

# Antiandrogene Medikation zur Senkung der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern: ein kritischer Überblick

Reinhard Eher<sup>1</sup>, Annika Gnoth<sup>2</sup>, Alois Birklbauer<sup>3</sup>, Friedemann Pfäfflin<sup>4</sup>

Gemessen an hohen methodischen Ansprüchen an Studien-Designs zur empirischen Wirksamkeitsforschung, fehlt bisher der Nachweis, dass antihormonelle Medikation die Rückfälligkeit von Sexualstraftätern reduziert. Für Medroxyprogesteronacetat (MPA) gibt es nur eine, den genannten methodischen Ansprüchen genügende Studie, die diesen Nachweis jedoch gerade nicht erbrachte, für Cyproteronacetat (CPA) und die Gruppe der LH-RH-Agonisten gibt es keine einzige.

Zieht man diese Erkenntnis in Betracht, ist die Indikation für diese Medikation insbesondere auch unter Abwägung möglicher Nebenwirkungen zu überdenken. Dies gilt umso mehr, als die Basisraten für Rückfälle bei Sexualdelinquenz niedriger liegen, als in der Öffentlichkeit vielfach behauptet.

**Schlüsselwörter:** Sexualdelinquenz, Rückfälligkeit, LH-RH-Agonisten, Cyproteronacetat, Medroxyprogesteronacetat

## The Effects of Antiandrogenic Medication on Relapse Rates of Sex Offenders: A Review

When applying high standards of evidence based medicine, there is no reason to assume that antiandrogenic medication contributes to relapse prevention in sex offenders. For medroxyprogesterone acetate (MPA) there is only one study meeting high methodological standards, and this study did not show any specific effects; for cyproterone acetate (CPA) and for LH-RH agonists, there are no studies at all demonstrating such an effect.

Considering these results and taking into account unwanted side-effects, the use of this medication for sex offenders should be reconsidered, even more so as relapse base rates of sex offences are lower than generally assumed.

**Key words:** Sex offence, relapse-rates, LH-RH agonists, cyproterone acetate, medroxyprogesterone acetate

## Einleitung

Die erste Behandlung eines sexuell devianten, bisexuell-pädophilen Mannes mit dem in der deutschsprachigen forensisch-psychiatrischen Praxis vielfach verschriebenen Antiandrogen Cyproteronacetat (CPA) erfolgte 1966. Bereits ein Jahr später berichteten LASCHET u. LASCHET (1967) über die Erfahrungen bei 17 Männern, die oral mit dieser Substanz behandelt worden waren (vgl. LASCHET 1990). Die Einführung dieses Wirkstoffs in die Behandlung von Sexualstraftätern wurde als großer Fortschritt gefeiert. Man versprach sich davon eine Alternative zu der zwar einfach durchzuführenden, aber irreversiblen Methode der chirurgischen Kastration. Deren beruhigende Wirkung kannte man aus der Veterinärmedizin sowie aus der ziemlich wahllos praktizierten Anwendung dieser Methode in der Psychiatrie zur Zeit um die Wende vom 19. ins 20. Jahrhundert (FOREL 1905). CPA ist ein Antiandrogen, dessen Hauptwirkmechanismus ist, das Andocken des männlichen Hormons Testosteron an den Rezeptoren der Zielorgane kompetitiv zu hemmen.

In den USA, wo CPA nicht als Medikament zugelassen ist, wurde stattdessen das weibliche Geschlechtshormon Medroxyprogesteronacetat (MPA) verwendet. Seine Wirkweise besteht in der Hemmung der übergeordneten Gonadotropinsekretion, sodass der Stimulus für die testikuläre Androgenbiosynthese fehlt.

Als dritte Substanzklasse wurden in den 1990er-Jahren LH-RH-Agonisten (z. B. Goserelin, Triptorelin und Leuprorelin), die sich wie schon CPA und MPA in der Behandlung des Prostatakarzinoms bewährt hatten, auch in der Behandlung von Sexualstraftätern erprobt. Sie wirken analog den Gonadotropin- und Luteinisierungshormon-Releasing-Faktoren und

hemmen damit auf höherer Ebene die Biosynthese männlicher Geschlechtshormone (THIBEAUT et al. 1993, 1996).

Die Behandlung von Männern, die wegen sexuell motivierter Übergriffe verurteilt wurden, mit Antiandrogenen ist aus verschiedenen Gründen problematisch. Erstens kann sie eine einfache, monokausal-biologisch konzeptualisierte Entstehungs- und Lösungstheorie sexuell devianten und insbesondere sexuell strafbaren menschlichen Verhaltens suggerieren. Zweitens deutet die umgangssprachlich geläufige Benennung der antiandrogenen Behandlung als »chemische Kastration« darauf hin, dass sich hinter solchen Therapieversuchen als medizinische Maßnahme rationalisierte Kastrationswünsche verbergen könnten. Der im Jahr 2006 verstorbene John Money, Psychoendokrinologe, Sexologe und u. a. Protagonist der MPA-Behandlung für Sexualstraftäter in den USA, betonte in seinem umfangreichen Schrifttum unablässig und mit Nachdruck, dass die antiandrogene Medikation im Gegensatz zur chirurgischen Kastration ein reversibler Eingriff und die Rede von der »chemischen Kastration«, die sich auch in der Fachliteratur häufig findet, daher unzutreffend sei (z. B. MONEY 1986, S. 151). Ist das Behandlungsziel erreicht, kann die Medikation wieder abgesetzt werden. Schließlich kann das Versprechen der Anbieter, eine wirksame reversible Behandlung zu offerieren, sowohl

- 1 Zentrale Dokumentations- und Koordinationsstelle für Sexualstraftäter im Österreichischen Strafvollzug Wien und Sektion Forensische Psychotherapie, Universität Ulm
- 2 Göttingen
- 3 Institut für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie, Johannes Kepler Universität Linz
- 4 Sektion Forensische Psychotherapie, Universität Ulm

in der Fachwelt als auch in der Politik eine undifferenzierte Anwendung nahelegen, um das irrealer Ziel einer vollständigen Rückfallfreiheit zu erreichen.

Umgekehrt dürften die genannten Medikamente aber keinem Sexualstraftäter vorenthalten werden, wenn sie tatsächlich wirksam sind. Bei der Bestimmung der Wirksamkeit ist zu differenzieren zwischen einschlägiger bzw. allgemeiner Rückfälligkeit einerseits und subjektiver bzw. objektiver Symptomreduktion andererseits. Der folgende kritische Überblick geht ausschließlich der Frage nach, ob es empirisch valide Belege dafür gibt, dass antiandrogene Medikation die einschlägige Rückfälligkeit von verurteilten Sexualstraftätern in statistisch signifikanter Weise reduziert. Er befasst sich nicht mit möglichen anderen klinisch-sexologischen oder allgemeinärztlichen Indikationen.

### **Wirksamkeitsstudien bezüglich Reduktion einschlägiger Rückfälligkeit**

#### **LH-RH-Agonisten und Cyproteronacetat (CPA)**

Trotz mancher anders lautender Behauptungen (BRADFORD & PAWLAK 1993) gibt es für CPA und LH-RH-Agonisten bisher keinen empirischen Wirknachweis hinsichtlich des Kriteriums »Reduktion der einschlägigen Rückfälligkeit von Sexualstraftätern«. Die optimistische Aussage »Antiandrogene wie Cyproteronacetat (CPA) setzen Therapeuten seit den 1970er-Jahren in der Behandlung von Sexualstraftätern erfolgreich ein« (HILL, BRIKEN & BERNER 2006) muss wohl relativiert werden, wenn SCHMUCKER (2004) zu dem Ergebnis kommt, dass bislang *sämtliche* Studien zur Wirksamkeit von LH-RH-Agonisten oder CPA bei Sexualstraftätern nicht einmal diejenigen Minimalkriterien erfüllten, die für die Aufnahme in eine Metaanalyse gestellt werden. Das heißt, sie verfügten entweder nicht über eine adäquate Kontrollgruppe und/oder hatten das Kriterium »Rückfall« nicht als Untersuchungsziel. Keine der von Schmucker angeführten Arbeiten über LH-RH-Agonisten und CPA kam über die Bewertung von 1 in der *Maryland Scale of Scientific Rigor* hinaus (MACKENZIE & HICKMAN 1998). Auch eine nach Erscheinen des Buches von SCHMUCKER (2004) publizierte »kontrollierte Studie« (SCHÖBER et al. 2005) kann den Wirknachweis dieser Substanzen bezüglich des Kriteriums »Reduktion der einschlägigen Rückfälligkeit« nicht führen, da dies gar nicht das Studienziel war. Vielmehr verglichen die Autoren die Wirksamkeit von LH-RH-Agonisten auf »pädophile Erregbarkeit und Impulse« bei fünf Probanden, denen anfänglich LH-RH-Agonisten und später Kochsalzlösung (Placebo) verabreicht worden war (vom Design her eine »kontrollierte Fall-Serie«). Aus der Beobachtung, dass deviante Fantasien und Impulse (gemessen anhand von Phallometrie und visueller Reaktionszeit) in der Zeit, als die Täter zusätzlich zur Psychotherapie auch mit LH-RH-Agonisten behandelt wurden, in ihrer Dringlichkeit nachgelassen hatten, leiten die Autoren die Vermutung ab, diese Behandlung reduziere die einschlägige Rückfallwahrscheinlichkeit, wenn sich auch das pädosexuelle Interesse an sich durch die Therapie nicht ändere. Mit dem gewählten Studiendesign lässt sich die Reduktion der einschlägigen Rückfälligkeit jedoch nicht belegen.

Eine weitere Fall-Serie, ebenfalls publiziert nach Erscheinen der Metaanalyse von SCHMUCKER (2004), berichtet über die Behandlung von sechs jungen Erwachsenen mit zentral wirksamen Antiandrogenen (SALEH, NIEL & FISHMAN 2004). In dieser Studie wird betont, dass die Täter gegenüber anderen Behandlungsformen resistent waren, ohne dass dies jedoch

genauer ausgeführt wird. Gleichzeitig wird festgestellt, dass alle Patienten intensive Gruppen- und Einzelpsychotherapie erhielten, was zumindest widersprüchlich erscheint. Darüber hinaus erhielten die Probanden im Falle der entsprechenden Indikation eine psychopharmakologische Behandlung. Zusätzlich bekamen sechs von sieben Patienten über einen Zeitraum von zumindest zehn Monaten das Medikament Leuprorelin (LH-RH-Agonist). Die Autoren berichten über eine durchgängige Reduktion sexueller Dranghaftigkeit. Eine Untersuchung im Hinblick auf strafrechtlich relevante Handlungen fand nicht statt. Nach Ansicht der Autoren komme diese Behandlungsform ausschließlich für Patienten mit sexuellen Perversionen in Frage und dürfe bei Jugendlichen niemals die Behandlung der ersten Wahl sein. Darüber hinaus sehen sie eine »Schlüssel-Indikation« bei hoher sexueller Erregbarkeit und intensiven sexuellen Bedürfnissen (»Übersexualisierung«).

Die (Über-)Interpretation der Studien-Ergebnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit hinsichtlich der Senkung der Rückfallrate bei Sexualstraftätern verweist auf eine Gefahr im derzeitigen Umgang mit triebdämpfenden Medikamenten in der forensischen Sexologie. Nachgewiesene und naheliegende Wirkungen der Substanzen auf Einzelaspekte menschlicher Sexualität werden allzu leicht und manchmal voreilig mit einer spezifischen Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion der Rückfälligkeit gleichgesetzt. Die Komplexität sexuell devianten und kriminellen Verhaltens wird dabei außer Acht gelassen.

Auch Briken und Kollegen stellen fest, dass keine kontrollierte Studie für LH-RH-Agonisten bezüglich der Behandlung von Paraphilien vorliegt (BRIKEN, HILL & BERNER 2003). Aufgrund des Fehlens derartiger empirischer Wirkungsnachweise schließt SCHMUCKER (2004) sämtliche in BRIKEN et al. (2003) angeführte Studien aus seiner Metaanalyse über die Wirksamkeit der Sexualtäterbehandlung aus. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die in BRIKEN et al. (2003) angeführten Studien und die Bewertung durch SCHMUCKER (2004).

#### **Medroxyprogesteronacetat (MPA)**

Mehrere Studien, die über die Anwendung von Medroxyprogesteronacetat (MPA) bei Sexualstraftätern berichten, wurden allerdings in die Metaanalyse von Schmucker aufgenommen, das heißt, sie erfüllen jedenfalls Minimalkriterien empirischer Wirksamkeitsforschung (FEDOROFF, WISNER-CARLSON, DEAN & BERLIN 1992; LANGEVIN et al. 1979; MALETZKY 1991; MALETZKY & FIELD 2003; MCCONAGHY, BLASZCZYNSKI & KIDSON 1988; MEYER, COLE & EMORY 1992) (s. Tab. 2).

Diese Studien erreichen wenigstens die Beurteilung 2 auf der *Maryland Scale of Scientific Rigor* (MACKENZIE & HICKMAN 1998). Es lag also zumindest eine nicht äquivalente Kontrollgruppe vor. Ein anderer, deutlich kritischerer Überblick aus dem Jahr 2000 (WHITE, BRADLEY, FERRITER & HATZIPETROU 2000) lässt nur eine Studie gelten, die über ein ausreichendes empirisches Design verfügt (MCCONAGHY et al. 1988).

Die forensische Wirksamkeitsforschung muss sich freilich anderer Methoden als jener der traditionellen medizinischen Forschung bedienen. Das Design einer placebo-kontrollierten randomisierten Interventionsstudie ist bei vielen forensischen Fragestellungen ethisch nicht vertretbar und wohl auch nicht sinnvoll. Dennoch muss das Minimalkriterium eines Vorhandenseins einer – sinnvollen – Kontrollgruppe eingefordert werden. Hier bietet Lösel den Ausweg eines sog. »Quasi-experimentellen Designs« an (LÖSEL 2001). Verwertbare Studien bedürfen demnach nicht nur eines kontrollierten Designs bezüglich der

**Tab. 1:** Studien aus der Übersichtsarbeit von Briken et al. (2003) zur Gabe von LH-RH-Agonisten. Die beiden letzten Spalten geben Auskunft darüber, warum die Studien bei Schmucker (2004) ausgeschlossen oder erst gar nicht berücksichtigt wurden.

Studie	Fallzahl	Beurteilung durch Schmucker (2004)	Zusammenfassende Beurteilung
Allolio, Keffel, Deuß & Winkelmann 1985	1	Nicht berücksichtigt	Falldarstellung
Rousseau, Couture, Dupont, Labrie & Couture 1990	1	Nicht berücksichtigt	Falldarstellung
Dickey 1992	1	Nicht berücksichtigt	Falldarstellung
Marcus, Fernandez & DeKeyser 1993	1	Nicht berücksichtigt	Falldarstellung
Cooper & Cernovsky 1994	1	Ausgeschlossen	Keine Kontrollgruppe, keine Rückfallmaße
Thibaut, Cordier & Kuhn 1993	6	Ausgeschlossen	Keine Kontrollgruppe
Thibaut, Cordier & Kuhn 1996	6	Ausgeschlossen	Keine Kontrollgruppe
Hansen & Lykke-Olesen 1997	30	Ausgeschlossen	Keine adäquate Kontrollgruppe
Rosler & Witztum 1998	30	Ausgeschlossen	Keine Kontrollgruppe, keine Rückfallmaße
Briken, Nika & Berner 2001	11	Nicht berücksichtigt	Keine Kontrollgruppe
Krueger & Kaplan 2001	12	Ausgeschlossen	Keine Kontrollgruppe
Czerny, Briken & Berner 2002	19	Ausgeschlossen	Keine Kontrollgruppe
Grasswick & Bradford 2003	1	Nicht berücksichtigt	Falldarstellung

**Tab. 2:** Übersicht über die MPA-Studien, die nach Schmucker (2004) zwar Minimalstandards empirischer Wirksamkeitsforschung erfüllen, ergänzt durch kritische Anmerkungen der Autoren (rechte Spalte)

Studie	Wirksamkeit auf das Kriterium »Rückfall in Sexualdelikt«	Anmerkungen
Fedoroff et al. 1992	Wirksam	Keine ausreichende Parallelisierung hinsichtlich rückfallrelevanter Kriterien
Langevin et al. 1979	Keine	Warnt vor der Gabe von MPA bei Exhibitionisten
Maletzky 1991	Keine	Keine ausreichende Parallelisierung hinsichtlich rückfallrelevanter Kriterien
Maletzky & Field 2003	nicht bestimmbar, in keiner der Gruppen Rückfälle	Übersichtsarbeit mit einer kleinen Pilotstudie ohne akzeptables Design
McConaghy et al. 1988	Keine	Keine ausreichende Parallelisierung hinsichtlich rückfallrelevanter Kriterien
Meyer et al. 1992	Wirksam	Keine ausreichende Parallelisierung hinsichtlich rückfallrelevanter Kriterien

Rückfälligkeit und diese beeinflussender Variablen; sie müssen auch die richtige Zielvariable untersuchen. So weisen zwar zwei weitere Studien ein doppelblind placebo-kontrolliertes Design auf (COOPER 1981; COOPER, SANDHU, LOSZTYN & CERNOVSKY 1992), werden von Schmucker jedoch ebenfalls ausgeschlossen, weil in beiden Fällen die Wirksamkeit der Triebdämpfung nicht auf das Kriterium der einschlägigen Rückfälligkeit untersucht wurde.

Bei genauerer Betrachtung lassen sich allerdings auch bei den von SCHMUCKER (2004) eingeschlossenen Studien über MPA Schwächen erkennen, die den Schluss nicht ohne Weiteres zulassen, dass MPA die einschlägige Rückfälligkeit reduziert. Die Kritik ist in Tabelle 2 zusammengefasst und wird im anschließenden Text genauer ausgeführt. Auch SCHMUCKER selbst (2004) weist bereits darauf hin, dass die Befunde zur Wirksamkeit der antihormonellen Medikation im Rahmen der hierarchischen Regression relativiert werden und letztendlich eine Bewertung des Effekts durch die Konfundierungs-Problematik kaum möglich ist.

Die einzige Studie, die entsprechend der »Cochrane-Kriterien«<sup>5</sup> das empirische Design mit der höchsten Güte aufweist (randomisiert, kontrolliert) und somit auf der *Maryland Scale of Scientific Rigor* (MACKENZIE & HICKMAN 1998) die Stufe 5 erreicht, kann – wie bereits oben angeführt – keine spezifische Wirksamkeit von MPA auf das Kriterium der einschlägigen Rückfälligkeit nachweisen (MCCONAGHY et al. 1988). In dieser Studie wurden 30 Sexualstraftäter mit folgenden Diagnosen (Mehrfachnennungen) mit MPA, Verhaltenstherapie oder einer

Kombination von beiden behandelt: Exhibitionismus (N=12), Pädophilie (N=15), Fetischismus (N=5), transvestitischer Fetischismus (N=4), Voyeurismus (N=3). Die Reduktion paraphiler Impulse unterschied sich innerhalb der Gruppen weder nach einem Monat noch nach einem Jahr. Auch die – niedrige – Rückfallrate war innerhalb der Gruppen nach mindestens zweijähriger Beobachtungszeit nicht unterschiedlich. Aus forensisch-kriminologischer Sicht weist die Studie noch zusätzlich entscheidende Schwächen auf: die Gruppen sind nicht auf relevante, die Rückfallwahrscheinlichkeit beeinflussende Variablen hin korrigiert, bzw. es liegen darüber überhaupt keine Angaben vor (Verteilung der Typen des Anlass-Delikts innerhalb der Gruppen, Vordelikte, Alter, Nachbeobachtungszeitraum), und darüber hinaus ist das Kriterium »Rückfälligkeit« nicht definiert.

Eine weitere von Schmucker eingeschlossene Studie (FEDOROFF et al. 1992) vergleicht 19 ohne mit 27 mit MPA behandelte paraphile Straftäter. Die Teilnehmer beider Gruppen waren gleichzeitig auch in Psychotherapie. 15 % der mit, jedoch 68 % der ohne MPA behandelten Täter waren nach einer etwa siebenjährigen Beobachtungszeit mit einem Sexualdelikt rückfällig geworden. Die Autoren schließen aus ihren Ergeb-

5 Die »Cochrane Collaboration« ist eine Non-Profit-Organisation, die sich zum Ziel gesetzt hat, medizinisches evidence-based Wissen weltweit zugänglich zu machen. Sie führt systematische Übersichtsarbeiten zur Wirkungsweise verschiedener medizinischer Interventionen durch [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).

nissen auf eine spezifische Wirksamkeit von MPA bezüglich der Reduktion einschlägiger Rückfälle. Die Vergleichbarkeit der Gruppen ist allerdings nicht gegeben. Hatten in der Gruppe der mit MPA Behandelten nur 56 % (N=15) der Täter die Diagnose einer Pädophilie, so waren es in der Kontrollgruppe 74 % (N=14), was dieser ein möglicherweise höheres Basisrisiko einräumt. Andere Täter wiesen Diagnosen aus der Gruppe »Exhibitionismus/Voyeurismus« und »andere Paraphilien« auf. Darüber hinausgehend fehlen Angaben zur einschlägigen Vorstrafenbelastung, die gewöhnlich in solchen Gruppen stark variiert. Auch war das Durchschnittsalter derjenigen, die MPA bekamen, höher, was in der Regel mit einer geringeren Rückfälligkeit einhergeht. Wenngleich also der Unterschied zwischen den Rückfallraten beider Gruppen prima vista deutlich ist, ist anzumerken, dass die Stichprobe sehr klein ist. Des Weiteren verteilten womöglich die Altersunterschiede, die ungleiche Verteilung pädophiler Täter und die (unbekannte) Vorstrafenbelastung die gefundenen Unterschiede oder heben sie womöglich sogar ganz auf. Auch ein (eventuell unterschiedlicher) Anteil von inner- und außerfamiliären Tätern sowie solchen mit männlichen Opfern beziehungsweise ohne solche, ist nicht beschrieben. Nachdem innerfamiliäre Kindesmissbraucher und solche mit ausschließlich weiblichen Opfern ein deutlich niedrigeres Rückfallrisiko aufweisen (HANSON, MORTON & HARRIS 2003), sind Studien, die solche Differenzierungen nicht berücksichtigen, schwer zu interpretieren.

Eine weitere von Schmucker eingeschlossene Studie untersuchte die Wirksamkeit von MPA ausschließlich bei Exhibitionisten (LANGEVIN et al. 1979). Die Patienten (N=32) nahmen an Selbstsicherheitstrainings mit beziehungsweise ohne zusätzliche Gabe von MPA teil. Fast die Hälfte (47%) der Teilnehmer brach die Therapie ab, wobei der Anteil der Abbrecher bei der Teilstichprobe, die zusätzlich zum Selbstsicherheitstraining MPA bekam, signifikant höher lag. Bezüglich einschlägiger Rückfälligkeit unterschieden sich die Gruppen nicht. Letztlich waren nur 31 % entweder nicht rückfällig oder hatten nicht abgebrochen. Die Nachbeobachtungszeit betrug bis zu zwei Jahren. Die Autoren bewerten die Gabe von MPA für Exhibitionisten sehr kritisch und begründen dies mit der hohen Drop-out Rate in der Gruppe mit Medikation (67%) und der in beiden Gruppen gleichen Rückfallrate. Schließlich weisen sie darauf hin, dass die Gabe von MPA zwar den Testosteronspiegel im Blut senkte, aber keinen Einfluss auf die Erektionsfähigkeit hatte.

In einer retrospektiven Studie untersuchte MALETZKY (1991) die in einer privaten Einrichtung erzielten Therapieerfolge. Etwa 75 % der dort behandelten Sexualstraftäter waren durch Gerichte oder gerichtsähnliche Institutionen zugewiesen worden. Die 100 ersten Täter, denen MPA gegeben worden war, wurden mit einer Gruppe ohne MPA-Gabe bezüglich Rückfälligkeit verglichen, wobei die Vergleichbarkeit der Gruppen bezüglich einiger relevanter Variablen geprüft wurde. Die Therapie dauerte im Mittel etwa viereinhalb Monate. Zehn Täter (10 %) aus der Medikamentengruppe wurden während des Dreijahres-Follow-up mit einem Sexualdelikt rückfällig; in der Vergleichsgruppe waren es sechs Prozent. Der Autor kommt dennoch zu einem für die Medikation positiven Schluss, und er begründet dies damit, dass während der Zeit der Verabreichung der Medikation in der Medikamentengruppe nur ein Täter rückfällig geworden war, in der Kontrollgruppe dagegen zwei. Letztlich ist dieser Schluss unsubstanziert, und die Studie kann eine spezifische Wirksamkeit der Substanz nicht belegen.

In der Kontrollgruppe lag sogar eine niedrigere Rückfallrate vor. Es stellt sich die Frage, wie der Vergleich ausginge, wenn der Autor die Gruppen auf ihr unterschiedliches Basisrisiko hin korrigiert hätte. Schließlich verfügte die MPA-Gruppe mit einer etwas höheren Rate an homosexuell Pädosexuellen und einer häufigeren einschlägigen Vorstrafenbelastung über zwei relevante, die Basisrate erhöhende Eigenschaften. Andererseits war die MPA-Gruppe älter und umfasste eine kleinere Zahl von Exhibitionisten, was wiederum das Risiko gegenüber der Kontrollgruppe senkt.

Eine weitere von Schmucker eingeschlossene Studie hat ebenfalls erwähnenswerte methodische Schwächen (MEYER et al. 1992). Dort wird berichtet, dass 40 Sexualstraftäter, die MPA erhielten, nachuntersucht und mit einer Gruppe von Tätern verglichen wurden, die eine derartige Behandlung abgelehnt hatten. Während in der Behandlungsgruppe innerhalb der Therapiephase 18 %, danach 35 % rückfällig wurden, wurden in der Gesamtgruppe insgesamt 58 % rückfällig. Letztlich wurden aus der Behandlungsgruppe 17 von 40 (43 %) und aus der Gruppe der Verweigerer zwölf von 21 (58 %) rückfällig. Die Altersverteilung der Therapiegruppe war 16 bis 78 Jahre, ähnlich die der Kontrollgruppe (= Verweigerer). Zwar wird angegeben, dass die meisten Patienten über das Gericht zugewiesen worden waren, doch heißt es gleichzeitig, dass in der Behandlungsgruppe mehr Patienten waren, die auf eigene Initiative oder die ihres Arztes gekommen waren. Prozentual waren in der Vergleichsgruppe (= Verweigerer) mehr Pädosexuelle, keine Vergewaltiger und mehr Exhibitionisten. Diese Befunde sprechen allesamt für ein höheres Basisrisiko und damit eine a priori höhere Rückfallwahrscheinlichkeit der Kontrollgruppe. Darüber hinaus fehlen Daten über eine eventuell unterschiedliche Vorstrafenbelastung und den Tätertypus (z. B. inner-, außerfamiliärer Kindesmissbrauch) ebenso wie über eine eventuell unterschiedlich lange Nachbeobachtungszeit zwischen den Gruppen. Schließlich lag bei drei Patienten, die mit MPA behandelt wurden, definitiv keine forensische Indikation vor – sie hatten sich am Genital selbst beschädigt. Das Rückfallkriterium war jeder selbst berichtete Rückfall und jede Inhaftierung, unabhängig, ob sexuell motiviert oder nicht. Diese Studie fokussiert zu sehr auf medizinische Aspekte, will aber eine kriminologische Aussage tätigen, die aus ihrem Design nicht ableitbar ist. Denn bei der Interpretation der Ergebnisse wurden so gut wie keine der heute gut etablierten Variablen, die auf die Rückfallwahrscheinlichkeit Einfluss haben (Compliance, Basisrate), korrigierend berücksichtigt.

Die Ergebnisse einer weiteren in SCHMUCKERS (2004) Metaanalyse berücksichtigten Studie (MALETZKY et al. 2003) stellen vorläufige (»Pilot-Projekt«) Daten einer später ausführlich beschriebenen Studie dar. Sie muss sich derselben Kritik stellen wie die später publizierte ausführliche Ergebnisdarstellung (MALETZKY, TOLAN & McFARLAND 2006). Sie stellt im Wesentlichen eine – gute und kritische – Übersichtsarbeit über die Verwendung antiandrogener Substanzen bei Sexualstraftätern dar. Unter anderem führen auch diese Autoren aus, dass, obwohl weitverbreitet angewandt, die Wirksamkeit bezüglich der Reduktion der Rückfälligkeit nicht erwiesen ist. Der – kleine – empirische Teil ist wenig aussagekräftig. Von 90 Tätern wurden 42 als für die Gabe von MPA geeignet befunden. 33 Täter davon waren zum Stichtag entlassen, 18 (55 %) hatten mit der Medikation begonnen, 15 Täter hatten die Medikation nicht bekommen. Die Gründe der Nicht-Gabe waren ähnlich wie in der späteren Studie dargestellt (MALETZKY et al. 2006):

Kosten, Schwierigkeiten der Versorgung, die Meinung mancher Bewährungshelfer, dass die Medikation nicht notwendig sei, etc. Von der Gruppe, der die Medikation nicht empfohlen wurde, waren 31 bereits entlassen. In keiner der Gruppen gab es während der – nicht definierten – Nachbeobachtungszeit Rückfälle, sondern höchstens Regelverstöße gegen Auflagen. Die Autoren betonen zwar, dass die Fallzahlen zu gering sind, dennoch schließen sie aus der Tatsache, dass es in keiner der Gruppen Rückfälle gab, vorsichtig auf eine mögliche Wirksamkeit von MPA.

Letztlich gründen sich die von Schmucker und Lösel gefundenen Haupteffekte über eine Wirksamkeit der antiandrogenen Therapie bei der Behandlung von Sexualstraftätern im Hinblick auf die Reduktion der Rückfälligkeit (SCHMUCKER 2004; LÖSEL & SCHMUCKER 2005) auf zwei Studien, die von sich selbst behaupten, eine derartige Wirksamkeit nachweisen zu können (MEYER et al. 1992; FEDOROFF et al. 1992). Diese Studien umfassen eine Anzahl von 107 Behandelten und Kontrollpersonen. Beide Studien weisen aus kriminologischer Sicht große Schwächen in der Weise auf, dass die Behandlungsgruppe jeweils über ein geringeres Basisrisiko als die Kontrollgruppe verfügt. Die Berücksichtigung des unterschiedlichen Basisrisikos könnte in beiden Fällen möglicherweise die gefundenen Effekte zumindest nivellieren, wenn nicht sogar aufheben. Im Vergleich dazu inkludiert Hansons Metastudie über die Wirksamkeit der Psychotherapie bei Sexualtätern 9454 Täter (HANSON et al. 2002).

Eine neue, nach Schmuckers Metaanalyse erschienene, aussagekräftigere Studie über die Wirksamkeit von MPA im Hinblick auf die Reduktion der Rückfallrate ist die der *Oregon Health Sciences University* (MALETZKY et al. 2006). Auch diese erfüllt jedoch nicht die Anforderungen an eine kontrollierte Untersuchung. Dennoch sind die Ergebnisse dieser Studie in mancher Hinsicht interessant. Unter MPA-Therapie wurden danach keine weiteren sexuell motivierten Rückfälle verzeichnet, und die Rate nicht sexuell motivierter Delikte war ebenfalls deutlich geringer als in den Kontrollgruppen. Die Autoren merken allerdings an, dass selbst bei sehr behutsam ausgewählten Tätern eine antiandrogene Therapie nur dann von Nutzen sein kann, wenn diese zeitlich begrenzt ist und ergänzend zur Psychotherapie erfolgt.

Im Einzelnen wurden im Zuge dieser retrospektiven Evaluations des »Oregon State Depo Provera«-Programms drei Gruppen verglichen, nämlich zunächst zwei Gruppen, die beide für die Gabe von Depo-Provera (MPA) empfohlen wurden. Die Teilnehmer einer dieser Gruppen hatten das Medikament zuverlässig eingenommen, bei der anderen war dies aus verschiedenen Gründen nicht möglich gewesen (z. B. Abbrecher/Verweigerer). Eine Empfehlung für die Verabreichung von MPA gab es dann, wenn ein Score von 7 oder 7+ auf der »Oregon Depo Provera Scale« (s. Tab. 3) und ein Score ab 4 auf dem Static-99 (HANSON & THORNTON 2001) erzielt wurde, wobei jedoch betont wird, dass letztlich die klinische Einschätzung für die Empfehlung ausschlaggebend war. Die Gruppe derer schließlich, die trotz Empfehlung keine medikamentöse Therapie erhielten, setzte sich folgendermaßen zusammen: entweder war keine entsprechende Therapie vor Ort vorhanden, oder die Bewährungshelfer und Therapeuten waren der Meinung, die Täter würden die Therapie nicht brauchen (MALETZKY et al. 2006).

Vordergründig besagen die Ergebnisse, dass die MPA-Therapiegruppe am meisten profitierte. Dies zeigte sich darin, dass keiner aus dieser Gruppe einschlägig rückfällig wurde (0/79),

**Tab. 3:** Depo-Provera-Skala (Maletzky et al. 2006). Die einzelnen Kriterien werden erhoben, und der Gesamtpunktwert (ab 7+) entscheidet gemeinsam mit dem Wert des Static-99 (ab 4) darüber, ob eine antihormonelle Therapie empfohlen werden soll oder nicht.

Kriterium	Punktwert
Vorhandensein mehrerer Paraphilien	1
Besondere Neigung zu devianter Sexualität (anamnestisch oder durch Gerichtsinformation erhoben)	1
Nachweis einer devianten Sexualität durch Reaktionszeit oder Phallometrie	2
Kein Zusammenleben mit dem Opfer	1
Gewaltanwendung bei Sexualdelikten	1
Jemals männliche Opfer	2
Alter unter 30 bei Entlassung	1
Nachgewiesene hirnorganische Dysfunktion (z. B. ZNS-Verletzung)	2
Positive Anamnese psychiatrischer Erkrankungen	1
Sexuell übergriffige Handlungen während der Probezeit (»community supervision«)	1
Sexuell übergriffige Handlungen in einer Institution	1
Versagen von früheren Behandlungsversuchen	2

während in der Gruppe derer, denen das Medikament empfohlen, von diesen allerdings nicht genommen wurde, zehn von 55 (18,2%), und in der dritten Gruppe, der »Nicht-Empfehlungs-Gruppe«, 21 von 141 (14,9%) einschlägig rückfällig wurden. Darüber hinaus war auch die Rate an nicht sexuell motivierten Rückfällen in der ersten Gruppe deutlich geringer. Als auffälliges Begleitmerkmal zeigte sich, dass es zwischen der Gruppe derer, denen die Medikation zwar (erfolglos) empfohlen wurde, und der Gruppe derer, denen diese Medikation nicht empfohlen wurde, kaum Unterschiede betreffend ihrer Rückfälligkeit gab. Dies erstaunt aufgrund der durch den Auswahlalgorithmus angewandten Unterschiedlichkeit der Gruppen – immerhin hatte die »Verweigerer-Gruppe« ein höheres Basisrisiko (Static-99 >4, und 7, 7+ auf der Depo-Provera-Skala). Vieles spricht auch dafür, dass es zwischen den Gruppen der »Empfohlenen«, die das Medikament nahmen bzw. nicht nahmen, einen Bias gibt, der das Ergebnis zumindest miterklärt: So werden z. B. keine Angaben über eine möglicherweise unterschiedliche Vorstrafenbelastung oder das unterschiedliche Alter der beiden Gruppen gemacht, zwei Merkmale, die ganz entscheidend das Basisrückfallrisiko mit beeinflussen. Außerdem fehlen Angaben zu den womöglich unterschiedlich langen Nachbeobachtungszeiträumen. Es heißt dort nur, dass die Mehrheit der Patienten nunmehr etwa zwei Jahre entlassen war. Diese fehlenden Daten über Merkmale, die schon für sich allein die gefundenen Unterschiede erklären könnten, grenzen den Aussagewert der Studie deutlich ein. Ein entscheidender Bias allerdings liegt immanently im Studiendesign. Nicht zu einer Behandlung motivierte Täter oder Abbrecher haben von vornherein eine höhere Rückfallrate und sollten aus diesem Grund nicht als Kontrollgruppe gelten. So zeigt sich in der Gruppe derer, die das Medikament bekamen, eine besonders hohe Compliance von annähernd 90%. Vieles spricht also dafür, dass diejenigen, die das Medikament bekamen, eine Gruppe darstellen, die von vornherein – das heißt möglicherweise auch ohne Medikation – aufgrund ihrer offensichtlichen Problem- und Krankheitseinsicht eine bessere Legalbewährung aufgewiesen hätten. Die spezifische Wirksamkeit der Medikation auf das untersuchte Ereignis (Rückfall) ist somit keineswegs erwiesen.

Trotz all dieser Schwächen kommen die Autoren zu einem praktisch wichtigen Ergebnis, wenn sie resümieren, dass diese Form der Medikation nur den gefährlichsten Tätern zugemutet werden sollte. Diese wiederum müssten durch heute gängige Risikoprognose-Verfahren identifiziert werden, die statische und dynamische Kriterien erfassen. Der Großteil der Täter brauche eine derartige Therapie nicht, insbesondere auch deshalb nicht, weil von den meisten Tätern kein unmittelbares Risiko ausgeht, bzw. weil viele Psychotherapieprogramme mittlerweile gut wirken.

#### **Zur Definition der »hohen Rückfallgefahr«**

Während eine Arbeitsgruppe für die medikamentöse (einschließlich antiandrogene) Behandlung von Patienten mit Perversionen und mit Risiko zur Begehung sexuell motivierter Straftaten einen eher klinisch orientierten Algorithmus vorschlägt (HILL, BRIKEN, LIETZ & BERNER 2005), unternimmt eine andere Gruppe mithilfe der »Depo Provera Skala« (MALETZKY & FIELD 2003) den Versuch eines eher prognostisch-kriminologischen Algorithmus. Die »Depo Provera Skala« wurde aus einer konkreten praktischen Herausforderung im Strafvollzug entwickelt. Der Staat Oregon hatte im Jahr 1999 ein Gesetz verabschiedet, demzufolge eine bestimmte Gruppe von Sexualtätern vor ihrer Entlassung dahingehend überprüft werden musste, inwieweit die Gabe von MPA indiziert wäre, um ihr Rückfallrisiko zu reduzieren. Die Praktiker waren also gefordert, Richtlinien zu entwickeln, um hochgefährliche und hoch rückfallgefährdete Täter zu identifizieren und ihnen die entsprechende Medikation nahezulegen. Die Autoren der »Depo Provera Skala« gingen davon aus, dass viele weitgehend ungefährliche Sexualtäter mit kurzen Freiheitsstrafen ihre Haft in gerichtlichen Gefängnissen oder in Arbeitshäusern abdienten. Diese kamen für die genannten Überlegungen nicht in Betracht. Auch bezüglich der Gruppe derer, die zu längeren Freiheitsstrafen verurteilt worden waren und die in Strafhaft einsaßen, ging man davon aus, dass von etwa 80 % kein unmittelbares Risiko einer neuerlichen schweren Straftat ausging, wenngleich in Betracht gezogen wurde, dass dieses Risiko ohne Therapie zukünftig durchaus ansteigen würde (BARBAREE, PEACOCK, CORTONI, MARSHALL & SETO 1998). Bei entsprechender Betreuung könnte das Risiko allerdings gering gehalten werden.

Daneben rechneten die Autoren mit einer kleinen Gruppe von Tätern mit hohem Risiko. Sie nahmen an, dass diese Gruppe möglicherweise von einer antiandrogenen Therapie profitieren könnte. Die Schwierigkeit bestand darin, diese Gruppe zu identifizieren, zumal die generelle einschlägige Rückfallwahrscheinlichkeit (Basisraten) für die Gesamtgruppe von Sexualstraftätern, bezogen auf eine mittlere Nachbeobachtungszeit von vier bis fünf Jahren, entgegen landläufigen Annahmen ohnehin nicht besonders hoch liegt und 13,4 % (einschlägiger Rückfall mit einem Sexualdelikt) beträgt (HANSON & BUSSIÈRE 1998). Eine österreichische Studie zur Legalbewährung von 219 ehemals inhaftierten Kindesmissbrauchern und Vergewaltigern zeigte eine einschlägige Fünfjahresrückfallrate von sogar nur 7 % (BIRKLBAUER & HIRTENLEHNER 2005). Nach zehn Jahren waren 12 % wegen einschlägiger Rückfälle erneut verurteilt. Als Stichprobe wurden jene Gefangenen aus dem Bereich von fünf Vollzugsgerichten herangezogen, über deren vorzeitige Entlassung in den Jahren 1991 bis 2001 entschieden worden war. Andere Autoren (BARTOSH, GARBY, LEWIS & GARY 2003) fanden bei Vergewaltigern (entlassene Straftäter) eine Fünfjahresrückfallrate mit einem Sexualdelikt von 5 %, 14 % bei ex-

trafamiliärem und 11 % bei innerfamiliärem Kindesmissbrauch. Etwas höhere Rückfallraten bei Sexualstraftätern wurden im Rahmen einer Vergleichsstudie von Risikoprognoseinstrumenten berichtet (HARRIS et al. 2003): 21 % der Vergewaltiger und 29 % der Kindesmissbraucher waren nach durchschnittlich fünf Jahren mit einem Sexualdelikt rückfällig geworden. Hingegen zeigte eine Studie über den Zusammenhang zwischen Täter-Opfer-Beziehung und Rückfallwahrscheinlichkeit bei Kindesmissbrauchern nach durchschnittlich sieben Jahren Nachbeobachtung durchwegs niedrige Werte (GREENBERG, BRADFORD, FIRESTONE & CURRY 2000): Leibliche Väter und Stiefväter waren in etwa 5 %, Angehörige der erweiterten Familie und Fremde in etwa 10 %, Bekannte in 16 % einschlägig im Sinne eines Sexualdelikts rückfällig geworden. Wenngleich es also je nach Zusammensetzung der Stichprobe unterschiedliche Rückfallzahlen gibt, so ist es mittlerweile dennoch gut durch Daten belegt, dass selbst eine bereits negativ selektierte Gruppe – nämlich die zu einer Haftstrafe verurteilter Sexualstraftäter – nach fünf Jahren in »nur« etwa 10–15 %, nach zehn Jahren in höchstens 20 % mit einem Sexualdelikt rückfällig werden (HANSON et al. 2003).

Die niedrigen Basisraten, also die niedrige Wahrscheinlichkeit zu erwartender einschlägiger Rückfälle, machen die korrekte Identifizierung von potenziell Rückfälligen besonders schwierig. Eine hohe falsch positive Rate ist allein schon aus statistischen Gründen wahrscheinlich. Andererseits nimmt die Treffergenauigkeit mit Fortdauer der Beobachtungszeit zu (DAHLE 2005 b).

Obwohl es eine Reihe von Instrumenten gibt, die tatsächlich in der Lage sind, relativ valide ein höheres Risiko abzubilden, handelt es sich dabei immer nur um Gruppen-Wahrscheinlichkeiten, die für die Vorhersage der individuellen Gefährlichkeit nicht mehr als einen Wahrscheinlichkeitswert abbilden (DAHLE 2005 a). Die entsprechenden Skalen können selbst in der höchsten Risikostufe oftmals nicht einmal ein 50 %iges Rückfallrisiko in ein Sexualdelikt, und das nur nach einem vieljährigen Beobachtungszeitraum, angeben (wie z. B. der Static-99 [HANSON et al. 2001]). Darüber hinaus eignen sie sich oftmals besser für die Vorhersage allgemeiner Kriminalität als für die Vorhersage von Sexualdelinquenz. Zuletzt mehrten sich sogar Zweifel, ob z. B. bei der Gruppe der Vergewaltiger die Vorhersage von Sexualstraftaten überhaupt valide möglich ist (BARTOSH et al. 2003). Keines der verwendeten Prognoseinstrumente war in der Lage, bei einer Gruppe von 73 entlassenen Vergewaltigern nach einer Beobachtungszeit von 5–5,5 Jahren signifikant sexuelle Rückfälligkeit vorauszusagen.

Hingegen ist der prognostische Wert von SORAG und Static-99, was die Vorhersage der Rückfälligkeit bei – insbesondere pädosexuell fixierten – Kindesmissbrauchern betrifft, gut belegt (BARTOSH et al. 2003), wenngleich die AUC-Werte nicht über 0.73 hinausgehen und damit nur einen relativ schwachen Beitrag zur Vorhersage der Rückfälligkeit leisten. Dies sieht man deutlich, wenn man andere »Genauigkeits-Maße« zum Vergleich heranzieht: So liegen z. B. Korrelationskoeffizienten oftmals sogar unter 0.2, selbst wenn AUC-Werte signifikant sind. In Fachkreisen weiß man, dass sowohl aktuarische als auch klinisch-idiographische Gewaltprognose-Verfahren in ihrer Brauchbarkeit für allgemeine Vorhersagen zwar gut, in ihrer Präzision allerdings stark überschätzt sind (DAHLE 2005 b).

So zeigt sich selbst in der höchsten Rückfallrisikokategorie des Static-99 eine einschlägige 15-Jahresrückfallwahrscheinlichkeit von nur etwa 50 % (dieses Instrument ist im Übrigen

das einzige, das Normwerte bezüglich des Rückfallrisikos für ein Sexualdelikt angibt). Dies bedeutet, dass immerhin gleich viele aus der höchsten Risikogruppe die Chance haben, nicht rückfällig zu werden. Was die Absolutzahlen betrifft, ist die Gefahr durch Täter, die als wenig gefährlich eingestuft werden, oftmals annähernd so groß wie die Gefahr, die von den als »am gefährlichsten« definierten Tätern ausgeht. In einer Nachuntersuchung zeigte z. B. die durch aktuarische Prognoseinstrumente definierte höchste Risikogruppe 24 % Rückfälle mit schweren Gewaltdelikten (N = 18). Die unteren Risikogruppen zusammen genommen hatten prozentual zwar deutlich weniger Rückfälle mit schweren Gewaltdelikten, insgesamt jedoch waren es annähernd gleich viel (N = 11) (DAHLE 2005 b).

Entscheidungsfindungsprozesse, die zu – eventuell auch nachträglich angeordneter – Sicherungsverwahrung und zeitlich unbefristeter Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt führen, werden mittlerweile von Fachleuten kritisiert (ABRACEN & LOOMAN 2006). So können z. B. klinische und prognostische Methoden, die für die Bestimmung der anhaltenden Gefährlichkeit von Sexualstraftätern in manchen US-Bundesstaaten angewandt werden, nicht einmal mit der dafür geforderten 50 %igen Wahrscheinlichkeit den einschlägigen Rückfall vorhersagen.

## Fazit

Die hier vorgelegte kritische Bilanz des Standes der Effektivitätsforschung zur antiandrogenen Behandlung von Sexualstraftätern begründet zunächst die Feststellung, dass es dafür – gemessen am Kriterium der Rückfallreduktion – keine eindeutige oder gar zwingende Indikation gibt. Es gibt keine einzige methodisch überzeugende Studie, die einen diesbezüglichen Nutzen dieser Medikamente befriedigend nachweisen würde. Dies bedeutet jedoch nicht, dass deshalb von der Gabe antiandrogenen Medikamente grundsätzlich abzuraten wäre. Einzelne Untersuchungen und klinische Erfahrung liefern sehr wohl Hinweise darauf, dass Patienten bzw. Klienten, die unter sich aufdrängenden sexuellen Fantasien und Impulsen leiden, unter der Gabe derartiger Medikamente eine Entlastung erleben. Dies kann ihr aktuelles Befinden verbessern und die Zuversicht stärken, sich selbst kontrollieren und sozialen Erwartungen gerecht werden zu können. Nicht außer Acht lassen darf man auch, dass es in der gegenwärtigen Handhabung des Freiheitsentzugs im Maßregelvollzug ebenso wie im Regelvollzug immer schwieriger wird, überhaupt Perspektiven für wegen Sexualdelikten untergebrachte Patienten zu entwickeln. Hier kann im Einzelfall eine Medikation, die Spielräume erweitert, selbst dann gerechtfertigt sein, wenn sie nicht frei von belastenden Nebenwirkungen ist und ihr Nutzen, gemessen an einem harten Kriterium des Wirkungsnachweises, nicht befriedigend bestätigt ist.

Dennoch und gerade deshalb ergibt sich aus unserer Darstellung die Forderung, den Nutzen medikamentöser Interventionen bei Sexualstraftätern weiter und mit verbesserter Methodik kritisch zu prüfen. Der aktuelle Forschungsstand rechtfertigt es jedenfalls nicht, die Gabe antiandrogenen Medikamente bei Sexualstraftätern im Straf- oder Maßregelvollzug im Sinne einer Leitlinie als Standardintervention zu empfehlen.

Auch viele Untersuchungen zur Effektivität von Psychotherapie von Sexualstraftätern erfüllen die hier angelegten strengen Kriterien an das Studiendesign und den Wirksamkeitsnachweis bezüglich Rückfallreduktion nicht. Häufig fehlt das im Hinblick auf die kriminologische Vergleichbarkeit im Sinne gleicher a

priori Rückfallbasisraten notwendige Kontroll-Design. In der großen Metaanalyse psychotherapeutischer Behandlungsprogramme von HANSON et al. (2002) wird nur behauptet, dass es von vornherein keine Hinweise darauf gab, dass die Vergleichsgruppen diesbezüglich unterschiedlich gewesen wären. Nach SCHMUCKERS (2004) strengen Kriterien bei der Berücksichtigung von MPA-Studien in seiner Metaanalyse wäre eine solche Behauptung nicht ausreichend gewesen; die Vergleichbarkeit hinsichtlich der Kontrollvariablen müsste aktiv belegt werden. Insofern wäre eine vergleichbar kritische Diskussion der Effektivitätsforschung zu psychotherapeutischen Interventionen sicher angezeigt. In unserem Beitrag hatten wir uns auf die Prüfung des Kriteriums der Reduktion der Rückfallrate infolge antiandrogenen Behandlung beschränkt. Selbstverständlich kann der Nutzen von Behandlungsinterventionen auch im Hinblick auf andere Merkmale und Kriterien betrachtet werden.

## Literatur

- ABRACEN J, LOOMAN J (2006) Evaluation of civil commitment criteria in a high risk sample of sexual offenders. *Journal of Sexual Offender Civil Commitment: Science and the Law*, 1, 124–140
- ALLOLIO B, KEFFEL D, DEUß U, WINKELMANN W (1985) Behandlung sexueller Verhaltensstörungen mit LH-RH-Superagonisten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 110 (50), 1952
- BARBAREE HE, PEACOCK EJ, CORTONI F, MARSHALL WL, SETO M (1998) Ontario Penitentiaries' program. In MARSHALL WL, FERNANDEZ YM, HUDSON SM, WARD T (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 59–77). New York: Plenum
- BARTOSH DL, GARBY T, LEWIS D, GARY S (2003) Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 422–438
- BIRKBAUER A, HIRTENLEHNER H (2005) Bewährung nach bedingter Entlassung aus dem Strafvollzug. *Österreichische Juristen Zeitung*, 55, 938–948
- BRADFORD JM, PAWLAK A (1993) Effects of cyproterone acetate on sexual arousal patterns of pedophiles. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 629–641
- BRIKEN P, NIKA E, BERNER W (2001) Treatment of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonists. *Journal Sexual and Marital Therapy*, 27, 45–55
- BRIKEN P, HILL A, BERNER W (2003) Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 890–897
- COOPER AJ (1981) A placebo-controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 458–465
- COOPER AJ, CERNOVSKY ZZ (1994) Comparison of cyproterone acetate (CPA) and leuprolide acetate (LHRH agonist) in a chronic pedophile: a clinical case study. *Biological Psychiatry*, 36, 269–271
- COOPER AJ, SANDHU S, LOSZTYN S, CERNOVSKY Z (1992) A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 687–693
- CZERNY JP, BRIKEN P, BERNER W (2002) Antihormonal

- treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. *European Psychiatry*, 17, 104–106
- DAHLE KP (2005 a) *Psychologische Kriminalprognose*. Herbolzheim: Centaurus
- DAHLE KP (2005 b) Chronische Rückfalldelinquenz im Individuellen Menschlichen Entwicklungsverlauf: Die Berliner CRIME-Studie. In *Psychologische Kriminalprognose* (S. 83–196). Herbolzheim: Centaurus
- DICKEY R (1992) The management of a case of treatment-resistant paraphilia with a long-acting LHRH agonist. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 567–569
- FEDOROFF JP, WISNER-CARLSON R, DEAN S, BERLIN FS (1992) Medroxy-progesterone acetate in the treatment of paraphilic sexual disorders. Rate of relapse in paraphilic men treated in long-term group psychotherapy with or without medroxy-progesterone acetate. *Journal of Offender Rehabilitation* 18 (3), 109–123
- FOREL A (1905) *Die sexuelle Frage*. München: Ernst Reinhardt
- GRASSWICK LJ, BRADFORD JM (2003) Osteoporosis associated with the treatment of paraphilias: a clinical review of seven case reports. *Journal of Forensic Sciences*, 48, 849–855
- GREENBERG D, BRADFORD J, FIRESTONE P, CURRY S (2000) Recidivism of child molesters: a study of victim relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1485–1494
- HANSEN H, LYKKE-OLESEN L (1997) Treatment of dangerous sexual offenders in Denmark. *The Journal for Forensic Psychiatry*, 8, 195–199
- HANSON RK, BUSSIÈRE MT (1998) Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348–362
- HANSON RK, GORDON A, HARRIS AJ, MARQUES JK, MURPHY W, QUINSEY VL, SETO MC (2002) First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse*, 14, 169–194
- HANSON RK, MORTON KE, HARRIS AJ (2003) Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 154–166
- HANSON RK, THORNTON D (2001) *Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada
- HARRIS GT, RICE ME, QUINSEY VL, LALUMIÈRE ML, BOER D, LANG C (2003) A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological Assessment* 15 (3), 413–425
- HILL A, BRIKEN P, BERNER W (2006) Pharmakotherapie bei Antisozialität und sexueller Gewalt. *Neurotransmitter, Sonderheft* 2, 41–48
- HILL A, BRIKEN P, LIETZ K, BERNER W (2005) Standards der Diagnostik, Behandlung und Prognose von Sexualstraftätern. In SCHLÄFKE D, HÄßLER F, FEGERT JM (Hg), *Sexualstraftaten* (S. 77–98). Stuttgart: Schattauer
- KRUEGER RB, KAPLAN MS (2001) Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 409–422
- LASCHET U (1990) Zur Therapie mit Cyproteronacetat. In WILLE R, SCHUMACHER W, ANDRZEJAK N (Hg), *Zur Therapie von sexuell Devianten* (S. 26–42). Berlin: Diesbach
- LASCHET U, LASCHET L (1967) Antiandrogentherapie der pathologisch gesteigerten und abartigen Sexualität des Mannes. *Klinische Wochenschrift* 45, 324–325
- LANGEVIN R, PAITICH D, HUCKER SJ, NEWMAN S, RAMSAY G, POPE S, GELLER G, ANDERSON C (1979) The effect of assertiveness training, Provera, and sex of therapist in the treatment of genital exhibitionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 275–282
- LÖSEL F (2001) Evaluating the effectiveness of correctional programs: bridging the gap between research and practice. In BERNFELD GA, FARRINGTON DP, LESCHIED AW (Eds), *Offender Rehabilitation in Practice – Implementing and Evaluating Effective Programs* (pp. 67–92). Chichester: Wiley
- LÖSEL F, SCHMUCKER M (2005) The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117–146
- MACKENZIE DL, HICKMAN LJ (1998) *What works in corrections?* Report to the State of Washington Joint Audit and Review Committee
- MALETZKY BM (1991) The use of medroxyprogesterone acetate to assist in the treatment of sexual offenders. *Annals of Sex Research*, 4, 117–129
- MALETZKY BM, FIELD G (2003) The biological treatment of dangerous sexual offenders. A review and preliminary report of the Oregon pilot depo-Provera program. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 391–412
- MALETZKY BM, TOLAN A, MCFARLAND B (2006) The Oregon depo-Provera Program: a five-year follow-up. *Sexual Abuse*, 18, 303–316
- MARCUS AO, FERNENDEZ MP, DEKEYSER L (1993) Use of gonadotropin releasing hormone analog in treatment of exhibitionism. *Clinical Research* 41 (1), 107 a
- MCCONAGHY N, BLASZCZYNSKI A, KIDSON W (1988) Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 199–206
- MEYER WJ, COLE C, EMORY E (1992) Depo provera treatment for sex offending behavior: an evaluation of outcome. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 20, 249–259
- MONEY J (1986) *Lovemaps*. Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity. New York: Irvington
- ROSLER A, WITZTUM E (1998) Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *New England Journal of Medicine*, 338, 416–422
- ROUSSEAU L, COUTURE M, DUPONT A, LABRIE F, COUTURE N (1990) Effect of combined androgen blockade with an LHRH agonist and Flutamide in one severe case of male exhibitionism. *Canadian Journal Psychiatry* 35, 338–341
- SALEH FM, NIEL T, FISHMAN MJ (2004) Treatment of paraphilia in young adults with leuprolide acetate: a preliminary case report series. *Journal Forensic Sciences*, 49, 1343–1348
- SCHMUCKER M (2004) *Kann Therapie Rückfälle verhindern?* Herbolzheim: Centaurus

- SCHOBER JM, KUHN PJ, KOVACS PG, EARLE JH, BYRNE PM, FRIES RA (2005) Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 691–705
- THIBAUT F, CORDIER B, KUHN JM (1993) Effect of a long-lasting gonadotropin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87, 445–450
- THIBAUT F, CORDIER B, KUHN J-M (1996) Gonadotropin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: A lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology* 21 (4), 411–419
- WHITE P, BRADLEY C, FERRITER M, HATZIPETROU L (2000) Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Cochrane Database Syst.Rev.*, CD000251

**Korrespondenzanschrift**

Reinhard Eber  
Zentrale Dokumentations- und  
Koordinationsstelle für Sexualstraftäter  
Gerichtsgasse 6  
A-1210 Wien, Österreich  
reinhard.eber@justiz.gv.at