

# Zur Therapie von Sexualstraftätern - eine kritische Perspektive

Anita Heiliger

in: Kofra 91/2000, S. 4-18

## 1. Ein geschlechtsspezifischer Blickwinkel

Um welche Art von Tätern und welche Taten es sich handelt, wenn von Therapie für Sexualstraftäter - zumeist innerhalb von Justizvollzugsanstalten oder Maßregelvollzug - die Rede ist, zeigt beispielhaft der folgende Bericht einer Therapeutin aus Schleswig-Holstein:

*"3 1/2 Jahre lang habe ich in .. Vollzugsanstalten.. inhaftierte Sexualstraftäter therapiert. Verglichen mit meinen drei (männlichen) Vorgängern war das keine schlechte Leistung: Die ersten beiden warfen nach einem halben Jahr das Handtuch, der dritte hielt es immerhin zwei Jahre durch und schied mit einem Magengeschwür".* Sie beschreibt, mit welchen Delikten sie es zu tun hatte, als sie erstmals die wöchentliche Gruppentherapie leitete: *"Nummer 1 hatte eine Anhalterin auf der Kühlerhaube seines Wagens bei minus 20 Grad vergewaltigt, ihr eine Flasche Bier in die Vagina geschoben und noch bei der Verhandlung behauptet, ihr habe das Spaß gemacht. Nummer 2 hatte in einem Park eine Fahrradfahrerin vom Fahrrad gezerrt, sie vergewaltigt und mit einer Schnur beinahe erwürgt. In diesem Park hatte ich mich bis dahin auch ganz gerne aufgehalten. Nummer 3 hatte seine 14-jährige Tochter, den neunjährigen Sohn und die siebenjährige Tochter jahrelang sexuell missbraucht. Nummer 4 hatte ein 1 1/2-jähriges Kind, bei dem er Babysitter war, über einen längeren Zeitraum anal vergewaltigt, das Kind musste am Schluss mit dem Hubschrauber in die Intensivstation gebracht werden, es überlebte. Und Nummer 5 hatte eine Frau aus der Disco abgeschleppt, sie noch zu einem Kaffee bei sich zuhause eingeladen und sie dort stundenlang sadistisch gequält: Nach mehrfacher Vergewaltigung fesselte er sie an die Heizung und zwang sie, ihren eigenen Kot zu essen. Auch er hatte bei der Verhandlung behauptet, ihr habe das Vergnügen bereitet. Mir wurde übel, allein schon beim Aktenstudium. Ich hatte Angst, dass bei dieser Ansammlung Gestörter die erste Gruppentherapie in eine Gruppenvergewaltigung enden könnte. Umso erstaunter war ich, als mich im Gruppenraum keine fünf Monster erwarteten, sondern Männer, die zunächst einen schon fast beunruhigend normalen Eindruck machten"* (Latza 1995, S. 16).

In einem sechsten Fall handelte es sich um einen zwei Meter großen "Muskelprotz", der sich als Gasableser ausgegeben hatte und dadurch in die Wohnung einer alleinlebenden Frau gelangte: *"16 Stunden lang hatte er sie mehrfach vergewaltigt, Zigaretten auf ihr ausgedrückt, Eisenstangen in ihre Vagina geschoben und sie auf jede erdenkliche Weise sadistisch gequält. Das Opfer musste hinterher stationär in der Psychiatrie behandelt werden... dieser Mann behauptete nun beim ersten Gespräch, sein Opfer habe das alles genossen, die Frau habe es gern und freiwillig getan!"* (ebd., S. 17). Woran er das denn gemerkt habe, fragte die Therapeutin, und er antwortete, *"sie hat sich nicht gewehrt"*. Außerdem habe sie sogar mehrere Orgasmen gehabt, behauptete der Täter, und auf die Frage der Therapeutin, woran er dies denn erkannt habe, antwortete er: *"Weil sie so schrie!"* (ebd.).

Die Beschäftigung mit diesen Tätern paralyisierte die Therapeutin auch in ihrem privaten Alltag. Sie begann, Männern zu misstrauen, Ängste zu entwickeln und sich einzuschränken, denn auch sie könnte ein potentielles Opfer sein. Der Schutz und eine besondere Unterstützung weiblicher Therapeutinnen ist daher eine unerlässliche Forderung. Zugleich aber, das zeigt das zitierte Beispiel in drastischer Weise, muss die Einbindung von Therapeutinnen in gemischtgeschlechtliche

Teams Standard in der Täterarbeit sein, weil sie die zum Verständnis der Sexualstraftaten und für die Konfrontation des Täters mit der Tat notwendige Opferperspektive einbringen können. Ein männlicher Therapeut wird in der Konfrontation mit Sexualstraftätern in ganz anderer Weise persönlich berührt als Frauen: statt in der Situation eines potentiellen Opfers, sieht er sich eher in der eines potentiellen Täters: *"Die Beschäftigung mit sexuell deviantem Verhalten beim Klienten (aktiviert) auch immer die eigenen devianten Phantasien und latenten Wunschvorstellungen beim Therapeuten"* (Kunert 1995, S. 16, vgl. Deegener 1991, Latza 1995). Deegener (1991) fordert daher vom männlichen Therapeuten eine bewusste Reflexion der eigenen Männlichkeit und männlichen Sozialisation, um in der Lage zu sein, sich vom Sexualstraftäter ausreichend abgrenzen, aber zugleich auch die Gemeinsamkeiten erkennen zu können. Welche konkreten Auswirkungen die Aktivierung devianter Phantasien in der Konfrontation von männlichen Therapeuten mit Sexualstraftätern haben kann, berichtet Latza (1991) am Beispiel von Kollegen. Einer *"entwickelte beispielsweise nach 1 1/2 Jahren Berufspraxis die unschöne Phantasie, sich onanierend auf den Balkon zu stellen, weil ein Exhibitionist ihm diese Tätigkeit als sehr reizvoll schildern konnte. Andere Therapeuten berichten, wenn sie ehrlich und mutig genug sind, über die Entwicklung von Vergewaltigungsphantasien"* (ebd. S. 213). Sie beobachtete ferner bei männlichen Therapeuten entweder eine Überidentifikation mit dem Täter oder eine besonders heftige Abgrenzung von ihm aus der Befürchtung heraus, Ähnlichkeiten bei sich selbst zu entdecken. So richtig zum einen die Aussage von Kunert (1995) sein mag, *"dass es insbesondere unter dem Aspekt von Opferprävention zuerst die Aufgabe von Männern ist, mit unseren Geschlechtsgenossen zu arbeiten"* (ebd. S. 15), so sehr steht doch die Befähigung zur entsprechenden Selbstreflexion infrage und umso größer muss die Verharmlosung sexueller Gewalt ("sexuelle Devianz", vgl. kritisch: Deegener 1991) und die Gefahr der Identifizierung des männlichen Therapeuten mit dem Täter eingeschätzt werden. Diese Gefahr zeigt sich bereits in der häufig festzustellenden Schwierigkeit von Männern allgemein, sich mit der These der potentiellen Täterschaft von Jungen und Männern (vgl. Heiliger/Engelfried 1995) angemessen auseinanderzusetzen.

## **2. Der erhöhte Erfolgsdruck auf der Tätertherapie**

In Berlin beging ein Psychiater, Chefarzt der zweiten forensischen Abteilung im Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin, Selbstmord, weil er es als Versagen seiner Zukunft empfand, wenn Täter wieder (sexuelle) Übergriffe, andere Delikte oder gar Morde begangen. In seinem Abschiedsbrief beschrieb er die für ihn unerträglich gewordene Spannung zwischen den Therapiebemühungen um seine Patienten, dem Schutz der Öffentlichkeit vor kranken Sexualstraftätern und auch dem Druck der Politiker auf die Gerichtspsychiatrie (vgl. Spiegel 9/98). Dieser Psychiater war es auch, der einen Mann namens Thomas Rung in Behandlung hatte, der ihm als Alkoholkranker vorgestellt worden war, der auch unter anderem auch vergewaltigt hatte. In der Behandlung blieb aber die Vergewaltigung außen vor und damit der tödliche Frauenhass dieses Täters unerkannt: *"Der Chefarzt.. entdeckte nicht, dass er in Rung einen Mann vor sich hatte, der schon 1983 vier Frauen umgebracht hatte, der kurz nach Verbüßung von Haftstrafen wieder und wieder tötete, insgesamt sieben Mal"* (ebd., S. 182). Ein Unschuldiger saß für ihn lange Jahre im Gefängnis.

Ein hoher Druck und hohe Verantwortung lasten auf TherapeutInnen, Sexualstraftäter erfolgreich zu behandeln, so dass sie keine Rückfalltaten mehr begehen. Dieser Druck hat sich enorm erhöht, seit Mitte der 90er Jahre, ausgelöst durch die vermehrten Sexualmorde an Kindern, die Bevölkerung begann, Initiativen zu gründen und Forderungen für mehr Sicherheit vor Sexualstraftätern zu erheben. Hier hat vor allem die Bürgerinitiative Natalie aus Epfach in Bayern Geschichte geschrieben. In Nordrhein-Westfalen war der Sexualmord auf dem Freigang eines sich bereits acht Jahre lang in Therapie befindlichen Anstaltsinsassen des Maßregelvollzugs in Lippstadt- Eickel-

born<sup>1</sup> im September 1994 und die darauf folgenden Proteste der Bevölkerung Anlass, eine unabhängige ExpertInnenkommission mit einem Gutachten zu beauftragen über "Sexualstraftäter im Maßregelvollzug - Grundfragen ihrer therapeutischen Behandlung und der Sicherheit der Allgemeinheit", das am 31.1.1996 veröffentlicht wurde<sup>2</sup>. Die Eltern des ermordeten Mädchens in Lippstadt erstatteten Anzeige gegen die Anstalt, die dem Täter unbegleiteten Freigang gewährt hatte. Sie wollten die Ärzte und Therapeuten wegen Fahrlässigkeit strafrechtlich zur Verantwortung ziehen. Das Ermittlungsverfahren wurde am 30.1.1997 jedoch eingestellt mit Begründungen, die eine Vielzahl von Problemen im Umgang mit Sexualstraftätern und in der Einschätzung der von ihnen ausgehenden Gefährdung deutlich machen. Zum einen wird hier betont, dass die Arbeit im Maßregelvollzug *"im Spannungsfeld (stehe) zwischen dem Anspruch der Allgemeinheit auf Schutz vor gefährlichen Straftätern einerseits und dem des Untergebrachten auf Behandlung und Heilung andererseits"*<sup>3</sup>. Zum anderen wird darauf hingewiesen, dass mehrere Gutachten erstellt worden waren, von denen keine die Gefährlichkeit des Täters erkannte. Dass sie sich - tödlich - geirrt haben, steht in der Begründung der Staatsanwaltschaft für die Einstellung des Verfahrens nicht zur Debatte, sondern lediglich, ob das formale Vorgehen als nicht zu beanstanden bezeichnet werden konnte, d.h., ob *"die gesetzlichen Vorschriften als auch die Regeln der ärztlichen Kunst beachtet"* worden waren<sup>4</sup>. Dass gleich mehrere Gutachter fälschlicherweise den Eindruck von Therapiefortschritten beim Untergebrachten gewannen, stellt einerseits die Bewertungskriterien für Therapieerfolg und andererseits die gültigen Prognosekriterien grundsätzlich infrage. Mit der Verabschiedung des "Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten", das am 26.1.1998 in Kraft trat, zog die Bundesregierung Konsequenzen aus dem Protesten wegen der Sexualmorde an Kindern. Dieses Gesetz hob das Strafmaß an, ermöglicht die Sicherungsverwahrung bereits bei der ersten Wiederholungstat, insbesondere bei Sexualmord, stellt höhere Anforderungen an Prognoseerstellung und bedingte Entlassung von Sexualstraftätern und ordnet die Behandlung von Sexualstraftätern an, bei der Verhängung von mehr als zwei Jahren Haft u.U. auch gegen den Willen des Täters. Die Bundesländer sind durch das neue Gesetz gezwungen, das vorhandene Therapieangebot auszuweiten. So hat z.B. das Land Baden-Württemberg einen Maßnahmenkatalog zur Erweiterung des Therapieangebotes für Sexualstraftäter im Regelvollzug und in der sozialtherapeutischen Anstalt beschlossen, und bereits Ende 1997 eine "Gesamtkonzeption für die Therapie von Sexualstraftätern im baden württembergischen Justizvollzug" vorgelegt. Hier heißt es unter Punkt 4: *"In der Erkenntnis, dass Therapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug keine absolute Sicherheit für die Bevölkerung bedeutet und Restrisiken bleiben, dient das Konzept der Verhütung weiterer Opfer, der Wiedereingliederung der Täter, der Stärkung des Therapie- und Behandlungsgedankens im Justizvollzug und dem Schutz der Allgemeinheit"*. Es werden Stellen in den Strafanstalten und in der Forensischen Psychiatrie eingerichtet sowie Gelder für externe TherapeutInnen zur Verfügung gestellt. Die sozialtherapeutischen Einrichtungen sind gegenwärtig dabei, geeignete Indikationskriterien für Therapien aufzustellen (vgl. Goderbauer 1999).

Ferner wurden die ersten größeren bundesdeutschen Rückfallstudien durchgeführt, die Daten über polizeilich erneut erfasste Straftaten der entlassenen Täter zusammentrugen (vgl. Egg 1998, Nedopil 1999). Die Studie von Egg (1998), kriminologische Zentralstelle in Wiesbaden, hat z.B. ergeben, dass etwa die Hälfte der einmal wegen Sexualdelikten verurteilten Sexualstraftäter wieder straffällig wird, doch nur ca. 12 bis 20 % abermals Sexualstraftaten begehen (sexueller Miss-

<sup>1</sup> Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt

<sup>2</sup> abgedruckt in der Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 3/96, S. 147-195

<sup>3</sup> 4Ärztliche Verantwortung für rechtswidrige Taten Untergebrachter, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht 1/1999, S.51

<sup>4</sup> 5ebd.

brauch an Kindern 20 %, Vergewaltigung 14 %, vgl. ebd., S. 168). Sicher sind diese Zahlen relativ zu sehen, denn sie erfassen nur die Gruppe derjenigen Täter, die erneut angezeigt wurden und sie beziehen sich nur auf die kleine Gruppe von tatsächlich rechtskräftig Verurteilten, was ca. 25% der Anzeigen ausmacht<sup>5</sup>. Ein großes Dunkelfeld muss hier vermutet werden und auch in Betracht gezogen werden, dass manche Täter nach der Entlassung hinzugelernt haben, ihre Täterstrategien zu optimieren. In einem Fall, der mir berichtet wurde, lebt z.B. ein vor Jahren aus der Haft entlassener Missbraucher heute mit einer Russin, die er geheiratet hat, und ihrer Tochter zusammen. Die Tochter missbraucht er und zwingt die Mutter, dabei zuzuschauen. Die Russin kann kaum deutsch und befürchtet Ausweisung und Schutzlosigkeit, wenn sie zur Polizei geht. Das weiß natürlich der Täter.

Nicht zu vergessen ist auch das allgemeine Dunkelfeld bei sexueller Gewalt, das nur einen kleinen Teil der Delikte im Hellfeld belässt, was deutlich macht, "*dass die eigentlichen Probleme der Sexualdelinquenz nicht hinter, sondern auch vor den Mauern liegen*" (ebd., S. 172). Dies ist eine Tatsache, die immer wieder auch zur Idee von Therapie statt Strafe führt, in der Hoffnung, auf diese Weise Täter aus dem Dunkelfeld zu erreichen, die sich quasi selber Hilfe suchen würden, wenn es das entsprechende Angebot gibt. Da allerdings der Leidensdruck bei Sexualstraftätern im Prinzip zunächst nicht besteht, wie in der Literatur zur Tätertherapie immer wieder betont wird (vgl. Bullens 1995, Latza 1995, Duffek 1997, Wulf/Goderbauer 1999), weil das Delikt erst einmal die Lösung ihrer Probleme bedeutet und ihnen Lust und Befriedigung verschafft (vgl. Wiederholt 1989), entsteht allenfalls ein sekundärer Leidensdruck durch die Einwirkung von Justiz oder sozialem Umfeld, das sie unter Druck setzt, sich zu verändern. Die Herstellung solcher Sekundärmotivation gilt daher auch als entscheidender Schritt in der Tätertherapie.

Die Tätergruppe allerdings, deren Behandlung in der öffentlichen und fachlichen Diskussion zumeist Gegenstand ist, sind - das ist wichtig zu registrieren - Fälle, wie z.B. die eingangs zitierten, Männer, die angezeigt und verurteilt wurden, die im Maßregelvollzug von Landesnervenkliniken oder in sozialtherapeutischen Abteilungen oder Anstalten des Regelvollzugs einsitzen, deren kriminogenes Potential und Gefährlichkeit auch von den Gerichten als so hoch eingeschätzt wurde, dass Freiheitsentzug in der Justizvollzugsanstalt oder Einweisung in die psychiatrische Abteilung angeordnet wurden. Viele andere Täter, deren Delikte ebenfalls vor Gerichten verhandelt wurden, erhielten entweder geringe Strafen unter zwei Jahren, die zur Bewährung ausgesetzt wurden oder Geldstrafen, oder sie wurden wegen Mangel an einschlägigen Beweisen - was ja häufig bei sexuellem Missbrauch innerhalb familialer Strukturen der Fall ist - freigesprochen. Diese Gruppe der verurteilten einsitzenden oder bereits entlassenen Sexualstraftäter mit ähnlichen Delikten wie den eingangs beschriebenen ist es auch, auf die sich bisher primär Kriminalitätsprognosen, Rückfall-schätzungen oder -daten und vor allem die entwickelten und diskutierten Therapiekonzepte beziehen. Da stellt sich die Frage, wer ernsthaft glaubt, mit (zumeist psycho-) therapeutischen Methoden zu erreichen, dass z.B. Folterer wie der, der sich als Gasableser ausgegeben oder der, der die Frau aus der Disco abschleppte, entsprechende Taten nicht mehr begehen.

### **3. Einschätzung der Therapieerfolge**

Die eingangs zitierte Therapeutin kündigte nach drei Jahren und 120 Sexualstraftätern in Therapie. Ihre Nerven waren - trotz guter Supervision - ziemlich herunter. Sie hatte Alpträume und Angstzustände. "*Selbst schwarzer Humor und ein gewisses Interesse an skurrilen Gestalten und Geschichten, reichten als Abwehrmechanismen einfach nicht mehr aus, um die Arbeit noch länger zu ertragen, zumal ich sie auch bei der Schwere der Störungen manchmal als fruchtlos emp-*

---

<sup>5</sup> lt. Aussage von Egg in einem Vortrag an der Evangelischen Akademie Hofgeismar am 29.1.2000

*fand... Gelegentlich geschah es, dass bei Konfrontationen im Einzelgespräch ein Klient sozusagen 'ausrastete': Ein Vergewaltiger zog mich einmal quer über den Schreibtisch, ein anderer zerschlug einen Stuhl in meinem Büro und ein weiterer bekam einen psychotischen Schub und hörte Stimmen, die ihm sagten, er müsse mich jetzt sofort vergewaltigen. In solchen Situationen hatte ich Angst. Meine einzige Beruhigung war der Alarmknopf in Griffweite. An meinem letzten Arbeitstag erfuhr ich, dass dieser noch nie funktioniert hatte. Man hatte es in den ganzen 3 1/2 Jahren auch nicht für nötig befunden, ihn reparieren zu lassen" (Latz 1997, S. 18).*

Dieser Bericht und reale Fälle von Vergewaltigung weiblichen Personals in den Anstalten zeigen, dass möglicherweise das Gefährdungspotential dieser Täter weit unterschätzt wird. Sollte diese Annahme zutreffen, kann sie fatale Folgen für die Einschätzung von Therapiefortschritten und Entlassungsprognosen haben, zumal hier noch eine große Unsicherheit vorliegt, wie Nedopil, Forensische Psychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität München beklagt. Es seien zwar in Deutschland Kriterienkataloge und Checklisten zusammengestellt worden, *"die zu einer Systematisierung der Prognoseerstellung beitragen sollen. Die Schwierigkeit mit diesen Instrumenten besteht (aber) darin, dass ihre Gütekriterien noch unzulänglich erforscht sind. Wir wissen ein wenig über die Reliabilität (Zuverlässigkeit) der Instrumente, wir kennen aber weder ihre Validität (Gültigkeit), noch ihre Spezifität, noch ihre Sensitivität. Auch wissen wir kaum, mit welcher statistischen Methode es am besten gelingt, zwischen Rückfälligen und nicht-Rückfälligen zu diskriminieren"* (Nedopil 1999, S. 399). Dennoch vertritt er die Auffassung, dass es in der Bundesrepublik zu einer Verbesserung der prognostischen Kompetenz gekommen sei. Die "Trefferquote", die Anfang der 80er Jahre auf etwa 60 % geschätzt wurde, sei mittlerweile auf etwa 75 % verbessert worden (vgl. ebd.).

Lösel, Institut für Psychologie an der Universität Erlangen, hat die Ergebnisse verschiedener kleinerer Einzelstudien zu Rückfällen aufgelistet, die zum Teil sehr voneinander abweichen: Die Rückfälligkeit wird hier mit einer Spannweite von 29% bis 50 % angegeben (Lösel 1999, S. 282). Über die rückfallverhütende Wirkung von Tätertherapien, die Rückschlüsse auf spezifische angewandte Methoden erlauben würden, gibt es im Grunde noch wenig Erkenntnisse. Es fehlt bisher noch an kontrollierten Evaluationen zur Behandlung von Sexualstraftätern, den meisten mangelt es an adäquaten Vergleichsgruppen (vgl. Lösel ebd., S. 285, vgl. auch Pfäfflin 1999, Nedopil 1999, u.a.). Eine us-amerikanische Studie hat 42 entsprechende Studien an über 3000 Personen mit dem Ergebnis ausgewertet, dass die Behandelten nur etwas seltener rückfällig würden als die Unbehandelten (vgl. Forby u.a. 1989, bei Lösel 1999, S. 286). Eine kanadische Studie (Hanson e.a. 1993) überprüfte 197 Täter in einem Zeitraum zwischen 10 bis 31 (!) Jahren nach der Haftentlassung: 42 % von ihnen waren wieder verurteilt worden wegen Sexualstraftaten, Gewaltdelikten oder beidem. Einige AutorInnen weisen darauf hin, dass die Länge der nachgeprüften Zeit in vielen Rückfallstudien, insbesondere in der Bundesrepublik, viel zu kurz sei, um gültige Aussagen zuzulassen! Aufgrund von Verjährungsfristen wäre in der Bundesrepublik eine so langfristige Rückfallstudie wie die von Hanson aber gar nicht durchführbar. Eine deutsche Arbeit spricht von einer "Faustregel" (Wille 1990), nach der Sexualstraftäter unbehandelt zu 40 bis 50 % und mit therapeutischer Behandlung zu 30 bis 35 %, mit Hormonbehandlung zu 20 bis 30 % wieder Delikte begehen würden (vgl. Lösel 1999, S. 298). Wie unterschiedlich die Wirkung von einzelnen Therapieansätzen insgesamt eingeschätzt wird, drückt sich in folgender Aussage von Lösel aus: *"Manche Programme führen zu Effekten, die deutlich über dem Durchschnitt liegen, bei anderen ergeben sich keine Wirkungen oder muss sogar mit einer Verschlechterung gegenüber der Kontrollgruppe gerechnet werden"* (ebd., S. 287, vgl. Andrews und Bonta 1994). Grund zum Optimismus gibt es bisher also nicht, dass die angewandten Täterprogramme tatsächlich zu einer nennenswerten Reduzierung von Rückfällen führen oder gar ein Ausschluss von Rückfall vorhersagbar wäre. Im Grunde liegt noch kein eindeutiges Wissen darüber vor, was eigentlich dazu beige-

tragen hat, wenn ein Täter tatsächlich nicht rückfällig wird. Aus den vorliegenden Angaben aus den Rückfallstudien könnte sogar geschlossen werden, dass durchaus auch die Inhaftierung allein bei einer erheblichen Anzahl von Tätern bereits dazu führt, dass sie keine neuen Straftaten mehr begehen (vgl. Kröber 1999) und sich damit die Kontrollfunktion des Kriminalrechts teilweise erfüllt (vgl. Rössner 1997)! Dies widerspricht allerdings der allseits geäußerten Auffassung, Inhaftierung allein bewirke gar nichts, sondern eher noch eine Verschlechterung.

Diese Auffassung scheint nun in ihrer Pauschalität unzutreffend zu sein. Und umgekehrt: Rechtfertigt sich der Aufwand, der mit Therapien von Tätern betrieben wird, wenn der Effekt hinsichtlich von Rückfällen doch relativ gering eingeschätzt wird? *"Selbst wenn es gelingt, erfolgreiche Behandlungsprinzipien zu realisieren, muss die Wirkung realistisch eingeschätzt werden. Die bisherigen Evaluationsergebnisse zeigen überwiegend kleine Effekte"*, resümiert Lösel (S. 298), und auch Berner von der Abteilung für Sexualforschung an der psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg stellt fest: *"Aus den bisherigen Verlaufsuntersuchungen nach der Behandlung von Sexualdelinquenten können wir zwar von einer gewissen Wirksamkeit von Psychotherapie und medikamentöser Therapie ausgehen, keineswegs aber ganz genau die wirksamen Komponenten der angebotenen Therapien benennen"* (Berner 1999, S. 132). Für den Opferschutz sei es dennoch ein Gewinn, wenn man wenigstens einen Teil von ihnen bessern könne, *"denn alle Sexualstraftäter haben befristete Strafen und gelangen wieder in Freiheit"*, verteidigt Kröber vom Institut für forensische Psychiatrie an der Freien Universität Berlin die Bemühungen der Therapie und er kommt zu dem Schluss, *"Therapie erhöht - im Effekt - die Sicherheit"* (Kröber 1999, S. 313) - eine Aussage, die auf dem Hintergrund der bisherigen Forschung so pauschal allerdings nicht haltbar ist.

#### **4. Divergierende Therapiekonzepte**

Auch in den Therapiekonzepten, Methoden und Richtungen gehen die Meinungen der ExpertInnen zum Teil weit auseinander. Einerseits besteht zwar eine weitgehende Einigkeit darüber, dass bei Sexualstraftätern nicht mit einer bestimmten Methode, sondern eher mit einem Methodenmix zu arbeiten sei (vgl. Goderbauer 1999). Andererseits aber finden sich über den grundsätzlichen Therapieansatz zwei konträre Auffassungen, deren Eckpunkte sich an der Arbeit an der Persönlichkeitsstruktur des Täters versus dem Ansatz an der kriminellen Tat beschreiben lassen. So formuliert z.B. Goderbauer von der sozialtherapeutischen Anstalt im Hohenasperg (Baden-Württemberg) im Sinne der erstgenannten Richtung: *"Die Behandlung von Sexualstraftätern muss an der seelischen Grundstörung ansetzen, nicht am Delikt: An den Kontaktschwierigkeiten, den Selbstwertproblemen, den Hemmungen, den Aggressionen"* (1999, S. 175). Ähnlich äußert sich Pfäfflin vom Universitätsklinikum Ulm: *"Patienten sind schutzbedürftig. Dies gilt auch für Sexualtäter. In der Psychiatrie und Psychotherapie behandeln wir keine Sexualdelikte, sondern Menschen, die mit einer sexuell erscheinenden Tat auffällig wurden, wobei die gerichtliche Feststellung einer Sexualstraftat oft nichts oder zu wenig darüber aussagt, was denn die zu behandelnden Störungen sind, als deren oberflächlichstes Symptom die Sexualstraftat erscheint mag"* (Pfäfflin 1999, S. 98). Dies ist eine Aussage, die infragestellt, ob Psychotherapie in der Behandlung von Sexualstraftätern überhaupt eine angemessene Methode sei, von der die zukünftige Vermeidung des kriminellen Verhaltens zu erwarten ist. Doch will sich auch Pfäfflin nicht verstanden wissen als einer, der Täter nur als Opfer sieht und er kritisiert *"überengagierte Therapeuten, die in den Tätern nur Opfer sehen, sie retten und beschützen wollen, die von ihnen ausgehende potentielle Gefahr bagatellisieren und sich womöglich von ihnen ausnutzen oder zu krimineller Komplizenschaft verleiten lassen"* (ebd., S. 100).

Für diese Linie kann als Beispiel Bruder vom Institut für Psychologie an der Freien Universität Berlin angeführt werden, der z.B. die Auffassung vertritt, sexuelle Kindsmisbrauchwürden

von den Medien zu "Monstern aufgeblasen". Seine Darstellung von Täter und Delikt vermittelt sehr stark eine Täter- als Opfer-Position, wenn er schreibt, der Täter missbrauche das Kind *"in der Hoffnung, damit eigene psychosexuelle Probleme zu bewältigen, deren Ursache in Demütigungserfahrungen in der Kindheit zu suchen sind..."* (Bruder 1995, S. 46). Der Täter habe sich *"seine Befriedigungen"* in seiner Biographie heimlich holen müssen und daher komme auch *"das Geheimnis, mit dem der Erwachsene seinen Missbrauch umhüllt. Das Geheimnis, in das der Täter das Opfer einbindet, nimmt eine entscheidende Stelle im Missbrauchsgeschehen, in seiner Aufrechterhaltung und Abschirmung von der Umwelt ein. Es hat aber zugleich einen entscheidenden Platz in der Psychodynamik von Täter und Opfer. Es hat den Charakter eines Pakts der Gegenseitigkeit, sowohl nach innen als auch nach außen. Es besteht im Kern aus Vereinbarungen, die wechselseitig eingehalten werden (müssen). Seine Funktion der Angstreduzierung erfüllt es auch für das Opfer. Die Folgen der Aufdeckung wären entsetzlich. So sagt es ihm nicht nur der Missbraucher, das sagt er sich zugleich auch selbst"* (ebd.). Wie die Forschung zu Täterstrategien zeigt, ist die Auferlegung des Geheimhaltungsgebotes eine stereotype Handlung von Tätern, um die Aufdeckung der Tat zu verhindern und die Duldung der Tat durch das Opfer zu erreichen (vgl. Heiliger 2000 a). Es handelt sich demnach nicht um einen Pakt auf Gegenseitigkeit, sondern um eine vom Täter ausgesprochene Drohung und massive Ängstigung des missbrauchten Kindes, was geschehen werde, wenn es die Tat aufdecken würde. Der Täter induziert diese Angst und veranlasst das Kind, aktiv an der Verdeckung mitzuwirken. Die Auseinandersetzung mit den Strategien der Täter, um an die Opfer zu gelangen, sie wehrlos zu machen, sie missbrauchen zu können und strafrechtlich nicht verfolgt zu werden, lässt in den Formulierungen von Bruder die Wirkung der Täterstrategien beim Therapeuten vermuten (vgl. ebd.). Die in der Täterarbeit sattsam bekannten Selbstrechtfertigungen der Täter und ihre typischen Schuldzuschreibungen an das Opfer übernimmt Bruder nämlich mit hoher Empathie sowohl für den Täter als auch für seine Tat, wenn er die Meinung vertritt, es handele sich um *"Verleugnung der Realität des Missbrauches und Konstruktion einer irrealen Welt, in der das, was stattgefunden hat, kein Missbrauch ist, sondern Ausdruck väterlicher Zuwendung, Zärtlichkeit, Sorge um die körperliche Entwicklung des Kindes, Befriedigung der 'Neugierde' des Kindes, Einführung des Kindes in die Welt der Sexualität"* (Bruder 1995 a, S. 1).

Tätertherapeuten, wie z.B. Ray Wyre (1990), Ruud Bullens (1995, 1996) und Günther Deegener (1995) dagegen betonen, dass die Schutzbehauptungen, die von Tätern mit aller Regelmäßigkeit aufgestellt werden, keineswegs Verleugnungen der Realität sind, sondern voll bewusste, absichtliche und aktive Verdrehungen der Realität mit dem einzigen Ziel, das Umfeld weiterhin zu manipulieren, deren Wahrnehmung zu vernebeln, den Missbrauch unbegrenzt ausführen zu können, dafür noch Verständnis zu erlangen und nicht zur Verantwortung gezogen zu werden. Den systematischen Abbau von Grenzen gegenüber dem Opfer in den Täterstrategien, der in allen wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema beschrieben wird (vgl. Heiliger 2000), bezeichnet Bruder als immanent sich entwickelnde Prozesse, denen der Täter ausgesetzt sei: *"Im Prozess der Grenzziehung verschiebt sich zugleich die Grenze selbst. Es ist ein unmerklicher Prozess, dem der missbrauchende Erwachsene sich anvertraut. Die Wahrnehmung passt sich dem Grenzverlauf an"* (ebd.). Hier wird dem Täter selbst quasi ein Opferstatus zugestanden und seine aktive, extrem manipulative Rolle wird geleugnet als Ergebnis der "systemischen Sichtweise" (ebd.), die sexuellen Missbrauch als "Problem der Familie" interpretiert. Dem steht wiederum die Täterforschung gegenüber, die deutlich macht, dass Täter gezielt die Probleme produzieren, indem sie sich etwa bereits die Partnerin entsprechend auswählen, die familiäre Struktur entsprechend gestalten und den Zugang zum Opfer systematisch vorbereiten und herstellen (vgl. Heiliger 2000 b, Bullens 1995, Enders 1994 u.a.). Einen Höhepunkt in der Täterentlastung erreicht Bruder, indem er dem sexuellen Missbrauch aus der systemischen Sichtweise heraus sogar eine positive Funktion zu-

schreibt. Er vertritt die Auffassung, der Missbrauch reduziere *"die Gefahr der Auflösung der Familie"* und diene der *"Sicherung und Erhaltung des Familiensystems"* (ebd., S. 4). Es wird unübersehbar, dass sich in diesen Äußerungen die Strategien des Täters fortsetzen und weiter zu seiner Entlastung und Rechtfertigung beitragen.

Den anderen Eckpfeiler der Therapieansätze markiert die Auffassung, dass die Therapie am Delikt, am kriminellen Verhalten direkt, ansetzen müsse. So meint Lösel (1999), Programme, die *"an den Kognitionen und konkreten Verhaltensmustern der Straftäter ansetzen"*, würden bessere Effekte aufweisen. Das *"Bedürfnisprinzip"* verlange, *"dass die Maßnahme spezifisch auf solche Merkmale abzielt, die nach dem empirischen Kenntnisstand kriminogen sind (und z.B. nicht auf unspezifische Ziele bestimmter Therapieschulen)"* (ebd., S. 288). Auch Berner (1999) zieht aus den Veröffentlichungen der letzten Jahre den Schluss, die erfolgreichsten Programme seien solche gewesen, die gezielt kriminogenes Verhalten behandelten, wobei er sich primär auf us-amerikanische Arbeiten bezieht. Radikal und unmissverständlich benennen TherapeutInnen aus Holland, dass sie sich von der reinen Psychotherapie in der Arbeit mit Sexualstraftätern abgewandt haben zugunsten des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzeptes, das mittlerweile, vor allem auf dem Wege der Fortbildungen durch Ruud Bullens, erheblichen Einfluss auf die bundesdeutsche Therapiepraxis und -theorie gewonnen hat. So stellt z.B. Uta Kröger vom Zentrum für klinische forensische Psychiatrie in der Dr. Henri van der Hoeven Kliniek in Utrecht das dortige Konzept folgendermaßen dar: *"Im Mittelpunkt des kognitiv verhaltenstherapeutischen Ansatzes steht das Delikt, das hiermit zusammenhängende Verhaltensmuster und der Rückfallprozess. Man geht der Frage nach, inwieweit bestimmte Verhaltensdispositionen in bestehenden Situationen einen Täter zu dem Entschluss bringen können, eine Sexualtat zu begehen... die Behandlung ist nicht darauf gerichtet, den Täter durch die Rekonstruktion seiner Biographie und seiner Persönlichkeit auf der Basis von Einsicht zu heilen. Vielmehr soll er lernen, seine Impulse zum delinquenten Verhalten unter Kontrolle zu behalten, dadurch, dass ihm seine Entscheidung, die letztlich zu dem Delikt geführt haben, bewusst gemacht werden und ihm gezeigt wird, wie er diesen Entscheidungsprozess selbst mit Hilfe von anderen steuern kann. Das Prinzip ist also 'no cure but control' oder 'harm reduction' anstelle von Heilung"* (Kröger 1999, S. 338).

Sie gehen in Utrecht von der Auffassung aus, dass das delinquente Verhalten *"nicht a priori das System einer Störung (sei), sondern ein zielgerichtetes Verhalten, dem eine Reihe von Entscheidungen des Täters zwischen verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten vorangeht"* (ebd., S. 339). In ihrem Behandlungsansatz steht die Analyse des Deliktszenariums im Mittelpunkt. Das gesamte *"Szenarium des Tatgeschehens"* wird rekonstruiert und analysiert. Der Täter wird konfrontiert mit seinen Widerständen und Verleugnungen gegenüber der Realität seiner Tat(en). Es wird ihm vermittelt, dass dieses verleugnende Verhalten nicht toleriert wird. Er lernt *"die für ihn typische Abfolge von Situationen, Gefühlen, Gedanken und Handlungen (kennen), die letztlich dazu führen können, dass er wieder ein Delikt begeht und er erstellt ein darauf abgestimmtes Rückfallpräventionsprogramm"* (ebd., S. 340). Bisher wurde an der Klinik in Utrecht eine Rückfallquote von 4,6 % nach der Therapie von insgesamt 131 Sexualstraftätern festgestellt. Allerdings wird nach diesem Verfahren erst im Laufe der 90er Jahre gearbeitet, so dass valide Rückfallstudien und -schätzungen wohl erst später erstellt werden können. Daher äußert sich Uta Kröger auch entsprechend vorsichtig in bezug auf die generelle Wirkung der Behandlung: *"Therapie von Sexualstraftätern erfordert eine realistische Erwartungshaltung. Rückfälle auf Dauer zu verhindern, ist oft nicht möglich. Eine Reduzierung des Risikos ist das wahrscheinlichere Resultat"* (ebd., S. 345). Ruud Bullens, Psychotherapeut und Leiter des *"ambulanten Büros Jugendwohlfahrt"* in Leiden, der seit 1982 mit Sexualstraftätern arbeitet und der in der Bundesrepublik bisher wohl am häufigsten zur Tätertherapie zitiert worden ist, hält die meisten sexuellen Missbraucher für *"ekelhaft normal"* (Bullens 1998). Für ihn ist *"sexueller Missbrauch keine Krankheit, sondern ein Verbre-*



chen" (...). Täter sind *"nette Väter, Onkel oder Nachbarn. Sie sind nicht gestört und können deshalb auch nicht geheilt werden, sondern müssen ständiger, gegebenenfalls lebenslanger Kontrolle unterliegen. Nur 1 % aller Sexualstraftäter (z.B. Vergewaltiger und Kindermörder) hat massive Persönlichkeitsstörungen. Ihr Mangel an Selbstkontrolle lässt sich nur stationär behandeln. Die überwiegende Mehrzahl der Täter, d.h. über 95 %, verfügt über genügend Selbstkontrolle"* (Bullens 1999, S. 1). Er bezeichnet die Täter als "Meister der Manipulation", die auch den TherapeutInnen "einen Ring durch die Nase ziehen", weshalb er nur mit Gruppen und im Team mit drei TherapeutInnen (zwei Männern und einer Frau) arbeitet. Einer allein könnte dem Täter zu leicht "auf den Leim gehen". Auf welche Weise er denn die TherapeutInnen manipuliere, wird er in einem Interview gefragt: *"Z.B. mit dem Zauberwort 'meine Mutter'. Dann reden wir zwei Jahre lang über die Kindheit des Täters statt über seine Tat. Nichts gegen Sigmund Freud - aber wenn der 40. Täter in einer Woche zu mir kommt und winselt "meine Mutter", dann kommt mir die Galle hoch"* (die Woche). Konfrontation mit seinem verbrecherischen Verhalten statt Wahrnehmung des Täters in einer Opferposition ist daher ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungsspektrums von Ruud Bullens und anderen TherapeutInnen, die ihre gesellschaftliche Verantwortung im Sinne von Opferschutz glaubwürdig wahrzunehmen versuchen (vgl. Jakob 1998, Wyre 1990, Deegener 1995). Bei Bullens geht es zentral darum, dass der Täter Verantwortung für die Tat übernimmt, die Opferperspektive einnimmt, soziale Fähigkeiten und das Einhalten von Grenzen erlernt sowie sein Selbstbewusstsein entwickelt. Die Therapeutin Latza (1991) benennt als zentrales Thema der therapeutischen Arbeit mit Sexualstraftätern die Grenzüberschreitung und Grenzsetzung: *"Der Therapeut muss als 'Beziehungspartner' in der Lage sein, klare Grenzen zu setzen und einzuhalten trotz Querelen, Geschrei und Intrigen. Es handelt sich nämlich bei Sexualstraftätern ausschließlich um Klienten, die die Grenzen anderer Menschen entweder gar nicht wahrgenommen, nicht respektiert oder gewaltsam durchbrochen haben, und das gleiche machen sie natürlich auch mit ihren Therapeuten"* (Latza 1991, S. 222). Die Forderung nach Übernahme der Verantwortung für die Tat taucht mittlerweile fast stereotyp auch in deutschen Konzepten der Täterarbeit auf, wobei sich jedoch der Eindruck einstellt, dass dieser Begriff auch zur Rhetorik geworden ist und fraglich bleibt, was diese Forderung denn konkret bedeutet und wie sich ein konkretes Ergebnis hier zeigt.

Als erhebliches Problem muss ferner benannt werden, dass inzwischen viel Täterarbeit im externen, ambulanten Bereich in Privatpraxen oder Beratungsprojekten durchgeführt wird, in dem häufig keine Kontrolle der Arbeitskonzepte und Ergebnisse stattfindet und wichtige Bedingungen für eine konfrontative Arbeit wie z.B. TherapeutInnenteams, Tätergruppen und eine Anbindung an das Kriminalrechtssystem, fehlen. Es stellt sich der Eindruck ein, als fände außerhalb des Justizvollzugs und allzu oft ohne Zusammenarbeit mit ihm, eine Menge dilettantischer Therapie mit Sexualstraftätern statt, die den Täter nach dem oben genannten Ansatz als bedürftig einer Nacharbeit an seiner Persönlichkeit begreifen (vgl. Bruder 1995, s.o.). Die notwendige "Kriminaltherapie" (Müller-Isberner 1998), die Zentrierung auf das kriminelle Verhalten, droht in den Hintergrund zu treten oder gar völlig abhanden zu kommen in einer empathischen Haltung des Therapeuten mit Täter und Straftat. Ein Beispiel hierfür liefert Böllinger (1996) in einem ausführlichen Artikel über externe Therapie von Anstaltsinsassen, in dem er u.a. deutlich macht, dass er z.B. eine Auskunftspflicht gegenüber der für den Täter verantwortlichen Anstalt nicht anerkennen mag und sich von ihr "instrumentalisiert" fühlt: es *"entstanden auf Seiten des Maßregelvollzugs und der Justiz Irritationen, weil sich die Therapeuten gegen den Anspruch verwahrten, den in der Psychiatrie behandelnden Ärzten über den Fortgang der Therapie zu berichten und Stellungnahmen für die allfälligen Prognosen betreffend Vollzugslockerungen und vorzeitige Entlassung bzw. Bewährungsaussetzung zu geben"* (ebd. S. 77). Dieser Therapeut setzt sich in Konkurrenz zu dem Fachpersonal des Vollzugs z.B. in der Einschätzung der Gefährlichkeit der Täter, von der er

meint, dass sie "häufig stark überschätzt" werde (ebd. S.86). Charakteristisch ist hier bei Böllinger auch die Weigerung, die Gerichtsakte eines Täters zu lesen und die Selbstwahrnehmung in einer Rolle des Beschützers des Täters gegenüber dem Vollzug, indem er "*die Fähigkeit des Therapeuten zur wirksamen Abschirmung der Therapie gegen kontrollmächtige Institutionen...*" (ebd. S. 88) betont.

In diesem Kontext führt Douglas, der ehemaliger Chef der FBI-Spezialeinheit für Serienverbrechen, ein drastisches Beispiel dafür an, wie verheerend sich die Weigerung, mit dem Kriminallrechtssystem zusammenzuarbeiten und die Fehleinschätzung von Gefährlichkeit von Tätern u.U. auswirken kann: Douglas besuchte einen gefährlichen Mörder und Wiederholungstäter im Gefängnis und fragte den behandelnden Gefängnispsychiater, wie er die Entwicklung des Täters beurteile: "*Der Psychiater .. sagte, Vanda spreche sehr gut auf Medikamente und Therapie an. Der Psychiater erwähnte als Beispiel die Bibelgruppe (der sich Vanda angeschlossen hatte) und sagte, Vanda käme bald für eine Bewährung infrage, wenn er weiterhin solche Fortschritte machte. Ich fragte ihn, ob er denn die Einzelheiten von Vanda's Vergehen kenne. Nein, das will ich nicht wissen, erwiderte er. Bei den vielen Häftlingen, um die ich mich hier kümmern muss, fehlt mir einfach die Zeit. Und, fügte er hinzu, es solle sein Verhältnis zum Häftling nicht unge-rechterweise beeinträchtigen. Nun Doktor, ich will Ihnen sagen, was Vanda getan hat, beharrte ich. Bevor er protestieren kann, erzähle ich ihm, wie dieser asoziale Einzelgänger sich einer Kirchengruppe angeschlossen hat und nach einem Treffen, als alle anderen schon fort waren, mit der jungen Frau, die das Treffen leitete, zu flirten versucht hatte. Sie wies ihn zurück und Vanda nahm diese Ablehnung nicht gut auf. Er schlug sie nieder, ging in die Küche, kam mit einem Messer wieder und stach mehrfach auf sie ein. Dann, als sie sterbend am Boden lag, schob er seinen Penis in eine offene Wunde in ihrem Unterleib und ejakulierte... Wie wollen Sie die Leute verstehen, wenn Sie sich nicht mal die Zeit nehmen, die Tatortfotos oder Berichte anzusehen oder die Autopsieprotokolle durchzugehen? Haben Sie sich mal angesehen, wie die Tat verübt wurde? Wissen Sie, ob Sie geplant war? Verstehen Sie das Verhalten, das zu dem Verbrechen geführt hat? Wissen Sie, wie der Täter den Tatort hinterlassen hat? Wissen Sie, ob er versucht hat, davonzukommen? ...Woher zum Teufel wissen Sie, ob er gefährlich ist oder nicht?"* (Douglas/Olshaker 1997, S. 394f).

Als ein besonders wichtiger Aspekt in der Therapie von Sexualstraftätern muss m.E. die Opferperspektive gesehen werden. Dieser Begriff taucht als therapeutischer Schritt bei Bullens und Ray Wyre z.B. an zweiter Stelle auf und ist hier Teil der konfrontativen Arbeit. In bundesdeutschen Konzepten dagegen ist von den Opfern nur selten die Rede. Wulf und Goderbauer (1999) erwähnen innerhalb von zehn "Thesen zur Psychotherapie mit Sexualstraftätern" an sechster Stelle: "*Mit Maß und Ziel und zum richtigen Zeitpunkt muss die Tätertherapie auch opferorientiert sein. Insbesondere sollte Empathie des Täters mit dem Opfer und Übernahme von Verantwortung für die Tat und die dem Opfer zugefügten Leiden angestrebt werden*" (ebd., S. 120). Die Vermittlung von Opferempathie beim Sexualstraftäter setzt ohne Zweifel voraus, dass die Therapeutin/der Therapeut selber sich nicht nur mit der Tat, sondern auch mit dem Opfer selber, der Opferperspektive und den Folgen der Tat für das Opfer auseinandersetzt. Doch machte z.B. ein Projekt "Betroffene in der Auseinandersetzung mit pädosexuellen Straftätern im Maßregelvollzug" in der Landesnervenklinik Andernach bei Koblenz (vgl. Initiative 1999) die Erfahrung, dass die TherapeutInnen dort gar nichts über die Opfer der dort untergebrachten Sexualstraftäter wussten und denen in der Therapie bis dahin auch niemals abverlangt hatten, sich mit ihren Opfern auseinanderzusetzen. Selbst die inzwischen reichlich vorhandene Literatur, in der Opfer sexuellen Missbrauchs ihr Leiden und ihr Leben beschreiben, war dort so gut wie unbekannt! Das Ziel des von einer Initiative in Siershahn organisierten Projektes war es, die Opferperspektive in die Klinik hineinzutragen, aber vor allem auch den in der Initiative engagierten Betroffenen selber zu

ermöglichen, die Täter im Maßregelvollzug stellvertretend für "ihre" Täter mit ihren Forderungen zu konfrontieren. Im Ergebnis schien es, dass die Täter im Vollzug ihre Strategien der Wegweisung von Schuld und der Manipulation des Umfeldes bruchlos fortsetzen und dass bei diesem Projekt am meisten die TherapeutInnen gelernt haben.

### **5. Aspekte der Sekundär- und Primärprävention**

Ein großes und ungelöstes Problem bleibt bisher noch die Nacharbeit und Kontrolle nach Entlassungen und Therapien, um sekundärpräventive Wirkung zu erzielen und sicherzustellen, dass die Täter nicht wieder rückfällig werden. Alle ExpertInnen sind sich darin einig, dass ohne Nacharbeit und Kontrolle ein möglicher Erfolg der Therapie mit hoher Wahrscheinlichkeit verloren gehen würde. So formulieren z.B. Gmelin und Speck (1997), dass Kontrolle im Interesse der Sicherheit der Allgemeinheit unverzichtbar sei: *"Therapie, auf die nun Politik und Öffentlichkeit setzen, ist kein Allheilmittel. Sie hat ihre Grenzen. Sie bietet keine Garantie, dass Täter nicht doch eines Tages rückfällig werden. Täter, die entlassen werden oder die sich im Freigang befinden, sind daher zu überwachen. Lebenslänglich. Sie haben sich regelmäßig bei der Polizei zu melden und sich ständigen Kontrollterminen zu unterziehen. Beim geringsten Hinweis darauf, dass die therapeutischen Maßnahmen nicht greifen, ist der Täter in Sicherheitsverwahrung zu nehmen - nicht aus Gründen der Rache oder der Abschreckung, sondern zum Schutz der Allgemeinheit"* (ebd., S. 203).

Aber die Frage stellt sich natürlich, wer diese Kontrolle und Nacharbeit leisten soll. Die Bewährungshilfe in Deutschland ist überfordert mit dieser Arbeit und beginnt zurzeit, sich zu wehren und Forderungen zu stellen, wie sie kompetenter arbeiten könnte (vgl. Rohr 1999). Ambulante Nachsorge existiert in Deutschland bisher nur vereinzelt im forensisch-psychiatrischen Maßregelvollzug, obwohl ihre Ergebnisse auf eine kriminalpräventive Wirkung hinweisen (vgl. Müller-Isberner u.a. 1997). Und lebenslange Therapie? Wer sollte die Kosten dafür tragen? Lebenslanges Einsperren andererseits findet zurzeit nur Mehrheiten in Bürgerinitiativen vor Ort. Wie also soll Sicherheit und Opferschutz in großem Umfang gewährleistet werden? Selbst das Modell von Megan's Gesetz, das in den USA nach der Ermordung der kleinen Megan durch einen Nachbarn von einer Initiative durchgesetzt wurde, die von der Mutter des Kindes ins Leben gerufen wurde (vgl. Oren 1998), findet in Deutschland keine Anhängerinnen: Es handelt sich hier um die Information der Nachbarn, wenn ein entlassener Sexualstraftäter in ihre Nachbarschaft zieht, was hierzulande hohnlachend mit dem Hinweis auf Daten- und Persönlichkeitsschutz abgelehnt wird, wenn diese Forderung in die Diskussion eingebracht wird. Selbst Mörder erfahren in Deutschland außer der anerkanntermaßen weitgehend unwirksamen Führungsaufsicht nach ihrer Entlassung keine Kontrolle, was etlichen Mädchen und Frauen nicht nur Schaden an Körper und Seele zugefügt, sondern auch ihr Leben gekostet hat.

Hierzulande werden selbst die Opfer nicht davon informiert, wenn der Täter aus der Haft entlassen wird, so dass sie Schutzmaßnahmen ergreifen könnten. Spätestens hier wird deutlich, wie wenig der Opferschutz in Deutschland real gesichert ist. Eigentlich kann der Schluss gezogen werden, dass eine ernsthafte Auseinandersetzung um Tätertherapie und Opferschutz in der Bundesrepublik entweder gerade erst oder noch gar nicht richtig begonnen hat.

Solch eine ernsthafte Auseinandersetzung, die auch entsprechende Folgen in der Praxis haben muss, erfordert die Einmischung von vielen gesellschaftlichen Gruppen, und dabei vor allem von Frauen, die bisher nur den Weg sahen, ihre Ängste und Forderungen im Rahmen von Bürgerinitiativen einzubringen - dies allerdings erfolgreich, wie die Veränderungen der letzten Jahre gezeigt haben. Nun aber geht es, nach den Gesetzesänderungen, um mehr: Um die Einmischung in die Konzepte der Täterarbeit, um die Forderung nach einem Nachweis für deren Effektivität, um Information und Kontrolle über die ausgeübte Therapie. Wie die obigen Ausführungen gezeigt ha-

ben, bestehen hier noch enorme Defizite, geringes Wissen und große Unsicherheiten. Von daher kann nur ermutigt werden dazu, die Forderung nach Sicherheit im Alltag - im privaten ebenso wie im öffentlichen Raum - immer wieder mit Nachdruck zu stellen. Diese Forderungen müssen von Frauen als der primären Gruppe der Opfer von Sexualstraftätern erhoben werden, da es Männern, wie sich in Diskussionen immer wieder zeigt, äußerst schwer fällt, zu verstehen, wie traumatisierend sexuelle Gewalt für Frauen ist und Verharmlosung solcher Taten noch immer breiten Raum einnimmt.

Bei der Frage der primären Prävention von Sexualstraftaten bleibt eine Analyse gesellschaftlicher Faktoren, die solche Taten hervorbringen oder erleichtern, nicht aus. Dazu gehört an erster Stelle das gültige Männlichkeitskonzept, das z.B. einen Sexualmörder denken ließ: *"Du findest schon noch jemand, der tut, was du willst"* (Richter 1999, S. 3). In seiner Phantasie vergewaltigte er zunächst Mädchen, dann tötete er sie - schließlich vergewaltigte und tötete er in der Realität: *"Ein schönes Erlebnis"* sei es gewesen (ebd.). Die Auseinandersetzung mit Männlichkeit, mit dem Bedürfnis nach Machtausübung, das der Täter durch sexuelle Gewalt befriedigt und das bekanntermaßen aus der Vermittlung des in unserer Gesellschaft gültigen Männlichkeitsbildes resultiert, wird in Therapiekonzepten selten, vor allem nicht kritisch, thematisiert (vgl. Heiliger/Engelfried 1995). Allenfalls (vgl. z.B. Kunert 1997) wird festgestellt, der Täter habe einen Mangel an Männlichkeit und es müsse quasi seine Männlichkeit unterstützt werden, wobei allerdings der Begriff nicht definiert und dadurch auch nicht handhabbar wird. Die gesellschaftliche Kritik an gültigen Männlichkeitskonzepten, die Kontrolle über andere Menschen, vorrangig über Frauen und Kinder einschließen, hat bisher kaum Eingang in Tätertherapien gefunden, während die Entwicklung nicht gewaltträchtiger Männlichkeiten mittlerweile von zentraler Bedeutung in den neuen Konzepten antisexistischer Jungenarbeit sind und damit eine wichtige primärpräventive Rolle spielen (vgl. Karl 1994 u.a.).

Zur Prävention von sexueller Gewalt muss auch die Sexualisierung des Alltags beendet werden, die sexuelle Verfügung von Männern über das weibliche Geschlecht als normal zur Männlichkeit gehörend suggeriert und die Hemmschwellen zur Ausführung der Tat nachweislich senkt (vgl. Russel 1984, Finkelhor 1984). Gleichermaßen muss die Täterlobby bekämpft werden, die Finkelhor und Russel in all denjenigen Personen und Institutionen sehen, die sexuellen Missbrauch und alle anderen Formen sexueller Gewalt verharmlosen oder sie sogar rechtfertigen. Schließlich muss es um die endgültige Aufhebung der Geschlechterhierarchie gehen, die strukturell in unserer Gesellschaft verankert ist und deren generelle und kollektive Entwertung von Mädchen und Frauen immer noch in weiten Kreisen gelehrt wird. Hieran allerdings arbeiten Maßnahmen und Kampagnen gegen Männergewalt an Frauen weltweit (vgl. Heiliger/Hoffmann 1998). Hieran arbeitete auch die "Münchener Kampagne gegen Männergewalt an Frauen und Mädchen/ Jungen", die u.a. gezeigt hat, wieviel Widerstand dem Offenlegen der geschlechtshierarchischen Denkweisen und Handlungsstrukturen in den Institutionen entgegengesetzt wird (vgl. Heiliger 2000 b). Auf der bundespolitischen Ebene wurde Ende 1999 der "Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen" der Öffentlichkeit vorgestellt, der u.a. das Sexualstrafrecht noch einmal einer gründlichen Prüfung unterziehen will (vgl. ebd., S. 20) und ein allgemeines Klima der Ächtung dieser Gewalt unterstützen will. Die Wegweisung von Männern, die gewalttätig ihren Partnerinnen gegenüber sind, aus der gemeinsamen Wohnung sowie die Verordnung von sozialen Trainingskursen wird ein bedeutsamer Schritt sein, um die immer noch vorherrschende allgemeine Duldung von Männergewalt gegen Frauen und Kinder in der privaten Sphäre zu beenden, die bisher mit der Diskussion um Tätertherapie kaum erfasst wird. Bei angezeigten Sexualstraftätern sind die überwiegende Mehrzahl Fremdtäter, was entsprechend Informationen von Zufluchtsstellen und Beratungsstelle aber nicht die entsprechende reale Mehrheit von Tätern repräsentiert.

## **Literatur:**

- Berner, Wolfgang:** Untersuchungen über Therapieerfolg bei Straftäterbehandlungen und deren Konsequenzen für neue Behandlungsmodelle, in: Wodtke-Werner, a.a.O., S. 123-138.
- Böllinger, Lorenz:** Externe Psychotherapie mit Sexualstraftätern im Maßregelvollzug – ein persönliches, institutionelles und methodologisches Konfliktfeld, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2/1996, S. 75-96
- Bruder, Klaus-Jürgen:** Grenzverletzung und Verleugnung: Die Strategien sexuellen Missbrauchs, in: Profamilia Magazin 3/95.
- Bullens, Ruud:** Faktoren der Behandlung von Sexualstraftätern: Motive, Therapiesetting, Nachsorge, in: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2/1994, S. 33-53.
- Bullens, Ruud:** Aufgaben und Möglichkeiten multiprofessioneller Kooperation aus der Sicht der Misshandlertherapie, in: Informationsdienst Kindesmisshandlung und -vernachlässigung 4. Jg. Sonderband 1 Juli 1997, S. 105 -114
- Bullens, Ruud:** Der Täter ist ein netter Mensch. Therapeutische Arbeit mit Männern, die Kinder sexuell missbraucht haben - Täterbehandlung im Rahmen des Rotterdam-Projekts, in: Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk: Wege aus dem Labyrinth. Eigenverlag, Berlin 1999, S.152-161
- Bullens, Ruud:** "Die meisten Täter sind ekelhaft normal", in: Zeitung 3/98 der Münchner Kampagne gegen Männergewalt an Frauen und Mädchen/Jungen, S.1
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:** Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, Berlin 1999.
- Däubler-Gmelin, Herta/Dieter Speck:** Sexueller Missbrauch. Die Einsamkeit der Opfer, die Hilflosigkeit der Justiz, München 1997.
- Deegener, Günther:** Psychosexuelle Auffälligkeiten männlicher Jugendlicher - Anregungen zur selbsterfahrenden Auseinandersetzung mit der männlichen (Therapeuten-) Rolle, in: Wilhelm Rothaus (Hg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher, Dortmund 1991, S.255-269
- Deegener, Günther:** Sexuell aggressive Kinder und Jugendliche – Häufigkeiten und Ursachen, Diagnostik und Therapie. In: Höfling u.a., a.a.O., 1999, S.352-382
- Deegener, Günther:** Diagnostik und Therapie von psychosexuell auffälligen männlichen Jugendlichen. In: Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk a.a.O.,1999, S.92-110
- Deegener, Günther:** Sexueller Missbrauch: Die Täter, Weinheim 1995
- Douglas, John/Mark Olshaker:** Die Seele des Mörders. 25 Jahre in der FBI-Spezialeinheit für Serienverbrechen, Hamburg 1997.
- Duffek, Herbert:** Therapie mit Tätern im Strafvollzug, in: Amann, Gabriele/Rudolf Wipplinger (Hg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie, Tübingen 1997, S. 587-602
- Egg, Rudolf:** Zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern, in: Kröber/Dahle (Hg.), a.a.O., S. 57-70.
- Eitel, Karin/Ilse König/Elfriede Fröschl/Gabriele Vana-Kowarzik:** Arbeit mit Gewalttätern. Literaturrecherche und Analyse über internationale Modelle in der Täterarbeit, Wien 1998.
- Enders, Ursula (a):** Anforderungen an die Täterarbeit aus der Sicht einer parteilichen Beratungsstelle für Opfer, in: Arbeiterwohlfahrt (Hg.): "Klient Sexualstraftäter". Dokumentation einer Arbeitstagung v. 20./21.4.1994
- Enders, Ursula (b):** Täter auf der Opfersuche; in: Gegenfurther/Bartsch (Hg.): Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Hilfe für Kind und Täter, Magdeburg 1994
- Goderbauer, Rainer:** Stationäre Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug, in: Wodtke-Werner, a.a.O., S. 167-182.
- Heiliger, Anita:** Heilung ist nicht möglich, in: Emma 3/4-1997, S. 49-51.

**Heiliger, Anita:** Täterstrategien und Prävention. Sexueller Missbrauch an Mädchen im Rahmen familialer und familienähnlicher Konstellationen, München 2000 a).

**Heiliger Anita/Steffi Hofmann** (Hg.): Aktiv gegen Männergewalt. Kampagnen und Maßnahmen gegen Gewalt an Frauen international, München 1998.

**Heiliger, Anita:** Männergewalt gegen Frauen beenden! Strategien und Handlungsansätze am Beispiel der Münchner Kampagne gegen Männergewalt an Frauen und Mädchen sowie Jungen, Leverkusen 2000 b).

**Heiliger Anita/Constance Engelfried:** Sexuelle Gewalt. Männliche Sozialisation und potentielle Täterschaft, Frankfurt 1995.

**Hilgers, Micha:** Nicht alle sind so, wie wir sie gerne hätten. 26 Thesen zum Maßregel-Vollzug für psychisch kranke Straftäter: Behandlung ist möglich, Heilung nicht, in: Frankfurter Rundschau v. 13. Juni 1998.

**Höfling, Siegfried/Detlef Drews/Irene Epple/Weigel** (Hg.): Auftrag Prävention. Offensive gegen sexuellen Kindesmißbrauch, Hans-Seidel-Stiftung e.V., München 1999.

**Initiative** gegen Gewalt und sexuellen Mißbrauch an Kindern und Jugendlichen e.V. (Hg.): Dokumentation des Projektes: Betroffene in der Auseinandersetzung mit pädosexuellen Straftätern im Maßregel-Vollzug, s. Hahn 1999.

**Jakob, Peter:** Optimierung der Hilfe durch Einzelfallkooperation der Hilfen bei sexueller Gewalt an Kindern, in: Heusohn, Lothar/Ulrich Klemm (Hg.): Sexuelle Gewalt gegen Kinder, Ulm 1998, S. 100-118

**Karl, Holger:** Der ehrenhafte Abschied des Panzersoldaten. Grundlagen antisexistischer Jungenarbeit, in: Elisabeth Glücks/Franz-Gerd Ottmeier-Glücks (Hg.): Geschlechtsbezogene Pädagogik, Münster, 1994, S. 133-154.

**Kröber, Hans-Ludwig:** Sexualstraftäter: Notwendige Differenzierungen als Voraussetzung gezielter Intervention, in: Höfling u.a., a.a.O., S. 305-315.

**Kröber, Hans-Ludwig/K.-P. Dahle** (Hg.): Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz - Verlauf - Behandlung - Opferschutz, Heidelberg 1998.

**Kroeger, Uta:** Zur Behandlung von Sexualstraftätern in der Doktor Henry van der Hoeven-Klinik in den Niederlanden, in: Höfling u.a., a.a.O., S. 336-345.

**Kunert, Detlef:** "An der falschen Adresse?" Aus der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit mit "Sexualstraftätern". In: Profamilia Magazin 3/95, S. 14-16.

**Latza, Berit:** Psychotherapie im Strafvollzug mit Sexualdelinquenten, in: Wilhelm Rotthaus (Hg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher, Dortmund 1994.

**Latza, Berit:** "Mir zitterten die Hände und Knie...". Persönliche Erfahrungen einer Therapeutin mit Sexualstraftätern, in: Profamilia Magazin 3/95.

**Lösel, Friedrich:** Behandlung und Rückfälligkeit von Sexualstraftätern, in: Höfling u.a., a.a.O., S. 279-304.

**Ministerium** für Kultur, Jugend, Familie und Frauen (Hg.): Konzeption einer Fortbildungsmaßnahme zur psychotherapeutischen Behandlung sexueller Devianz und sexueller Delinquenz

**Müller-Isberner, Rüdiger/Volker Thomas:** Psychotherapie von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug. Werkstattbericht aus einer Spezialstation der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina, in: Recht und Psychiatrie 10/1992.

**Müller-Isberner, Rüdiger:** Prinzipien der psychiatrischen Kriminaltherapie, in: Rüdiger Müller-Isberner/Sara Gonzales Cabeza(Hg.): Forensische Psychiatrie, Möchengladbach 1998

**Müller-Isberner/ Ruth Rohdich/Sara Gonzalez Cabeza:** Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie, in: Bewährungshilfe 3/97, S. 272-285

**Nedopil, Norbert:** Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Prognose künftiger Delinquenz, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2/1997.

- Nedopil, Norbert:** Möglichkeiten und Grenzen bei Entlassungsprognosen von Rechtsbrechern, in: Höfling u.a., a.a.O., S. 397-407.
- Oren, Marianne:** Megan's Gesetz. Wie die USA seit 1995 mit Sexualstraftätern umgehen, in: Heiliger/Hoffmann (Hg.), a.a.O., S. 176-184
- Pfäfflin, Friedeman:** Prinzipien der therapeutischen Behandlung von Sexualtätern, in: Wodtke-Werner, a.a.O., S. 97-108.
- Richter, Nico:** Die Rolle seines Lebens, in: Süddeutsche Zeitung v. 29.11.1999.
- Roessner, Dieter:** Kriminalrecht als unverzichtbare Kontrollinstitution, in: Otfried Höffe: Gibt es ein interkulturelles Strafrecht? Frankfurt 1999, S. 121-139
- Rohr, Karl:** Arbeit mit Sexualstraftätern in der Bewährungshilfe am Beispiel Schleswig-Holsteins, in: Wodtke-Werner/Mähne (Hg.): a.a.O., S. 151-166
- Rotthaus, Wilhelm/Thomas Gruber:** Systemische Tätertherapie mit Jugendlichen und Heranwachsenden - Einladung zur Konstruktion einer Welt der Verantwortlichkeit, in: Amann, Gabriele/Rudolf Wipplinger (Hg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie, Tübingen 1997, S.573-585
- Sandberg, Vera:** "... dann hab ich sie mir genommen", in: Brigitte 15/97, S. 100-105.
- Schüler-Springorum, Horst/Wolfgang Berner/Birgit Cirullies/Norbert Leygraf/Sabine Novara/Friedemann Pfäfflin/Martin Schott/Renate Volbert:** Sexualstraftäter im Maßregelvollzug. Grundfragen ihrer therapeutischen Behandlung und der Sicherheit der Allgemeinheit. Gutachten der unabhängigen ExpertInnen-Kommission vom 31.1.1996, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 3/1996.
- Wiederholt, Ingo:** Psychiatrisches Behandlungsprogramm für Sexualtäter in der Justizvollzugsanstalt München, in: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, Jahrgang 38/1989, S. 231-237.
- Wille, Reinhard/Wolfgang Kröhn:** Der sexuelle Gewalttäter: Persönlichkeitsstruktur und Therapiemöglichkeiten, in: Walter Bersch (Hg.), Gewalt in der Familie, Heidelberg 1990.
- Wyre, Ray/Hilary Eldrige:** The treatment programme at the Gracewell-Clinic in Birmingham, unveröffentlichtes Manuskript, Birmingham 1990.
- Wodtke-Werner, Verena/Ursula Mähne (Hg.):** "Nicht wegschauen!". Vom Umgang mit Sexual(straf)tätern. Schwerpunkt Kindesmissbrauch, Baden-Baden 1999.
- Wulf, Rüdiger/Rainer Goderbauer:** Therapie von Sexualstraftätern im baden-württembergischen Justizvollzug - Konzeption, Erfahrungen und Perspektiven, in: Wodtke-Werner, a.a.O., S. 109-122.