

# Das Modul Sexualdelinquenz im Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-System (FPDS)

Christoph J. Ahlers, Gerard A. Schaefer, Reinhard Wille, Klaus M. Beier

## The Module Sexual Delinquency in the Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-System (FPDS)

### Abstract

Intending to both organize and increase the empirically based knowledge about assessed sex offenders, a documentation system has been developed to enable the evaluation of forensic sexological subject matters in a structured and standardized way. Documentation is organized in to four main segments covering (psycho-) sexual development, sexual activity (including paraphilias), criminological characteristics of criminal history, and sexual dysfunctions. Thus, the system ensures the documentation of all relevant information regarding the offenders' sexuality, such as the nature and frequency of fantasies during masturbation, age and sex of sexual partners, quantity and duration of relationships, use of pornography and prostitution, preferred sexual practices, sex and age of victim(s), or the relation between victim and offender. As regards paraphilias, guidelines for allocating diagnoses are based on DSM-IV criteria and explained in the documentation system's manual. This documentation system constitutes one module of the „Forensic Psychiatric Documentation System“ FPDS and is being administered in several German university hospitals.

**Keywords:** forensic sexology, sex offender appraisals, standardisation of exploration and documentation in forensic appraisals.

### Zusammenfassung

In der medizinischen und der psychologischen Forschung gibt es seit langem das Bemühen, eine größtmögliche Qualitätssicherung, also eine bessere Vergleichbarkeit von Erkenntnisprozessen und Ergebnissen in forensischen Begutachtungen zu gewährleisten. Dies kann erreicht werden durch erhöhte Objektivität und Objektivierbarkeit und

mehr Transparenz im diagnostischen Prozess sowie durch eine standardisierte Datenerhebung und -dokumentation, die als wichtigste Komponente der Qualitätssicherung in forensischen Begutachtungen gilt. Das ursprüngliche Ziel dieser Qualitätsoptimierung war es, die quantitativ hierarchisierten Entscheidungen, die von Gutachtern bei juristischen Zuordnungen verlangt werden, auf eine objektive und empirisch überprüfbare Datengrundlage zu stellen. Das „Modul Sexualdelinquenz“ sieht die Datenerhebung in verschiedenen Themenbereiche vor, in denen die minimal zu fordernde Informationsmenge bei forensischen Begutachtungen von Sexualstraftätern dokumentiert werden: Primär-familiäre Situation (Einstellung zur Sexualität, Umgang mit Nacktheit), sexuelle Aufklärung, wichtige Parameter der bio-, psycho- und sozio-sexuellen Entwicklung: Alter bei Beginn der ersten Ereignisse mit sexueller Bewusstseinsbildung, wie z.B. dem Einsetzen der Sekundärbehaarung, des ersten Samenergusses, des ersten Selbstbefriedigung, des ersten Geschlechtsverkehrs, der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc., Alter des Partners bzw. der Partnerin beim ersten Geschlechtsverkehr und bei der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc., ggf. erlittene gewaltlose und / oder gewaltsame sexuelle Übergriffe und deren Häufigkeit, die sexuelle Orientierung in den Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung, das Alter und Geschlecht des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung, paraphile Phantasieinhalte sowie deren Integriertheit in das Selbstkonzept des Probanden bzw. das Ausmaß, in dem mögliche paraphile Phantasieinhalte ich-fremd oder ich-vertraut (ego-dyston vs. ego-synton) in das Persönlichkeitsgefüge des Probanden integriert sind. Das „Modul Sexualdelinquenz“ basiert auf Operationalisierungen nach DSM-IV (APA 1994) und ist ein Teil des „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-Systems“ FPDS, welches bereits in einigen Universitätskliniken in Deutschland erprobt wurde.

**Schlüsselworte:** Forensische Sexualmedizinische, Sexualstraftäter-Begutachtung, Standardisierung von Exploration und Dokumentation in forensischen Begutachtungen.

## Zur Exploration und Dokumentation von sexuellem Erleben und Verhalten

Die Sexualität des Menschen ist prinzipiell der wissenschaftlichen Forschung zugänglich. So haben beispielsweise die Studien von Masters und Johnson (1966) wichtige Einsichten in physiologische Abläufe beim Koitus und bei der Masturbation erbracht, welche heute als lehrbuchfähiges Wissen anerkannt sind. Wissenschaftliche Aussagen über die verschiedenen Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens einschließlich der Wünsche, Phantasien, Vorstellungen und tatsächlichen Handlungen sind jedoch schwer zu erlangen und mit großen methodischen Problemen behaftet, da der soziale Kontext von Sexualität viel mehr als in anderen Bereichen des menschlichen Erlebens und Verhaltens den objektivierenden Zugang erschwert.

Für die großen Untersuchungen, etwa von Kinsey (1948, 1953), die auf Selbsteinschätzungen auskunftsbereiter Personen als Grundlage für die empirische Auswertung beruhen, sind die Fragen nach der Qualität (wie objektiv, valide und wie zuverlässig) der erhaltenen Auskünfte über sexuelles Verhalten genauso wichtig, wie die Frage nach der Stichprobenbeschaffenheit und der Ausfallquote bzw. danach, wer an den Befragungen über sexuelles Erleben und Verhalten teilnimmt und wer nicht.

In Selbstbeschreibungen können falsche Angaben aufgrund von Wahrnehmungsfehlern, einer veränderten nachträglichen Sinnzuschreibung eigenen Verhaltens oder unklarer Vergangenheitserinnerung einfließen, mithin also unabsichtlich entstehen. Falsche Informationen können jedoch auch absichtlich gegeben werden, z.B. aus dem Bestreben, sich dem Untersucher gegenüber in bestimmter Weise darzustellen bzw. bei diesem einen „guten Eindruck“ erwecken zu wollen (sog. soziale Erwünschtheit). So unterschiedlich die Gründe auch sein mögen, im Ergebnis führen sie dazu, dass bestimmte Informationen – vielleicht weil sie diskrepant zum Selbstbild oder zur sozialen Erwünschtheit erlebt werden – bei der Befragung verschwiegen oder marginalisiert, wenn nicht sogar entsprechend verändert werden, sofern tatsächliches Verhalten und (häufig idealisiertes) Selbstbild sehr voneinander abweichen (vgl. Clement 1990).

Im Rahmen von forensisch-sexualmedizinischer Untersuchungen verschärfen sich diese methodischen Probleme, denn bei der Untersuchung von Sexualstraftätern ist noch viel mehr mit einer Tendenz des schamhaften und / oder strategischen Verbergens von

Phantasien, Handlungen, Motiven und Gefühlen gegenüber dem Untersucher zu rechnen, als beispielsweise in der allgemeinen forensisch-psychiatrischen Begutachtung oder bei der Sexualanamnese im klinischen Alltag.

## Sonderstellung der Sexualdelinquenz

Sexualdelinquenz nimmt traditionell im Spektrum der Gesamtkriminalität eine Sonderstellung ein. Diese erklärt sich wissenschaftshistorisch unter anderem daraus, dass die Medizin – speziell die forensische Psychiatrie – begann, ‚Wahrheiten‘ über das sexuelle Erleben und Verhalten zu ‚produzieren‘, d.h. den Anspruch erhob, wissenschaftliche Erklärungsmodelle für Verhaltensabweichungen anbieten zu können, wobei die theoretische Verbindung zu einer seinerzeit vorherrschende pathologisierenden Degenerationslehre stark im Vordergrund stand (vgl. z.B. Krafft-Ebing 1896).

Die forensische Psychiatrie hatte hier letztlich eine Definitionsmacht übernehmen wollen, die früher mit christlich-theokratischem Hintergrund der speziellen Hermeneutik des Alten Testaments und der dort überlieferten göttlichen (Sitten-)Ordnung überlassen wurde (vgl. Foucault 1976). Nicht zuletzt in kritischer Auseinandersetzung mit diesen Bestrebungen der (frühen) forensischen Psychiatrie ist die Sexualwissenschaft programmatisch von Bloch (1906) begründet worden (vgl. Beier 1998), denn das breite Spektrum von Variationen menschlichen sexuellen Erlebens und Verhaltens – insbesondere in transkultureller Perspektive – legt nahe, wie schwierig eine kategoriale Erfassung des Sexuellen sein muss. Dabei kann noch am leichtesten Einigkeit darüber erzielt werden, dass sexuelle Verhaltensweisen sich nicht über die Interessen anderer hinwegsetzen dürfen und eine zentrale Beurteilungskategorie das Ausmaß an sozialer Dysfunktionalität des sexuellen Verhaltens, d.h., das Ausmaß des (dissexuellen) Sozialversagens (Beier 1995) sein muss.

Aber selbst der Kernbereich der begutachteten Sexualdelinquenz (also ohne Prostitutions- und Pornographiedelikte) ist äußerst heterogen: Sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB), sexuelle Aggression (§§ 177, 178 StGB), Exhibitionismus (§ 183 StGB) und Missbrauch Schutzbefohlener inklusive Inzest (§§ 173, 174 StGB) differieren nach der Tatphänomenologie, der Kriminalätiologie, nach den spezialpräventiven Einflussmöglichkeiten (Strafe, Unterbringung, Therapie) und weiterhin nach dem Grade

der Viktimisierung der Opfer ganz erheblich. Sie heben sich von anderen Deliktarten, wie etwa den reinen Gewaltdelikten oder Eigentumsdelikten schon allein dadurch ab, dass ihre kriminalpsychologische Durchdringung und Erfassung weitaus fortgeschrittener ist, als in den anderen Deliktgruppen: Nur bei den Sexualdelikten zeichnen sich Umrisse eines systemischen Gesamtbildes von Tätern, Opfern und strafender Gesellschaft ab, die sogar Bedarfsberechnungen ermöglichen.

Sexualdelikte bewirken aber sowohl wegen ihrer irrationalen Tatumfänge als auch wegen ihrer befürchteten und teilweise durchaus begründeten Wiederholungsgefahr kollektive Unsicherheiten, Ängste und Empörung, und eben auch irrationale Reaktionen, was sich auch in den neueren gesetzlichen Änderungen des Sexualstrafrechts abbildet. Eingang gefunden hat dabei nämlich nicht die empirische Datenlage zur Sexualdelinquenz, die durch die grundlegenden Arbeiten von Wille (1968) und Schorsch (1971) bzw. später zu Therapieaussichten (Schorsch et al. 1985) und Prognosemerkmalen von Sexualstraftätern (Beier 1995) in Deutschland einen vergleichsweise hohen Stand erreicht hat, sondern kriminal- und sicherheitspolitische Abwägungen. Zu interpretieren ist dies als Reaktion auf die große Medienresonanz, die spektakuläre Sexualdelikte erfahren und die in der Bevölkerung ein entsprechendes, medial verzerrtes Bild der Kriminalitätsbelastung erzeugen (vgl. Egg 2000).

## Besonderheiten bei der sexualmedizinischen Untersuchung von Sexualstraftätern

Weil Sexualität grundsätzlich auf Zweisamkeit („Wirkbildung“) hin angelegt ist, ist es in der forensisch-sexualmedizinischen Begutachtungssituation erforderlich, die sonst üblichen Individualbeziehung zwischen Gutachter und Täter insofern zu überwinden, als die Einbeziehung der Sexualpartnerin in die Untersuchung zumindest grundsätzlich angestrebt werden sollte: Jede frühere und besonders die aktuelle Partnerin ist eine äußerst wichtige Erkenntnisquelle für eine zu untersuchende Sexualproblematik und ein wichtiger Korrekturfaktor für die subjektiven Einseitigkeiten eines Probanden.

Die spezielle sexualmedizinische Diagnostik sieht somit jeden Patienten als (potentiellen) Partner eines Paares sowie in seiner Rolle als Mitglied der Herkunftsfamilie und der eigenen Familie. Durch Einbeziehung

von Partnerinnen können die (bei lebensüberdauernden paraphilen Mustern) regelhaften Problemausblendungen und weiterhin die unkritische Selektion bei der Selbstwahrnehmung sowie oft auch eine mögliche Selbstüberhöhung aufgedeckt werden. Die strafprozessuale Absicherung dieser erweiterten Befunderhebung (Fremdanamnese) ist genauso unumgänglich wie praktikabel (vgl. Beier et al. 2001).

Am meisten Aufschluss ist jedoch durch eine differenzierte Sexualanamnese zu erhalten, welche bei kooperativen Patienten bis zu 80 % der relevanten Informationen zur diagnostischen Einschätzung beiträgt. Es bedarf hierbei eines ausreichenden Zeitrahmens (auch für das gegenseitige Kennenlernen) und einer moralischen Aufgeschlossenheit sowohl gegenüber den präferenziellen Besonderheiten von Personen mit sexuellen Verhaltensabweichungen, als auch gegenüber den eigentlichen Taten, denn die Aufgabe des Untersuchers besteht nicht in der moralischen Verurteilung von Taten, sondern in der diagnostischen Beurteilung von Handlungen. Dies setzt beim Gutachter eine kritische Auseinandersetzung mit der menschlichen Geschlechtlichkeit und ihrem außerordentlichen Variationsreichtum sowie einer selbstkritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität voraus, die ebenfalls in hohem Maße durch irrationale Anteile gekennzeichnet ist. Schließlich sind auch empirisch fundierte Kenntnisse über allgemein erwartbare sexuelle Erlebens- und Verhaltensweisen erforderlich, um angemessene Einschätzungen und Zuordnungen vornehmen zu können.

## Zur Dokumentation in der forensisch-sexualmedizinischen Begutachtung

In der medizinischen und der psychologischen Forschung gibt es seit langem das Bemühen, eine größtmögliche Qualitätssicherung, also eine bessere Vergleichbarkeit von Erkenntnisprozessen und Ergebnissen in forensischen Begutachtungen zu gewährleisten. Dies kann erreicht werden durch erhöhte Objektivität und Objektivierbarkeit und mehr Transparenz im diagnostischen Prozess sowie durch eine standardisierte Datenerhebung und -dokumentation, welche als wichtigste Komponente der Qualitätssicherung in der forensischen Begutachtung gilt. Ursprünglich aus der psychologischen Forschung stammende Methoden werden hierbei zunehmend in den klinischen Alltag integriert. Das ursprüngliche Ziel dieser Qualitäts-

optimierung war es, die quantitativ hierarchisierten Entscheidungen, die von Gutachtern bei juristischen Zuordnungen verlangt werden, auf eine objektive und empirisch überprüfbare Datengrundlage zu stellen, wie es bei naturwissenschaftlichen (z.B. physikalisch-technischen) Untersuchungen die Regel ist.

Forschungsmethodisch betrachtet richtet sich das Bemühen darauf, eine möglichst objektive Abbildung der empirischen Wirklichkeit in einem numerischen Relativ zu gewährleisten, wie dies seit jeher als Grundlage der psychologischen Testdiagnostik geschieht. Auf eine konkrete, forensische Fragestellung bezogen bedeutete das, dass zu jedem Ausmaß einer Merkmalsausprägung (z.B. einer psychischen oder Verhaltensstörung) eine proportionale Angabe in einem entsprechenden Dokumentationssystem gemacht werden muss, welche wiederum eine möglichst objektive Einordnung in eine entsprechende juristische Kategorie (wie z.B. einen Schuldfähigkeitsstatus) ermöglicht. Weil sich jedoch menschliches Erleben und Verhalten, sowohl in der Retrospektive, als auch in der Prospektive schwerer numerisch abbilden lässt, als beispielsweise die Vorhandenheit oder Beschaffenheit von Materie, die z.B. in physikalisch-technischen Gutachten zu beurteilen ist, wurde dieses Ziel in der forensisch-psychologischen Begutachtung bisher kaum zufriedenstellend erreicht.

Hinzu kommt der Umstand, dass beispielsweise die Grenzziehung zwischen Schuldfähigkeit, vermindert er Schuldfähigkeit und Schuldunfähigkeit weitgehend normativ gesetzt wird, in verschiedenen Ländern unterschiedlich gehandhabt wird und die richterlichen Entscheidungen sich mit dem Zeitgeist ändern, mithin also nur begrenzt auf empirischem Wissen basieren.

Nichtsdestoweniger müssen die Ziele der standardisierten und quantifizierenden Befunderhebung bzw. der Dokumentation vor allem im Rahmen der forensischen Begutachtung zur Qualitätssicherung weiter verfolgt werden. Als Ziele lassen sich formulieren:

- ◆ Standardisierung der Exploration und Datenerhebung,
- ◆ Standardisierung der Datendokumentation,
- ◆ Transparenz des diagnostischen Prozesses,
- ◆ Objektivierbarkeit, Vergleichbarkeit und Überprüfbarkeit von Ergebnissen (z.B. Befunde),
- ◆ statistische Auswertbarkeit von Begutachtungsergebnissen,
- ◆ Überbrückung verschiedener klinischer und wissenschaftlicher Schulen,
- ◆ Fehlerreduktion (Vermeidung von Außerachtlassung unerwünschter, „unpassender“ oder scheinbar unwichtiger Daten),

- ◆ Nachvollziehbarkeit der forensischen Beurteilung anhand der dokumentierten Merkmale und ihrer Ausprägungen,
- ◆ Vereinbarung und Optimierung von Begutachtungs-Standards.

Dabei muss bedacht werden, dass eine standardisierte Datenerhebung und -dokumentation nur als strukturierte Ergänzung im eigentlichen diagnostischen Prozess einer Begutachtung verstanden werden kann. Sie kann nicht als Ersatz zur idiographischen Untersuchungsperspektive angesehen werden, die (hypothesegeleitet) auch Informationen einbeziehen muss, die über Dokumentations-Standards hinausgehen. Insofern muss vor einer unkritischen und unqualifizierten Anwendung von Dokumentations-Systemen an sich gewarnt werden. Anderenfalls könnte der Eindruck einer „Checklisten-Begutachtung“ und damit eines eindimensionalen diagnostischen Prozesses entstehen, der den tatsächlichen Anforderungen der forensischen Begutachtung nicht gerecht würde. Zur umfassenden Einschätzung eines Probanden werden Informationen benötigt, die über standardisierte Erhebungs- und Dokumentations-Systeme allein nicht zu gewinnen sind. Dokumentations-Systeme stehen somit in der Gefahr, hinsichtlich ihrer Bedeutung für die forensische Begutachtung, gleichzeitig über- und unterschätzt zu werden: Sie können auf der einen Seite nicht den Anspruch erfüllen, eine forensische Beurteilung valider und „gerechter“ zu gestalten als eine nicht standardisierte Vorgehensweise. Auf der anderen Seite ermöglichen sie durch erschöpfende Informationserhebung eine bessere Fehlerkontrolle und die Gewinnung wertvoller, weil objektiverer Daten für wissenschaftliche Untersuchungen, die ohne entsprechende Dokumentation nicht möglich wäre.

Das bedeutet, dass mit Hilfe von Dokumentations-Systemen immer nur ein begrenzter Teilbereich des zu beurteilenden Sachverhaltes abgebildet werden kann. Aufgrund von Aggravation, Dissimulation und vorsätzlich falscher Angaben von Probanden, aber auch durch bewusste wie unbewusste Verdrängungs- und Verleugnungsmechanismen, die im zeitlichen Abstand zur Untersuchung zu- und abnehmen können, werden möglicherweise Informationen dokumentiert, die nicht den realen Beurteilungsgegenstand abbilden. Daraus resultiert, dass in die standardisierte Dokumentation grundsätzlich die gleichen Fehler der Befund- und Anamneseerhebung einfließen können, wie in die nicht standardisierte Vorgehensweise. Die potentiellen Fehlerquellen des Begutachtungsprozesses können daher durch ein Dokumentations-System allenfalls reduziert, nicht aber getilgt werden.

## Zur Struktur des forensischen Dokumentations-Systems, Modul „Sexualdelinquenz“

Das „Modul Sexualdelinquenz“ des „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-Systems“ FPDS untergliedert sich in folgende Bereiche:

**Themenbereich 1:** Sexuelle Entwicklung: 9 Fragen zur primär-familiären Situation:

Einstellung zur Sexualität, Umgang mit Nacktheit; zur sexuellen Aufklärung (durch Eltern, Schule, Peergroup etc.),

**Themenbereich 2:** Sexuelle Aktivität (einschließlich Partnerbeziehungen) und paraphile Muster (10 Fragen zu den wichtigsten Parametern der bio-, psycho- und soziosexuellen Entwicklung),

**Themenbereich 3:** Tatmerkmale samt aller bisheriger, sexueller Übergriffe (9 Fragen zu Opfern, Täter-Opfer-Beziehung, Tatbegehung etc.),

**Themenbereich 4:** Sexuelle Funktionsstörungen (7 Fragen zu möglichen Störungen in den verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus).

Im Einzelnen ist die Datenerhebung für folgende Themenbereiche vorgesehen, anhand derer die minimal zu fordernde Informationsmenge bei forensischen Begutachtungen von Sexualstraftätern dokumentiert werden kann:

- ◆ zur primär-familiären Situation (Einstellung zur Sexualität, Umgang mit Nacktheit),
- ◆ zur sexuellen Aufklärung (durch Eltern, Schule, Peergroup etc.),
- ◆ zu den wichtigsten Parametern der bio- und psycho- und sozio-sexuellen Entwicklung:
  - Alter bei Beginn der ersten Ereignisse mit sexueller Bewusstseinsbildung, wie z.B. dem Einsetzen der Sekundärbehaarung, des ersten Samenergusses, der ersten Selbstbefriedigung, des ersten Geschlechtsverkehrs, der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc.,
  - Alter des Partners bzw. der Partnerin beim ersten Geschlechtsverkehr und bei der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc., ggf. erlittene gewaltlose und / oder gewaltsame sexuelle Übergriffe und deren Häufigkeit,
  - die sexuelle Orientierung in den Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung,
  - das Alter und Geschlecht des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung,

- paraphile Phantasieinhalte sowie deren Integriertheit in das Selbstkonzept des Probanden bzw. das Ausmaß, in dem mögliche paraphile Phantasieinhalte ich-fremd oder ich-vertraut (ego-dyston vs. ego-synton) in das Persönlichkeitsgefüge des Probanden integriert sind.

Hinsichtlich der soziosexuellen Entwicklung bzw. zur Beurteilung der Entwicklung der sexuellen Identität eines Probanden ist von Interesse,

- ◆ mit wie vielen Personen koitale Beziehungen eingegangen wurden,
- ◆ wie lange die längste Beziehung gedauert hat und auf wessen Initiative sie beendet wurde,
- ◆ wie lange die bisherigen Koitusbeziehungen im Durchschnitt gedauert haben,
- ◆ ob eine Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt bestand und
- ◆ die Erlebnisqualität der bisherigen Koitusbeziehungen (sowohl insgesamt, als auch insbesondere zum Tatzeitpunkt) auf emotional-personaler und auf sexueller Ebene.

Von Bedeutung sind ferner Informationen

- ◆ über die sexuellen Praktiken des Tatgeschehens (z.B. oral-aktiv oder oral-passiv, genito-genital etc.),
- ◆ darüber, ob und gegebenenfalls mit welcher physischen, psychischen oder instrumentellen Gewaltanwendung die Tat erzwungen wurde,
- ◆ über Geschlecht, Alter und Tat-Verhalten der Opfer bei früheren und aktuellen Taten,
- ◆ über das Alter des Täters bei früheren und aktuellen Taten,
- ◆ über die Täter-Opfer-Beziehung bei früheren und aktuellen Taten,
- ◆ ob Parallelität mit früheren sexuellen Übergriffe in Motivation und Tatphänomenologie besteht,
- ◆ sowie über frühere oder (auch tat-)aktuelle sexuelle Funktionsstörungen (der Appetenz, Erregung und des Orgasmus).

Von spezifisch sexualdiagnostischer Bedeutung ist es, sich einen Überblick über die prozentuale Verteilung der Stimuli zu verschaffen, die für einen Probanden sexuelle Erregung bewirken können. Konkret gilt dies für die Stimuli

- ◆ bei der Selbstbefriedigung,
- ◆ bei soziosexuellen Aktivitäten in aktuellen oder früheren

- ◆ gelegentlichen oder stabilen
- ◆ normkonformen oder paraphilen Sexual-Kontakten,
- ◆ jeweils für das letzte Jahr und für die Zeit ab dem 20. Lebensjahr.

Eine solche Häufigkeitsverteilung liefert der Proband nicht von selbst, sondern nur auf gezieltes Nachfragen, und grundsätzlich gilt auch und vor allem in der forensischen Sexualmedizin: Alles, wonach man nicht fragt, wird auch nicht berichtet. Das bedeutet, dass alle wichtigen paraphilen Muster systematisch exploriert werden müssen.

Gerade die Retrospektive macht die Fehlerquellen eigener oder fremder Begutachtungen transparent, so dass nicht zuletzt aus diesen Erfahrungen ein Bewusstsein für die Notwendigkeit eines strukturierten Erhebungsinstrumentes auch und gerade für die sexualmedizinische Diagnostik im Rahmen forensischer Begutachtungen erwuchs.

Die standardisierte Erfassbarkeit wesentlicher sexualdiagnostischer Parameter, wie z.B. der quantitativen Abschätzung der Quellen bisheriger Orgasmen durch Selbstbefriedigung, mit gegen- oder gleichgeschlechtlichen Partnern, mit Prostituierten oder durch paraphile Aktivitäten, erscheint gerade deswegen sinnvoll, weil insbesondere Männer mit sexuellen Präferenz- und / oder Verhaltensstörungen dazu neigen, relevante Details ihrer sexuellen Phantasien, Gefühle und Handlungen zu verschleiern bzw. zu verschweigen, wodurch in freien (nicht strukturierten) Sexualanamnesen das Risiko steigt, wichtige Aspekte zu vernachlässigen oder zu übersehen.

Insgesamt umfasst das Modul „Sexualdelinquenz“ 36 Fragen mit jeweils unterschiedlich vielen Antwort- und Kodierungsvorgaben. Begleitend zum Erfassungsbogen wurde ein Manual erarbeitet, in welchem jede einzelne Frage sowie die dazugehörige Antwort- und Kodierungsmöglichkeit beschrieben und erklärt wird. Durch eine übersichtliche Gestaltung anhand der Fragen- und Antworten-Nummerierungen kann der Untersucher so beim Bearbeiten des Moduls schrittweise alle entstehenden Fragen schnell und einfach beantworten, wodurch Probleme beim Ausfüllen des Erfassungsbogens minimiert werden sollten.

Das Dokumentations-System ermöglicht die Erfassung qualitativer und quantitativer Daten. Bei qualitativen Daten wird festgestellt, ob ein Merkmal vorhanden (Kodierung „1“) oder nicht vorhanden ist (Kodierung „0“) – also die negierenden Antwortmöglichkeiten „nein“, „nicht“ und „keine“ beinhaltet. Ist ein Merkmal nicht beurteilbar, weil keine Angaben darüber vorliegen bzw. keine Informationen darüber verfügbar sind, so wird es mit der Ziffer „9“ kodiert,

egal ob dieses Merkmal in irgendeiner Ausprägung vorhanden ist, oder nicht.

Quantitative Daten werden in der numerischen Abstufung ihrer Ausprägungsintensität kodiert: Von „0“: (nicht vorhanden / nicht gegeben / nein / nicht / keine), „1“: (vorhanden in geringer Ausprägung), „2“: (vorhanden in mäßiger Ausprägung), „3“: (vorhanden in starker Ausprägung). Wird eine Antwort vom Täter verweigert, so wird dies mit der Ziffer „10“ kodiert. Diese Zahlenzuordnung bzw. Kodierungsvorschrift für die einzelnen Ausprägungen ist auf den Dokumentationsbögen bei den jeweiligen Merkmalen eindeutig aufgeführt.

Beim Ausfüllen des Dokumentations-Systems ist darauf zu achten, dass grundsätzlich alle Variablen kodiert werden müssen bzw. jede Merkmalsausprägung mit einer Kodierungsziffer versehen werden muss, weil es ansonsten nachträglich unmöglich ist, festzustellen, ob ein Merkmal z.B. nicht vorhanden (negative Ausprägung) oder nicht beurteilbar war. Bei der Dokumentation erfordert damit die Unterscheidung zwischen nicht vorhandenen, verneinten, nicht beurteilbaren und vom Täter verweigerten Angaben besondere Beachtung.

Eine mangelnde Differenzierung zwischen diesen Kodierungen kann zu erheblichen Fehlbewertungen bei einer statistischen Analyse führen. Fehlende Kodierungen gehen automatisch als „missing data“ in die Auswertung ein und bleiben dadurch in der Analyse der Ergebnisse unberücksichtigt. Fehler im Dokumentationsprozess (beim Ausfüllen bzw. der Bearbeitung) können nicht exakt erfasst werden, weshalb die klassischen Gütekriterien standardisierter Testverfahren (Objektivität, Validität und Reliabilität) nur sehr eingeschränkt für die Bewertung eines Dokumentations-Systems herangezogen werden können.

Bei der diagnostischen Zuordnung wurde auf die Kriteriale des DSM-IV zurückgegriffen (APA 1994), wenn auch speziell bei den Paraphilien sexualmedizinische Konzepte nicht völlig kongruent mit denen des Klassifikationssystems der Amerikanischen Psychiatrie-Vereinigung sind.

Es waren diese fachspezifischen Besonderheiten der forensischen Sexualmedizin, die zu der Erstellung eines strukturierten, spezifisch sexualmedizinischen Erfassungsbogens und schließlich (nach mehrjähriger Entwicklungsphase) zu dem eigenständigen „Modul Sexualdelinquenz“ geführt haben, welches zunächst als ein Bestandteil des „Forensisch Psychiatrischen Dokumentations-System“ FPDS geplant war (vgl. Nedopil et al. 1988, Nedopil 1996).

## Zukünftige Fragestellungen

Weil speziell bei sexuellen Präferenz- und / oder Verhaltensstörungen die Rückfallgefahr als besonders hoch angesehen wird, spielt neben suffizienter Diagnostik und präziser nosologischer Einordnung auch die ‚Retrognostik‘ bei der Subsumierung der Krioteriologie auf die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB „... zur Zeit der Tat“ sowie die Prognostik eine von der Öffentlichkeit und vom Gesetzgeber immer lauter geforderte Rolle.

Die Prognostik eröffnet dem Sachverständigen die biographische Zukunftsdimension, wenn er – was vorher an sich schon vom Richter beim Haftbefehl über die Strafzumessung bis hin zur vorzeitigen Entlassung aus Regel- und Maßregelvollzug (§§ 112, 153a StPO, §§ 46, 57 und 67 StGB) erwartet wird – sich die Frage stellt, wie der Proband nach der Hauptverhandlung, dem Regel- oder dem Maßregelvollzug mutmaßlich sein weiteres Leben gestalten wird. Welche Therapie erscheint individuell akzeptabel und effektiv? Wie können bei Therapieunfähigkeit, -unwilligkeit, -unmöglichkeit oder -resistenz potentielle Opfer adäquat geschützt werden?

Damit würde eine neue Qualität der Sachverständigen-Begutachtung erreicht, die nicht an theoretischen Desiderata wie „Vorurteils- und Ideologiefreiheit“, sondern an der Lebenswirklichkeit gemessen wird – freilich einer soziokulturell, d.h. auch vom Zeitgeist geformten Lebenswirklichkeit. Es geht dann aber nicht mehr um Prophetie oder Visionen, sondern um das empathische Herausarbeiten der individuellen Persönlichkeitsradikale mit ihren Stärken und Schwächen, mit ihren Versuchungen, Verführbarkeiten und Konflikthaftigkeiten, aber auch mit den bisherigen Verarbeitungsmodi einschließlich spezialpräventiver und therapeutischer Optionen.

Aus forensisch-sexualmedizinischer Sicht ist es ein weiterer wichtiger Schritt, aufbauend auf den Ergebnissen einer möglichst umfangreichen Dokumentation mit dem zu etablierenden „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-System“ FPDS einschließlich der Ergänzungsmodule vor allem die prognostischen Fähigkeiten der Sachverständigen zu verbessern. Dies sollte mindestens die folgenden Bereiche umfassen:

- ◆ die weitere Entwicklung der sexuellen Problematik,

- ◆ die weitere Entwicklung der ggf. bestehenden Beziehungsproblematik,
- ◆ die weitere Entwicklung der ggf. bestehenden Abhängigkeitsproblematik und die zukünftige soziale Integration.

Mit Blick auf eine zukünftige Verfeinerung der forensischen Dokumentations-Systematik wäre die Etablierung auch eines solchen Sexualdelinquenz-Prognose Moduls zur differenzierten Verlaufsbeschreibung sicher sinnvoll.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA)(1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition DSM-IV; Washington: APA press.
- Beier, K. M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose ehemals begutachteter Sexualstraftäter. Springer, Berlin.
- Beier, K. M. (1998): Sexualwissenschaft und Interdisziplinarität. In: Beier, K. M. (Hrsg.) (1998): Sexualwissenschaft und Interdisziplinarität, Logos Verlag, Berlin: 1-16.
- Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Lehrbuch der Sexualmedizin. Urban & Fischer, Stuttgart.
- Bloch, I. (1906): Das Sexualleben unserer Zeit. Berlin: Marcus.
- Egg, R. (2000): Rückfall nach Sexualstraftaten. Sexuologie 7. Jhr., Heft 1: 12-26.
- Clement, V. (1990): Empirische Studien zu heterosexuellem Verhalten. Zeitschrift für Sexualforschung 3: 289-319.
- Foucault, M. (1976): Sexualität und Wahrheit I: Der Wille zum Wissen; III: Scientia Sexualis. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1948): Sexual behaviour in the human male. Saunders, Philadelphia.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E.; Gebhard, P. H. (1953): Sexual behaviour in the human female. Saunders, Philadelphia.
- Krafft-Ebing, R. v. (1886): Psychopathia sexualis. Stuttgart: Enke.
- Nedopil, N. (1988): Das Forensisch Psychiatrische Dokumentations-System (FPDS). Forensia 9: 139-147.
- Nedopil, N. (1996): Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Thieme.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1966): Human sexual response. Little Brown, Boston.
- Schorsch, E.; Galedary, G.; Haag, A.; Hauch, M.; Lohse, H. (1985): Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Springer, Berlin.
- Wille, R. (1968): Die forensisch-psychopathologische Beurteilung der Exhibitionisten, Pädophilen, Inzest- und Notzuchttäter. Med. Habil. Kiel.

### Adressen der Autoren

Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Dipl.-Psych. Gerard A. Schaefer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, [www.sexualwissenschaft-berlin.de](http://www.sexualwissenschaft-berlin.de)  
 Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Wille (emerit.) Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Campus Kiel  
 Christian-Albrechts-Universität Kiel, [www.uni-kiel.de/sexmed](http://www.uni-kiel.de/sexmed)

<b>MODUL „SEXUALDELINQUENZ“</b>
---------------------------------

1. **Fall-Nr.:** \_\_\_\_\_
- Generell gilt:** 0 = nein, nicht, keine etc. **Jede Zeile muss kodiert werden!**  
 9 = keine Angaben  
 10 = Auskünfte vom Probanden verweigert

**Sexuelle Entwicklung**

2. **Einstellung zur Sexualität / Umgang mit Nacktheit in der Primärfamilie** \_\_\_\_\_  
 1: tabuisierend    2: eher prüde    3: eher freizügig    4: permissiv
3. **Sexuelle Aufklärung durch** (Beginn im Alter von) \_\_\_\_\_  
 1: jünger als 10 Jahre    2: 11-13 Jahre    3: 14-17 Jahre    4: 18 Jahre und älter
- 3.1 Eltern \_\_\_\_\_  
 3.2 Schule \_\_\_\_\_  
 3.3 Peer-Group \_\_\_\_\_  
 3.4 Medien (Broschüren, Bücher, TV) \_\_\_\_\_  
 3.5 Pornographie (Hefte, Filme) \_\_\_\_\_  
 3.6 Sonstige \_\_\_\_\_
4. **Alter bei Beginn bzw. Erstmaliges Auftreten im Alter von** \_\_\_\_\_  
 1: jünger als 10 Jahre    2: 11-13 Jahre    3: 14-17 Jahre    4: 18-20 Jahre  
 5: 21-24 Jahre    6: 25-30 Jahre    7: 31-40 Jahre    8: 41 J. u. älter
- 4.1 präpubertäre Sexualspiele \_\_\_\_\_  
 4.2 Schambehaarung \_\_\_\_\_  
 4.3 erster Samenerguss \_\_\_\_\_  
 4.4 erste Selbstbefriedigung \_\_\_\_\_  
 4.5 erster Geschlechtsverkehr (gegengeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 4.6 erster Geschlechtsverkehr (gleichgeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 4.7 erste partnerschaftliche Beziehung (gegengeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 4.8 erste partnerschaftliche Beziehung (gleichgeschlechtlich) \_\_\_\_\_
5. **Alter des Partners bzw. der Partner / innen bei** \_\_\_\_\_  
 1: jünger als 10 Jahre    2: 11-13 Jahre    3: 14-17 Jahre    4: 18-20 Jahre  
 5: 21-24 Jahre    6: 25-30 Jahre    7: 31-40 Jahre    8: 41 J. u. älter
- 5.1 präpubertären Sexualspielen (gegengeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 5.2 präpubertären Sexualspielen (gleichgeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 5.3 erstem Geschlechtsverkehr (gegengeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 5.4 erstem Geschlechtsverkehr (gleichgeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 5.5 erster partnerschaftlicher Beziehung (gegengeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 5.6 erster partnerschaftlicher Beziehung (gleichgeschlechtlich) \_\_\_\_\_
6. **Durchschnittliches Alter der Partner / innen bei** \_\_\_\_\_  
 1: jünger als 10 Jahre    2: 11-13 Jahre    3: 14-17 Jahre    4: 18-20 Jahre  
 5: 21-24 Jahre    6: 25-30 Jahre    7: 31-40 Jahre    8: 41 J. u. älter
- 6.1 Geschlechtsverkehr (gegengeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 6.2 Geschlechtsverkehr (gleichgeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 6.3 partnerschaftlichen Beziehungen (gegengeschlechtlich) \_\_\_\_\_  
 6.4 partnerschaftlichen Beziehungen (gleichgeschlechtlich) \_\_\_\_\_



**7. Erlittene gewaltsame, sexuelle Übergriffe** (Beginn im Alter von)

1: jünger als 10 Jahre	2: 11-13 Jahre	3: 14-17 Jahre	4: 18-20 Jahre
5: 21-24 Jahre	6: 25-30 Jahre	7: 31-40 Jahre	8: 41 J. u. älter
7.1 Sexueller Missbrauch durch Kinder			__ _
7.2 Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter (15 – 18 Jahre)			__ _
7.3 Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter (über 18 Jahre)			__ _
7.4 Sexueller Missbrauch als Schutzbefohlene(r) (außerhalb des Familienrahmens)			__ _
7.5 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)			__ _
7.6 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung			__ _

**8. Häufigkeit erlittener gewaltsamer, sexueller Übergriffe**

1: einmal	2: 2-5 mal	3: 6-10 mal	4: häufiger als 10
8.1 Sexueller Missbrauch durch Kinder			__ _
8.2 Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter (15 – 18 Jahre)			__ _
8.3 Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter (über 18 Jahre)			__ _
8.4 Sexueller Missbrauch als Schutzbefohlene(r) (außerhalb des Familienrahmens)			__ _
8.5 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)			__ _
8.6 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung			__ _

**9. Erlittene gewaltlose, sexuelle Übergriffe** (Beginn im Alter von)

1: jünger als 10 Jahre	2: 11-13 Jahre	3: 14-17 Jahre	4: 18-20 Jahre
5: 21-24 Jahre	6: 25-30 Jahre	7: 31-40 Jahre	8: 41 J. u. älter
9.1 Durch exhibitionistische Handlungen			__ _
9.2 Sexueller Missbrauch durch Kinder			__ _
9.3 Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter (15 – 18 Jahre)			__ _
9.4 Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter (über 18 Jahre)			__ _
9.5 Sexueller Missbrauch als Schutzbefohlene(r) (außerhalb des Familienrahmens)			__ _
9.6 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)			__ _

**10. Häufigkeit erlittener gewaltloser, sexueller Übergriffe**

1: einmal	2: 2-5 mal	3: 6-10 mal	4: häufiger als 10
10.1 Durch exhibitionistische Handlungen			__ _
10.2 Sexueller Missbrauch durch Kinder			__ _
10.3 Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter (15 – 18 Jahre)			__ _
10.4 Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter (über 18 Jahre)			__ _
10.5 Sexueller Missbrauch als Schutzbefohlene(r) (außerhalb des Familienrahmens)			__ _
10.6 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)			__ _

**Sexuelle Aktivität und paraphile Muster****11. Sexuelle Orientierung der Begleitphantasien bei Selbstbefriedigung**

(im letzten Jahr)			__ _
1: ausschließlich gegengeschlechtlich	2: überwiegend gegen-, seltener gleichgeschlechtlich		
3: ebenso gleich- wie gegengeschlechtlich	4: überwiegend gleich-, seltener gegengeschlechtlich		
5: ausschließlich gleichgeschlechtlich			

**12. Geschlecht und Alter des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung**

(im letzten Jahr)				__ _
1: männl., jünger als 10 Jahre	2: männl., 11-13 Jahre	3: männl., 14-17 Jahre	4: männl., > 18 Jahre	
5: weibl., jünger als 10 Jahre	6: weibl., 11-13 Jahre	7: weibl., 14-17 Jahre	8: weibl., > 18 Jahre	

**13. Paraphile Phantasieinhalte und Praktiken nach DSM-IV (im letzten Jahr)**

	1: nur in der Phantasie	2: in Phantasie und Praxis
13.1 Exhibitionismus		__ _
13.2 Fetischismus		__ _
13.3 Frotteurismus		__ _
13.4 Pädophilie		__ _
13.5 Masochismus		__ _
13.6 Sadismus		__ _
13.7 Transvestitischer Fetischismus		__ _
13.8 Voyeurismus		__ _
13.9 Nicht näher bezeichnete Paraphilie		__ _

Bei Frage 14. soll, ausgehend von der Gesamtzahl aller bisher erlebten Orgasmen (= 100%), angegebene werden, wie viel Prozent auf die jeweils angegebene Antwortmöglichkeit entfallen.

**14. Prozentualer Anteil aller bisher erlebten Orgasmen**

	1.....bis 10 %	2.....bis 30 %	3.....bis 70 %	4.....mehr als 70 %
14.1 mit gegengeschlechtlichem Partner				__ _
14.2 mit gleichgeschlechtlichem Partner				__ _
14.3 durch Selbstbefriedigung				__ _
14.4 durch paraphile Aktivitäten				__ _
14.5 mit Prostituierten				__ _

**15. Ich-Nähe paraphiler Aktivitäten (falls gegeben)\_**

	1.....eher ich-nahe (ich-synton)	2.....eher ich-fern (ich-dyston)
		__ _

**16. Anzahl der Personen, zu denen der Proband koitale Beziehungen eingegangen ist**

(ohne sexuelle Kontakte mit Prostituierten)	1: bis 2 Pers.	2: bis 5 Pers.	3: bis 10 Pers.	4: bis 20 Pers.	5: bis 30 Pers.	6: mehr als 30 Pers.
						__ _

**17. Längste Dauer einer bisherigen Koitusbeziehung**

	1: bis 1 Woche	2: bis 3 Monate	3: bis 1 Jahr	4: bis 5 Jahre	5: 5 Jahre und länger
					__ _

**18. Durchschnittliche Dauer bisheriger Koitusbeziehungen**

	1: bis 1 Woche	2: bis 3 Monate	3: bis 1 Jahr	4: bis 5 Jahre	5: 5 Jahre und länger
					__ _

**19. Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt**

	1: ja, Beziehung bestand < als 3 Monate	2: ja, Beziehung bestand > als 3 Monate
		__ _

**20. Erlebnisqualität der Koitusbeziehungen (Einschätzung des Probanden)**

	1: überwiegend befriedigend	2: überwiegend nicht befriedigend
20.1 insgesamt auf <u>emotional-personaler</u> Ebene		__ _
20.2 insgesamt auf <u>sexueller</u> Ebene		__ _
20.3 zum Tatzeitpunkt auf <u>emotional-personaler</u> Ebene		__ _
20.4 zum Tatzeitpunkt auf <u>sexueller</u> Ebene		__ _

**Tatmerkmale (Hauptdelikt)****21. Angeklagtes Hauptdelikt**

	1: ja	2: ja, mit Orgasmus
21.1 Exhibitionistische Handlungen		__ _
21.2 Sexueller Missbrauch von Kindern		__ _
21.3 Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen		__ _
21.4 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)		__ _
21.5 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung		__ _
21.6 Sexuell motivierte Tötung		__ _
21.7 Andere		__ _

**22. Sexuelle Praktiken des Täters bei der Tat**

	1: ja	2: ja, mit Orgasmus	
22.1	manuell-aktiv		
22.2	manuell-passiv		
22.3	oral-aktiv		
22.4	oral-passiv		
22.5	genito-genital		
22.6	genito-anal		
22.7	anderes		

**23. Aggressive Durchsetzung der Tat** 1 : ja

23.1	psychische Gewalt (verbale Bedrohung)	
23.2	physische Gewalt (Körperverletzung)	
23.3	instrumentelle Gewalt (Waffengebrauch)	

**24. Opferverhalten** (aus Sicht des Täters) 1 : ja

24.1	Widerstand	
24.2	Duldung	
24.3	Teilnahme	
24.4	Neugier	
24.5	Aufforderung	

**25. Geschlecht des Opfers bzw. der Opfer**

	1: weiblich	2: männlich	3: mehrere Opfer (nur weiblich)	
	4: mehrere Opfer (nur männlich)	5: mehrere Opfer (männlich und weiblich)		
25.1	1. Tat			
25.2	2. Tat			
25.3	3. Tat			
25.4	4. Tat			
25.5	aktuelle Tat			

**26. Alter des Opfers bzw. der Opfer**

	1: jünger als 10 Jahre	2: 11-13 Jahre	3: 14-17 Jahre	4: 18-20 Jahre
	5: 21-24 Jahre	6: 25-30 Jahre	7: 31-40 Jahre	8: 41 Jahre und älter
26.1	1. Tat			
26.2	2. Tat			
26.3	3. Tat			
26.4	4. Tat			
26.5	aktuelle Tat			

**27. Alter des Täters**

	1: jünger als 10 Jahre	2: 11-13 Jahre	3: 14-17 Jahre	4: 18-20 Jahre
	5: 21-24 Jahre	6: 25-30 Jahre	7: 31-40 Jahre	8: 41 Jahre und älter
27.1	1. Tat			
27.2	2. Tat			
27.3	3. Tat			
27.4	4. Tat			
27.5	aktuelle Tat			

**28. Täter-Opfer-Beziehung**

	1: Familie	2: Verwandtschaft	3: Partnerschaft	4: Schutzbefohlenheit
	5: sozialer Nahraum	6: Bekanntschaft	7: Prostitutionskontakt	
28.1	1. Tat			
28.2	2. Tat			
28.3	3. Tat			
28.4	4. Tat			
28.5	aktuelle Tat			

<b>29. Sämtliche begangenen sexuellen Übergriffe (außer Hauptdelikt)</b>		
1: ja, einmal (strafverfolgt)	2: ja, einmal ( <u>nicht</u> strafverfolgt)	
3: ja, mehrmals (strafverfolgt)	4: ja, mehrmals ( <u>nicht</u> strafverfolgt)	
5: ja, mehrmals (strafverfolgt und <u>nicht</u> strafverfolgt)		
29.1 Exhibitionistische Handlungen		__ _
29.2 Sexueller Missbrauch von Kindern		__ _
29.3 Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen		__ _
29.4 Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)		__ _
29.5 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung		__ _
29.6 Sexuell motivierte Tötung		__ _
29.7 Andere		__ _
<b>Sexuelle Funktionsstörungen</b>		
<b>30. Verminderte sexuelle Appetenz (ICD-10: F 52.1; DSM-IV: 302.71)</b>		__ _
1.....lebenslang - generalisiert	4.....erworben - generalisiert	
2.....lebenslang - situativ - auch zur Tatzeit	5.....erworben - situativ - auch zur Tatzeit	
3.....lebenslang - situativ - <u>nicht</u> zur Tatzeit	6.....erworben - situativ - <u>nicht</u> zur Tatzeit	
<b>31. Erektionsstörung (ICD-10: F 52.2; DSM-IV: 302.72)</b>		__ _
1.....lebenslang - generalisiert	4.....erworben - generalisiert	
2.....lebenslang - situativ - auch zur Tatzeit	5.....erworben - situativ - auch zur Tatzeit	
3.....lebenslang - situativ - <u>nicht</u> zur Tatzeit	6.....erworben - situativ - <u>nicht</u> zur Tatzeit	
<b>32. Verzögerter Orgasmus (ICD-10: F 52.3; DSM-IV: 302.74)</b>		__ _
1.....lebenslang - generalisiert	4.....erworben - generalisiert	
2.....lebenslang - situativ - auch zur Tatzeit	5.....erworben - situativ - auch zur Tatzeit	
3.....lebenslang - situativ - <u>nicht</u> zur Tatzeit	6.....erworben - situativ - <u>nicht</u> zur Tatzeit	
<b>33. Vorzeitiger Orgasmus (ICD-10: F 52.4; DSM-IV: 302.75)</b>		__ _
1.....lebenslang - generalisiert	4.....erworben - generalisiert	
2.....lebenslang - situativ - auch zur Tatzeit	5.....erworben - situativ - auch zur Tatzeit	
3.....lebenslang - situativ - <u>nicht</u> zur Tatzeit	6.....erworben - situativ - <u>nicht</u> zur Tatzeit	
<b>34. Eine Funktionsstörung begünstigende Grunderkrankung</b>		1 : ja
34.1 kardiovaskuläre Erkrankungen		__ _
34.2 endokrine und metabolische Erkrankungen		__ _
34.3 neurologische Erkrankungen		__ _
34.4 psychische Erkrankungen		__ _
34.5 uro-genitale Fehlbildungen		__ _
34.6 operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich		__ _
34.7 schwere Allgemeinerkrankungen		__ _
<b>35. Eine Funktionsstörung begünstigender Substanzgebrauch</b>		1: ja
35.1 Alkohol		__ _
35.2 Medikamente		__ _
35.3 Kokain, Opiate, Amphetamine		__ _
35.4 Sonstiges		__ _
<b>36. Bisherige Behandlungsversuche bei sexuellen Funktionsstörungen</b>		1: ja
36.1 medikamentös		__ _
36.2 gesprächsbezogene Interventionen		__ _
<b>37. Für die Bearbeitung des Moduls genutzte Quellen</b>		1: ja
37.1 Exploration		__ _
37.2 Gerichtsakten		__ _
37.3 Krankenakten		__ _
37.4 Partnerbefragung		__ _
37.5 Angehörigenbefragung		__ _

## MANUAL ZUM MODUL „SEXUALDELINQUENZ“

### 1. Fall-Nr.:

Übertragen werden die Code-Ziffern entsprechend der Kerndokumentation

Grundsätzlich gilt für sämtliche Module, dass jede Zeile kodiert werden muss. Einheitlich kodiert werden ebenfalls in allen Modulen:

0 = nein, nicht, keine etc.

9 = keine Angaben

10 = Auskünfte vom Probanden verweigert

## Sexuelle Entwicklung

### 2. Einstellung zur Sexualität / Umgang mit Nacktheit in der Primärfamilie

Maßgeblich sind Angaben des Probanden über Bezugspersonen der Primärfamilie (Eltern, Geschwister) hinsichtlich ihrer Bereitschaft, sexuelle Themen zu besprechen oder sich in Anwesenheit von Familienmitgliedern im Badezimmer oder ggf. auf dem Weg vom Badezimmer in das Ankleidezimmer ohne Bekleidung der Genitalien zu zeigen.

1: *tabuisierend*: Bereitschaft besteht nicht und würde negativ bewertet.

2: *eher prüde*: Bereitschaft besteht in Ausnahmefällen mit großer Zurückhaltung.

3: *eher freizügig*: Bereitschaft besteht und wird positiv bewertet, aber nicht besonders erörtert.

4. *permissiv*: Bereitschaft besteht und wird erwartet; fehlende Bereitschaft wird abgelehnt.

### 3. Sexuelle Aufklärung durch (Beginn im Alter von)

Anzugeben ist der Beginn sexueller Aufklärung – wie vom Probanden erinnert. Unter sexueller Aufklärung wird die Vermittlung von Informationen zur körperlichen und psychischen Sexualentwicklung, zum sexuellen Reaktionszyklus und zum Ablauf sexueller Aktivitäten (Selbstbefriedigung, Petting, Koitus etc.) verstanden.

3.1 Mit *Eltern* sind leibliche Eltern und Stiefeltern gemeint. Bei alleinerziehenden Elternteilen ist die Markierung zulässig.

3.2 *Schule* meint die Wahrnehmung von Lehrinhalten, die der Vermittlung sexuellen Wissens dienen.

3.3 *Peer-Group* meint die Vermittlung sexuellen Wissens durch eine Gleichaltrigengruppe ( $\pm$  4 Jahre Altersabstand), die durch eine gemeinsame Aktivität verbunden sein muß (z. B. durch eine Sportart, aber auch durch sonstige gemeinsame Freizeitgestaltung jeder Art einschließlich gemeinsamen 'Herumhängen').

3.4 *Medien* meint die Nutzung von sowohl freizugänglichen Druckmedien, wie Zeitschriften, Broschüren, Büchern etc, als auch die Nutzung freizugänglicher elektronischer Medien, wie Rundfunk, Fernsehen, Internet sowie auch von Videofilmen, in denen Informationen über sexuelle Interaktionen und die Gestaltung sexueller Beziehungen vermittelt wurden.

3.5 *Pornographie* meint die Nutzung von pornographischen Darstellungen (kontextuell wenig eingebundene, bildliche oder sprachliche Hervorhebung genital-sexueller Handlungen) als Informationsquelle über sexuelle Aktivitäten und die Gestaltung sexueller Beziehungen.

3.6 *Sonstige* meint z. B. Verwandte, Großeltern aber auch Erziehungspersonal in Heimen.

**4. Alter bei Beginn von bzw. erstmaliges Auftreten im Alter von**

Anzugeben ist das Alter, in dem die aufgeführten Erfahrungen zum ersten Mal gemacht wurden – wie vom Probanden erinnert.

- 4.1 Unter *präpubertären Sexualspielen* sind im weitesten Sinne die sog. „Doktorspiele“ zu verstehen.
- 4.3 Beim *ersten Samenerguss* ist es irrelevant, ob dieser unwillkürlich (Pollution) oder durch Selbstbefriedigung eintrat.
- 4.4 Unter der *ersten Selbstbefriedigung* ist der vom Probanden angegebene Zeitpunkt der Aufnahme von Selbststimulation mit dem Zweck, sexuelle Erregung herbeizuführen, die nicht notwendig bis zum Höhepunkt führen müssen und ggf. auch ohne Samenerguß verlaufen kann, zu verstehen. Einbezogen sind also auch Aktivitäten, bei denen vor Erreichen des Orgasmus die Selbststimulation unterbrochen wird oder aber bei denen der Höhepunkt nicht von einem Samenerguss begleitet ist (z. B. der sog. ‘trockene’ Orgasmus vor Eintritt der Pubertät).
- 4.5 *Erster Geschlechtsverkehr* (gegengeschlechtlich) bedeutet: Erste vollzogene Vereinigung (orale, vaginale oder anale Penetration) – unabhängig davon, ob diese zum Orgasmus führte und unabhängig davon, ob es sich hierbei um einen sexuellen Übergriff (strafverfolgt oder nicht) handelte.
- 4.6 *Erster Geschlechtsverkehr* (gleichgeschlechtlich) bedeutet: Erste vollzogene Vereinigung (orale oder anale Penetration, nicht aber simultane bzw. mutuelle Masturbation) – unabhängig davon, ob diese zum Orgasmus führte und unabhängig davon, ob es sich hierbei um einen sexuellen Übergriff (strafverfolgt oder nicht) handelte.
- 4.7 *Erste partnerschaftliche Beziehung* meint eine nach außen abgegrenzte (d.h. für Außenstehende als solche erkennbare) feste Beziehung zu einem Partner von mindestens 3 Monaten Dauer.

**5. Alter des Partners bzw. der Partner / innen bei**

Anzugeben ist das vom Probanden eingeschätzte Alter des Partners / der Partner / innen bei den jeweils vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

**6. Durchschnittliches Alter der Partner / innen bei**

Anzugeben ist, wie alt im Durchschnitt die Partner / innen bei den jeweils vorgegebenen Antwortmöglichkeiten waren.

**7. Erlittene gewaltsame, sexuelle Übergriffe (Beginn im Alter von)**

Gewaltsame sexuelle Übergriffe sind alle Handlungen, die durch den (auch nur angedrohten) Einsatz körperlicher oder instrumenteller Gewalt, den Vollzug sexueller Handlungen versuchen oder umsetzen (z. B. auch durch Festhalten).

- 7.1 *Sexueller Missbrauch durch Kinder* meint, dass der Betroffene durch ein Kind (unter 14 Jahre alt) sexuell missbraucht worden ist.  
*Sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter* meint Täter zwischen 15 und 18 Jahren;  
*Sexueller Missbrauch durch erwachsene Täter* meint Täter ab 18 Jahren.
- 7.4 *Sexueller Missbrauch als Schutzbefohlener* (außerhalb des Familienrahmens) meint die im § 174 StGB angegebenen Straftatbestände (sexuelle Handlungen an einer Person ...“die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist“).  
*Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)* meint sexuelle Übergriffe im Rahmen

eines familiären Abhängigkeitsverhältnisses, auch wenn es sich nicht um leibliche Verwandte handelt (z. B. Stiefvater/Stieftochter).

*Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung* meint die unter § 177 StGB (ab 1997) angegebenen Straftatbestände.

**8. Häufigkeit erlittener gewaltsamer, sexueller Übergriffe**

Anzugeben ist die vom Probanden berichtete Anzahl erlittener gewaltsamer, sexueller Übergriffe in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (s.o.).

**9. Erlittene gewaltlose, sexuelle Übergriffe** (Beginn im Alter von)

Gewaltlos sind alle sexuellen Übergriffe, die ohne Einsatz oder Androhung körperlicher oder instrumenteller Gewalt den Vollzug sexueller Handlungen versuchen oder durchführen (d.h. durch Überreden, durch Belohnung, durch Präsentieren des Genitales aus der Distanz etc.) .Zu *sexueller Missbrauch durch Kinder, sexueller Missbrauch durch jugendliche Täter, sexueller Missbrauch als Schutzbefehlener sowie sexueller Missbrauch im Familienrahmen (Inzest)* vgl. Frage 7. *Durch exhibitionistische Handlungen* meint das Präsentieren des Genitales als sexuellem Endzweck.

**10. Häufigkeit erlittener gewaltloser, sexueller Übergriffe**

Anzugeben ist die vom Probanden berichtete Anzahl erlittener gewaltloser, sexueller Übergriffe in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (s.o.).

## Sexuelle Aktivität und paraphile Muster

**11. Sexuelle Orientierung der Begleitphantasien bei Selbstbefriedigung**

(im letzten Jahr) Anzugeben ist das Geschlecht von Phantasiepartnern bei der Selbstbefriedigung.

**12. Geschlecht und Alter des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung**

(im letzten Jahr) Anzugeben ist das Geschlecht sowie das vom Probanden eingeschätzte Alter des / der jüngsten im letzten Jahr vorgekommenen Phantasiepartners/-partnerin.

**13. Paraphile Phantasieinhalte und Praktiken** nach DSM-IV (im letzten Jahr)

Maßgeblich sind die diagnostischen Kriterien des DSM-IV, immer bezogen auf das letzte Jahr vor dem Beginn der Begutachtung. Zum diagnostischen Vorgehen wird im DSM-IV für die Paraphilien stets ein Grundmuster aufgeführt, welches in der Regel zwei Kriterien (die beide gegeben sein müssen) umfasst:

Kriterium A: Beschreibung der spezifischen Paraphilie, die über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten Phantasien oder Verhaltensweisen des Betroffenen kennzeichnet.

Kriterium B: Die Phantasien, sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bei einigen Störungsbildern (z. B. beim Fetischismus) ist darüber hinaus ein weiteres Kriterium (Kriterium C) aufgeführt, welches noch spezielle Ergänzungen enthält.

13.1 *Exhibitionismus* (DSM-IV: 302.4; ICD-10: F 65.2)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die das Zur-Schau-Stellen der eigenen Genitalien gegenüber einem nichtsahnenden Fremden beinhalten.

Kriterium B: s.o.

13.2 *Fetischismus*: (DSM-IV: 302.81; ICD-10: F 65.0)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die den Gebrauch von unbelebten Objekten (z. B. weibliche Unterwäsche) beinhalten.

Kriterium B: s.o.

Kriterium C: Die fetischistischen Objekte beschränken sich nicht auf Teile der weiblichen Kleidung, die zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts verwendet werden (wie beim Transvestitischen Fetischismus) oder auf Geräte, die zum Zwecke der genitalen Stimulation hergestellt wurden (z. B. ein Vibrator).

13.3 *Frotteurismus* (DSM-IV: 302.89; ICD-10: F 65.8)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die das Berühren und Reiben an einer nicht einwilligenden Person beinhalten.

Kriterium B: s.o.

13.4 *Pädophilie* (DSM-IV: 302.2; ICD-10: F 65.4)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten.

Kriterium B: s.o.

Kriterium C: Die Person ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens 5 Jahre älter als das Kind oder die Kinder nach Kriterium A. Bei der Kodierung soll beachtet werden, dass Spätadoleszente, die sich in einer fortdauernden sexuellen Beziehung mit einem 12- bis 13jährigen Partner befinden, nicht einzubeziehen sind.

13.5 *Sexueller Masochismus* (DSM-IV: 302.83; ICD-10: F 65.5)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche einen (realen, nicht simulierten) Akt der Demütigung, des Geschlagen- bzw. Gefesseltwerdens oder sonstigen Leidens beinhalten.

Kriterium B: s.o.

13.6 *Sexueller Sadismus* (DSM-IV: 302.84; ICD-10: F 65.5)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche (reale, nicht simulierte) Handlungen beinhalten, in denen das psychische oder physische Leiden (einschließlich Demütigung) des Opfers für die Person sexuell erregend ist.

Kriterium B: s.o.

13.7 *Transvestitischer Fetischismus* (DSM-IV: 302.3; ICD-10: F 65.1)

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts beinhalten.



Kriterium B: s.o.

13.8 *Voyeurismus* (DSM-IV: 302.82; ICD-10: F 65.3):

Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende, intensive, sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche die Beobachtung einer nichtsahnenden Person, die nackt ist, sich gerade entkleidet oder sexuelle Handlungen ausführt, beinhalten.

Kriterium B: s.o.

13.9 *Nicht näher bezeichnete Paraphilie* (DSM-IV: 302.9; ICD-10: F 65.9):

Diese Kategorie wurde aufgenommen, um Paraphilien kodieren zu können, welche nicht die Kriterien für eine der spezifischen Kategorien erfüllen. Beispiele beinhalten, ohne darauf beschränkt zu sein (sexuell erregendes Stimulans in Klammern): Telefonische Scatologie (obszöne Telefonanrufe), Gerontophilie (Greise), Nekrophilie (Leichen), Partialismus (ausschließliches Interesse an einem Körperteil), Zoophilie (Tiere), Phytophilie (Pflanzen), Koprophilie / Urophilie (Fäkalien; Kot + Urin), Klysmaphilie (Klistierspritzen) und andere.

Bei Frage 14 soll, ausgehend von der Gesamtzahl aller bisher erlebten Orgasmen (= 100%), angegebene werden, wie viel Prozent auf die jeweils angegebene Antwortmöglichkeit entfallen.

**14. Prozentualer Anteil aller bisher erlebten Orgasmen**

Anzugeben ist der vom Probanden eingeschätzte, prozentuale Anteil an Orgasmen, die auf die jeweiligen Antwortmöglichkeiten entfallen (in Bezug auf die Gesamtzahl aller bisher erlebten Orgasmen).

*durch paraphile Aktivitäten* meint, durch eine oder mehrere der sexuellen Handlungen, die unter Punkt 13 beschrieben wurden (s.o.) Anzugeben ist demnach der vom Probanden eingeschätzte Anteil der durch paraphile Aktivitäten herbeigeführten Orgasmen in Bezug auf die Gesamtzahl aller bisher erlebten Orgasmen.

14.5 *mit Prostituierten* meint denjenigen Anteil erlebter Orgasmen, der bei sexuellen Kontakten mit Prostituierten erlebt wurde.

**15. Ich-Nähe paraphiler Aktivitäten** (falls gegeben)

Anzugeben ist die Einschätzung des Untersuchers, ob die vorliegenden paraphilen Erlebenskomponenten vom Probanden eher ich-nahe bzw. ich-vertraut (d.h. *ich-synton*, als Bestandteil der eigenen Identität akzeptiert) oder eher ich-fern bzw. ich-fremd (d.h. *ich-dyston.*, als Bestandteil der eigenen Identität nicht akzeptiert) erlebt werden.

**16. Anzahl der Personen, zu denen der Proband koitale Beziehungen eingegangen ist** (ohne sexuelle Kontakte mit Prostituierten)

Anzugeben ist die gesamte Anzahl aller Personen, zu denen der Proband seiner Erinnerung nach koitale Beziehungen eingegangen ist. Prostituiertenkontakte werden hier nicht mitgezählt.

**17. Längste Dauer einer bisherigen Koitusbeziehung**

Anzugeben ist - bezogen auf alle bisherigen Koitusbeziehungen des Probanden - die Dauer derjenigen, die am längsten gedauert hat.

## Durchschnittliche Dauer bisheriger Koitusbeziehungen

Anzugeben ist – bezogen auf alle bisherigen Koitusbeziehungen des Probanden - die Dauer, von der die bisherigen Koitusbeziehungen des Probanden im Durchschnitt waren.

### 19. Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt

Anzugeben ist, ob eine Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt bestand und wie lange diese ggf. andauerte.

### 20. Erlebnisqualität der Koitusbeziehung

Anzugeben ist die Einschätzung des Probanden, wie befriedigend dieser seine bisherigen Koitusbeziehungen im Bezug auf die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten empfunden hat.

- 20.1 *Insgesamt auf emotional-personaler Ebene* meint, wie befriedigend der Proband seine bisherigen Koitusbeziehungen insgesamt auf der Beziehungsebene bzw. emotional empfunden hat, d.h. ob (durch das grundsätzliche Vertrauensverhältnis im alltäglichen Miteinander) die Beziehung überwiegend zufriedenstellend oder überwiegend nicht zufriedenstellend erlebt wurde.
- 20.2 *Insgesamt auf sexueller Ebene* meint, wie befriedigend der Proband seine bisherigen Koitusbeziehungen auf der Ebene der sexuellen Interaktion empfunden hat.
- 20.3 *zum Tatzeitpunkt auf emotional-personaler Ebene* meint, wie befriedigend der Proband eine ggf. zum Tatzeitpunkt bestehende Koitusbeziehung zum Tatzeitpunkt auf der Beziehungsebene bzw. emotional empfunden hat.
- 20.4 *zum Tatzeitpunkt auf sexueller Ebene.* Anzugeben ist die Einschätzung des Probanden, ob eine ggf. zum Tatzeitpunkt bestehende Koitusbeziehung auf sexueller Ebene (d.h. hinsichtlich der Gestaltung sexueller Aktivitäten) überwiegend zufriedenstellend oder überwiegend nicht zufriedenstellend erlebt wurde.

## Tatmerkmale (nur Hauptdelikt)

Die Merkmalsbeschreibungen der Fragen 20 – 29 beziehen sich auf das Hauptdelikt; dies meint bei einer Tatserie das strafrechtlich schwerwiegendste Delikt.

### 21. Angeklagtes Hauptdelikt

Anzugeben sind alle für das Hauptdelikt relevanten Straftatbestände, d.h. z.B. bei Geschlechtsverkehr mit der 13-jährigen Tochter sowohl „sexueller Missbrauch von Kindern“ als auch „Inzest“ und „Vergewaltigung“

#### 21.1 *Exhibitionistische Handlungen*

Gemeint ist das Präsentieren des Genitals als sexueller Endzweck.

#### 21.2 *Sexueller Missbrauch von Kindern*

Einbezogen werden die im § 176 StGB angegebenen Straftatbestände.

#### 21.3 *Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen* (außerhalb des Familienrahmens) meint

die im § 174 StGB angegebenen Straftatbestände (sexuelle Handlungen an einer Person ..., die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist“).

#### 21.4 *Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest).* Gemeint sind Sexuelle Übergriffe im Rahmen eines familiären Abhängigkeitsverhältnisses, auch wenn es sich nicht um leibliche Verwandte handelt (z.B. Stiefvater / Stieftochter).

### 21.5 Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung

Einbezogen werden die im § 177 StGB (ab 1997) angegebenen Straftatbestände.

### 21.6 Sexuell motivierte Tötung

Tötungsdelikte mit sexuellem Hintergrund, also das Empfinden von sexueller Erregung beim bzw. durch das Töten des Opfers (es muss dabei nicht zu sexuellen Handlungen kommen). Nicht-sexuell motivierte Tötungsdelikte werden im Strafrechtsmodul erfasst!

## 22. Sexuelle Praktiken des Täters bei der Tat

Anzugeben ist die Tatdurchführung des Täters hinsichtlich der sexuellen Handlungen.

22.1 *Manuell aktiv*: Gemeint ist ein Berühren der Genitalien des Opfers durch die Hände des Täters.

22.2 *Manuell passiv*: Gemeint ist ein Berührenlassen des Täters durch die Hände des Opfers.

22.3 *Oral aktiv*: Gemeint ist ein Berühren der Genitalien des Opfers mit dem Mund des Täters.

22.4 *Oral passiv*: Gemeint ist ein Berühren der Genitalien des Täters mit dem Mund des Opfers.

22.5 *Genito-genital*: Gemeint sind Berührungen der Genitalien zwischen Opfer und Täter (z. B. Penis – Scheide, aber auch Penis – Busen).

22.6 *Genito-anal*: Gemeint ist die Berührung der Analregion des Opfers mit dem Penis des Täters.

22.7 *Anderes*: Gemeint sind sexuelle Praktiken bei der Tatdurchführung, die anderweitig nicht erfasst werden können (wie z. B. das Zufügen von Schmerzen zur Steigerung der sexuellen Erregung).

## 23. Aggressive Durchsetzung der Tat

*psychische Gewalt*: Gemeint ist die Einschüchterung des Opfers durch Drohungen aller Art, die Nachteile oder Schäden des Opfers oder von Angehörigen des Opfers ankündigen (verbale Bedrohung, Erpressung).

*physische Gewalt*: Gemeint ist der Einsatz körperlicher Mittel (Schlagen, Würgen, Festhalten etc.) zur (auch versuchten) Durchsetzung sexueller Handlungen.

23.3 *instrumentelle Gewalt*: Gemeint ist der Einsatz von Waffen oder bedrohlichen Gegenständen sowie auch die Fesselung des Opfers zur (auch versuchten) Durchsetzung sexueller Handlungen.

## 24. Opferverhalten (aus Sicht des Täters)

Anzugeben ist die Einschätzung des Opferverhaltens zum Zeitpunkt der Tat nach Darstellung des Täters.

24.1 *Widerstand*: ist zu markieren, wenn das Opfer den sexuellen Übergriff abzuwehren versuchte (verbal oder auch körperlich).

24.2 *Duldung*: ist dann zu markieren, wenn von Tatbeginn an dem Täter kein Widerstand entgegengebracht worden ist. Duldung ist also nicht automatisch zu markieren, wenn der Täter sein Ziel erreicht hat! Widersetzt sich beispielsweise ein Opfer über längere Zeit, bis aufgrund fehlender Kräfte doch die Situation eintritt, dass die sexuelle Handlung geduldet werden muss, so wäre in diesem Fall bei Duldung eine „0“ zu markieren!

- 24.3 *Teilnahme*: Gemeint ist das (aus der Sicht des Täters) einverständliche 'Mitmachen' des Opfers an den sexuellen Handlungen.
- 24.4 *Neugier* ist dann zu markieren, wenn das Opfer dem Verhalten des Täters (aus dessen Sicht) Interesse entgegenbrachte.
- 24.5 *Aufforderung* ist dann zu markieren, wenn die sexuelle Handlung (auch nur in Teilen), laut Darstellung des Täters, auf Aufforderungs-Verhalten des Opfers zurückgehen.
- 25. Geschlecht des Opfers bzw. der Opfer**  
Anzugeben ist das Geschlecht des Opfers bzw. mehrerer Opfer bei den verschiedenen Taten.
- 26. Alter des Opfers bzw. der Opfer**  
Anzugeben ist das Alter des Opfers / der Opfer; bei mehreren Opfern ist für die Markierung das Alter des jüngsten Opfers maßgeblich.
- 27. Alter des Täters**  
Anzugeben ist das Alter des Täters bei den verschiedenen Taten.
- 28. Täter-Opfer-Beziehung**  
Anzugeben ist die Beziehung, die zwischen dem Täter und dem Opfer bei den verschiedenen Taten bestand.  
Mit *sozialer Nahraum* ist die unmittelbare soziale (nicht familiäre) Lebensumgebung gemeint, wie beispielsweise Unter- bzw. Vermieter, Hausbewohner, Nachbarn etc.
- 29. Sämtliche begangenen sexuellen Übergriffe** (außer dem Hauptdelikt)  
Dies meint alle – im Laufe des bisherigen Lebens – begangenen sexuellen Übergriffe (außer das Hauptdelikt).
- 29.1 *Exhibitionistische Handlungen*  
Gemeint ist das Präsentieren des Genitals als sexueller Endzweck.
- 29.2 *Sexueller Missbrauch von Kindern*  
Einbezogen werden die im § 176 StGB angegebenen Straftatbestände.
- 29.3 *Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen* (außerhalb des Familienrahmens)  
die im § 174 StGB angegebenen Straftatbestände (sexuelle Handlungen an einer Person ...“die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist“).
- 29.4 *Sexueller Missbrauch innerhalb des Familienrahmens (Inzest)*  
Sexuelle Übergriffe im Rahmen eines familiären Abhängigkeitsverhältnisses, auch wenn es sich nicht um leibliche Verwandte handelt (z. B. Stiefvater/Stieftochter).
- 29.5 *Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung*  
Einbezogen werden die im § 177 StGB (ab 1997) angegebenen Straftatbestände.
- 29.6 *Sexuell motivierte Tötung*  
Tötungsdelikte mit sexuellem Hintergrund, also das Empfinden von sexueller Erregung beim bzw. durch das Töten des Opfers (es muss dabei nicht zu sexuellen Handlungen kommen). Nicht-sexuell motivierte Tötungsdelikte werden im Strafrechtsmodul erfasst!

## Sexuelle Funktionsstörungen

### 30. Verminderte sexuelle Appetenz (ICD-10: F 52.1; DSM-IV: 302.71)

Anzugeben ist das Vorliegen einer verminderten sexuellen Appetenz nach DSM-IV mit Spezifizierung des Beginns der Störung sowie des Kontextes, in dem die Störung auftritt.

*Lebenslang* meint den Beginn seit Aufnahme sexueller Beziehungen; *erworben* meint das Auftreten nach einer Phase der störungsfreien Gestaltung sexueller Beziehungen. *Generalisiert* meint in allen Situationen (d.h. sowohl beim Geschlechtsverkehr als auch bei der Selbstbefriedigung). *Situativ* meint nur in bestimmten Situationen (z. B. nur beim Geschlechtsverkehr, nicht aber bei der Masturbation). Anzugeben ist ferner, ob die betreffende Störung zum Tatzeitpunkt auch vorlag.

### 31. Erektionsstörung (ICD-10: F 52.2; DSM-IV: 302.72)

Anzugeben ist das Vorliegen einer Erektionsstörung nach DSM-IV mit Spezifizierung des Beginns der Störung sowie des Kontextes, in dem die Störung auftritt.

*Lebenslang* meint nach den Beginn seit Aufnahme sexueller Beziehungen; *erworben* meint das Auftreten nach einer Phase der störungsfreien Gestaltung sexueller Beziehungen. *Generalisiert* meint in allen Situationen (d.h. sowohl beim Geschlechtsverkehr als auch bei der Selbstbefriedigung). *Situativ* meint nur in bestimmten Situationen (z. B. nur beim Geschlechtsverkehr, nicht aber bei der Masturbation). Anzugeben ist ferner, ob die betreffende Störung zum Tatzeitpunkt auch vorlag.

### 32. Verzögerter Orgasmus (ICD-10: F 52.3; DSM-IV: 302.74)

Anzugeben ist das Vorliegen eines gehemmten Orgasmus nach DSM-IV mit Spezifizierung des Beginns der Störung sowie des Kontextes, in dem die Störung auftritt. Gemeint ist das verzögerte Eintreten oder das Ausbleiben des Orgasmus.

*Lebenslang* meint den Beginn seit Aufnahme sexueller Beziehungen; *erworben* meint das Auftreten nach einer Phase der störungsfreien Gestaltung sexueller Beziehungen. *Generalisiert* meint in allen Situationen (d.h. sowohl beim Geschlechtsverkehr als auch bei der Selbstbefriedigung). *Situativ* meint nur in bestimmten Situationen (z. B. nur beim Geschlechtsverkehr, nicht aber bei der Masturbation). Anzugeben ist ferner, ob die betreffende Störung zum Tatzeitpunkt auch vorlag.

### 33. Vorzeitiger Orgasmus; (ICD-10: F 52.4; DSM-IV: 302.75)

(auch als Ejaculatio praecox bezeichnet)

Anzugeben ist das Vorliegen eines vorzeitigen Orgasmus nach DSM-IV mit Spezifizierung des Beginns der Störung sowie des Kontextes, in dem die Störung auftritt. Gemeint ist die fehlende Steuerbarkeit des Eintretens des Orgasmus, der als zu früh eintretend erlebt wird.

*Lebenslang* meint den Beginn seit Aufnahme sexueller Beziehungen; *erworben* meint das Auftreten nach einer Phase der störungsfreien Gestaltung sexueller Beziehungen. *Generalisiert* meint in allen Situationen (d.h. sowohl beim Geschlechtsverkehr als auch bei der Selbstbefriedigung). *Situativ* meint nur in bestimmten Situationen (z. B. nur beim Geschlechtsverkehr, nicht aber bei der Masturbation). Anzugeben ist ferner, ob die betreffende Störung zum Tatzeitpunkt auch vorlag.

**34. Eine Funktionsstörung begünstigende Grunderkrankung**

- 34.1 *Kardiovaskuläre Erkrankungen* z.B. koronare Herzerkrankung; Hypertonie; Herzinfarkt; arteriosklerotische, thrombotische, posttraumatische, kongenitale Gefäßanomalien.
- 34.2 *Endokrine und metabolische Erkrankungen* z.B. Diabetes mellitus; chronische Lebererkrankungen; chronische Niereninsuffizienzen; Hypophysenerkrankungen.
- 34.3 *Neurologische Erkrankungen* z.B. M. Parkinson, Multiple Sklerose, Schädel-Hirn-Traumen; Querschnittslähmungen.
- 34.4 *Psychische Erkrankungen* z.B. Neurose; Persönlichkeitsstörung; Depression; Psychose.
- 34.5 *Uro-genitale Fehlbildungen* z.B. Epispadie; Hypospadie; Phimose.
- 34.6 *Operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich* z.B. Blasen-, Kolon-, Rektumoperationen.
- 34.7 *Schwere Allgemeinerkrankungen* z.B. Krebserkrankungen; Dialysepflichtigkeit

**35. Eine Funktionsstörung begünstigender Substanzgebrauch**

Anzugeben ist die ggf. vorliegende Substanz, sofern diese in einem erkennbaren zeitlichen Zusammenhang einen Einfluß auf den Beginn oder die Ausbildung einer sexuellen Funktionsstörung haben kann. Bei den Medikamenten sind dies Herz-Kreislaufmittel (z. B. Antihypertensiva und Diuretika), Psychopharmaka, Hormone und Antihormone, Parkinsonmittel (Levodopa, Dopamin-2-Agonisten), Magen-Darm-Mittel (z. B. H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten). Beachte: Der Substanzgebrauch zum Tatzeitpunkt wird im Dokumentationsmodul „Strafrecht“ gesondert erhoben.

**36. Bisherige Behandlungsversuche bei sexuellen Funktionsstörungen**

- 36.1 *medikamentös*: Gemeint sind alle Medikamente, die zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen eingesetzt wurden (Sildenafil, SKAT, Yohimbin etc.).
- 36.2 *gesprächsbezogene Interventionen*: Gemeint sind alle Interventionen, die, gleich welchem schulischen Ansatz folgend, zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen eingesetzt worden sind. Es müssen mindestens drei Termine hierfür aufgewendet worden sein.

**37. Für die Bearbeitung des Moduls genutzte Quellen**

Anzugeben sind alle Informations- und Erkenntnisquellen, die zur Bearbeitung des Moduls genutzt wurden.