ ) in der Kategorie „unterdurchschnittlich“ ab. Die niedrigsten Prozentzahlen findet man in den Kategorien 4a und 4b („überdurchschnittlich“: 5,6% [ $N=5$ ], „deutlich überdurchschnittlich“: 7,5% [ $N=4$ ]). Die jeweiligen Unterschiede sind nicht signifikant (Abbildung 10).

Abbildung 10. Häufigkeiten der Cluster C Persönlichkeitsstörungen unterteilt nach Risikokategorien



Die Diagnose einer Nicht Näher Bezeichneten Persönlichkeitsstörungen findet sich in 20% bis 30% der jeweiligen Kategorie. In der Risikokategorie „unterdurchschnittlich“ ist sie mit 30,9% ( $N=47$ ) am häufigsten vertreten, in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ weisen 22,2% ( $N=6$ ) eine derartige Störung auf. Die Unterschiede sind nicht signifikant (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11. Häufigkeiten einer Persönlichkeitsstörung NNB unterteilt nach Risikokategorien

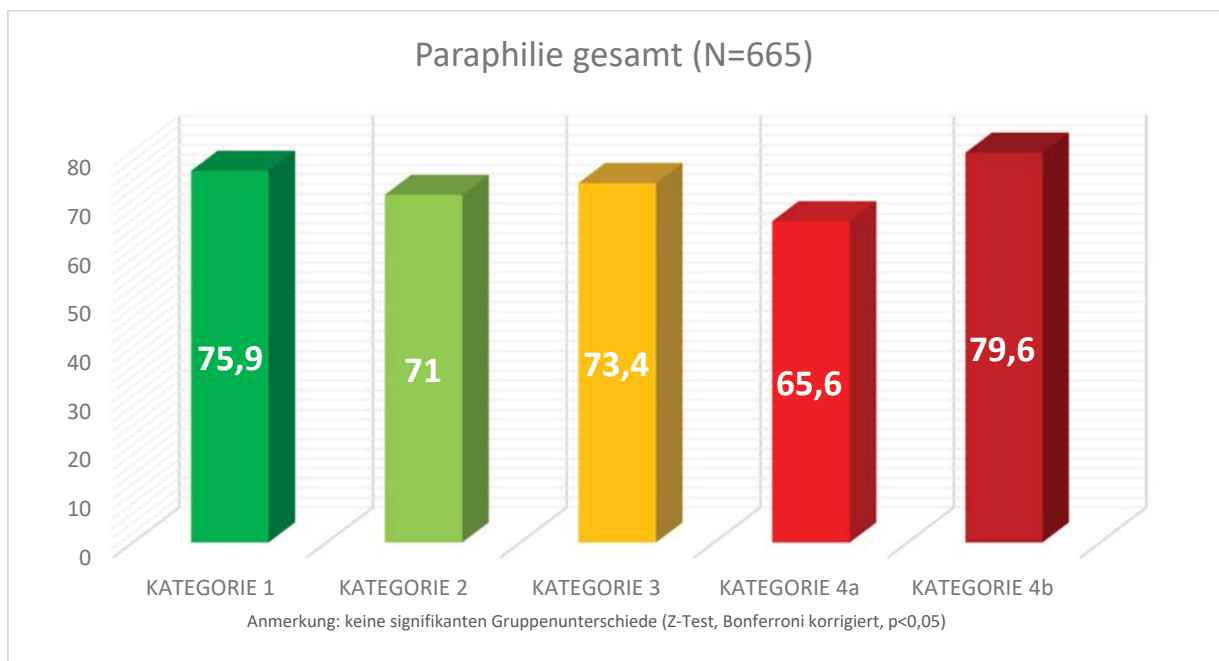


### 4.3.2 Zusammenhänge zwischen Störungen der Sexualpräferenz und Risikokategorien

Insgesamt waren in allen Risikokategorien hohe Prozentsätze an Paraphilien zu finden. Ein eindeutiger Zusammenhang mit dem Risiko zeigte sich allerdings nicht (Abbildung 12). Weder war das Gesamtmodell statistisch signifikant, noch lagen signifikante Gruppenunterschiede vor.

Am häufigsten finden sich Paraphilien in der Risikokategorie „niedrig“ mit 75,9% ( $N=63$ ) und mit 79,6% ( $N=43$ ) in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“. In den anderen Risikokategorien ist die Diagnose einer stabilen Störung der Sexualpräferenz etwas seltener vertreten (zwischen 65% und 73%).

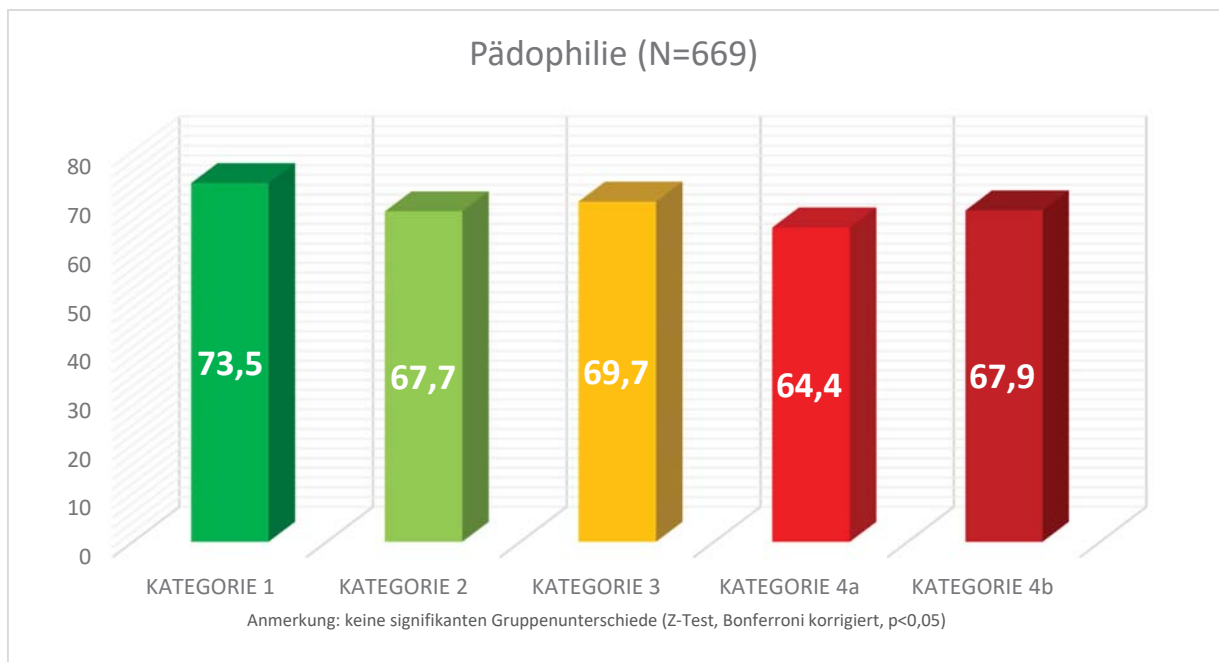
Abbildung 12. Häufigkeiten der Paraphilien unterteilt nach Risikokategorien



Ein ganz ähnliches Bild zeigt sich für die Diagnose der Pädophilie, die für die hohe Prävalenz von Paraphilien in der Gesamtgruppe verantwortlich ist. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, weder für das Gesamtmodell noch für einzelne Gruppenvergleiche.

In der Kategorie „durchschnittlich“ finden sich 69,7% ( $N=147$ ) mit einer Pädophilie-Diagnose, in den Risikokategorien „unterdurchschnittlich“ und „überdurchschnittlich“ 67,7% ( $N=157$ ) und 64,4% ( $N=58$ ). Mit 73,5% ( $N=61$ ) war die Pädophilie am häufigsten in der Kategorie „niedrig“ zu finden. 67,9% ( $N=36$ ) der Sexualstraftäter aus der Risikokategorie „deutlich überdurchschnittlich“ weisen eine Pädophilie auf (Abbildung 13).

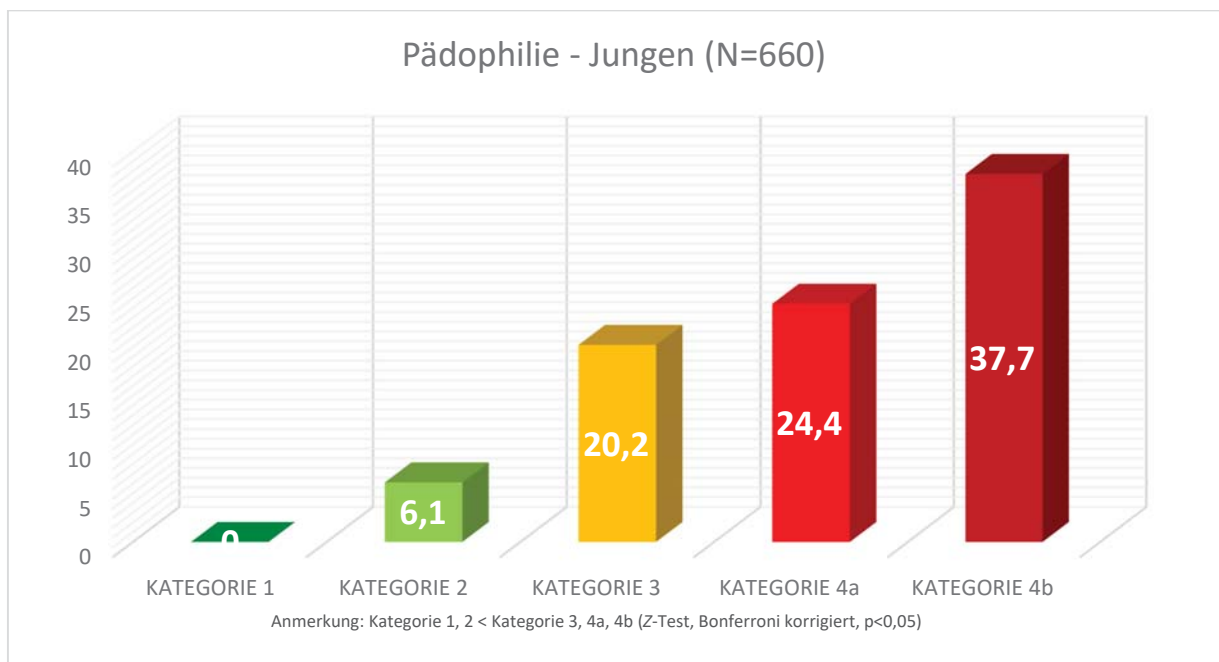
Abbildung 13. Häufigkeiten der Diagnose Pädophilie unterteilt nach Risikokategorien



Betrachtet man die Pädophilie genauer nach Opfergeschlecht und Ausschließlichkeit, so finden sich zwischen den einzelnen Risikokategorien beträchtliche Unterschiede.

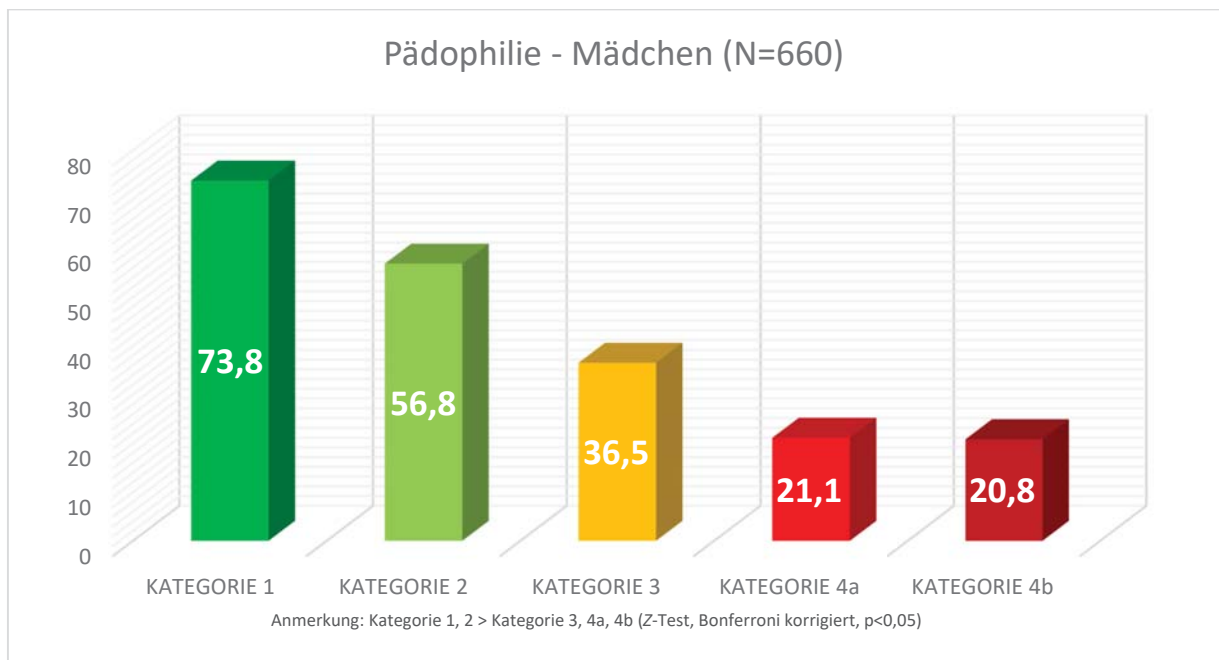
Der Umstand, Knaben missbraucht zu haben, geht unseren Daten zufolge eindeutig mit einem erhöhten Risiko einher (gleichwohl ist hier zu beachten, dass der Umstand, ein männliches Opfer aufzuweisen, auch der Risikokategorisierung mittels des Static-99 als eines von 10 Merkmalen zugrunde liegt). Kindesmissbraucher mit ausschließlich männlichen Opfern sind in der Risikokategorie „unterdurchschnittlich“ mit 6,1% ( $N=14$ ) vertreten. Es kommt zu einem kontinuierlichen Anstieg der Häufigkeit entsprechender Täter über die weiteren Risikokategorien hinweg („deutlich überdurchschnittlich“: 37,7% [ $N=20$ ]). Sowohl das Gesamtmodell ist mit  $\chi^2(1,4): 60,98$  ( $p < 0,001$ ) hochsignifikant, also auch der Z-Test zwischen den Kategorien 1 und 2 zu jeweils 3, 4a, 4b. In der Kategorie „niedrig“ befindet sich kein Täter mit einer homosexuellen Pädophilie (Abbildung 14).

Abbildung 14. Häufigkeiten der Diagnose Pädophilie – gerichtet auf Knaben – unterteilt nach Risikokategorien



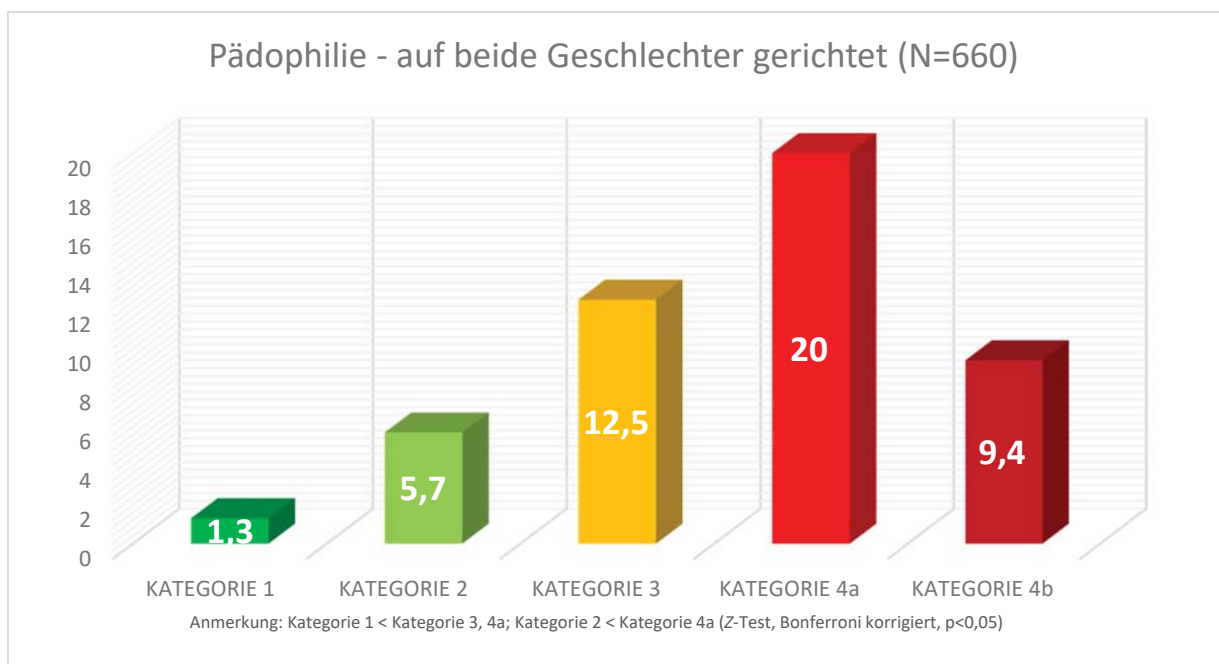
Das genau gegenläufige Muster zeigt sich hinsichtlich einer Pädophilie mit ausschließlicher Orientierung auf Mädchen. Sie ist mit 73,8% ( $N=59$ ) in der Risikokategorie „niedrig“ am häufigsten vertreten, in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ mit 20,8% ( $N=11$ ) am seltensten. Das Gesamtmodell ist mit  $\chi^2(1,4) = 78,964$  ( $p < 0,001$ ) hochsignifikant. Ebenso unterscheiden sich die Häufigkeiten in den Kategorien 1 und 2 signifikant zu denen aus den Kategorien 3, 4a und 4b (Abbildung 15).

Abbildung 15. Häufigkeiten der Diagnose Pädophilie – gerichtet auf Mädchen – unterteilt nach Risikokategorien



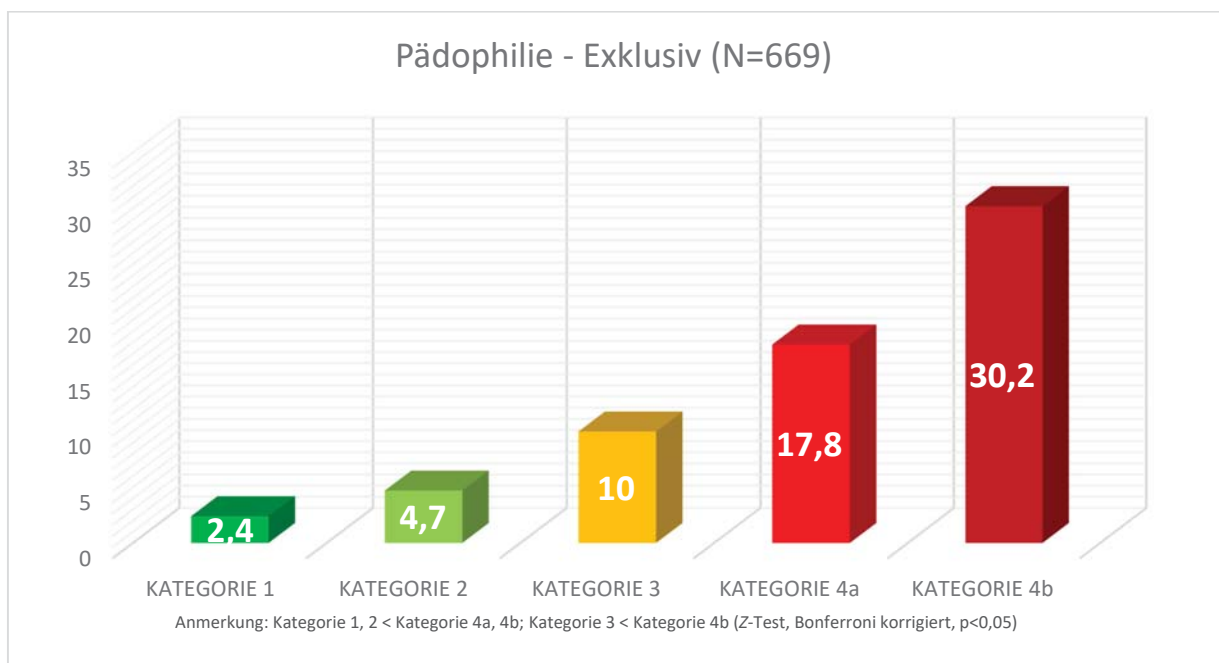
Kindesmissbraucher mit der Diagnose einer Pädophilie auf beide Geschlechter orientiert, finden sich mit 1,3% ( $N=1$ ) am seltensten in der Kategorie „niedriges Risiko“. Die Prävalenz steigt über die Kategorien hinweg kontinuierlich an und ist mit 20% ( $N=18$ ) in der Risikokategorie „überdurchschnittlich“ am größten. In der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ ist die Diagnose allerdings mit 9% wieder seltener vertreten. Auch hier ist das Gesamtmodell mit  $\chi^2(1,4) = 23,842$  ( $p < 0,001$ ) hochsignifikant. Eine Zunahme der Prävalenz entlang dem Risiko lässt sich aber nur für die ersten vier von fünf Kategorien finden. Der Z-Test ergibt signifikante Unterschiede der Häufigkeiten zwischen der Kategorie 1 einerseits und jeweils 3, 4a, sowie zwischen 2 einerseits und 4a (Abbildung 16).

Abbildung 16. Häufigkeiten der Diagnose Pädophilie – auf beide Geschlechter gerichtet – unterteilt nach Risikokategorien



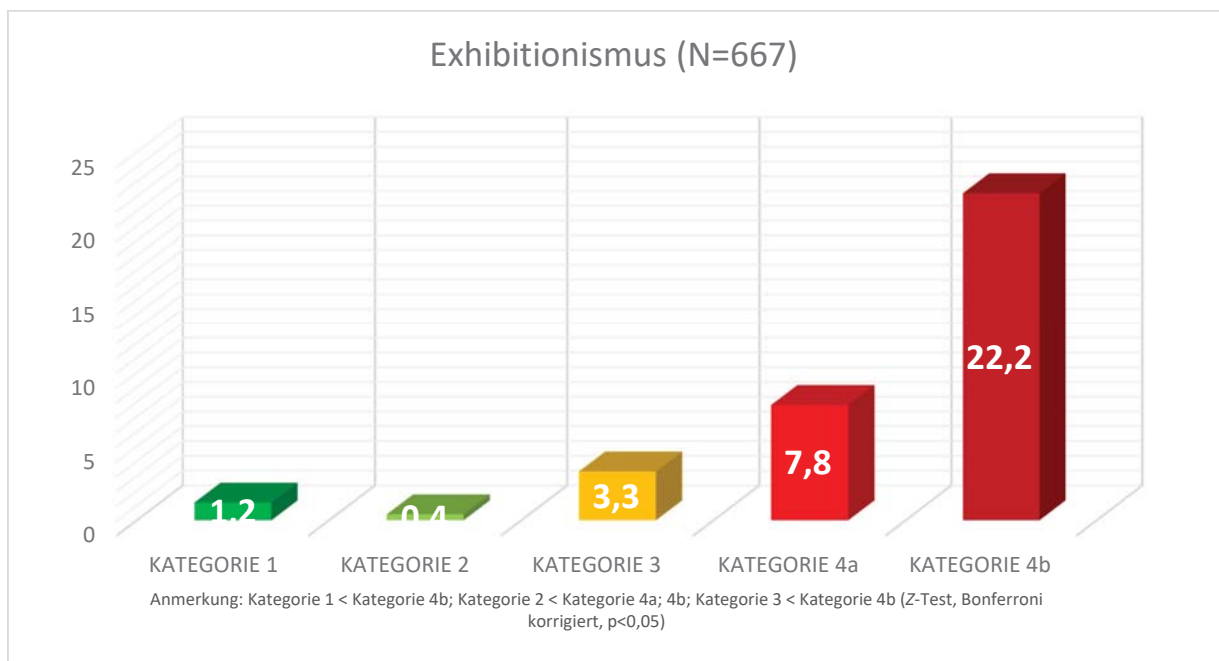
Die Diagnose einer ausschließlichen Pädophilie war augenscheinlich dem Risiko assoziiert. In der Kategorie „niedrig“ finden sich lediglich 2,4% ( $N=2$ ) mit der Diagnose einer exklusiven Pädophilie, in der Risikokategorie „durchschnittlich“ sind es 10% ( $N=21$ ) und in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ weist fast jeder Dritte eine derartige Diagnose auf (30,2% [ $N=16$ ]). Das Gesamtmodell ist mit  $\chi^2(1,4) = 42,995$  ( $p < 0,001$ ) hochsignifikant. Nach dem Z-Test ergeben sich signifikante Unterschiede der Häufigkeiten vor allem jeweils zwischen den Risikokategorien 1 und 2 und den Kategorien 4a, 4b (Abbildung 17).

Abbildung 17. Häufigkeiten der Diagnose exklusive Pädophilie –unterteilt nach Risikokategorien



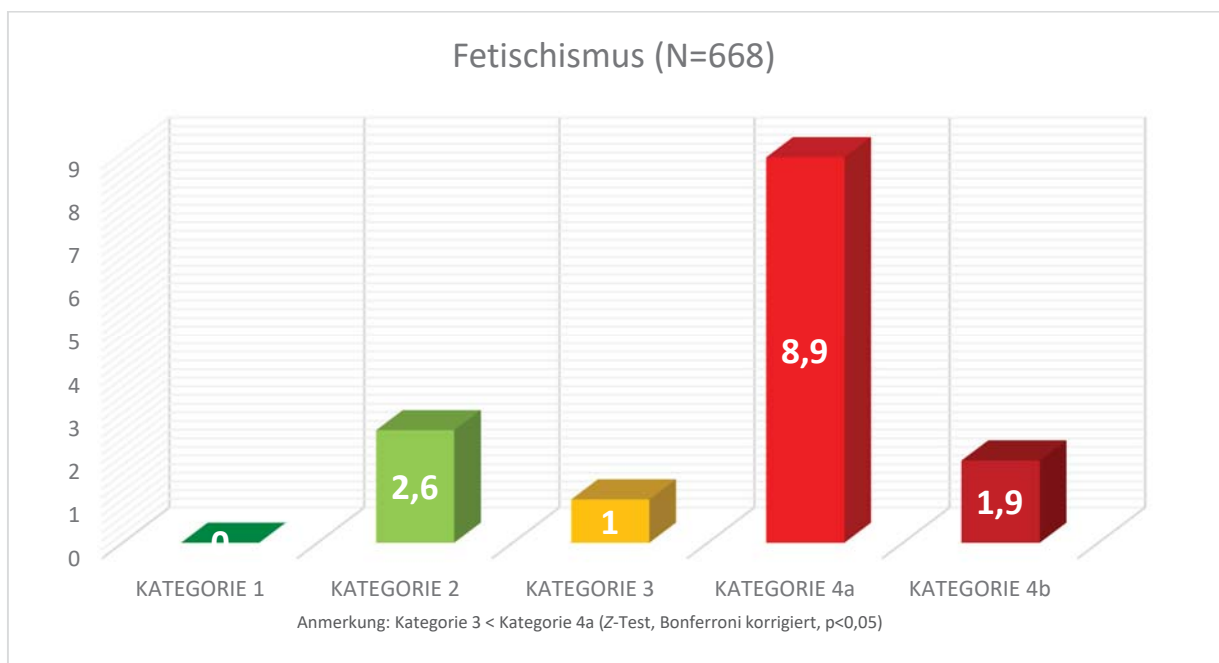
Eine Störung der Sexualpräferenz „Exhibitionismus“ stand ebenso deutlich mit dem Risiko in Zusammenhang. Jeder Fünfte aus der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ weist die Diagnose „Exhibitionismus“ (22,2% [N=12]) auf, während in der Risikokategorie „niedrig“ lediglich 1,2% (N=1) davon betroffen sind. Das Gesamtmodell ist mit  $\chi^2 (1,4) = 56,852$  ( $p < 0,001$ ) hochsignifikant. Der Z-Test weist vor allem auf signifikante Unterschiede der Häufigkeiten zwischen der höchsten Risikokategorie und den drei niedrigen Risikokategorien hin (Abbildung 18).

Abbildung 18. Häufigkeiten der Diagnose Exhibitionismus unterteilt nach Risikokategorien



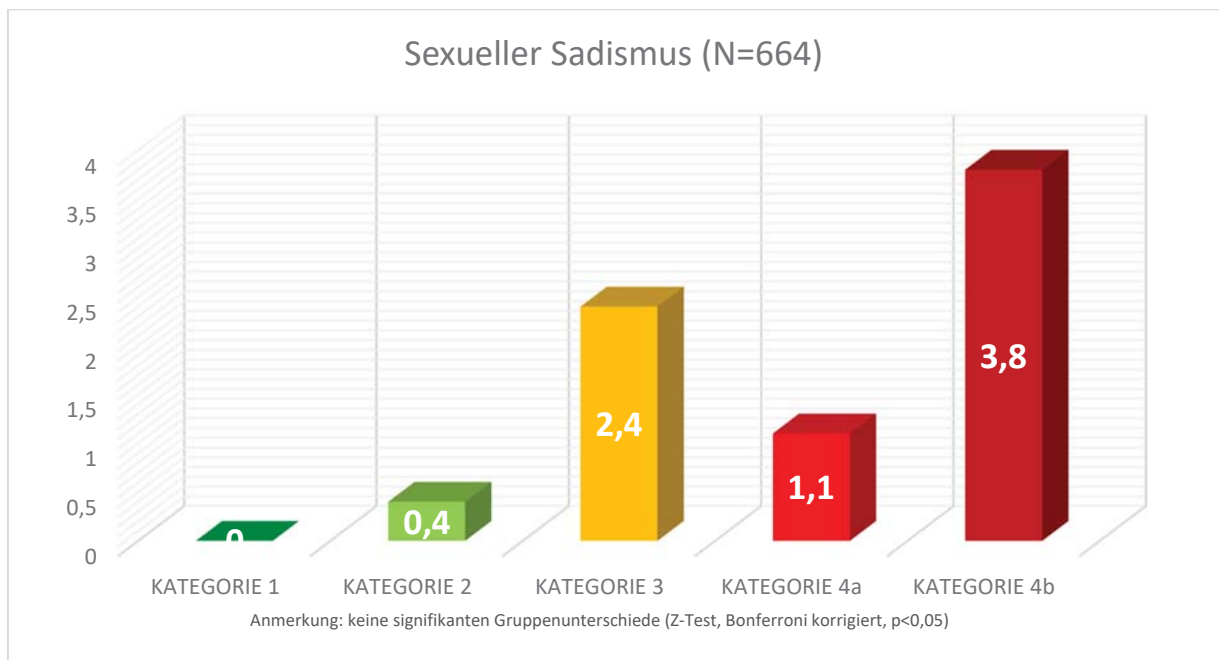
Betrachtet man die Diagnose des sexuellen Fetischismus so fällt auf, dass diese zwar insgesamt selten vorkommt, aber eindeutig am häufigsten in der Kategorie „überdurchschnittlich“ 8,9% ( $N=8$ ) zu finden ist.  $N=6$  Täter (2,6%) finden sich in der Risikokategorie „unterdurchschnittlich“, 1,9% ( $N=1$ ) in der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“, sowie 1% ( $N=2$ ) in der Kategorie „durchschnittlich“. Das Gesamtmodell ist nach  $\chi^2 (1,4) = 19,03$  ( $p < 0,001$ ) signifikant. Der Z-Test zeigt lediglich einen signifikanten Unterschied von der Kategorie 3 zu 4a. Kategorien (Abbildung 19).

Abbildung 19. Häufigkeiten der Diagnose sexueller Fetischismus unterteilt nach Risikokategorien



Die Diagnose eines sexuellen Sadismus wurde nur selten gestellt. Auf häufigsten ist sie mit 3,8% ( $N=2$ ) in der Risikokategorie „deutlich überdurchschnittlich“ zu finden.  $N=5$  Missbraucher, was 2,4% entspricht, findet man in der Kategorie „durchschnittlich“, 1% ( $N=1$ ) in der Kategorie „überdurchschnittlich“ und 0,4% ( $N=1$ ) in der Risikokategorie „unterdurchschnittlich“. Weder war das Gesamtmodell signifikant, noch ließen sich signifikante Gruppenunterschiede finden (Abbildung 20)

Abbildung 20. Häufigkeiten der Diagnose sexueller Sadismus unterteilt nach Risikokategorien



Transvestitischer Fetischismus, Frotteurismus und sexueller Masochismus waren insgesamt selten vertreten (zwischen 0% und 4% innerhalb der verschiedenen Risikokategorien) und es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kategorien (siehe Abbildung 21 bis Abbildung 23).

Abbildung 21. Häufigkeiten der Diagnose Transvestitischer Fetischismus unterteilt nach Risikokategorien

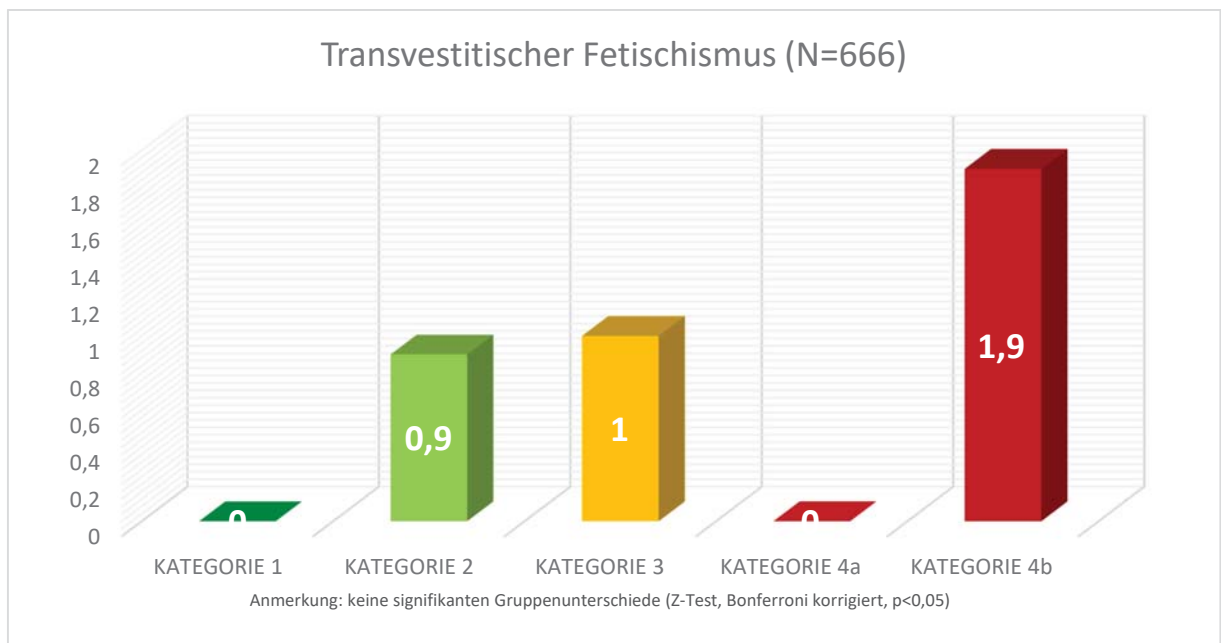


Abbildung 22. Häufigkeiten der Diagnose sexueller Masochismus unterteilt nach Risikokategorien

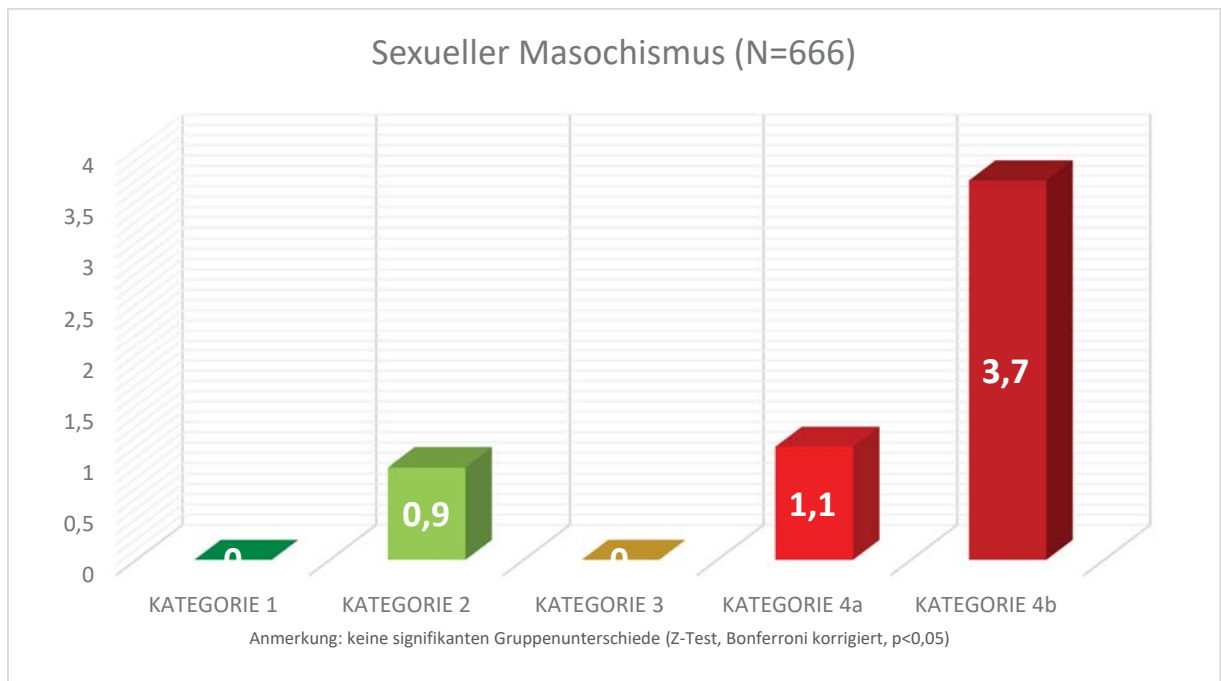
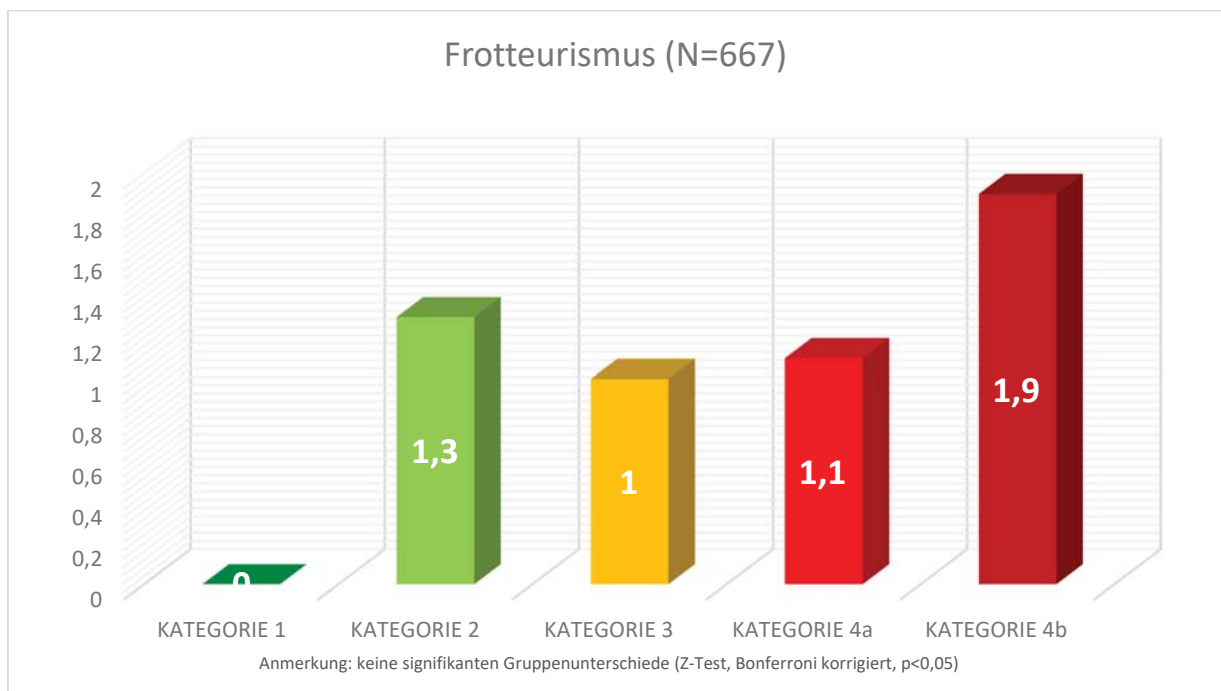


Abbildung 23. Häufigkeiten der Diagnose Frotteurismus unterteilt nach Risikokategorien



Die Diagnosen Voyeurismus und Nicht Näher Bezeichnete Paraphilie sind in den jeweiligen Kategorien mit einer Häufigkeit zwischen 2% und 13% vertreten. Augenscheinlich sind die beiden Diagnosen in der Risikokategorie mit höchstem Risiko („deutlich überdurchschnittlich“) mit jeweils 13% ( $N=7$ ) am häufigsten vertreten. Das Gesamtmodell ist allerdings für keine der Diagnosen signifikant (Abbildung 24 und Abbildung 25).

Abbildung 24. Häufigkeiten der Diagnose Voyeurismus unterteilt nach Risikokategorien

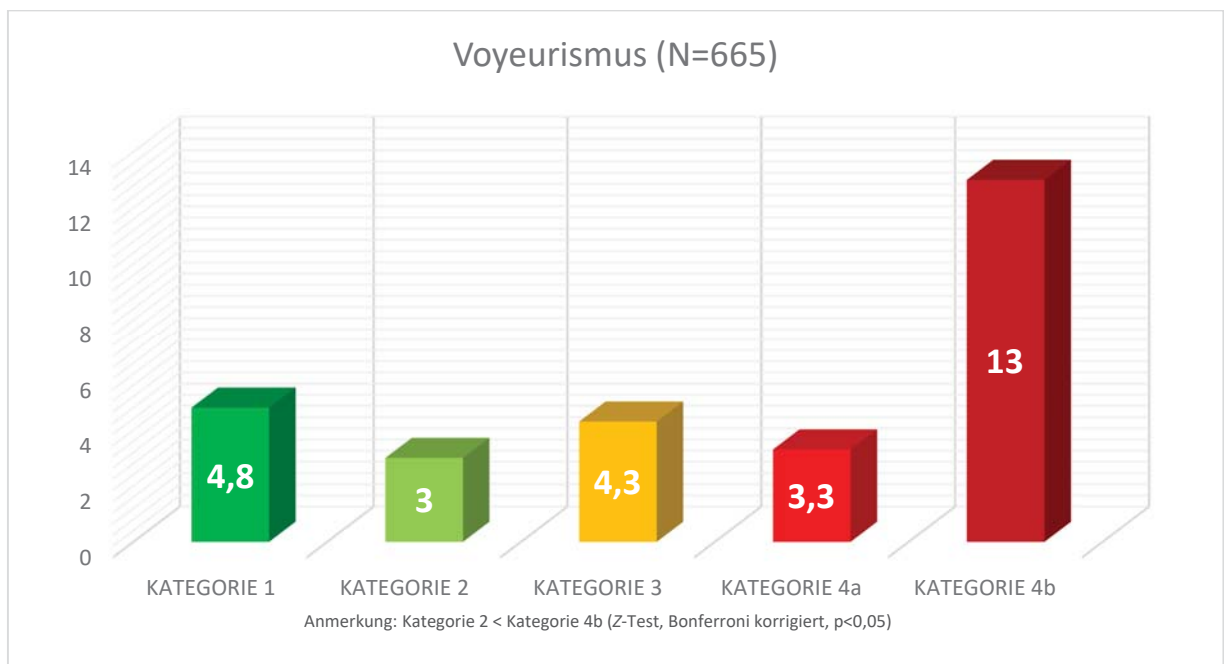
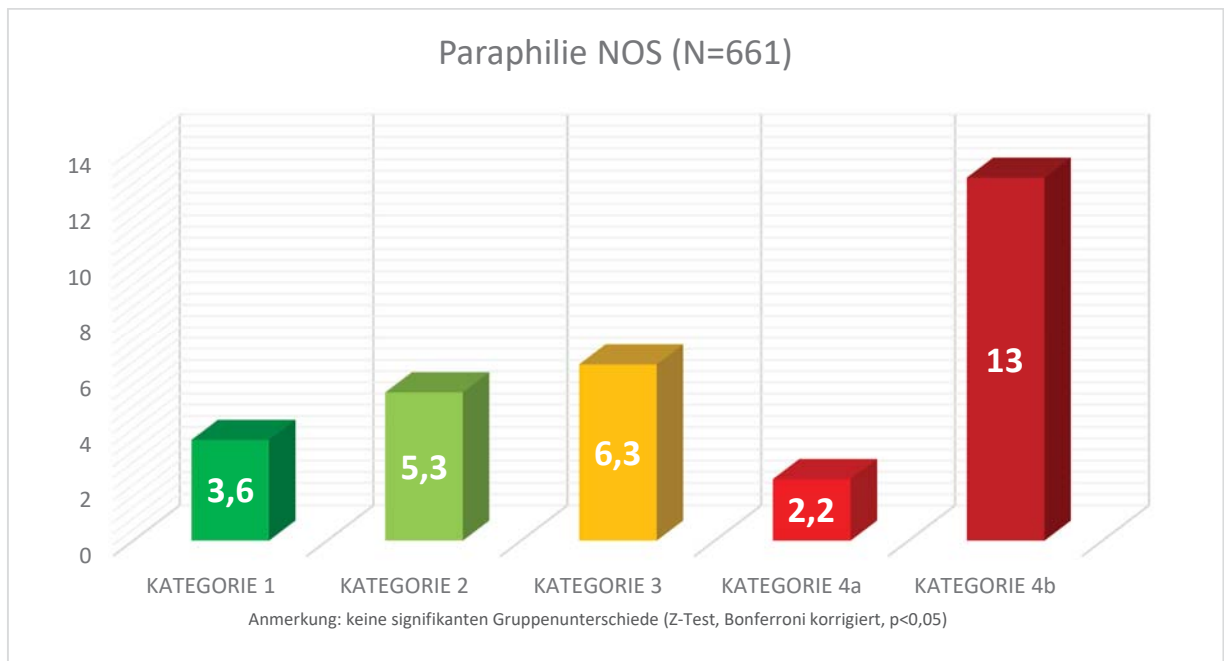


Abbildung 25. Häufigkeiten der Diagnose Nicht Näher Bezeichnete Störung der Sexualpräferenz unterteilt nach Risikokategorien



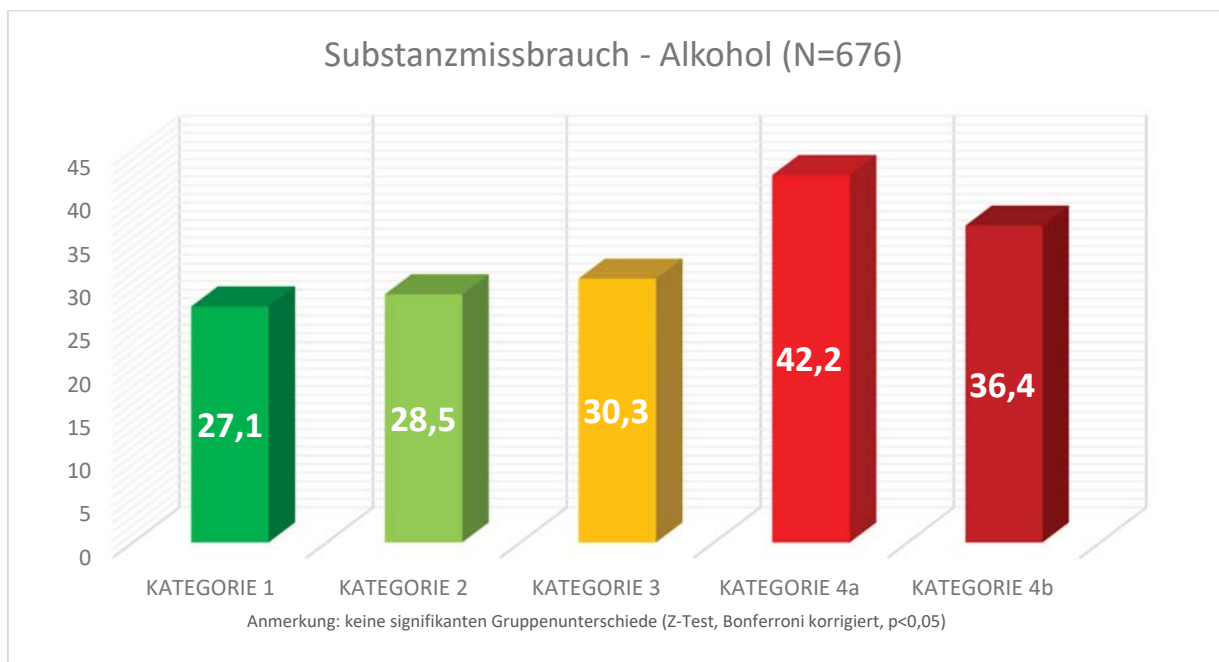
### 4.3.3 Zusammenhänge zwischen weiteren Diagnosen und Risikokategorien

Sämtliche Achse-I-Störungen – affektive Störungen, psychotische Störungen, Angststörungen, Impulskontrollstörungen, Essstörungen und substanzgebundene Süchte bzw. Missbrauchsverhalten – standen unseren Ergebnissen zufolge nicht mit dem Risiko in Zusammenhang. Kein Gruppenvergleich der Häufigkeiten zwischen den einzelnen Risikokategorien war signifikant (siehe auch Tabellen 25 bis 34).

Dennoch fanden sich bei einigen Diagnosen verschiedene Muster, die einer genaueren Betrachtung unterzogen werden.

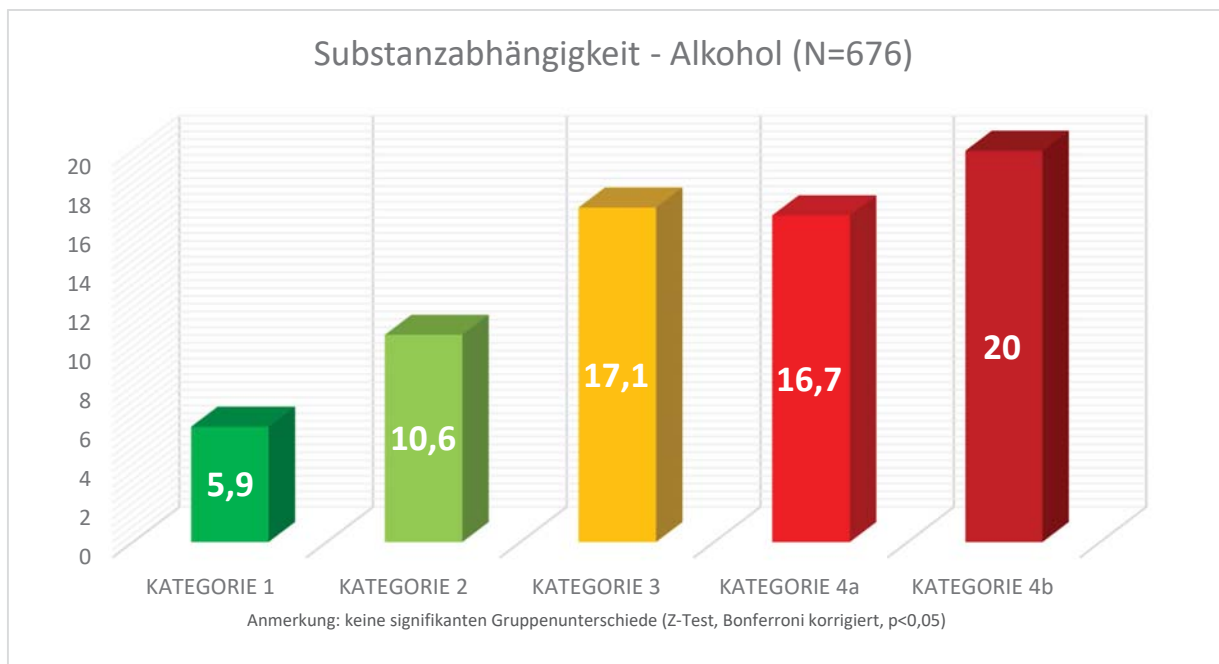
Die Diagnose Alkoholmissbrauch findet sich mit 27,1% ( $N=23$ ) in der Risikokategorie 1 am seltensten, ist aber in den beiden höchsten Risikokategorien am häufigsten vertreten (in der Kategorie 4a mit 42,2% [ $N=38$ ] und in der Kategorie 4b mit 36,4% [ $N=20$ ]; siehe auch Abbildung 26).

Abbildung 26. Häufigkeiten der Diagnose Alkoholmissbrauch unterteilt nach Risikokategorien



Auch die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit ist umso häufiger vertreten, je höher das Risiko ist. 5,9% ( $N=5$ ) Täter mit der entsprechenden Diagnose finden sich in der Kategorie „niedrig“, 17,1% ( $N=36$ ) in der Kategorie „durchschnittlich“, und 20% ( $N=11$ ) in der Risikokategorie „deutlich überdurchschnittlich“ (Abbildung 27).

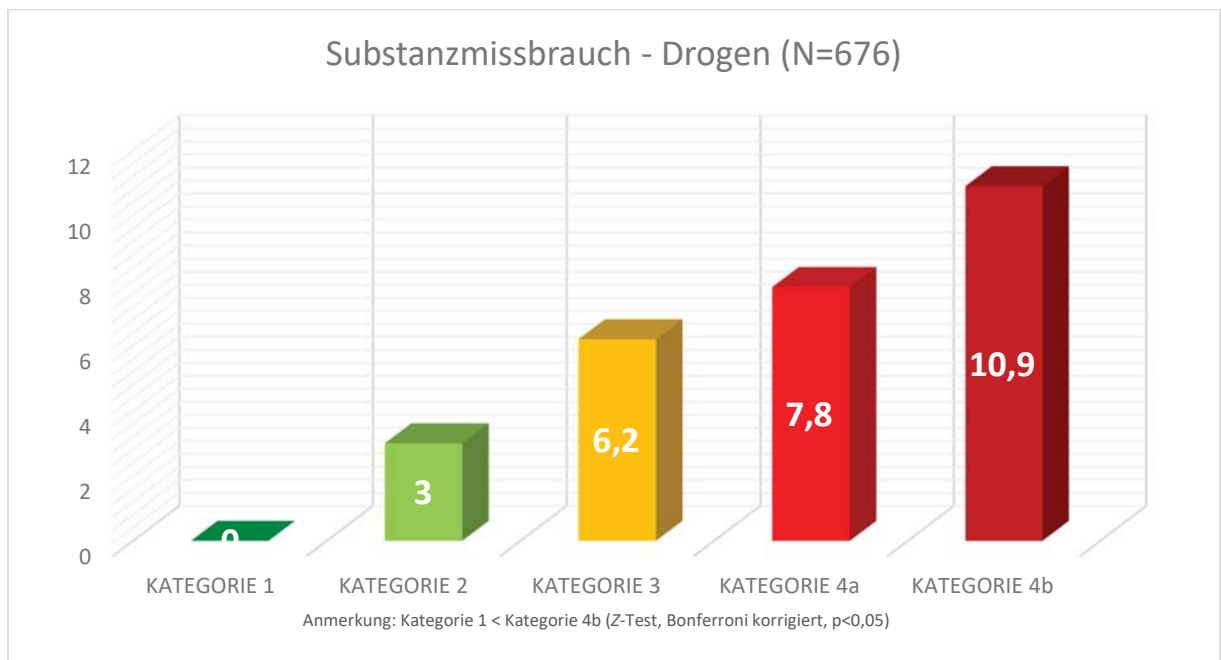
Abbildung 27. Häufigkeiten der Diagnose Alkoholabhängigkeit unterteilt nach Risikokategorien



Betrachtet man die Diagnose eines Drogenmissbrauchs, so ist liegt dieser umso häufiger vor, je höher das Risiko ist. Dennoch ist das Gesamtmodell nicht signifikant.

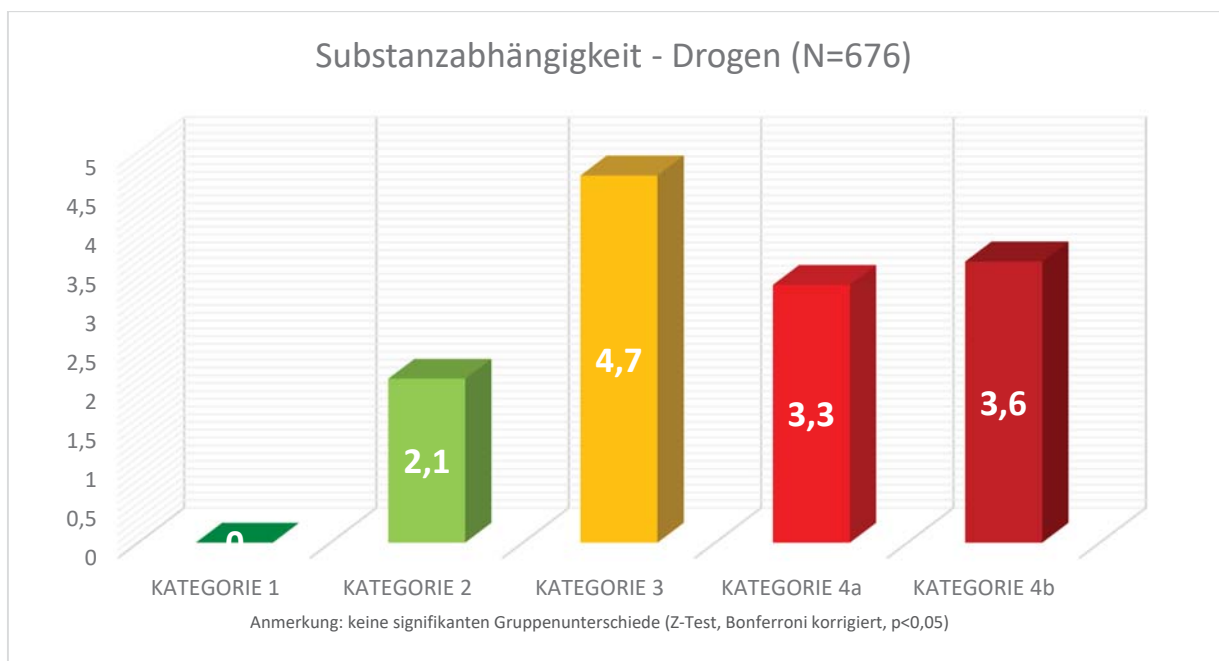
3% ( $N=7$ ) aus der Risikokategorie „unterdurchschnittlich“, weisen eine entsprechende Diagnose auf, während hingegen 10,9% ( $N=6$ ) aus der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ Drogen missbrauchen. Nur der Unterschied zwischen den beiden Extremkategorien ist signifikant (Abbildung 28).

Abbildung 28. Häufigkeiten der Diagnose Substanzmissbrauch – Drogen unterteilt nach Risikokategorien



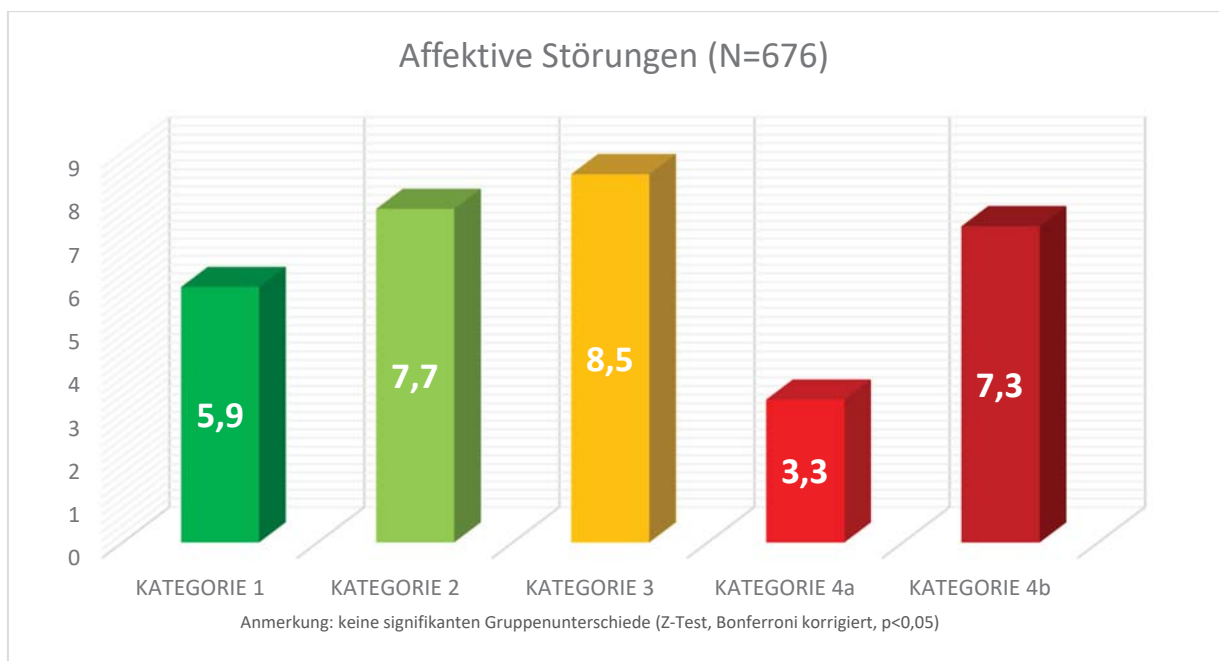
Eine Drogenabhängigkeit liegt bei bis zu 5% der Täter innerhalb einer Kategorie vor. In der Risikokategorie „niedrig“ hatte kein Täter eine entsprechende Diagnose, wohingegen in der Risikokategorie „unterdurchschnittlich“ 2,1% ( $N=5$ ), in der Kategorie „durchschnittlich“ 4,7% ( $N=10$ ), und in der Kategorie 4b insgesamt 3,6% ( $N=2$ ) zu finden waren (Abbildung 29).

Abbildung 29. Häufigkeiten der Diagnose Substanzabhängigkeit – Drogen unterteilt nach Risikokategorien



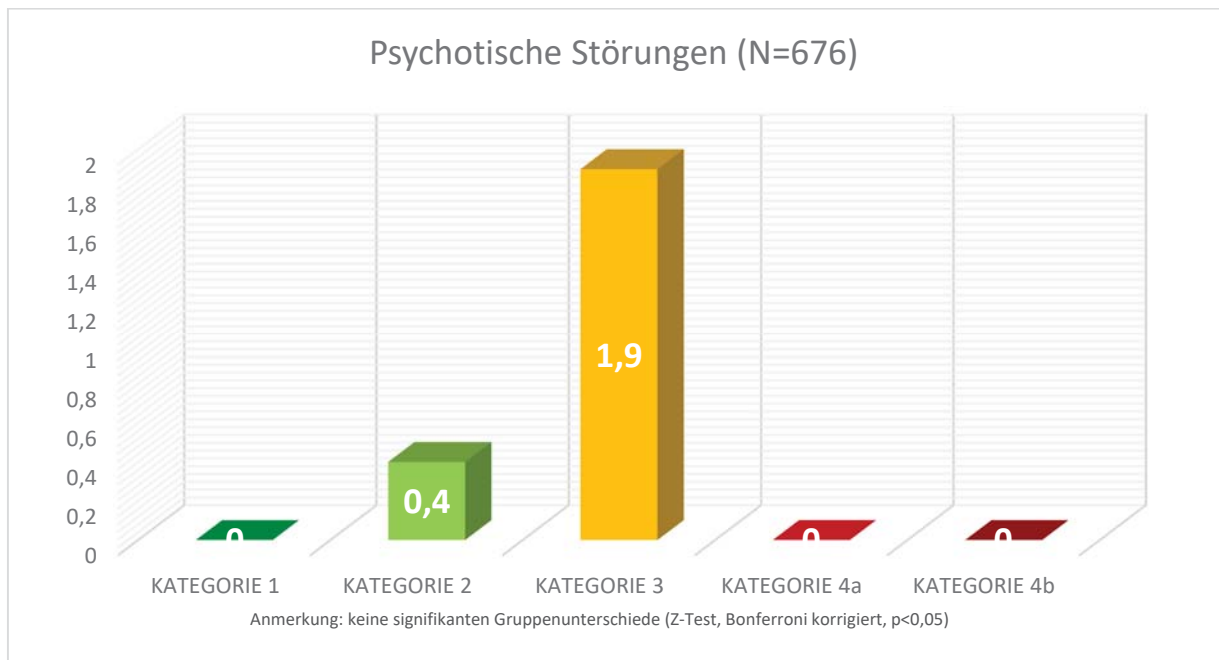
Affektive Störungen sind in der Gesamtgruppe mit 7% vertreten. Ein Zusammenhang mit den Risikokategorien ist nicht zu finden. Bei 5,9% ( $N=5$ ) der Täter aus Risikokategorie 1 konnte eine solche Diagnose gestellt werden, bei 8,5% ( $N=18$ ) der Täter aus der Kategorie „durchschnittlich“, sowie bei 7,3% ( $N=4$ ) aus der Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ (Abbildung 30).

Abbildung 30. Häufigkeiten der Diagnosen Affektive Störungen unterteilt nach Risikokategorien



Die Diagnose einer psychotischen Störung spielte in der Gesamtgruppe praktisch keine Rolle. Dementsprechend konnten auch keine weiteren Erkenntnisse nach Auftrennung auf die einzelnen Risikokategorien erwartet werden. Bemerkenswert jedenfalls scheint, dass in den Hochrisikokategorien 4a und 4b kein einziger Täter eine solche Diagnose aufweist. Lediglich in der Risikokategorie „unterdurchschnittlich“ fanden sich 0,4% ( $N=1$ ), und in der Kategorie „durchschnittlich“ 1,9% ( $N=4$ ) Patienten mit einer psychotischen Störung (Abbildung 31).

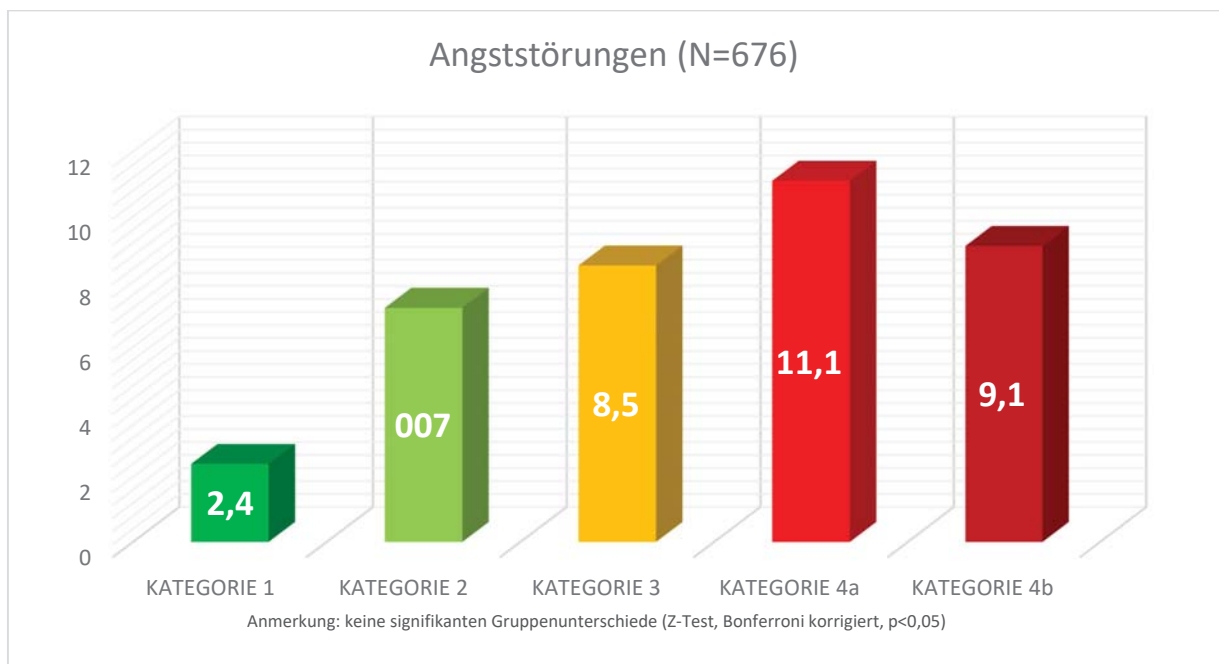
Abbildung 31. Häufigkeiten der Diagnosen Psychotische Störungen unterteilt nach Risikokategorien



Auch Angststörungen standen nicht im Zusammenhang mit dem Risiko.

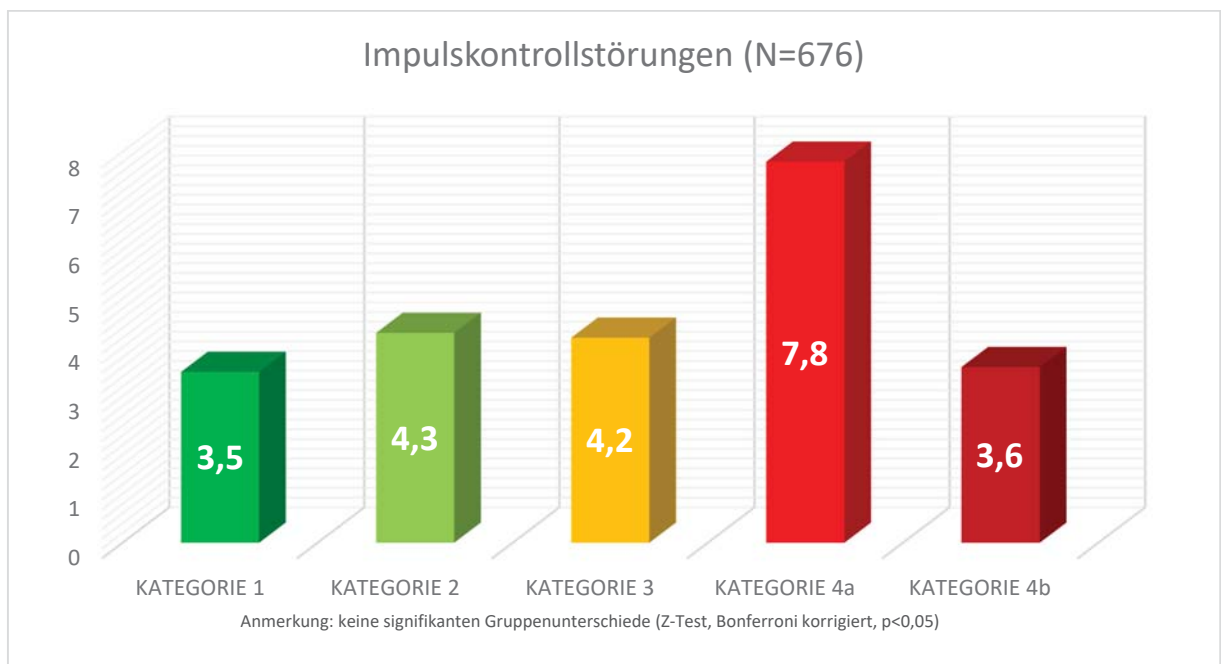
Die höchste Prozentzahl, 11,1% ( $N=10$ ) von Kindesmissbrauchern, bei denen eine Angststörung diagnostiziert wurde, sind in der Kategorie „überdurchschnittlich“ vorzufinden. 9,1% ( $N=5$ ) der Risikokategorie „deutlich überdurchschnittlich“ haben eine Angststörung, und 2,4% ( $N=2$ ) finden sich in der Risikokategorie „niedrig“ (Abbildung 32).

Abbildung 32. Häufigkeiten der Diagnosen Angststörungen unterteilt nach Risikokategorien



Impulskontrollstörungen spielen ebenso wenig eine entscheidende Rolle in der Gesamtpopulation und sind auch nicht mit dem Risiko assoziiert. in der Kategorie 4a ist die Diagnose mit 7,8% (N=7) am häufigsten vertreten (Abbildung 33)

Abbildung 33. Häufigkeiten der Diagnosen Impulskontrollstörungen unterteilt nach Risikokategorien



#### **4.4 Häufigkeiten psychiatrischer Diagnosen in der Höchststrisikokategorie (Kategorie 4b)**

Betrachtet man die Häufigkeiten der psychiatrischen Diagnosen ausschließlich in der Höchststrisikokategorie (4b, also „deutlich überdurchschnittlich“), so finden sich am häufigsten Persönlichkeitsstörungen, nämlich bei 91,7% ( $N=44$ ). Eine Störung der Sexualpräferenz (Paraphilie) liegt bei 79,6% ( $N=43$ ) der Täter vor.

Die Diagnose einer Cluster B Persönlichkeitsstörung und die einer Pädophilie sind jeweils bei 67,9% ( $N=36$ ) der Kindesmissbraucher aus der Höchststrisikokategorie zu finden. 58,5% ( $N=31$ ) haben eine Antisoziale Störung, 26,4% ( $N=14$ ) eine Borderline Störung, und 13,2% ( $N=7$ ) eine Narzisstische Störung.

37,7% ( $N=20$ ) der Täter aus der Kategorie „deutlich überdurchschnittliches Risiko“ weisen die Diagnose einer Pädophilie mit ausschließlicher Orientierung auf Jungen auf. 30,2% ( $N=16$ ) haben eine exklusiv pädophile Störung, 20,8% ( $N=11$ ) der Täter haben eine ausschließliche pädosexuelle Orientierung auf Mädchen, 9,4% ( $N=5$ ) haben eine Pädophilie mit Orientierung auf beide Geschlechter.

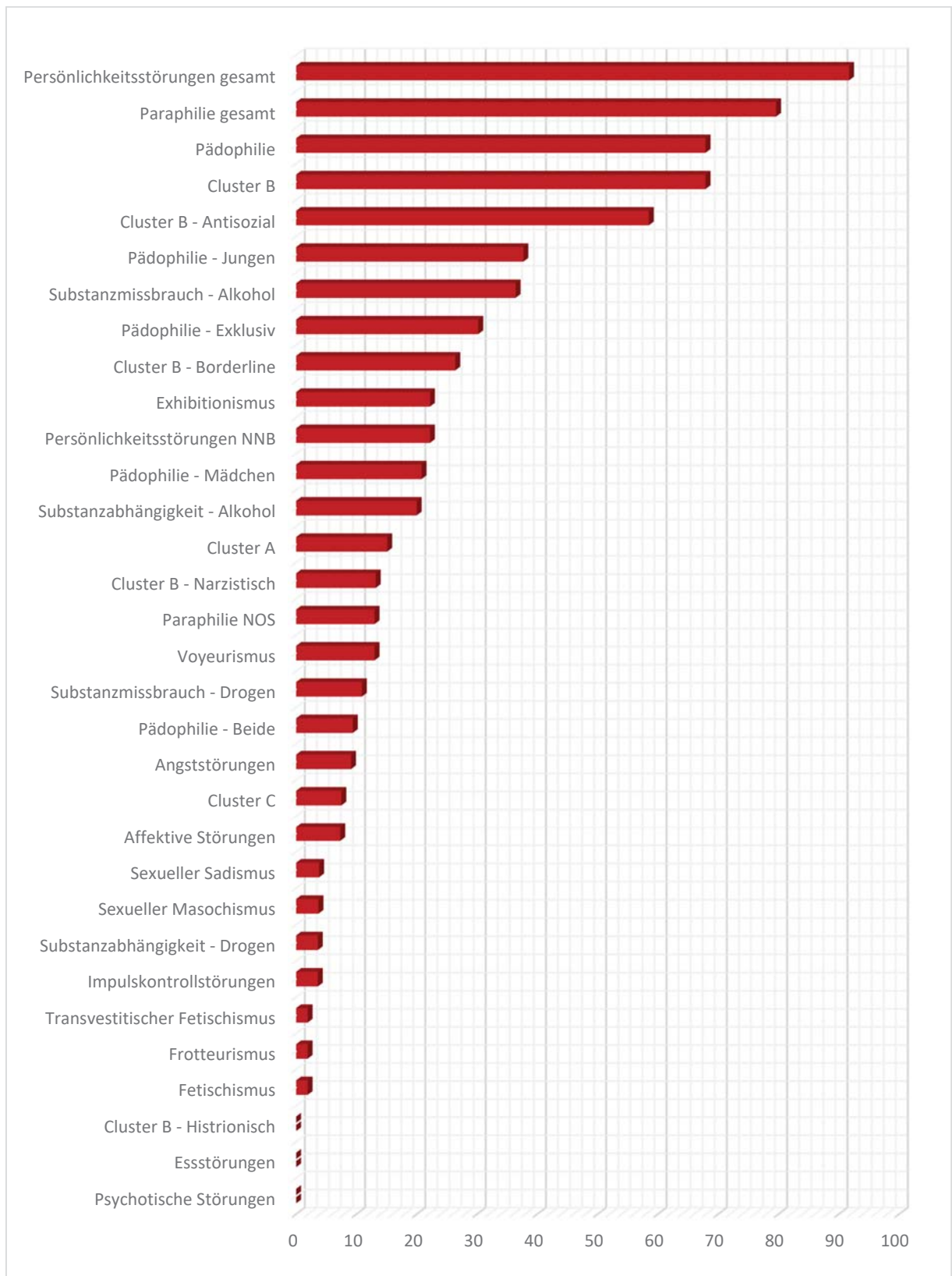
Die Diagnose Exhibitionismus ist nach der Pädophilie die zweithäufigste Störung der Sexualpräferenz in der Höchststrisiko-Kategorie und liegt bei 22,2% ( $N=12$ ) vor. Ein Alkoholmissbrauch findet sich bei 36,4% ( $N=20$ ). Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit liegt in der höchsten Risikokategorie bei 20% ( $N=11$ ) aller Täter vor, wohingegen ein Substanzmissbrauch von Drogen vergleichsweise selten vorkommt und bei 10,9% ( $N=6$ ) liegt. 3,6% ( $N=2$ ) der Täter weisen eine Substanzabhängigkeit auf.

Cluster A Persönlichkeitsstörungen finden sich bei 15,1% ( $N=8$ ), Cluster C Persönlichkeitsstörungen bei 7,5% ( $N=4$ ). Die Diagnose einer Nicht Näher Bezeichneten Persönlichkeitsstörung ist relativ häufig und kommt bei 22,2% ( $N=6$ ) vor.

Voyeurismus findet sich bei 13% ( $N=7$ ), eine Nicht Näher Bezeichnetete Paraphilie ebenso bei 13% ( $N=7$ ). Ein sexueller Sadismus konnte bei 3,8% ( $N=2$ ) diagnostiziert werden, ein sexueller Masochismus bei 3,7% ( $N=2$ ), ein Fetischismus bei 1,9% ( $N=1$ ), ebenso wie die Diagnosen Frotteurismus und transvestitischer Fetischismus.

9,1% ( $N=5$ ) der Hochrisikotäter weisen eine Angststörung auf, 7,3% ( $N=4$ ) eine affektive Störung und 3,6% ( $N=2$ ) eine Impulskontrollstörung.

Abbildung 34. Häufigkeiten psychiatrischer Diagnosen in der Höchststrisikokategorie (absteigend)



## 5 Diskussion

Jährlich werden 600 – 700 Sexualstraftäter rechtskräftig verurteilt. Etwa die Hälfte davon begeht Kontakt-Delikte. Ungefähr 150 Täter werden jährlich wegen sexueller Übergriffe an Kindern verurteilt. Bei den wenigsten dieser Täter wird allerdings ein Zusammenhang der Tat mit einer „geistigen oder seelischen Abartigkeit höheren Grades“ gesehen, was dazu führt, dass sich die jährliche Einweisungsrate in eine „Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher“ nach § 21 StGB auf etwa 3-5% beschränkt (Eher, Lindemann, Birklbauer, & Müller, 2016).

Gleichwohl ist bekannt, dass auch 90% der Sexualtäter aus dem Strafvollzug mindestens eine psychiatrische Diagnose aufweisen (Eher et al., 2019). Ebenso ist bekannt, dass bestimmte psychische Auffälligkeiten, Defizite und Verhaltensweisen mit einem erhöhten Risiko für die Begehung eines neuerlichen Sexualdelikts in Verbindung stehen (Mann et al., 2010). Auch wenn die einschlägige Rückfallrate von aus dem Strafvollzug entlassenen Sexualtätern mit etwa 5% innerhalb von fünf Jahren deutlich niedriger ist als vielfach angenommen (Rettenberger et al., 2015), heißt das, dass nichts desto trotz auch bereits amtsbekannte und verurteilte Sexualtäter neuerlich im Sinne von Sexualstraftaten delinquieren und neuerlich, u.a. auch Kinder, zu Opfern machen.

Diesem Risiko und dem entsprechenden Risikomanagement sollte die ganze Aufmerksamkeit gewidmet werden. Es ist naheliegend, dass auch psychiatrische Diagnosen mit dem Rückfallrisiko im Zusammenhang stehen und dass deren konsequente Behandlung einen Betrag zur Risikosenkung leisten kann. Um gute Argumente dafür zu haben, dem Täter die Behandlung solcher mit dem Risiko in Zusammenhang stehenden Diagnosen prioritär und konsequent zu empfehlen, bedarf es zuvor ausreichender empirischer Evidenz dafür, welche Diagnosen tatsächlich mit einem erhöhten Rückfallrisiko in Zusammenhang stehen. In unserer Studie unterteilten wir daher eine Gruppe zu einer Straftat verurteilter pädosexueller Täter mittels kriminologischer und viktimologischer Merkmale in fünf („niedrig“, „unterdurchschnittlich“, „durchschnittlich“, „überdurchschnittlich“, „deutlich überdurchschnittlich“) Risikokategorien (Eher et al., 2019; Hanson et al., 2017). In der Folge erhoben wir die entsprechenden Häufigkeiten von psychiatrischen Diagnosen in den jeweiligen Risikokategorien und prüften allfällige Unterschiede auf ihre Signifikanz.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Häufigkeiten einzelner weniger psychiatrischer Störungen in den verschiedenen Risikokategorien signifikant unterschiedlich waren. Insbesondere waren vor allem extrovertierte Persönlichkeitsstörungen und Paraphilien

häufiger in den Hochrisikokategorien vertreten als in den Kategorien mit niedrigem Risiko. Mehrheitlich allerdings waren psychiatrische Diagnosen nicht mit dem Rückfallrisiko assoziiert.

Betrachtet man nun die Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B genauer, so sind es vor allem die Antisoziale und Borderline Persönlichkeitsstörung, die signifikant häufiger in den Hochrisikokategorien vorzufinden sind. Somit stützen unsere Ergebnisse auch frühere Beobachtungen, wonach nicht die sexuelle Störung allein für das Rückfallrisiko bei Sexualtätern verantwortlich ist, sondern auch antisoziale Einstellungen und Impulsivität eine entscheidende Rolle spielen (Eher, Schilling, et al., 2016). Dazu zählen neben jähzornigem, feindseligem und impulsivem Verhalten auch instabile zwischenmenschliche Beziehungen, auch das Nicht-Anerkennen von Autoritäten sowie eine instabile Arbeitshaltung. Auch wenn dissoziale Persönlichkeitszüge ganz allgemein einen Faktor für die Rückfälligkeit bei Gewaltverbrechen darstellen, so nehmen sie, das Rückfallrisiko bei Sexualtätern betreffend, offenbar noch einmal eine besondere Stellung ein.

Neben den extrovertierten Persönlichkeitsstörungen war vor allem davon auszugehen, dass stabile Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien), allen voran die Pädophilie, risikoprognostisch von Bedeutung sind. Diese Vorannahme konnte für die Diagnose einer Pädophilie zunächst nicht bestätigt werden. Die Pädophilie war in allen Risikokategorien mit etwa 70-80% vertreten und stand nicht mit dem Risiko in Zusammenhang. Dies war auf den ersten Blick erstaunlich und kontraintuitiv. Erst auf den zweiten Blick fand sich dafür eine Erklärung, die vor allem in den Diagnosekriterien der Pädophilie zu finden ist. Die Pädophilie ist eine breite Diagnose, deren Schwelle relativ niedrig liegt und bereits bei sexuellen Handlungen mit präpubertären Kindern über einen Zeitraum von einem halben Jahr zu vergeben ist. Die entsprechende mangelnde forensische Relevanz wurde schon früher beschrieben (Eher, 2016a).

Aus forensischer Sicht ist es viel wichtiger, die Diagnose einer Pädophilie von der Straftat des sexuellen Kindesmissbrauchs zu unterscheiden. Die klinisch und forensisch bedeutsamere Störung dafür ist die einer exklusiven Pädophilie, also einer Störung, die dem Betroffenen grundsätzlich nicht ermöglicht, Erwachsene sexuell zu besetzen (Eher, Olver, Heurix, Schilling, & Rettenberger, 2015). Diese Diagnose war auch in unsere Studie signifikant mit einem höheren Risiko assoziiert. In der Hochrisikokategorie wies etwa ein Drittel der Betroffenen eine ausschließliche Pädophilie auf. Signifikant erhöht in der Hochrisikogruppe war auch die Diagnose eines Exhibitionismus.

Andere Diagnosen standen in unserer Studie nicht eindeutig im Zusammenhang mit dem Risiko für neuerliche Delikte. Freilich bedeutet das nicht, dass nicht im individuellen Fall eine bestimmte Diagnose dennoch einen entscheidenden Betrag für die Delinquenz des Betroffenen spielen könnte. So ist es nicht undenkbar, dass gerade eine depressive Phase im Rahmen der entsprechenden Regression die Fähigkeit zur Anbahnung sexueller Kontakte mit Erwachsenen einschränkt und in der Folge Kindesmissbrauchshandlungen zu bahnen hilft. Unsere Daten jedenfalls geben keinen Beleg dafür, dass die Depression selbst, oder auch andere Diagnosen, einen allgemeinen und spezifischen Zusammenhang mit pädosexuellen Straftaten aufweisen.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass unsere Ergebnisse auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Diagnosen einer exklusiven Pädophilie, eines sexuellen Exhibitionismus und einer extrovertierter Persönlichkeitsstörung (insbesondere Antisozial und Borderline) mit dem Rückfallrisiko bei sexuellen Kindesmissbrauchern hinweisen. Diese Ergebnisse sollten allerdings im Rahmen von prospektiven Studien mit echten Rückfalldaten repliziert werden, um von einem sicheren derartigen Zusammenhang sprechen zu können.

Nichts desto trotz geben unsere Ergebnisse, die immerhin auf eine vergleichsweise große Zahl von Tätern zurückgreifen, Hinweise dafür, dass insbesondere die oben angeführten Diagnosen und deren Behandlung auch im Fokus von risikoreduzierenden Maßnahmen stehen sollten.

## 6 Literaturverzeichnis

- ADVOKAT Unternehmensberatung, Greiter & Greiter GmbH. (15. 09 2019). *JUSLINE*.  
Von <https://www.jusline.at/> abgerufen
- Association, A. P. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV (4th ed., Text Revision)*: Washington, DC : Author.
- Blanchard, R. (2010). The DSM diagnostic criteria for pedophilia. *Arch. Sex Behav*, 39(2), 304-316. doi:10.1007/s10508-009-9536-0 [doi]
- Eher, R. (2009). Zu den Aufgaben der Begutachtungs- und Evaluationsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäter im Österreichischen Strafvollzug. *Kriminalpädagogische Praxis*, 37, 9-14.
- Eher, R. (2016a). The Forensic Relevance of Paedophilia in the Assessment of Child Molesters. In D. Boer (Ed.), *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment and Treatment of Sexual Offending*.
- Eher, R. (2016b). Mehr Sicherheit durch weniger Haft? Die Auswirkungen des Strafrechtsänderungsgesetzes (StRÄG) 2008 auf das Sexualtätermanagement und die Legalbewährung von strafgefangenen Sexualstraftätern in Österreich. In M. Rettenberger & A. Dessecker (Eds.), *Behandlung im Justizvollzug*. Wiesbaden: KrimZ.
- Eher, R., Lindemann, M., Birklbauer, A., & Müller, J. (2016). Der Gefährlichkeitsbegriff als Voraussetzung für die Verhängung vorbeugender freiheitsentziehender Maßnahmen - eine kritische Betrachtung und Vorschläge de lege ferenda. *Recht und Psychiatrie*, 34(2), 96-106.
- Eher, R., Olver, M. E., Heurix, I., Schilling, F., & Rettenberger, M. (2015). Predicting reoffense in pedophilic child molesters by clinical diagnoses and risk assessment. *Law Hum. Behav*, 39(6), 571-580. doi: 10.1037/lhb0000144
- Eher, R., Rettenberger, M., Etzler, S., Eberhaut, S., & Mokros, A. (2019). Eine gemeinsame Sprache für die Risikokommunikation bei Sexualstraftätern Trenn- und Normwerte für das neue Fünf-Kategorienmodell des Static-99 [A common language for communicating risk in sexual offenders – the 5-category model Static-99]. *Recht und Psychiatrie*, 37, 91 - 99.
- Eher, R., Rettenberger, M., & Turner, D. (2019). The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(6), 572-581. doi:10.1111/acps.13024

- Eher, R., Schilling, F., Hansmann, B., Pumberger, T., Nitschke, J., Habermeyer, E., & Mokros, A. (2016). Sadism and Violent Reoffending in Sexual Offenders. *Sex Abuse*, 28(1), 46-72. doi:10.1177/1079063214566715
- Hanson, R. K., Babchishin, K. M., Helmus, L. M., Thornton, D., & Phenix, A. (2017). Communicating the results of criterion referenced prediction measures: Risk categories for the Static-99R and Static-2002R sexual offender risk assessment tools. *Psychol Assess*, 29(5), 582-597. doi:10.1037/pas0000371
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychol Assess*, 21(1), 1-21. doi:2009-03401-001 [pii];10.1037/a0014421
- Knecht, T. (2002). Die sogenannten Paraphilien – Biologisch-psychiatrische Aspekte der sexuellen Deviationen. *Forum Med Suisse*, 22, 543 - 549.
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sex Abuse*, 22(2), 191-217. doi: 10.1177/1079063210366039
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing Risk for Sexual Recidivism: Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 191-217.
- Marshall, W. L., Payne, K., Barbaree, H. E., & Eccles, A. (1991). Exhibitionists: sexual preferences for exposing. *Behav. Res. Ther*, 29(1), 37-40.
- Quinsey, V. L., Chaplin, T. C., & Upfold, D. (1984). Sexual arousal to nonsexual violence and sadomasochistic themes among rapists and non sex-offenders. *J Consult Clin. Psychol*, 52(4), 651-657.
- Rettenberger, M., Briken, P., Turner, D., & Eher, R. (2015). Sexual offender recidivism among a population-based prison sample. *Int. J. Offender. Ther. Comp Criminol*, 59(4), 424-444. doi: 10.1177/0306624X13516732
- Santtila, P., Antfolk, J., Räså, A., Hartwig, M., Sariola, H., Sandnabba, N. K., & Mokros, A. (2015). Men's Sexual Interest in Children: One-Year Incidence and Correlates in a Population-Based Sample of Finnish Male Twins. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(2), 115-134. doi:10.1080/10538712.2015.99741

- Schaefer, G. A., Mundt, I. A., Feelgood, S., Hupp, E., Neutze, J., Ahlers, C. J., . . . Beier, K. M. (2010). Potential and Dunkelfeld offenders: two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *Int. J. Law Psychiatry, 33*(3), 154-163. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.03.005
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annu. Rev. Clin. Psychol, 5*, 391-407. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153618
- Seto, M. C., Cantor, J. M., & Blanchard, R. (2006). Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J. Abnorm. Psychol, 115*(3), 610-615.
- Seto, M. C., Lalumiere, M. L., Harris, G. T., & Chivers, M. L. (2012). The sexual responses of sexual sadists. *J Abnorm. Psychol, 121*(3), 739-753. doi: 10.1037/a0028714
- Statistik Austria. (15. 09 2019). *STATISTIK AUSTRIA*. Von <https://www.statistik.at> abgerufen