



Zusammenfassung

Haftungsausschluss: Der Autor und die Fachschaft Jus Luzern (Fajulu) übernehmen keinerlei Gewähr hinsichtlich der inhaltlichen Richtigkeit, Genauigkeit, Aktualität, Zuverlässigkeit und Vollständigkeit der Informationen. Haftungsansprüche gegen den Autor oder die Fajulu wegen Schäden materieller oder immaterieller Art, welche aus dem Zugriff oder der Nutzung bzw. Nichtnutzung der Zusammenfassung entstehen werden ausgeschlossen.

Strafrecht Psychiatrie Psychologie

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Einführung: Strafrechtliche Perspektive | 1 |
| 1.1 | Einstieg | 1 |
| 1.1.1 | Einstiegsfall A:..... | 2 |
| 1.1.2 | Einstiegsfall B: | 3 |
| 1.1.3 | Erste wichtige Fragen und Erkenntnisse | 5 |
| 1.1.4 | Schema Freiheitsstrafe oder Massnahme anordnen | 5 |
| 1.1.5 | Zentrale Unterscheidung Selbstgefährdung & Fremdgefährdung..... | 6 |
| 1.1.6 | Urteile zu Fremdgefährdung & Selbstgefährdung | 7 |
| 1.1.7 | Strafrecht und Strafprozessrecht | 8 |
| 1.2 | Therapeutische Massnahmen + Verwahrung | 10 |
| 1.2.1 | Arten von Massnahmen | 11 |
| 1.2.2 | Grundsätze des Massnahmenrechts | 11 |
| 1.2.3 | Gefahrenabwehr | 12 |
| 1.2.4 | Verhältnismässigkeit | 14 |
| 1.2.5 | Prüfschema Massnahmen | 16 |
| 1.2.6 | Anlasstat..... | 17 |
| 1.2.7 | «Schwere psychische Störung» | 17 |
| 1.2.8 | Konnex zwischen Anlasstat und Störung | 19 |
| 1.2.9 | Prognose / Risiko usw. (Art. 56 Abs. 3 lit. a-c StGB)..... | 19 |
| 1.3 | Rechtsprogramme im Detail..... | 20 |
| 1.3.1 | «Flexibilität des Massnahmenrechts» | 20 |
| 1.3.2 | Schema für Falllösung StGB 59-Massnahme..... | 22 |
| 1.4 | Rechtsprogramm Vertiefung (StGB-Kommentar)..... | 23 |
| 1.4.1 | Art. 56 StGB | 23 |
| 1.4.2 | Art. 56a StGB | 27 |
| 1.4.3 | Art. 57 StGB | 27 |
| 1.4.4 | Art. 58 StGB | 28 |
| 1.4.5 | Art. 59 StGB | 28 |
| 1.4.6 | Art. 60 StGB | 31 |
| 1.4.7 | Art. 63 StGB | 31 |
| 1.4.8 | Art. 64 StGB | 33 |
| 1.4.9 | Art. 65 StGB | 36 |
| 2 | Einführung (Psychiatrische Perspektive)..... | 39 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.1 | Forensische Psychiatrie: Begriff & Geschichte..... | 39 |
| 2.1.1 | Was ist forensische Psychiatrie nicht? | 39 |
| 2.1.2 | Forensische Psychiatrie/Psychotherapie | 40 |
| 2.1.3 | Forensische Psychiatrie zwischen Psychiatrie und Justiz | 40 |
| 2.1.4 | Geschichte der forensischen Psychiatrie..... | 40 |
| 2.1.5 | Krise der forensischen Psychiatrie..... | 42 |
| 2.2 | Aufgaben der forensischen Psychiatrie (am Beispiel KFP) | 43 |
| 2.2.1 | Aufgaben der KFP/Behandlungskette | 43 |
| 2.2.2 | Organigramm | 44 |
| 2.2.3 | Zentrum für stationäre forensische Therapie (ZSFT) – Patientinnenkollektiv | 44 |
| 2.2.4 | Zentrum für ambulante forensische Therapie (ZAFT): Ambulatorium | 45 |
| 2.2.5 | Zentrum für Kinder- und Jugendforensik | 45 |
| 2.2.6 | Gefängnisversorgung: Konsultationen | 46 |
| 2.2.7 | Forensisch psychiatrische Abklärungs- und Beratungsstellen | 47 |
| 2.2.8 | Präventionsstelle Pädosexualität..... | 47 |
| 2.2.9 | Multifaktorielles Bedingungsgefüge der Sexualdelinquenz..... | 48 |
| 2.3 | Therapeutische Massnahme..... | 50 |
| 2.3.1 | Anordnung von Massnahmen | 50 |
| 2.3.2 | Stationäre Massnahmen..... | 50 |
| 2.3.3 | Zentrum für stationäre forensische Therapie (ZSFT) – Liegezeiten..... | 50 |
| 2.3.4 | Rückfallraten im Vergleich..... | 51 |
| 2.3.5 | Zwangskontext und therapeutische Beziehung..... | 51 |
| 2.3.6 | Zwischenfazit..... | 52 |
| 2.4 | Diagnosen und diagnostischer Prozess in der Psychiatrie..... | 52 |
| 2.4.1 | Diagnostik in der Psychiatrie/Psychotherapie | 52 |
| 2.4.2 | Abhängigkeit des Befundes vom psychopathologischen Grundverständnis..... | 52 |
| 2.4.3 | Real-Definition von psychischen Krankheiten | 52 |
| 2.4.4 | Nominal-Definition von psychischen Krankheiten | 53 |
| 2.4.5 | Entwicklung zu Nominaldefinitionen | 53 |
| 2.4.6 | Geschichte/Rationale der Klassifikationssysteme: Fehlende Gültigkeit/Überprüfbarkeit | 53 |
| 2.4.7 | Wer bestimmt, was psychisch krank bzw. gestört ist?..... | 54 |
| 2.4.8 | Nominal-Definition von psychischen Krankheiten | 54 |
| 2.4.9 | Haltung Bundesgericht | 54 |
| 2.4.10 | Gefährlichkeit | 55 |
| 2.4.11 | Fotres | 55 |
| 2.4.12 | Risikomerkmale in Gefängnispopulationen | 55 |
| 2.4.13 | Fazit: Handwerk..... | 55 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.4.14 | Psychiatriejustiz / Justizpsychiatrie..... | 56 |
| 2.4.15 | Das diagnostische Instrument der psychopathologischen Befunderhebung..... | 56 |
| 2.4.16 | Es geht um..... | 56 |
| 2.4.17 | Erscheinungsbild und Art der Kontaktaufnahme..... | 57 |
| 2.4.18 | Bewusstsein und Orientierung..... | 57 |
| 2.4.19 | Psychomotorik..... | 58 |
| 2.4.20 | Antrieb, Intentionalität, Wille..... | 59 |
| 2.4.21 | Affektivität..... | 59 |
| 2.4.22 | Denken und Sprechen..... | 60 |
| 2.4.23 | Befürchtungen und Zwänge..... | 61 |
| 2.4.24 | Wahn..... | 61 |
| 2.4.25 | Sinnestäuschungen..... | 62 |
| 2.4.26 | Ich-Störungen..... | 63 |
| 2.4.27 | Persönlichkeitsmerkmale..... | 64 |
| 2.5 | Forensisch relevante psychische Störung..... | 64 |
| 2.5.1 | Einstellung zu psychischen Erkrankungen..... | 64 |
| 2.5.2 | Wieviel % der Bevölkerung hat jemals (Life Time) eine oder mehrere psychische Störungen gehabt? | 65 |
| 2.5.3 | Stimmt das?..... | 65 |
| 2.5.4 | Begünstigen psychische Störungen zwischenmenschliche Gewaltanwendung?..... | 65 |
| 2.5.5 | Schwedische Kohorten-Studie (2001-2008)..... | 66 |
| 2.5.6 | Multifaktorielles Bedingungsgefüge der Delinquenz..... | 67 |
| 2.5.7 | Komplexe Wechselwirkungen..... | 67 |
| 2.5.8 | Komplexe Verknüpfungen..... | 67 |
| 2.5.9 | Störungsbilder: Psychosen..... | 68 |
| 2.5.10 | Störungsbilder: Affektive Störungen..... | 73 |
| 2.5.11 | Störungsbilder: Abhängigkeitserkrankungen..... | 78 |
| 2.5.12 | Störungsbilder: Persönlichkeitsstörungen..... | 82 |
| 2.5.13 | Störungsbilder: Sexualpräferenz..... | 87 |
| 3 | Sexualdelinquenz (Klinikbesuch)..... | 89 |
| 3.1 | Ursachen / Entstehungsmodelle von Sexualdelinquenz..... | 89 |
| 3.1.1 | Einflussfaktoren..... | 89 |
| 3.1.2 | Genetik und Neurobiologie..... | 89 |
| 3.1.3 | Psychologische Erklärungsmodelle..... | 90 |
| 3.2 | Psychische Störungen..... | 90 |
| 3.2.1 | Psychische Störungen bei Sexualstraftätern..... | 90 |
| 3.2.2 | Vulnerabilitätsmarker und risikoe erhöhende Faktoren..... | 91 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.2.3 | Paraphile Interessen in der Allgemeinbevölkerung | 91 |
| 3.2.4 | Paraphile Störung ICD-11 | 92 |
| 3.2.5 | Achsen der sexuellen Präferenzstruktur | 92 |
| 3.2.6 | Pädophilie..... | 93 |
| 3.2.7 | Sexueller Sadismus..... | 93 |
| 3.2.8 | Sexual Compulsive Behavior Disorder (ICD-11) | 94 |
| 3.2.9 | Prävalenz CSBD / Hypersexualität..... | 94 |
| 3.3 | Risikobeurteilung | 94 |
| 3.3.1 | Beurteilungsschritte | 94 |
| 3.3.2 | Basisraten und Rückfälligkeit | 95 |
| 3.3.3 | Delinquenz-Rückfälligkeit (Studie) | 95 |
| 3.3.4 | Prognoseinstrumente bei Sexualstraftaten | 95 |
| 3.3.5 | Static-99 | 95 |
| 3.3.6 | Stable-2007 | 96 |
| 3.3.7 | Relevante dynamische Risikofaktoren | 96 |
| 3.4 | Behandlung | 97 |
| 3.4.1 | R-N-R Modell..... | 97 |
| 3.4.2 | Good Lives Model..... | 97 |
| 3.4.3 | Medikamentöse Behandlungsstrategien | 98 |
| 3.4.4 | Delinquenz-Rückfallrate nach Behandlung | 98 |
| 3.5 | Exkurs: Dunkelfeld und Prävention..... | 98 |
| 3.5.1 | Prävalenz sexueller Traumatisierung und Dunkelfeld..... | 98 |
| 3.5.2 | Sexueller Kindsmisbrauch: Täter | 99 |
| 3.5.3 | Politische Entwicklung in der Schweiz | 99 |
| 3.5.4 | Angebot der Präventionsstelle Pädosexualität | 99 |
| 3.5.5 | Vorstellungsgründe | 99 |
| 4 | Gutachtenerstellung | 100 |
| 4.1 | Aktenauswertung..... | 100 |
| 4.1.1 | Relevanz des Aktenstudiums | 100 |
| 4.1.2 | Informationsquellen..... | 100 |
| 4.1.3 | Anknüpfungstatsachen | 101 |
| 4.1.4 | Interpretation der Akteninformationen..... | 101 |
| 4.1.5 | Darstellung der Aktenlage..... | 101 |
| 4.1.6 | Konsequenzen fehlerhaften Aktenstudiums..... | 102 |
| 4.2 | Interview und Befund..... | 102 |
| 4.2.1 | Gliederung..... | 102 |
| 4.2.2 | Grundlagen des Interviews → <i>Dieses Kapitel wird an der Prüfung nicht gross abgefragt</i> | 102 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 4.2.3 | Probleme bei der Begutachtung → <i>kurz angeschaut im Unterricht</i> | 103 |
| 4.3 | Aufbau des Gutachtens | 105 |
| 4.3.1 | Aktenlage | 105 |
| 4.3.2 | Eigene Erhebungen | 106 |
| 4.3.3 | Befunde | 106 |
| 4.3.4 | Diagnose..... | 106 |
| 4.3.5 | Zusammenfassung und Beurteilung..... | 106 |
| 4.4 | Psychopathologische Befunde | 106 |
| 4.4.1 | Grundlagen..... | 106 |
| 4.4.2 | Verhaltensbeobachtung..... | 107 |
| 4.4.3 | Psychische Funktionen | 107 |
| 4.4.4 | Persönlichkeitsdiagnostik..... | 107 |
| 4.4.5 | Weitere Untersuchungen..... | 108 |
| 4.5 | Gutachtenqualität | 108 |
| 4.5.1 | Zur Legitimation von Fragen: DFG-Studie zur Gutachtenqualität 2004-2006..... | 108 |
| 4.5.2 | Formale Kritikpunkte..... | 108 |
| 4.5.3 | Sexualstraftäter: Praxis der Gutachtenerstellung..... | 109 |
| 4.5.4 | Inhaltliche Aspekte..... | 109 |
| 4.5.5 | Fazit | 110 |
| 4.6 | Wann sollte gezweifelt werden?..... | 110 |
| 5 | Sachverständigenverfahren und Sachverständigenrecht | 110 |
| 5.1 | Einleitung | 110 |
| 5.1.1 | Besondere Verantwortung der Strafbehörden, Sachverständiger und Verteidigung | 110 |
| 5.1.2 | Psychiater als heimliche Gutachter..... | 111 |
| 5.1.3 | Gutachterin der ersten Stunde | 112 |
| 5.1.4 | Erkenntnisse..... | 112 |
| 5.2 | Sachverständigenrecht nach StPO 182 ff..... | 113 |
| 5.2.1 | VSS für Beizug eines Sachverständigen (StPO 182)..... | 113 |
| 5.2.2 | Zeitpunkt der Begutachtung | 115 |
| 5.2.3 | Anforderungen den Sachverständigen (StPO 183) | 115 |
| 5.2.4 | Ernennung und Auftrag (StPO 184)..... | 116 |
| 5.2.5 | Ausarbeitung eines Gutachtens (StPO 185)..... | 118 |
| 5.2.6 | Stationäre Begutachtung (StPO 186) | 119 |
| 5.2.7 | Form des Gutachtens (StPO 187) | 119 |
| 5.2.8 | Stellungnahme der Partei (StPO 188) | 119 |
| 5.2.9 | Ergänzung und Verbesserung des Gutachtens (StPO 189) | 119 |
| 5.2.10 | Entschädigung (StPO 190)..... | 120 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 5.2.11 | Pflichtversäumnis (StPO 191)..... | 120 |
| 5.2.12 | Parteigutachten..... | 120 |
| 5.2.13 | Beweiswürdigung & Rechtsanwendung..... | 120 |
| 5.3 | Prognose- und Schuldgutachten im Besonderen..... | 121 |
| 5.3.1 | Prognosegutachten | 121 |
| 5.3.2 | Schuldgutachten..... | 123 |
| 5.4 | Wichtige BGE zum Sachverständigenrecht | 124 |
| 5.4.1 | Zusatztatsachen: einfache Erhebungen – Kompetenzüberschreitungen des Sachverständigen | 124 |
| 5.4.2 | Psychiatrisches Gutachten zur Begründung des Tatverdachts? | 125 |
| 5.4.3 | Mängel im Gutachten sind stets konkret und begründet zu rügen | 125 |
| 6 | Schuld..... | 126 |
| 6.1 | Schuldfähigkeit..... | 126 |
| 6.1.1 | StGB 19 → Schuldunfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit | 126 |
| 6.1.2 | Alte Begriffe..... | 126 |
| 6.1.3 | ICD-10 bzw. DSM-5..... | 126 |
| 6.1.4 | Mögliche Störungen für Schuldinderung | 127 |
| 6.1.5 | Einsichts- und Steuerungsfähigkeit | 127 |
| 6.1.6 | Argumente für eine Quantifizierung | 128 |
| 6.2 | Begutachtung | 128 |
| 6.2.1 | Organdiagnostik | 128 |
| 6.2.2 | Intelligenzminderungen | 129 |
| 6.2.3 | Determination des Verhaltens | 129 |
| 6.2.4 | Laborparameter | 130 |
| 6.2.5 | Alkohol | 130 |
| 6.2.6 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10)..... | 131 |
| 6.2.7 | Quantifizierung..... | 131 |
| 6.2.8 | Fragen..... | 131 |
| 6.2.9 | Einsichts-, Steuerungsfähigkeit | 134 |
| 6.2.10 | Indikatoren für verminderte Einsichts- und Steuerungsfähigkeit | 135 |
| 6.2.11 | Gegenargumente dass keine Beeinträchtigung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit vorliegt | 135 |
| 6.3 | Schuld im Strafrecht (Handout) | 137 |
| 6.3.1 | Allgemein..... | 137 |
| 6.3.2 | Schuld im Verbrechenaufbau | 138 |
| 6.3.3 | Begriff der Schuld im Strafrecht..... | 138 |
| 6.3.4 | Voraussetzungen der Schuld | 140 |
| 6.3.5 | Schuldfähigkeit..... | 140 |
| 6.3.6 | Schuldunfähigkeit aufgrund jugendlichen Alters | 141 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 6.3.7 | Schuldunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen..... | 141 |
| 6.3.8 | Irrtum über die Rechtswidrigkeit (= Verbotsirrtum)..... | 143 |
| 6.3.9 | Arten der Irrtümer über die Rechtswidrigkeit (Verbotsirrtümer)..... | 144 |
| 6.3.10 | Zumutbarkeit..... | 144 |
| 7 | Behandlungsplan und Behandlung | 145 |
| 7.1 | Massnahmen allgemein | 145 |
| 7.2 | Rechtlicher Einblick..... | 146 |
| 7.2.1 | Dualistische Systeme..... | 146 |
| 7.2.2 | Schweizer System..... | 146 |
| 7.2.3 | Arten von Massnahmen | 147 |
| 7.2.4 | Behandlungsoptionen | 147 |
| 7.2.5 | Massnahmenvollzug: Einweisung und Entlassungen..... | 147 |
| 7.2.6 | Anordnung zu einer Massnahme | 148 |
| 7.2.7 | Gesellschaftliche Entwicklung: Therapie statt Verwahrung | 148 |
| 7.2.8 | steigende Kosten..... | 149 |
| 7.2.9 | Mangel an Therapieplätzen | 149 |
| 7.2.10 | Allgemeine Grundsätze für Massnahmen..... | 149 |
| 7.2.11 | Mehrere Massnahmen (StGB 56)..... | 150 |
| 7.2.12 | Verhältnis von Strafe und Massnahme (StGB 57)..... | 151 |
| 7.3 | Massnahmenindikation..... | 151 |
| 7.3.1 | Diagnostische Abklärung..... | 151 |
| 7.3.2 | Identifizierung der Gruppe der «unbehandelbaren» Täter | 152 |
| 7.4 | Stationäre Behandlung..... | 152 |
| 7.4.1 | Voraussetzungen (StGB 59)..... | 152 |
| 7.4.2 | Vollzug (StGB 59)..... | 153 |
| 7.4.3 | Voraussetzungen (StGB 60)..... | 153 |
| 7.4.4 | Vollzug (StGB 60)..... | 153 |
| 7.4.5 | Voraussetzungen (StGB 61)..... | 153 |
| 7.4.6 | Vollzug (StGB 61)..... | 154 |
| 7.5 | Ambulante Massnahmen | 154 |
| 7.5.1 | Voraussetzungen (StGB 63)..... | 154 |
| 7.5.2 | Vollzug der Freiheitsstrafe (StGB 63 b) | 154 |
| 7.5.1 | Differenzierte Massnahmeempfehlung: Leitfall..... | 155 |
| 8 | Zwangsbehandlung | 156 |
| 8.1 | Elektrokonvulsionstherapie (EKT) | 156 |
| 8.2 | Urteile Bundesgericht | 156 |
| 8.2.1 | Zwangswiseses EKT | 156 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 8.2.2 | Zwangswise Medikation..... | 157 |
| 9 | Behandlung, Behandlungsziel, Behandlungserfolg und Aussichtslosigkeit (Strafrecht)..... | 158 |
| 9.1 | Zusammenhang zw. Diagnose und Behandlung? | 158 |
| 9.2 | Recht auf Behandlung / Therapie?..... | 159 |
| 9.3 | Therapierbarkeit..... | 159 |
| 9.3.1 | Begriff..... | 159 |
| 9.3.2 | Therapierbarkeit am Anfang | 159 |
| 9.3.3 | Therapierbarkeit herstellen | 159 |
| 9.3.4 | Therapierbarkeit während oder am Ende..... | 160 |
| 9.3.5 | Fehlende Therapierbarkeit – Verwahrung..... | 160 |
| 10 | Ambulante forensische Suchtmassnahmen..... | 160 |
| 10.1 | Grundlagen der Abhängigkeitserkrankungen | 160 |
| 10.1.1 | Berauscht euch mit Wein, mit Versen oder mit Tugend..... | 160 |
| 10.1.2 | Eine Annäherung..... | 161 |
| 10.1.3 | Sozialwissenschaftliche Suchtforschung | 161 |
| 10.1.4 | Häufigkeit und Folgen von Substanzkonsum..... | 161 |
| 10.1.5 | Definition und Einteilung nach ICD-10..... | 162 |
| 10.1.6 | Ätiopathogenese von Abhängigkeit | 164 |
| 10.1.7 | Psychische Komorbiditäten bei Substanzstörungen – Das Konzept Dual-/Doppeldiagnose | 165 |
| 10.1.8 | The Self Medication Hypothesis of Addictive Disorders..... | 166 |
| 10.1.9 | Sucht als Traumafolgestörungen..... | 166 |
| 10.1.10 | Circulus vitiosus der Traumefolgestörung | 167 |
| 10.1.11 | Abhängigkeitsdynamik, Konflikt und Struktur in der OPD 2..... | 167 |
| 10.1.12 | Der Wunsch nach Rausch gehört zum Menschsein | 168 |
| 10.2 | Alkoholgebrauchsstörungen..... | 168 |
| 10.2.1 | Screening – Instrumente: AUDIT/AUDIT-c..... | 168 |
| 10.3 | Kokain-Gebrauchsstörungen..... | 169 |
| 10.3.1 | Schätzungen des Kokainkonsums in Europa basierend auf Abwasseranalysen | 169 |
| 10.3.2 | Konsumformen..... | 169 |
| 10.3.3 | Wirkmechanismus und Wirkung | 169 |
| 10.3.4 | Risiken und Folgeerkrankungen | 170 |
| 10.4 | Heroin und Opiatabhängigkeit..... | 171 |
| 10.4.1 | Heroin..... | 171 |
| 10.5 | Cannabis..... | 172 |
| 10.5.1 | Historischer Hintergrund..... | 172 |
| 10.5.2 | Aktuelle Trends | 172 |
| 10.5.3 | Potenz..... | 173 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 10.5.4 | Abhängigkeit | 173 |
| 10.5.5 | Psychose | 173 |
| 10.6 | Forensische Aspekte..... | 173 |
| 10.6.1 | Klientel | 173 |
| 10.6.2 | Überlegungen..... | 174 |
| 10.6.3 | Juristischer Rahmen | 174 |
| 10.6.4 | Psychiatrischer Rahmen | 175 |
| 10.6.5 | Behandlung und Risk Management | 176 |
| 10.7 | Ambulante forensische Therapien – Fallbeispiele | 177 |
| 10.7.1 | Fallvorstellung Herr M..... | 177 |
| 11 | Forensisch-psychiatrische Risikoevaluation..... | 179 |
| 11.1 | Einführung..... | 179 |
| 11.1.1 | Die pessimistische Position | 179 |
| 11.1.2 | Die optimistische Position der Laplace'sche Dämon | 179 |
| 11.1.3 | Die realistische Option | 180 |
| 11.1.4 | Handlung | 180 |
| 11.1.5 | Können wir Gewalthandlungen vorhersagen?..... | 181 |
| 11.1.6 | Kritische Tage und Tageszeiten..... | 181 |
| 11.2 | Standardisierte Kriminalprognose | 181 |
| 11.2.1 | Eine Systematik | 181 |
| 11.2.2 | Standardisierte Instrumente / Empirie | 182 |
| 11.2.3 | Basisraten..... | 182 |
| 11.2.4 | VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) | 183 |
| 11.2.5 | Schweregrad des Rückfalls (ODARA)..... | 185 |
| 11.2.6 | Static-99 | 185 |
| 11.2.7 | Static-99-R..... | 188 |
| 11.2.8 | PCL-R | 189 |
| 11.3 | Individualprognose: Mindestanforderungen..... | 190 |
| 11.3.1 | Anforderungen an das Gutachten: Die juristische Sicht | 190 |
| 11.3.2 | Formelle Mindestanforderungen..... | 191 |
| 11.3.3 | Mehrdimensionale Untersuchung | 191 |
| 11.3.4 | Darstellung individueller Risikofaktoren | 191 |
| 11.3.5 | Delinquenzhypothese / Fallkonzept..... | 192 |
| 11.3.6 | Darstellung der Persönlichkeitsentwicklung seit der Anlasstat | 192 |
| 11.3.7 | Einschätzung des künftigen Verhaltens und des Rückfallrisikos..... | 193 |
| 11.4 | Integrative Kriminalprognose..... | 193 |
| 11.4.1 | Beurteilungsschritte einer integrativen Kriminalprognose..... | 193 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 11.5 | Risikokommunikation..... | 195 |
| 11.5.1 | Fragen..... | 195 |
| 11.5.2 | Bewertung von Wahrscheinlichkeitsniveaus | 196 |
| 11.5.3 | Was bedeutet niedriges / hohes Rückfallrisiko? | 196 |
| 11.5.4 | Optionen | 196 |
| 11.5.5 | Alle Wahrscheinlichkeiten sind relativ | 197 |
| 11.6 | «Kriminalprognose» ist der falsche Begriff..... | 197 |
| 11.6.1 | Prognoseentscheidung und Ergebnis..... | 197 |
| 11.6.2 | Risikoerfassung..... | 198 |
| 11.6.3 | Veränderungspotential / Risikomanagement | 198 |
| 11.6.4 | Szenarien | 199 |
| 11.7 | Fazit | 199 |
| 12 | Prognosen im Strafrecht | 200 |
| 12.1 | Überblick | 200 |
| 12.1.1 | Begriff / Definition..... | 200 |
| 12.1.2 | Rechtliche Normen..... | 200 |
| 12.1.3 | Prognose Sachverhalte (bekannter Denkvorgang) | 200 |
| 12.1.4 | Formelles Recht..... | 201 |
| 12.1.5 | Materielles Recht | 201 |
| 12.2 | Lehrreicher Entscheid des Bundesgerichts zu StGB 56 und 59..... | 203 |
| 12.3 | Prognoseforschung | 203 |
| 12.3.1 | Prognostische Vorgehensweise in der Medizin | 203 |
| 12.3.2 | Alltagsprognosen & wissenschaftliche Prognoses | 204 |
| 12.3.3 | Prognosen im Strafrecht | 204 |
| 12.3.4 | Statistische Prognosen & Tabellenprognosen | 205 |
| 12.3.5 | Strukturprognosen | 206 |
| 12.3.6 | Intuitive Prognose | 206 |
| 12.3.7 | Klinische Einzelfallprognose | 206 |
| 13 | Aussagepsychologie (Klinikbesuch)..... | 207 |
| 13.1 | Was beinhaltet die Aussagepsychologie? | 207 |
| 13.1.1 | Abgrenzung Aussagefähigkeit / -tüchtigkeit | 207 |
| 13.1.2 | Beurteilung der Glaubhaftigkeit..... | 207 |
| 13.1.3 | Aussage-gegen-Aussage Konstellation..... | 208 |
| 13.2 | Was sind falsche Erinnerungen? | 208 |
| 13.2.1 | Gedächtniskrieg (Höhepunkt 90er Jahre) | 208 |
| 13.2.2 | Fehleranfälligkeit des Gedächtnisses | 209 |
| 13.2.3 | Kernthema der Aussagepsychologie | 209 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 13.2.4 | Fehleranfälligkeit des Gedächtnisses – «suggestierte» falsche Erinnerungen..... | 210 |
| 13.2.5 | Fehleranfälligkeit des Gedächtnisses – «spontane» falsche Erinnerungen..... | 211 |
| 13.2.6 | Zwischenfazit..... | 212 |
| 13.2.7 | zeitlich verzögerter Bericht = falsche Erinnerung? | 212 |
| 13.2.8 | Psychopathologie / Widersprüche = falsche Erinnerung? | 213 |
| 13.2.9 | Trauma-Erinnerungen | 213 |
| 13.2.10 | Hinweise auf falsche Erinnerungen..... | 213 |
| 13.3 | (Wie) können Lügen erkannt werden? | 214 |
| 13.3.1 | Prüfung der Lügen-Hypothese | 214 |
| 13.3.2 | Merkmale für Glaubhaftigkeit..... | 214 |
| 13.4 | Exkurs: Was kann helfen, um eine umfangreiche Aussage zu erhalten? | 215 |
| 13.4.1 | Zeugenaussagen..... | 215 |
| 13.4.2 | Bemühungen, den Erinnerungsabruf zu verbessern..... | 216 |
| 13.4.3 | Standardisierung der Befragungstechnik..... | 216 |
| 13.5 | Was bedeutet dies für die Beurteilung der Glaubhaftigkeit? | 216 |
| 13.5.1 | Konsequenzen für die Beurteilung der Glaubhaftigkeit..... | 216 |
| 13.5.2 | Leitfragen | 216 |
| 13.5.3 | Fazit | 217 |
| 14 | Bespielfragen für die Prüfung | 218 |
| 15 | Prüfschema Freiheitsstrafe und / oder Massnahme | 219 |

1 Einführung: Strafrechtliche Perspektive

Beispiel: Autounfall und Verursacher steigt aus und sticht den Geschädigten ab. → Nicht automatisch psychische Störung! (Wenn psychische Störung → Massnahme; Wenn keine psychische Störung → dann harte Strafe)

1.1 Einstieg

Was sagen Ihnen diese psychischen Störungen?

- **Psychose**
 - Oberbegriff für psychische Erkrankungen
- **Schizophrenie** → Störung der Wahrnehmung
 - Wahnvorstellungen
 - Stimmen hören (häufig)
 - Nicht: gespaltene Persönlichkeit
- **Affektive Störung** (Depression, Manie, bipolare Störung)
 - Stresidepressionen
 - Manie → Hochgefühl
 - Bipolare Störung → Depression und Manie abwechselnd
 - Bspw. auch Bulimie
- **Abhängigkeitserkrankung (Sucht)**
 - Oftmals zusammen (komorbide) mit affektiven Störung (z.B. Psychosen, Schizophrenie usw.)
- **Paraphilie**
 - Sexualstörung → intensive, sexuell stimulierende Fantasien oder Verhaltensweisen, die unbelebte Objekte, Kinder, nicht einverständnissfähige Erwachsene oder eigene Qualen bzw. Erniedrigungen an sich selbst oder am Partner einbeziehen
 - Fehlvorstellung in Sexualverhalten
- **Persönlichkeitsstörung** (z.B. Psychopathie, Narzissmus, Bulemie)
 - Manual von WHO mit allen Krankheiten!
 - F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

→ Wird später im Detail behandelt

1.1.1 Einstiegsfall A:

Sachverhalt

Frau K., 23jährig, pöbelt am 25.2.2023 in einer Disco verschiedene Personen an, sie beleidigt diese und spuckt sie an. Zwei Gäste rufen die Security. Frau K. fühlt sich bedroht von der «STASI*» und geht mit einem Messer auf einen der beiden Gäste zu und sticht auf ihn ein, um die «Gefahr» auszulöschen.

Frau könnte Schizophrenie haben. Sie interpretiert die Gäste als böse.

Vorgehen im Fall A

Wer interveniert hier zuerst (Zuständigkeit)?

- *Polizei zuerst*
- *Muss direkt der Staatsanwaltschaft gemeldet werden → Staatsanwaltschaft kann vor Ort kommen, weil handelt sich um Schwere Körperverletzung, versuchte Tötung → **Schwere Fälle***

Welche rechtlichen Möglichkeiten bestehen, um unmittelbar auf den Vorfall intervenieren zu können?

*Zwischeninformation: Die forensische Psychiaterin stellt in ihrem Sachverständigengutachten **drei Monate** später folgendes fest: Frau K. war bereits als Teenagerin auffällig. Sie wurde als Jugendliche mehrmals stationär behandelt. Sie ist bis heute immer wieder wie von Angst zerfressen. Die Ärztin diagnostiziert eine **paranoide Schizophrenie**. Weiter wird im Gutachten festgehalten, dass es vorkommen kann, dass Frau K. **ausfällig** wird, wenn sie Alkohol getrunken hat. **Gewalttätig** ist sie bisher nicht geworden.*

→ ob Verwahrung oder Massnahme (Therapie) hängt davon ab, ob die Beschuldigte **therapierbar / behandelbar** ist oder nicht

- *Verwahrung? → Eher nicht, Schizophrenie ist therapierbar*
- *Person ist tendenziell gefährlich*
- **Wann verwahren wir und wann kommt eine therapeutische Massnahme?**
 - *Ist Störung therapierbar? → Wenn ja, dann therapeutische Massnahmen*
 - *Wenn Störung nicht therapierbar → Verwahrung*
 - **Persönlichkeitsstörungen sind i.d.R. nicht therapierbar**

Wie ist weiter vorzugehen?

- *Gutachten innert drei Monate*
- *Frau sitzt noch in U-Haft*
- *Könnte in Klinik untergebracht werden oder bleibt in Untersuchungshaft*
- *Anklage durch STA und beantragt **stationäre Massnahme** nach Art. 59 StGB (gestützt auf Gutachten) sowie **Freiheitsstrafe***
- *weil versuchte vorsätzliche Tötung → Freiheitstrafe von 12 bis 15 Jahre wird allerdings aufgeschoben zugunsten der Massnahme*
 - **bedingte Freiheitsstrafen** nur bei **Ersttätern** möglich, die **positive Legalprognose** haben und beantragte Strafe **max. 2 Jahre** ist
 - **ambulante Massnahme** nur, wenn der **Täter nicht gefährlich** ist → sie ist gefährlich

Solche Fälle könnten an Prüfung kommen

1.1.2 Einstiegsfall B:

Sachverhalt

Der 46-jährige Herr Y, Manager im höchsten Kader, ist wegen des Vorwurfs der **mehrfachen Vergewaltigung** in Untersuchungshaft. Bereits als 20-Jähriger wurde er wegen **versuchter Vergewaltigung** zu einer bedingten Freiheitsstrafe verurteilt. Die neuen Tatvorwürfe deuten stark auf **sadistische Handlungselemente** hin. Bei seinem Arbeitgeber ist er sehr geachtet und erfolgreich, seine frühere Partnerin bezeichnet ihn in der Einvernahme als Psychopathen. Der Beschuldigte bestreitet jegliches Fehlverhalten.

→ **Sadismus** deutet auf eine **Persönlichkeitsstörung**

Vorgehen im Fall B

Die **Staatsanwaltschaft** beauftragt eine forensisch psychiatrische Sachverständigenperson mit der psychiatrisch-psychologischen Begutachtung von **Schuldfähigkeit, Rückfallgefahr** und **Massnahmebedürftigkeit**. **Ist dies korrekt?**

→ korrekt, STA muss ein Gutachten in Auftrag geben

- *Staatsanwaltschaft muss **Schuldfähigkeit, Rückfallgefahr** (Legalprognose) und **Massnahmebedürftigkeit** (Therapiefähigkeit?) **abklären**, kann das aber nicht selbst
→ beauftragt forensisch psychiatrische Sachverständigenperson (Gutachten)*
- **Abklärung / Schema → Sehr wichtig! Siehe nachfolgendes Kapitel**
 - **1. Schuldfähigkeit?**
 - Grund: Freiheitstrafe möglich
 - Ja: Strafe
 - Nein: Keine Strafe
 - **2. Legalprognose/Rückfallgefahr?**
 - Ja: Massnahme
 - Nein: Keine Massnahme

*Zwischenresultat: Wenn beides verneint → **Freispruch***

- **3. Massnahmebedürftigkeit / Therapiefähigkeit?**
 - Ja: Therapie (ambulant oder stationär)
 - Nein: Verwahrung

Und dann: Die **Staatsanwaltschaft** klagt an und beantragt eine langjährige Freiheitsstrafe oder evtl. eine therapeutische/isolierende Massnahme. **Was würden Sie beantragen und aus welchen Gründen?**

- **Wiederholungsgefahr** kann **nicht ausgeschlossen** werden → spricht für Freiheitsstrafe
- Was ist Störungsbild / Krankheitsbild? → **sadistische Handlungselemente** sprechen für **Persönlichkeitsstörung**
- **Stationäre Behandlung** möglich, weil Täter ist gefährlich, ambulant daher nicht möglich, allerdings nur dann sinnvoll, wenn Täter behandelbar ist → **Persönlichkeitsstörungen** können nur schwer behandelt werden
- **Freiheitsstrafe?** → Wenn **Schuldfähigkeit** gegeben ist (bei Persönlichkeitsstörung i.d.R. schuldig) **Beides anordnen** und Freiheitstrafe **aufschieben** zugunsten einer stationären Massnahme

Und dann: Das **Gericht** verurteilt Y zu einer langjährigen Freiheitsstrafe oder evtl. zu einer therapeutischen oder isolierenden Massnahme. **Wie sähe Ihr Urteil aus und wie würden Sie es rechtlich begründen?**

- *Freiheitsstrafe*
- *Stationäre therapeutische Massnahme*

Begründung

1. **Schuldfähigkeit** vorhanden? → davon hängt ab, ob eine **Freiheitsstrafe** möglich ist oder nicht
 - Schuldfähigkeit **vorhanden** → **Freiheitsstrafe** möglich, **evtl.** auch **Massnahme**, siehe Punkt 2 & 3
 - Schuldfähigkeit **nicht** vorhanden → **nur Massnahme** möglich, **keine Freiheitsstrafe** möglich
 - Persönlichkeitsgestörte sind i.d.R. schuldfähig, daher Freiheitsstrafe & Massnahme möglich
2. **Legalprognose / Rückfallgefahr** → davon hängt ab, ob eine **Massnahme** möglich ist oder nicht
 - **Rückfallgefahr** vorhanden → **Massnahme** möglich
 - **keine** Rückfallgefahr → **keine Massnahme** möglich
 - Rückfallgefahr hoch → Massnahme möglich
3. **Massnahmebedürftigkeit / Therapiefähigkeit** → davon hängt ab, ob eine **Massnahme** oder die **Verwahrung** angeordnet wird
 - Therapiefähigkeit **nicht** vorhanden → **Verwahrung** (StGB 64 ff.)
 - Therapiefähigkeit **vorhanden** → **Therapie stationär** oder **ambulant**
 - **stationär** (StGB 59-60) → wenn Täter für Gesellschaft **gefährlich**
 - **ambulant** (StGB 63) → wenn Täter **nicht gefährlich** für Gesellschaft

→ Therapiefähigkeit eingeschränkt bei Persönlichkeitsstörungen, daher evtl. Freiheitsstrafe und Verwahrung in Kombination

→ falls Therapiefähigkeit vorhanden → Freiheitsstrafe und stationäre Massnahme, weil Täter gefährlich ist

1.1.3 Erste wichtige Fragen und Erkenntnisse

1. Stellt das StGB und StPO auf ausserrechtliche Begriffe ab, ist der Beizug von Sachverständigen und deren Gutachten unerlässlich.
 - **Zwei Fachgebiete:** Strafrecht und Psychiatrie / Psychologie → jedes System ist grundsätzlich für sich aber es gibt **Schnittmengen**
 - i. Sachverständigenrecht
 - ii. Gutachtenrecht
 - iii. StPO & Strafrecht
 - iv. Schnittfelder (heutige Probleme)
 - Psychiater und Psychologen handeln in **Methodenfreiheit**
 - **Ohne Anlasstat, kann kein psychiatrisches Gutachten und keine Legalprognose erstellt werden** (Anlasstat muss klar sein → bspw. Täter hat zweimal mit dem Messer zugestochen)
 - Gefahr muss bestimmt und reduziert werden
 - **Geständnisse beim Psychiater sind nicht verwertbar**, weil **nicht StPO-konform**, nur Geständnisse bei der STA sind verwertbar
 - **Psychiater kann kein Geständnis abnehmen**, aber muss trotzdem zur Anlasstat fragen → schwierig!
 - Bei **Explorationsgesprächen** mit Täter → **Darf Verteidiger dabei sein?**
2. Im Bereich SPP muss das Recht/die Rechtswissenschaft, die forensische Psychiatrie und die forensische Psychologie zusammenspielen. Wie funktioniert dies wohl?
 - STA stellt die Fragen, die beantwortet werden sollten (**Gutachtauftrag**)
 - Psychologe / Psychiater erstellt Gutachten nach eigenen Methoden (**Methodenfreiheit**) und beantwortet die gestellten Fragen
 - STA beurteilt dann das Gutachten bzw. welche **Schlüsse aus rechtlicher Sicht** aus dem Gutachten gezogen werden
3. Welche Voraussetzungen müssen in einem «Fall» erfüllt sein, damit die forensische Psychiatrie und die forensische Psychologie miteinbezogen werden dürfen und müssen?
 - Wenn es **Hinweise auf psychische Störungen** gibt

1.1.4 Schema Freiheitsstrafe oder Massnahme anordnen

Kann eine Massnahme oder Freiheitsstrafe angeordnet werden?

1. **Schuldfähigkeit** vorhanden? → davon hängt ab, ob eine **Freiheitsstrafe** möglich ist oder nicht
 - Schuldfähigkeit **vorhanden** → **Freiheitsstrafe** möglich, **evtl. auch Massnahme**, siehe Punkt 2 & 3
 - Schuldfähigkeit **nicht** vorhanden → **nur Massnahme** möglich, **keine Freiheitsstrafe** möglich

2. **Legalprognose / Rückfallgefahr** → davon hängt ab, ob eine **Massnahme** möglich ist oder nicht

- **Rückfallgefahr** vorhanden → **Massnahme** möglich
- **keine** Rückfallgefahr → **keine Massnahme** möglich

3. **Massnahmebedürftigkeit / Therapiefähigkeit** → davon hängt ab, ob eine **Massnahme** oder die **Verwahrung** angeordnet wird

- Therapiefähigkeit **nicht** vorhanden → **Verwahrung** (StGB 64 ff.)
- Therapiefähigkeit **vorhanden** → **Therapie stationär** oder **ambulant**
 - **stationär** (StGB 59-60) → wenn Täter für Gesellschaft **gefährlich**
 - **ambulant** (StGB 63) → wenn Täter **nicht gefährlich** für Gesellschaft

Streit Eins!

Härtere Strafen statt Massnahmen?

Massnahmen sind sehr teuer und müssen deshalb wirklich etwas bringen

Hochinteressant. Wir befinden uns in einem heftigen Streit zwischen Strafrechtswissenschaftlern und Forensikern!

Streit Zwei!

Ist jeder «schwere Straftäter» schwer psychisch gestört?

Nein!

1.1.5 Zentrale Unterscheidung Selbstgefährdung & Fremdgefährdung

| | |
|--|---|
| <p>Selbstgefährdung Fürsorgerische Unterbringung (FU) (Art.426-439 StGB)</p> <p>Selbstverletzung, gefährlich für einen selbst</p> <p>Suizid oder Selbstverletzung</p> | <p>Fremdgefährdung Präventivhaft (Art. 221 Abs. 1 Bst. c, 1bis und 2 StPO)</p> <p>→ Noch keine Straftat begangen</p> <p>Strafrechtliche Massnahme (Art. 56-65 StGB)</p> <p>→ Straftat wurde begangen</p> |
|--|---|

1.1.6 Urteile zu Fremdgefährdung & Selbstgefährdung

BGE 138 III 593: die vom ehemaligen Straftäter ausgehende Fremdgefährdung ist so zu berücksichtigen, als sich daraus eine persönliche Schutzbedürftigkeit der Person ergibt (Anordnung FFE nach Wegfall einer entsprechenden Massnahme des Jugendstrafrechts) Bestätigung dieser Rechtsprechung (Urteile 5A_614/2013 vom 22. November 2013 E. 3.2; 5A_500/2014 vom 8. Juli 2014 E. 2.2; 5A_692/2015 vom 11. November 2015; 5A_765/2015 vom 23. November 2015 E. 4.2; 5A_617/2016 vom 9. November 2016 E. 2.1.2)

Alte Rechtsprechung → siehe zur neuen Rechtsprechung unten

→ Trick des BGER: Wenn Person straffällig wird und jemand andern schädigt (Fremdgefährdung), dann schädigt sie sich wegen der erhaltenen Strafe auch selber

→ d.h. die **Strafe**, die man aufgrund der **begangenen Straftat** gegen eine andere Person erhält, ist die **Eigenschädigung**

→ daher konnte man früher auch bei **reiner Fremdgefährdung per FU eingewiesen** werden

Urteil des EGMR vom 30. April 2019 im Verfahren 1760/15 T.B. gegen Schweiz (angefochten war das Urteil 5A_500/2014 vom 8. Juli 2014)

- a. Gemäss Art. 5 Ziff. 1 lit. e EMRK können freiheitsentziehende Massnahmen gegen Personen, die an einer psychischen oder geistigen Störung leiden, wegen Fremdgefährdung ergriffen werden, sofern ein bedeutendes Risiko besteht, dass Dritten ein erheblicher Schaden zugefügt wird.
- b. Art. 426 ZGB bildet jedoch keine genügende gesetzliche Grundlage für die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung allein wegen Fremdgefährdung.
- c. Die Sichtweise des Bundesgerichts, dass aus einer erheblichen Fremdgefährdung auch eine Selbstgefährdung resultiert, wurde nicht als schlüssig erachtet.

→ **EGMR: Geht nicht!** Niemand kann selbstgefährdet werden über eine allfällige Strafe, die ihm aufgrund der Fremdgefährdung droht

BGE 145 III 441: Wenn eine Person allein deshalb (fürsorgerisch) untergebracht werden können soll, weil sie als fremdgefährlich eingeschätzt wird, muss der Gesetzgeber tätig werden.

Neue Rechtsprechung

→ **Fremdgefährdung führt nicht automatisch zur Selbstgefährdung**

Selbstgefährdung → FU

Fremdgefährdung → Strafrecht oder FU

Achtung → **Fremdgefährdung** geht immer **Selbstgefährdung vor**, da **Schutz der Gesellschaft vorgeht!**
D.h. wenn jemand wegen Eigen- und Fremdgefährdung in FU sitzt, dann wird er nicht entlassen, wenn die Eigengefährdung nicht mehr besteht

1.1.7 Strafrecht und Strafprozessrecht

1. Weshalb haben wir in der Schweiz (bei Fremdgefährdung) grundsätzlich kein eigenständiges Massnahmenrecht (Sicherheitsrecht) bzw. **weshalb** ist das **Massnahmenrecht** im **Strafrecht** **enthalten**?
 - Weil es eine **Anlasstat** braucht um die **Gefährlichkeit beurteilen zu können**, ansonsten kann man nicht wissen, ob jemand gefährlich ist oder nicht
 - **Anlasstat = Straftat**, somit **Strafrecht**
 - Richter muss Straftat (Anlasstat) beurteilen und entscheiden: **Strafe und / oder Massnahme** → muss deshalb **zusammengelegt** sein, sonst müssten 2 verschiedene Richter entscheiden
 - Es braucht eine äusserlich erkennbare Gefährdungssituation (Anlasstat)
 - Ausserdem haben wir ein **Verhältnismässigkeitsprinzip** (wobei **Strafe milder** ist als Massnahme, weil Massnahmen fast unendlich lange dauern können)

2. Zweck des Strafrechts ist es unter anderem, staatliche Eingriffe in die Grundrechte von uns zu begrenzen. Welches **Haupt-Begrenzungskriterium** gilt bei der **Strafe**, **welches** bei der **Massnahme**?
 - **Strafe** → **Schuld** und **Anlasstat**
 - **Massnahme** → **Verhältnismässigkeit** und **Gefährlichkeit**

3. Ist unser **dualistisch-vikariierendes System** mit Blick auf die Antwort auf die Frage zwei «logisch zwingend»? Müssen wir **immer**, wenn **jemand schuldig** ist eine **Strafe auferlegen** und müssen wir **immer**, wenn jemand **gefährlich** ist **zusätzlich** eine **Massnahme** auferlegen?
 - Nein, es ist **nicht zwingend**. Es könnte auch **nur** eine **Massnahme** angeordnet werden um die **präventive Wirkung** (keine weiteren Straftaten, Gefährlichkeit reduzieren) zu erhalten.
 - Aber wir wollen **Schuldstrafe**, deshalb genügt eine **Massnahme nicht**, sondern es wird **zusätzlich** eine **Strafe** auferlegt, wenn die Person **schuldig** ist.
 - Wenn Täter gefährlich ist, braucht es immer eine Massnahme um Gefährlichkeit zu reduzieren.

4. Bei **welchen Fragen** ist der **Strafrechtler** auf den **Psychiater** bzw. den **Psychologen angewiesen** und weshalb ist dies **strafprozessrechtlich** begründet so?

Bei **allen Fragen**, die mit der **Psyche** zu tun haben, weil Strafrechtler davon keine Ahnung haben

Wo haben die Fachgebiete/Systeme von Strafprozessrecht/Strafrecht und Psychiatrie/Psychologie «Berührungen» bzw. «Übergänge»?

StPO – Untersuchungshaft und Beweisrecht
Präventivhaft

- **Ohne Delikt**, aber **Ansätze** von **Gefährlichkeit** notwendig (z.B. Drohung, etwas in die Luft zu sprengen)
- **Psychiater** muss **Gefährlichkeit feststellen**

Sachverständigenrecht

- STA erteilt **Gutachtenauftrag** mit Fragen an Psychiater / Psychologen
- **Psychiater / Psychologe** erstellt **Gutachten**
- **Methodenfreiheit** bei Erstellung Gutachten

StGB – Verbrechenaufbau / Rechtsfolgen

Tatbestand

- **Psychiater fragt** auch zur **Anlasstat**
- Es darf es nicht, aber er tut es

Rechtswidrigkeit

- Psychiater wirkt teilweise mit (Schnittstelle)

Schuld

- **Schuldgutachten** durch Psychiater

Strafen/Massnahmen

- Psychiater wirkt mit (Schnittstelle)

Präventivhaft de lege lata

Art. 221 StPO (heute)

1 Untersuchungs- und Sicherheitshaft sind nur zulässig, wenn die beschuldigte Person eines Verbrechens oder Vergehens dringend verdächtig ist und ernsthaft zu befürchten ist, dass sie:
(...)

c. durch schwere Verbrechen oder Vergehen die Sicherheit anderer erheblich gefährdet, nachdem sie bereits früher gleichartige Straftaten verübt hat. (Wiederholungsgefahr)

2 Haft ist auch zulässig, wenn ernsthaft zu befürchten ist, eine Person werde ihre Drohung, ein schweres Verbrechen auszuführen, wahr machen. (Ausführungsgefahr)

- **Kollusionsgefahr / Verdunkelungsgefahr**
- **Fluchtgefahr**
- **Wiederholungsgefahr** (weitere Delikte, ähnlich den bereits begangenen wieder begehen)
→ man muss wegen **mind. 2 Taten** bereits **rechtskräftig verurteilt** worden sein
- **Ausführungsgefahr** → Drohung wahr machen

Präventivhaft de lege ferenda (ab 1.1.2024)

Art. 221 Abs. 1 Bst. C, 1bis und 2 (ab 1.1.2024)

1 Untersuchungs- und Sicherheitshaft sind nur zulässig, wenn die beschuldigte Person eines Verbrechens oder Vergehens dringend verdächtig ist und ernsthaft zu befürchten ist, dass sie:

c. (Wiederholungsgefahr!) durch Verbrechen oder schwere Vergehen die Sicherheit anderer unmittelbar erheblich gefährdet, nachdem sie bereits früher gleichartige Straftaten verübt hat. (...)

1bis (qual. Wiederholungsgefahr!) Untersuchungs- und Sicherheitshaft sind ausnahmsweise zulässig, wenn:

a. die beschuldigte Person dringend verdächtig ist, durch ein Verbrechen oder ein schweres Vergehen die physische, psychische oder sexuelle Integrität einer Person schwer beeinträchtigt zu haben; und

b. die ernsthafte und unmittelbare Gefahr besteht, die beschuldigte Person werde ein gleichartiges, schweres Verbrechen verüben.

2 (Ausführungsgefahr!) Haft ist auch zulässig, wenn die ernsthafte und unmittelbare Gefahr besteht, eine Person werde ihre Drohung, ein schweres Verbrechen auszuführen, wahrmachen.

- **Ausdehnung der Wiederholungsgefahr!** (Verschärfung)
 - Weiterhin, wenn **zwei rechtskräftige Verurteilungen**
 - **Aktuelle Strafuntersuchung genügt** (keine rechtskräftige Verurteilung nötig), man muss noch **keine Delikte begangen haben, dringender Tatverdacht genügt** (qualifizierte Wiederholungsgefahr)
- **Ausdehnung Ausführungsgefahr**

1.2 Therapeutische Massnahmen + Verwahrung

Rechtsprogramme im Überblick

Allg. Bestimmungen des Massnahmenrechts

- Art. 56 + 56a + 57 + 58 StGB

Stationäre Behandlung (3 verschiedene Massnahmen; aber junge Erwachsene **nicht prüfungsrelevant**)

- Art. 59 StGB (psychische Störungen)
- Art. 60 StGB (Sucht)
- Art. 61 StGB (Junge Erwachsene) → **nicht prüfungsrelevant**
- Art. 62, 62a, 62b, 62c, 62d StGB (Entlassung, Aufhebung etc.)

Ambulante Behandlung (zu bevorzugen, da weniger einschneidend)

- Art. 63 StGB (Ambulante Behandlung)
- Art. 63a, 63b StGB (Aufhebung etc.)

Verwahrung (= nicht therapiefähig)

- Art. 64 StGB (Verwahrung)
- Art. 64a, 64b, 64c StGB (Aufhebung, Entlassung etc.)

Änderung der Sanktion

- Art. 65 StGB

1.2.1 Arten von Massnahmen

Massnahmen (Therapeutisch)

- **Stationäre Behandlung** von **psychischen** Störungen (StGB 59) → kleine Verwahrung
- **Stationäre Suchtbehandlung** (StGB 60)
- **Ambulante** Behandlung von **psychischen** Störungen oder **Sucht** (StGB 63)

Verwahrung (isolierend)

- **Verwahrung** aufgrund **Persönlichkeitsmerkmale** des Täters (StGB 64 Abs. 1 lit. a)
- **Verwahrung** aufgrund anhaltender oder langdauernder **psychischen** Störung (StGB 64 Abs. 1 lit. b)

Zentrale Einstiegsfragen für Ihre Falllösung:

1. Ist eine **Strafe genügend** oder ist eine **therapeutische oder isolierende Massnahme** erforderlich?
 - Ob Strafe und / oder Massnahme hängt von **Schuldfähigkeit** und **Legalprognose** ab
 - **Strafe** ist **milder** als Massnahme (Grundsatz der **Verhältnismässigkeit**)
2. Ist ein **therapeutische Massnahme** geeignet und genügend oder ist eine **isolierende Massnahme** (Verwahrung) erforderlich?
 - Hängt von **Therapierbarkeit** ab
3. Sie möchten eine therapeutische Massnahme anordnen, genügt aus Ihrer Sicht eine **ambulante Behandlung** oder ist eine **stationäre Behandlung** der Störung erforderlich?
 - Hängt von **Gefährlichkeit** ab

→ siehe auch Schema bzgl. Strafe oder Massnahme

1.2.2 Grundsätze des Massnahmenrechts

Übersicht

Grundsätze

- A. Gefahrenabwehr
 - Begriffsbestimmung
 - Relativität des Begriffs

- «Behandlungsbedürftigkeit» und «Gefahrenabwehr»
- Gründe für eine «Behandlungsbedürftigkeit»
- Grenzen der Gefahrenabwehr

B. Verhältnismässigkeit

- Einordnung des Begriffs
- Eignung
- Erforderlichkeit (Übermassverbot)
- Zweck-Mittel-Relation
- Untermassverbot
- Subsidiarität

Grundsätze stationäre therapeutische Massnahmen

- Anlasstat
- Schwere psychische Störung
- Konnex zwischen Anlasstat und Störung
- Sachverständige Begutachtung
- Zusammenfassung

1.2.3 Gefahrenabwehr

a. **Begriffsbestimmung**

Strafen bezwecken einen Schuldausgleich. Therapeutische Massnahmen + Verwahrung dienen demgegenüber primär der **Gefahrenabwehr**, einem **spezialpräventivem Zweck**. Der entsprechende staatsrechtliche Terminus lautet «**öffentliches Interesse**». Das Ziel der Gefahrenabwehr wird im StGB konkretisiert:

Art. 56 Abs. 1 lit. b StGB → Eine **Massnahme** ist anzuordnen, wenn:

- ein **Behandlungsbedürfnis** des Täters besteht → **Therapie** bzw. positive Spezialprävention oder
- die **öffentliche Sicherheit** dies **erfordert** → **Isolation** bzw. negative Spezialprävention

b. **Relativität des Begriffs (Gefährlichkeitsbegriffs)**

Unterliegt der Begriff der «**Gefahr**» dem gesellschaftlichen Wandel? *Bspw. war Homosexualität bis vor wenigen Jahren noch als Gefahr in Österreich aufgeführt (psychische Störung, Gefahr für die Gesellschaft)*

«Hat der Täter schon zahlreiche Verbrechen oder Vergehen vorsätzlich verübt und wurde ihm deswegen durch Zuchthaus- oder Gefängnisstrafen oder eine Arbeitserziehungsmassnahme die Freiheit während insgesamt mindestens zwei Jahren entzogen, oder war er an Stelle des Vollzugs von Freiheitsstrafen bereits als Gewohnheitsverbrecher verwahrt, und begeht er innert fünf Jahren seit der endgültigen Entlassung ein neues vorsätzliches Verbrechen oder Vergehen, das seinen Hang zu Verbrechen oder Vergehen bekundet, so kann der Richter an Stelle des Vollzuges einer Zuchthaus- oder Gefängnisstrafe Verwahrung anordnen» (Art. 42 aStGB).

→ Landstreicher, Kleindiebe, Gewohnheitsverbrecher → früher hat Gesellschaft dies als gefährlich betrachtet

→ **Schuldstrafrecht vs. Kriminal-Sicherheitsrecht (= gar keine Delinquenten wollen)**

c. «Behandlungsbedürftigkeit» und «Gefahrenabwehr»

«Behandlungsbedürftigkeit» und «Gefahrenabwehr» stehen in einem engen Zusammenhang. Der spezialpräventive Zweck der **Gefahrenabwehr** gebietet, **behandlungsbedürftige Täter** zu therapieren. Vgl. **Art. 56 Abs. 1 lit. b StGB**

→ wenn Täter **nicht therapiefähig**, dann bleibt die **Gefährlichkeit unverändert**, weil man ja nichts verbessern kann

Das Kriterium der «**Behandlungsbedürftigkeit**» steht mit zahlreichen verfassungsmässigen Rechten und Prinzipien in Konflikt, u.a.:

- **Rechtsgleichheit** → Täter werden trotz **gleichartiger Delikte ungleich behandelt**, weil **Behandlungsbedürftigkeit** wird unterschiedlich eingeschätzt
- **Rechtssicherheit** → Welche **Störungen als behandlungsbedürftig** gelten, unterliegen dem **zeitlichen Wandel** → früher wurde Homosexualität als Störung betrachtet
- **Recht auf Persönlichkeit** → **Andersartigkeit** von Menschen verdient **verfassungsrechtlichen Schutz**

d. Gründe für eine «Behandlungsbedürftigkeit»

Weshalb ist eine Person **behandlungsbedürftig**? Wie deviant muss eine Person sein, dass der Staat eingreifen kann?

Wo liegen die **Ursachen** für **kriminelle Handlungen**? Bestimmte strafrechtlich relevante psychische Störungen (z.B. Psychopathie) können hirnbiochemische, genetische und/oder soziale Ursachen haben. Soll z.B. eine Gesellschaft, deren Struktur bereits so beschaffen ist, dass sie delinquente Personen hervorbringt bzw. hervorbringen kann, gegenüber diesen Personen auch schuldüberschreitende Massnahmen anordnen dürfen?



e. Grenzen der Gefahrenabwehr

Der **Zweck** der **Gefahrenabwehr** findet seine **Grenze** z.B. in der **Menschenwürde** (Art. 7 BV). Über Betroffene darf nicht in rein instrumenteller Weise verfügt werden mit dem «mechanistischen» Ziel, sie zu rechtskonformen Persönlichkeiten zu verändern. Die blossе Konditionierung von Verhalten ist freilich selten alleiniges Ziel therapeutischer Bemühungen.

→ z.B. keine Hirnoperationen oder Hormontherapien gegen den Willen der Betroffenen

Wäre es denkbar, **Massnahmen** auch **generalpräventiv** zu **legitimieren**? Was würde dies für das

Schuldprinzip bedeuten?

→ Bevölkerung so zu veränstigen, dass sie etwas nicht mehr macht



Fazit: Massnahmen müssen **spezialpräventiv** begründet werden, **damit der Schuldgrundsatz nicht ausgehebelt wird**. Sie müssen m.a.W. „in der Person des Betroffenen liegen“. Therapeutische **Massnahmen** + **Verwahrung** wirken aber durchaus auch **generalpräventiv**.

Beispiel: Die Verwahrung eines rückfälligen Sexualstraftäters wird in der Bevölkerung positiv aufgenommen und stärkt ihren Glauben an die Effektivität des Strafgesetzes.

Erhebliche Auswirkung → Die **Legalprognose** muss stets **individualisiert** werden, für die **einzelne, individuelle Person** gelten! Hier liegt eine der grössten Schwierigkeiten im Massnahmenrecht!

→ **Risiko-Tools** stellen nur fest, ob **Betroffener** zu einer **Gruppe** gehört, die **häufiger gefährlich** werden als andere. Es wird aber **nicht festgestellt**, ob Betroffener **individuell gefährlich** ist.

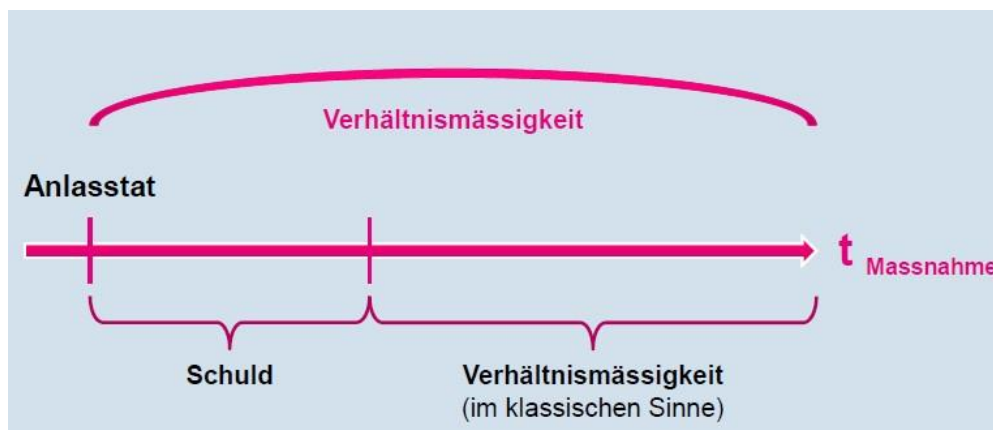
1.2.4 Verhältnismässigkeit

a. Einordnung des Begriffs

Das **öffentliche Interesse an der Gefahrenabwehr** kann (de lege lata!) einen **schuldüberschreitenden Freiheitsentzug** legitimieren. Als Rahmen dient der **Grundsatz der Verhältnismässigkeit** (vgl. Art. 56 StGB und Art. 36 Abs. 3 BV).

Massnahmen sind (schwere) Grundrechtseingriffe!

Gesetzliche Grundlage (Norm im StGB) Öffentliches Interesse (Gefahrenabwehr) Verhältnismässigkeit (Begrenzungsgrundsatz)



→ Gefährlichkeit muss reduziert werden!

- Neben Schuld wird Verhältnismässigkeit verlangt
- Therapie geht oft länger als Strafe, weil Täter immer noch gefährlich ist

b. Eignung

Gem. **StGB 56 Abs. 5** braucht es eine **geeignete Einrichtung**, in welcher die Therapie durchgeführt werden kann, damit die **präventive Wirkung** der Massnahme (**Reduktion der Gefahr weiterer Taten**) sich auch entfalten kann.

(z.B. braucht es einen freien Platz in einer stationären Abteilung, weil man einen gefährlichen Täter nicht draussen herumlaufen lassen kann, oder bei Sucht muss ein Platz in einer Suchtklinik frei sein)

Erwartete **präventive Wirkung** der **Massnahme**

- StGB 59 Abs. 1 lit. b
- StGB 60 Abs. 1 lit. b
- StGB 61 Abs. 1 lit. b
- StGB 63 Abs. 1 lit. b

c. Erforderlichkeit

Gem. **StGB 56 Abs. 1 lit. a** braucht es eine **Ergänzungsbedürftigkeit der Strafe** → d.h. die **Strafe alleine genügt nicht**, um die **Gefahr weiterer Straftaten** zu **reduzieren** (wird mit Prognosen [Wahrscheinlichkeiten] bewertet)

Übermassverbot → d.h. die Strafe und / oder Massnahme muss noch angemessen sein

d. Zweck-Mittel-Relation

Gem. **StGB 56 Abs. 2** muss die **Massnahme verhältnismässig** sein zw.

Wahrscheinlichkeit und **Schwere** der befürchteten **weiteren Straftaten**

vs.

Eingriff in die **Persönlichkeitsrechte** des Täters

Wahrscheinlichkeit und **Schwere** der befürchteten **weiteren Straftaten** gemessen an:

- Je **schwerer** die **befürchteten Straftaten** sind, desto **weniger wahrscheinlich** müssen sie sein.
- Je **weniger schwer** die **befürchteten Straftaten** sind, desto **wahrscheinlicher** müssen sie sein.

Schwerer Eingriff in Persönlichkeitsrechte Täter **gemessen** an:

- **Dauer** der Massnahme
- **Art** und Weise des **Vollzugs**
- Subjektiven oder objektiven **Interessen** des **Täters**

→ **ambulante 2-jährige** Massnahme kann jedoch weniger intensiv sein wie **1-jährige stationäre** Massnahme

→ Wenn **keine hohe** Wahrscheinlichkeit des **Rückfalles** → **ambulante** Massnahme

→ ambulante Massnahme ist viel schwererer Eingriff in die Rechte des Täters als Strafe

e. Untermassverbot

Therapeutische **Massnahmen** unterliegen dem Untermassverbot. **Dauer** und **Eingriffsintensität** einer Massnahme dürfen im **Verhältnis** zur **aufgeschobenen Strafe** nicht **zu mild** erscheinen

→ Bezug der **Verhältnismässigkeit** auf die **Schuld**

*Wenn Therapie klappt, wird Täter meistens entlassen. Wir können **nicht zulassen**, dass jemand nach **zwei Jahre raus kann**, wenn er bei **Schuldfähigkeit sechs Jahren** gekriegt hätte.*

f. Subsidiarität

Im gesamten Massnahmenrecht gilt:

Gem. **Art. 56a Abs. 1 StGB**: «Sind **mehrere Massnahmen** in **gleicher Weise** geeignet, ist aber nur eine notwendig, so ordnet das Gericht diejenige an, die den Täter am **wenigsten beschwert**». **Aber:**

→ *Wenn eine **Strafe genügt**, benötigt es **keine Massnahme***

Speziell bei der Verwahrung:

Gem. **StGB 64 Abs. 1 lit. b** → «[...] und die **Anordnung** einer **Massnahme** nach Artikel 59 **keinen Erfolg** verspricht»

→ d.h. **grosse Verwahrung** ist nur möglich, wenn **kleine Verwahrung** erfolglos wäre oder **nicht genügt**.

Stufenbau: Zunächst ist die **leichtere** und erst bei **deren Scheitern** die **schwerere Massnahme** anzuordnen (u.a. Art. 63b Abs. 5, Art. 62a Abs. 1 lit. b, Art. 62c Abs. 3, 4, 6 StGB).

In der psychiatrischen Praxis hat sich der Grundsatz durchgesetzt:

Ambulant vor Tagesklinik, Tagesklinik vor Vollstationär. (= **Verhältnismässigkeitsprinzip**)

Vgl. insbesondere Art. 63, Art. 90 Abs. 2bis StGB

1.2.5 Prüfschema Massnahmen

- **Anlasstat**
- **«Schwere psychische Störung»**
 - Was ist eine schwere psychische Störung?
- **Konnex zwischen Anlasstat und Störung**
- **Legalprognose etc. (Rückfallgefahr)**
 - Individuelle Prognose
 - Wie hoch ist die Rückfallgefahr?

1.2.6 Anlasstat

Anlasstat (Verbrechen oder Vergehen [StGB 105 Abs. 3]) muss:

- obj. & subj. **tatbestandsmässig** sein
- **widerrechtlich**
- **nicht schuldhaft** oder **schuldhaft** begangen

Anlasstat als **Ausgangspunkt** deliktorientierter **Therapierung**

Die **soziale Gefährlichkeit** des Täters darf **nicht nur** aufgrund der **Anlasstat** diagnostiziert werden, ansonsten Art. 59 Abs. 1 lit. b StGB seine Bedeutung verliert (siehe aber neueste Entwicklung BGer!). Dem Täter sollte i.d.R. auch keine grössere Gefährlichkeit attestiert werden, als in der Anlasstat bereits zum Ausdruck gekommen ist.

1.2.7 «Schwere psychische Störung»

a. Arten von Massnahmen

Schwere Psychische Störungen

- Stationäre Therapie (StGB 59 Abs. 1)
- Ambulante Therapie (StGB 63 Abs. 1)
- Verwahrung (StGB 64 Abs. 1 lit. b)

Abhängigkeit (Sucht)

- Stationäre Therapie (StGB 60 Abs. 1)
- Ambulante Therapie (StGB 63 Abs. 1)

erhebliche Störung der Persönlichkeitsentwicklung (junge Erwachsene)

- Stationäre oder ambulante Therapie (StGB 61 Abs. 1)

Persönlichkeitsmerkmale, Tat- und Lebensumstände

- Verwahrung (StGB 64 Abs. 1 lit. a)

b. Abgrenzung

Rechtsfrage: Ist der Täter **psychisch schwer gestört** i.S.v. StGB 59 Abs. 1 oder StGB 63 Abs. 1? → **Strafrecht**

→ ist eine rechtliche Wertungsfrage, ob der Täter genügend schwer gestört ist

Sachfrage: Ist der Täter **überhaupt psychisch gestört**? → internationale Klassifikation nach ICD-10 → **Psychiatrie**

Der strafrechtliche Begriff orientiert sich an den gültigen Klassifikationssystemen wie ICD-10 (Vorsicht: **STREIT ZWEI!**).

Ob eine **psychische Störung** die **nötige strafrechtliche Relevanz** («Schwere») aufweist, ist indes eine **Rechtsfrage** und allein vom urteilenden **Gericht** zu beantworten.

Ausführliche Diskussion zum **STREIT ZWEI!**

Strafrechtliche Behandlungsmassnahmen abseits von zuverlässigen Diagnosen

BGer → **Schwere psychische Störung = narzisstische Persönlichkeit und Dominanzfokus** genügt.

Es braucht **keine psychische Störung im engeren Sinn**, damit eine schwere psychische Störung vorliegen kann.

Der Begriff der „**schweren psychischen Störung**“ (Art. 59 Abs. 1 StGB u.a.m.) ist von anderen (sachlich verwandten) Begriffen abzugrenzen, namentlich von der:

- (eingeschränkten) **Schuldfähigkeit** (Art. 19 StGB) → z.B. **Psychopathen sind voll schuldfähig, aber schwer gestört**
- **Gefährlichkeit** (Art. 59 Abs. 1 lit. b StGB u.a.m.) → **nur weil man gestört ist, ist man nicht automatisch gefährlich** (z.B. **Depressionen oder Phobien**)

Die Begriffe lassen nicht ohne weiteres Rückschlüsse aufeinander zu. Aus dem **Vorliegen** einer **psychischen Störung** kann man beispielsweise **nicht direkt** auf die **Gefährlichkeit** oder **Schuldunfähigkeit** einer Person **schliessen** usw.

Stimmen aus der Psychiatrie:

Die **psychische Störung** ist zum einen von der blossen «**akzentuierten Persönlichkeit**» **abzugrenzen**, zum anderen von Phänomenen oder Zuständen, die **keine Leiden** verursachen, d.h. dem Betroffenen nicht verunmöglichen, am sozialen Leben weiterhin teilzunehmen.

→ z.B. **Narzissten oder Psychopathen leiden nicht unter ihrer Störung**

Beispiel: Franz von Assisi baute in San Damiano eine kleine, verfallene Kirche auf göttliches Geheiss wieder auf. Er hatte (von aussen betrachtet) akustische Halluzinationen imperativen Charakters, ein klarer Hinweis auf Schizophrenie. Aus psychiatrischer Sicht ist aber auch zu fragen: Hat Franz von Assisi gelitten?

c. Die Relativität des Begriffs

Begriff der psychischen Störung wird von **verschiedenen Faktoren beeinflusst**:

- Moral
- Kultur
- Zeit
- Religion
- Usw.

→ **unterschiedliche Gutachter entscheiden / werten unterschiedlich**

1.2.8 Konnex zwischen Anlasstat und Störung

Strenger Konnex: *Conditio sine qua non*, d.h.: «Hätte der **Täter** auch die **Tat** auch **begangen**, wenn er **keine schwere psychische Störung** gehabt hätte?»

→ kann nie mit Sicherheit gesagt werden, **deshalb gemässiger Konnex**, siehe unten

→ die schwere psychische **Störung** (innere & äussere Umstände) muss dazu **beigetragen** haben, dass die **Tat begangen** wurde

Kritik: Der Anteil einzelner Faktoren am Zustandekommen des Delikts lässt sich nicht isolieren. Deshalb ist die Forderung nach einem strengen Konnex zwischen der psychischen Störung und der Anlasstat abzulehnen.

Gemässiger Konnex: «Ist der Täter **psychisch schwer gestört**, so kann das Gericht eine stationäre Behandlung anordnen, wenn [...] zu erwarten ist, dadurch lasse sich der **Gefahr weiterer** mit seiner psychischen **Störung** in **Zusammenhang stehender Taten** begegnen» (Art. 59 Abs. 1 lit. b StGB).

→ wenn man die **Störung therapiert**, dann sollten **zukünftige Straftaten verhindert** werden, wenn die **Störung** dazu **beigetragen** hat, dass die **Straftat begangen** wurde

(z.B. Schizophrener greift im Wahn die Eltern an, wenn man die Schizophrenie wegtherapiert, dann wird er auch nicht mehr seine Eltern attackieren)

Konkreter vs. genereller Konnex: Soll es **zulässig** sein, bei der Frage, ob eine Straftat mit einer **schweren psychischen Störung in Zusammenhang** steht, auf **Erfahrungswerte** abzustellen? Darf man z.B. aus der Erfahrung, dass Psychopathen zu Straftaten neigen, schliessen, dass zwischen der Straftat und der Psychopathie auch im konkreten Fall ein Konnex besteht?

→ **Individualprognose!**

→ Man darf nicht einfach auf Erfahrungswerte abstellen, sondern muss jeden Täter individuell beurteilen

1.2.9 Prognose / Risiko usw. (Art. 56 Abs. 3 lit. a-c StGB)

StGB 56 Abs. 3 lit. a → **Notwendigkeit** und **Erfolgsaussichten** einer Behandlung → **Therapierbarkeit**

StGB 56 Abs. 3 lit. b → **Art** und **Wahrscheinlichkeit** möglicher **weiterer Straftaten** → **Legalprognose**
→ **Gefährlichkeit** hierbei **nicht relevant**, weil das ist eine **Rechtsfrage**

StGB 56 Abs. 3 lit. c → **Möglichkeiten** des **Vollzugs** der Massnahme (vgl. auch StGB 56 Abs. 5)

→ kann die notwendige Therapie überhaupt durchgeführt werden?

Ausführliche Diskussion zum **STREIT EINS!**

«Das Prognoseinstrument zur Abschätzung der Rückfallgefahr von Delinquenten stösst auf Kritik»

Die Zürcher Justiz setzt auf das Risiko- und **Prognoseinstrument Fotres**, um die **Rückfallgefahr** von Delinquenten abzuschätzen. **Kritiker** bemängeln, dass das Verfahren **wissenschaftlich kaum erforscht** worden sei – und zu «Pseudosicherheit» führen könne.»

1.3 Rechtsprogramme im Detail

Allg. Bestimmungen des Massnahmenrechts

Art. 56 + 56a + 57 + 58 StGB

Stationäre Behandlung

Art. 59 StGB (psychische Störungen) Art. 60 StGB (Sucht)

Art. 61 StGB (Junge Erwachsene) → *nicht Prüfungstoff*

Art. 62, 62a, 62b, 62c, 62d StGB (Entlassung, Aufhebung etc.) → *nur Gesetzestext, ohne Kommentar*

Ambulante Behandlung

Art. 63 StGB (Ambulante Behandlung)

Art. 63a, 63b StGB (Aufhebung etc.) → *nur Gesetzestext, ohne Kommentar*

Verwahrung

Art. 64 StGB (Verwahrung)

Art. 64a, 64b, 64c StGB (Aufhebung, Entlassung etc.) → *nur Gesetzestext, ohne Kommentar*

Änderung der Sanktion

Art. 65 StGB

1.3.1 «Flexibilität des Massnahmenrechts»

1. Keine Umwandlung (Vollzug der Reststrafe, ja oder nein?)

→ es wird eine **Freiheitsstrafe** angeordnet und diese **zugunsten** der **Massnahme aufgeschoben**, d.h. zuerst Massnahme absitzen, danach die Freiheitsstrafe.

→ daher wird **nicht** die Freiheitsstrafe oder die Massnahme **umgewandelt**, sondern **zuerst die Massnahme** und **dann die Freiheitsstrafe vollzogen**

Meistens wird nach Abschluss der Massnahme auf den **Vollzug der Freiheitsstrafe verzichtet**, weil die **Massnahme oft länger dauert** als die Freiheitsstrafe (z.B. 5 Jahre Freiheitsstrafe bekommen, aber 10 Jahre in der Massnahme verbracht)

Im Gegensatz zur Strafe besteht die Gefahr, dass die Massnahme nie mehr endet / die Person nie mehr rauskommt

stationäre Massnahme

Erfolgreich abgeschlossene Massnahme (**StGB 62b Abs. 3**) → **Verzicht** auf den **Vollzug** der Strafe, wenn die **Massnahme länger** gedauert hat, als die Strafe

→ der **Erfolg** der **Massnahme** soll **nicht** durch nachträglichen **Strafvollzug zunichte** gemacht werden

Nicht erfolgreich abgeschlossene Massnahme (**StGB 62c Abs. 2**) → **Vollzug der Reststrafe** (*Keine Umwandlung!*), d.h. die Zeit in der stationären Massnahme wird an die **Strafe angerechnet** und man muss nur noch das absitzen, was noch fehlt (z.B. 6 Jahre bekommen, 2 Jahre in der Massnahme, dann noch 4 Jahre im Knast)

ambulante Massnahme

Erfolgreich abgeschlossene Massnahme (StGB 63b Abs. 1) → **Verzicht** auf den **Vollzug** der Strafe, wenn die **Massnahme länger** gedauert hat, als die Strafe

→ der **Erfolg** der **Massnahme** soll **nicht** durch nachträglichen **Strafvollzug zunichte** gemacht werden

Nicht erfolgreich abgeschlossene Massnahme (StGB 63b Abs. 2) → **Vollzug** der **aufgeschobenen Strafe**

(*Keine Umwandlung!*) → d.h. **gesamte Strafe ohne Anrechnung** der Zeit in der Massnahme

→ Dies macht **Druck**, denn Personen wissen, wenn es **nicht funktioniert**, müssen sie in den **Vollzug**, *allerdings ist dieser Druck auch nötig, weil viele sonst einfach nicht zur Therapie erscheinen und man kein Druckmittel in der Hand hat*

2. Umwandlung (bzw. nachträgliche Anordnung)

→ wenn im **Urteil** die **Massnahme** schon **angelegt** ist, dann kann das **Justizvollzugsamt selber umwandeln**, ansonsten muss es das **Gericht** machen

Heute: Verteidigung geht in die Richtung: «Nur keine Massnahme!» → einfach wegen dieser Umwandlung

Umwandlung einer **stationären** therapeutischen Massnahme

StGB 62c Abs. 3 → Umwandlung in **andere** therapeutische **Massnahme**, bei **Misserfolg** der **ursprünglichen Massnahme**

StGB 62c Abs. 4 → Umwandlung in **Verwahrung**

StGB 62c Abs. 6 → Umwandlung in **andere stationäre** therapeutische **Massnahme**, **ohne Misserfolg** der **ursprünglichen Massnahme** → **Ergänzung** von StGB 62c Abs. 3

Umwandlung einer **ambulanten** therapeutischen Massnahme

StGB 63b Abs. 3 → Umwandlung in **vollzugsbegleitende ambulante** therapeutische **Massnahmen**

StGB 63b Abs. 5:

Umwandlung in **andere ambulante** therapeutische **Massnahme (Verhältnismässigkeit)**

oder in stationäre therapeutische **Massnahme** → diese Möglichkeit besteht nach **BGer** auch **nach strafvollzugsbegleitender ambulanter** Behandlung

3. Änderung der Sanktion (bzw. nachträgliche Anordnung)

Braucht **revisionsähnliche Gründe**, damit man die **Sanktion ändern** kann

ne-bis-in-idem-Problematik → **doppelte Strafverfolgung**, nicht 2 mal wegen dem gleichen Delikt verurteilt werden können

StGB 65 Abs. 1 → Änderung einer **Freiheitsstrafe** oder einer **Verwahrung** in eine **stationäre therapeutische Massnahme**

→ Mit welchen **Rechtsmitteln** ändert man ein **Strafurteil? Revision!** → Das sind somit **revisionsähnliche**

Bestimmungen.

StGB 65 Abs. 2 → Änderung einer **Freiheitsstrafe** in eine **Verwahrung**
 → Das ist sehr, sehr heikel. **Ursprüngliche Freiheitsstrafe**, weil eben die **VSS für eine Verwahrung nicht vorliegen** und dann wird Mensch beobachtet und dann plötzlich ordnet man Verwahrung an. Bzgl. Rechtssicherheit- oder Rechtsstaatlichkeitsgedanken ist das sehr heikel

1.3.2 Schema für Falllösung StGB 59-Massnahme

→ könnte an Prüfung kommen (klassische Vorgehensweise für 59er Fall)

- **Anlasstat** (Art. 59 Abs. 1 lit. a StGB):
 - Tatbestandsmässige Tat (obj. und subj.)
 - mind. versuchte Tat
 - rechtswidrige Tat
 - evtl. auch schuldhafte Verübung
 - Verbrechen oder Vergehen (StGB 105 Abs. 3)
- Sachverständige **Begutachtung** (Art. 56 Abs. 3 StGB)
- **Schwere psychische Störung** (Art. 56 Abs. 1 lit. c i.V.m. Art. 59 Abs. 1 StGB)
 → wobei **Narzisstische Tendenzen** und **Dominanzfokus** genügen gem. **BGer**
- **Zusammenhang** zwischen psychischer **Störung** und **Anlasstat** (Art. 56 Abs. 1 lit. c i.V.m. Art. 59 Abs. 1 lit. a StGB) *nicht conditio sine qua non*
 → Störung hat dazu beigetragen, dass die Anlasstat begangen wurde
- **Behandlungsbedürftigkeit** des **Täters** oder **Bedürfnis** nach **Sicherheit** der **Öffentlichkeit** (Art. 56 Abs. 1 lit. b StGB)
- Voraussichtlich **präventive Wirkung** der **Massnahme** (Geeignetheit; Art. 56 Abs. 1 lit. c i.V.m. Art. 59 Abs. 1 lit. b StGB)
 → Gefährlichkeit reduzieren, keine weiteren Straftaten begehen
- **Verfügbarkeit** einer **geeigneten Einrichtung** (Geeignetheit; Art. 56 Abs. 5 StGB)
- **Ergänzungsbedürftigkeit** der **Strafe** (Erforderlichkeit; Art. 56 Abs. 1 lit. a StGB) → d.h. die **Strafe alleine genügt nicht**, um die **Gefahr weiterer Straftaten zu reduzieren** (wird mit Prognosen [Wahrscheinlichkeiten] bewertet)
- **Verhältnismässigkeit** i.e.S. bzw. **Zweck-Mittel-Relation** (Art. 56 Abs. 2 StGB)
 → **Wahrscheinlichkeit** und **Schwere** der befürchteten **weiteren Straftaten** vs. **Eingriff** in die **Persönlichkeitsrechte** des Täters
- **Verhältnismässigkeit** bei zwei oder **mehreren Massnahmen** (Art. 56a Abs. 1 StGB)
 → **mildeste** mögliche **Massnahme** wählen

1.4 Rechtsprogramm Vertiefung (StGB-Kommentar)

1.4.1 Art. 56 StGB

Allgemeines

- Für die Anordnung von therapeutischen Massnahmen und der Verwahrung müssen die allgemeinen Voraussetzungen nach Art. 56 StGB und die speziellen Voraussetzungen nach Art. 59-61, 63 oder 64 **kumulativ** erfüllt sein (Abs. 1 lit. c)

Abs. 1

- **Subsidiarität (lit. a):** Eine Massnahme ist nur anzuordnen, wenn eine Strafe allein nicht geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten zu begegnen
- Massnahme nur anordnen, wenn **Behandlungsbedürfnis Täter** besteht **oder** die **öff. Sicherheit es erfordert (lit. b):** Jede Behandlung bezweckt die Besserung der straffälligen Person und steht damit im Dienst der Gefahrenabwehr. Ziel der Behandlung in einer strafrechtlichen Massnahme ist mithin in erster Linie die Verhinderung oder Verminderung von künftigen Straftaten und erst in zweiter Linie die Verbesserung des Gesundheitszustands der straffälligen Person. **Behandlungsbedürfnis dient nur so lange als Rechtfertigung für die stationäre Massnahme, als effektiv eine Behandlung stattfindet. Ansonsten ist der Zweck nur noch in der Sicherung und untersteht den VSS der Verwahrung.**
→ **Psychische Krankheit ist nicht mit Gefährlichkeit gleichzusetzen.** Psychisch kranke sind nicht gefährlicher als «normale».
- Anordnung einer Verwahrung unter gleichzeitiger Anordnung einer lebenslänglicher Freiheitsstrafe bei einer gefährlichen Person, wenn es zum Schutz der öff. Sicherheit erforderlich ist (StGB 56 Abs. 1 lit. b) und die Strafe alleine nicht geeignet ist (StGB 56 Abs. 1 lit. a) weitere Straftaten zu verhindern. → **Verletzt Grundsatz der Subsidiarität der Massnahmen, denn eine lebenslängliche Freiheitsstrafe ist auf unbestimmte Dauer und daher geeignet weitere Straftaten zu verhindern, weshalb die VSS der Verwahrung nicht erfüllt sind**

Abs. 2

- **Verhältnismässigkeit:** muss bei **jeder** strafrechtlichen Sanktion, die in verfassungsmässig garantierte Grundrechte eingreift beachtet werden (BV 36 Abs. 2-3) und gilt im gesamten Massnahmenrecht. **Verhältnismässigkeit bei der Anordnung der Massnahme und den Folgeentscheidungen (z.B. Verlängerungen), sowie für Dauer, Vollzugsmodalitäten und Abänderungen der Massnahme.** Der mit der Massnahme verbundene Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Täters, darf im Hinblick auf die Schwere weiterer Straftaten nicht unverhältnismässig sein. Die Verhältnismässigkeit des Freiheitsentzugs misst sich in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich nicht an der Dauer der ausgesprochenen Freiheitsstrafe, sondern an der Schwere der von der betroffenen Person begangenen Taten und der von ihr ausgehenden Gefahr für ähnliche Taten. **Je länger der Vollzug andauert, desto schwerer wiegt der Freiheitsanspruch des Täters, somit reichen bestimmte Taten in ihrer Schwere irgendwann nicht mehr aus, um Aufrechterhaltung der Massnahme zu rechtfertigen.**
→ **unverhältnismässige Massnahmen dürfen weder angeordnet noch weiter vollzogen werden!**
→ Verlängerungen so lange verhältnismässig, als sich Risikofaktoren nicht verändern

Abs. 3

- **Sachverständige Begutachtung:**

- **Relevanz und Notwendigkeit:** Gutachten sind im Massnahmenrecht unabdingbar
→ zwingende Entscheidungsgrundlage beim Entscheid über Anordnung therapeutische Massnahmen, Anordnung Verwahrung, Änderung der Sanktion (StGB 62c, 65) sowie Verlängerung einer Probezeit (StGB 62 Abs. 4 lit. a).

→ insbesondere psychische Verfassung des Täters abklären (wesentliche tatsächliche Entscheidungsgrundlage) und prognostisch einschätzen;

→ Begutachtung ist Grundrechtseingriff (BV 10 Abs. 2 und BV 13) und daher hohe Anforderungen an Gutachter und Inhalt des Gutachtens und Grundsätze nach Art. 182 ff. StPO gelten vorbehaltlos
- **Anforderungen an sachverständige Person:** Hohe Anforderungen!
 - **Unabhängigkeit (Unparteilichkeit und Unbefangenheit):** Weitgehende Übereinstimmung mit Art. 30 BV; Ausstandsgründe gemäss Art. 56 StPO (Art. 183 Abs. 3 StPO)
 - **Fachliche Voraussetzung:** Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
 - **Beizug von Hilfspersonen:** Beauftragter Gutachter muss den Auftrag (Gutachten) persönlich ausführen. Delegation der Aufgabe & Verantwortung an Dritte ist nicht zulässig, aber Beizug von Hilfspersonen ist zulässig, wenn diese untergeordnete Arbeiten ausführen. Verantwortung bleibt stets beim beauftragten Gutachter. Weitergabe von gutachterlichen Kernaufgaben (fachlicher Befund, Beurteilung, Exploration, Beantwortung der Fragen) nur mit Ermächtigung durch auftraggebende Strafbehörde zulässig. Exploration muss persönlich erfolgen. Beizug von Hilfspersonen muss transparent sein, d.h. die Namen und Art & Inhalt der Mitwirkung (konkreter Beitrag) aller mitwirkenden Personen müssen im Gutachten aufgeführt werden. Dient der Wahrung rechtliches Gehör, weil Parteien Einwendungen gegen jede der Personen vorbringen können.
- **Anforderungen an Inhalt des Gutachtens**
 - **Im Allgemeinen:** nach Art. 56 Abs. 3 StGB → alle entscheiderelevanten Fragen aus fachärztlicher Sicht schlüssig und klar aussprechen
 - **Gefährlichkeitsprognose:** Die sachverständige Person muss sich äussern, welche Straftaten mit wie hoher Wahrscheinlichkeit künftig zu erwarten sind!
→ Rückfallrisiko oder Behandlungsaussichten richten sich nicht nach dem Grundsatz «in dubio pro reo» (da Prognosen nie frei von Zweifeln!); Eine blosser Möglichkeit der Wiederholung von rechtswidrigem Verhalten genügt in allen Fällen von Gefährlichkeitsprognosen nicht. Allgemein ist ein strikter Nachweis der Massnahmenvoraussetzungen (Anlasstaten, schwere psychische Störung etc.) erforderlich, auf die das Gericht seine Bewertung der Gefährlichkeit stützt (bei medizinischer Realprognose dürfen auch entfernte Strafen und insb. frühere Gutachten berücksichtigt werden; ≠ gerichtliche Legalprognose)

- **Begutachtungsmethode:** Gutachter muss seinen Erkenntnis- und Wertungsprozess im Gutachten umfassend und nachvollziehbar darstellen, damit Gericht überprüfen kann. Dazu gehören insbesondere die herangezogenen und ausgewerteten Erkenntnismittel und Untersuchungsmethoden. Es herrscht Methodenfreiheit, allerdings muss die Wahl der Methode begründet werden. Prognoseinstrumente können eingesetzt werden, aber es braucht zusätzlich noch eine differenzierte Einzelfallanalyse des Gutachters. Der alleinige Einsatz von Prognoseinstrumenten genügt den gesetzlichen Anforderungen an ein Gutachten nicht. Gutachter muss über die Gefährlichkeit des Täters eine hinreichend bestimmte Entscheidung treffen.
 - **Exploration:** Psychiatrisches Gutachten ohne persönliche Untersuchung ist nur ausnahmsweise zulässig; Explorationsgespräch ist Bestandteil der gutachterlichen Sachverhaltsermittlung. Strafbehörden dürfen Äusserungen im Rahmen eines psychiatrischen Explorationsgesprächs nicht wie Beweisaussagen zum inkriminierten SV vorhalten (Art. 157 StPO); Aktengutachten nur ausnahmsweise möglich, wenn bereits frühere Gutachten vorhanden sind und sich nicht wirklich etwas verändert hat oder der Täter nicht oder nur schwer zu erreichen ist oder der Täter die Begutachtung verweigert. Täter können nicht gezwungen werden, gegen ihren Willen an Begutachtung teilzunehmen, sie tragen dann aber auch die Konsequenzen. Kein Anspruch der Verteidigung auf Teilnahme an der psychiatrischen Exploration; Nach Vorliegen des Gutachtens → Parteien können in ihren Stellungnahmen methodisches Vorgehen oder fachliche Schlussfolgerungen des Sachverständigen kritisieren und entsprechende Beweis- und Ergänzungsanträge stellen
 - **Aktualität des Gutachtens:** es ist nicht primär auf das Alter abzustellen. Früheres Gutachten ist hinreichend aktuell, wenn sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht verändert hat. Entscheidend ist, ob die Beurteilung immer noch zutrifft und sich seither nichts verändert hat.
Erhöhte Anforderungen an Aktualität bei Personen zwischen 18-25; über fünf Jahre altes Gutachten → untauglich
- **Partei-/Privatgutachten und Therapieberichte:** Privatgutachten haben nur die Bedeutung einer Parteibehauptung. Könnte aber geeignet sein, Zweifel am Gerichtsgutachten oder Notwendigkeit eines (zusätzlichen) Gutachtens zu begründen. Gericht darf sich auch nicht ausschliesslich auf Privatgutachten abstützen. Privatgutachten sind weniger unparteiisch und neutral als Gerichtsgutachter und gelten grundsätzlich als befangen, weil dem Täter nahe stehen.
Therapieberichte sind geeignet, die Notwendigkeit eines (zusätzlichen) Gutachtens zu begründen oder darzulegen, dass das gerichtliche Gutachten i.S.v. Art. 189 StPO mangelhaft oder nicht schlüssig ist. Therapieberichte entkräften ein umfassendes Gutachten nicht.
 - **Richterliche Würdigung des Gutachtens:** Gericht muss das Gutachten überprüfen und zwar nicht nur das Ergebnis, sondern auch die ganze Erstellung. Gericht muss einen eigenverantwortlichen Entscheid zur Gefährlichkeit treffen. Das Gericht würdigt Gutachten grundsätzlich frei (Art. 10 Abs. 2 StPO). In Fachfragen darf es vom Gutachten jedoch nicht ohne triftige Gründe abweichen. Abweichungen sind zu begründen. Gericht muss ergänzende Beweise erheben, wenn gewichtige, begründete Tatsachen oder Indizien die

Überzeugungskraft des Gutachtens erschüttern (z.B. wenn gestellte Fragen nicht beantwortet werden, Erkenntnisse und Schlussfolgerungen nicht begründet oder widersprüchlich sind, oder andere derart offensichtliche Mängel vorliegen, dass sie auch ohne Fachwissen erkennbar sind).

Abs. 4

- **Bei Anlasstat nach Art. 64 Abs. 1:** In Abs. 4 wird das Erfordernis der Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der sachverständigen Person für diejenigen Fälle betont, in denen eine Anlasstat nach Art. 64 Abs. 1 begangen wurde.

Abs. 4bis

- **Bei lebenslänglicher Verwahrung:** Zwingend einzuholendes Gutachten von mindestens zwei erfahrenen und voneinander unabhängigen sachverständigen Personen → **müssen im Ergebnis übereinstimmen, dass dauerhafte Unbehandelbarkeit vorliegt!**

Abs. 5

- **Geeignete Einrichtung:** Massnahme soll nicht ohne Rücksicht auf die Frage angeordnet werden, ob eine Institution existiert, in der die Behandlung durchgeführt werden kann. **Die Eignung der Institution trägt massgeblich zum Erfolg oder Scheitern der Massnahme bei. Zuweisung erfolgt durch Vollzugsbehörde und nicht durch Gericht. Es besteht staatliche Pflicht, genügend Plätze in geeigneten Einrichtungen für angemessene Unterbringung bereit zu stellen. Es muss auch dafür gesorgt werden, dass möglichst kurz in einer Haftanstalt auf einen Behandlungsplatz gewartet werden muss, bzw. die Dauer der effektiven Behandlung maximiert wird.**

Organisationshaft → Rechtskräftige Verurteilung zu einer stationären Massnahme, müssen aber in Strafanstalt (aufgrund organisatorischer Mängel) auf einen Vollzugsplatz in einer geeigneten Institution waren. Aufenthalte in einer Straf- oder Haftanstalt ohne Behandlung können erforderlich sein, um geeignete Einrichtungen zu finden. Diese Aufenthalte sind aber möglichst kurz zu halten und dürfen sich jedenfalls nicht aus Strukturdefiziten ergeben. Strafanstalten sind ungeeignet um angemessene Behandlung zu gewährleisten. Bei unverhältnismässiger Organisationshaft muss daher die Massnahme aufgehoben werden.

Abs. 6

- **Aufhebung:** gem. Verhältnismässigkeitsgrundsatz muss eine Massnahme aufgehoben werden, wenn ihre VSS nicht mehr erfüllt sind oder von Anfang an nicht erfüllt waren. VSS von Abs. 1 und 2 müssen immer vorliegen und auch bei Folgeentscheidungen beachtet werden (z.B. Verlängerungen). Ausserstrafrechtliche Massnahmen (bspw. des zivilrechtlichen Erwachsenenschutzrechts oder des Verwaltungsrechts) kommen in Betracht, wenn die Voraussetzungen für eine strafrechtliche Massnahme nicht mehr vorliegen, aber die betroffene Person trotzdem betreuungsbedürftig ist. **Es besteht keine gesetzliche Grundlage um jemanden nur wegen Fremdgefährdung in den FU zu stecken.**

→ Verhältnismässigkeit ist auf gesamten Vollzug anwendbar und bei Wegfall einer VSS muss die Massnahme aufgehoben werden

1.4.2 Art. 56a StGB

Abs. 1

- **Prioritätenordnung:** Massgebend für die Wahl der Massnahme ist, welche Form der Behandlung für optimale Erreichung Massnahmenzweck notwendig und geeignet ist. Subjektive Meinung des Täters ist irrelevant. Stehen mehrere geeignete Massnahmen zur Wahl, hat jene den Vorrang, die am wenigsten in die Rechte der betroffenen Person eingreift. Die Schwere des Eingriffs ist anhand der voraussichtlichen Dauer der Massnahme und der Vollzugsmodalitäten zu beurteilen. Es ist zudem zu berücksichtigen, ob eine Massnahme auch das wohlverstandene Interesse der betroffenen Person wahrt. Eine bessernde ist einer bloss sichernden Massnahme im Allgemeinen vorzuziehen
- **Ausserstrafrechtliche Massnahmen:** Strafgericht hat bereits durchgeführte ausserstrafrechtliche Massnahmen bzw. Vorkehren zu berücksichtigen und diese insofern zu beachten, als die Gefahr, welcher die strafrechtliche Massnahme entgegenwirken soll, nicht mehr im gleichen Ausmass bestehen sollte. Strafrechtliche gehen zivilrechtlichen Massnahmen vor. Strafrechtliche Massnahmen sind anzuordnen, wenn ihre VSS erfüllt sind. Es darf nicht auf die Anordnung einer strafrechtlichen Massnahme verzichtet werden, weil das Gericht eine zivilrechtliche Massnahme für zweckmässiger hält.

Abs. 2

- **Kumulation mehrerer therapeutischen Massnahmen** → Kumulation mit Verwahrung ist **unzulässig!**
Zulässig: Kumulation Suchtbehandlung und Behandlung von psychischen Störung
→ beachte, dass die verschiedenen Massnahmen unterschiedliche Regelungen bzgl. Dauer, Beendigung und Verlängerungsmöglichkeiten haben. Man muss angeben, unter welchem Regime der jeweilige Vollzug steht.

1.4.3 Art. 57 StGB

Allgemein

- Die stationären therapeutischen Massnahmen sind nicht punitive, sondern präventive Massnahmen. Sie sind nicht als «Strafe» i.S.v. Art. 7 EMRK zu qualifizieren → «ne bis in idem» daher nicht betroffen!

Abs. 1

- **Dualismus:** Massnahmen können neben(gleichzeitig) Strafen angeordnet werden
→ jedoch Subsidiarität: zuerst wird überprüft, ob Strafe nicht alleine geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten zu begehen (StGB 56 Abs. 1 lit. a) und nur dann zusätzlich Massnahme anordnen
- Zulässig bspw. Kumulation lebenslänglicher Freiheitsstrafe mit Verwahrung

Abs. 2

- **Dualistisch-vikariierendes System:** Vollzug einer stationären therapeutischen Massnahme geht einer gleichzeitig angeordneten Freiheitsstrafe voraus

Abs. 3

- **Anrechnung:** Bei erfolgreichem Verlauf der Massnahme wird eine Reststrafe nicht mehr vollzogen (Art. 62b Abs. 1 und 3; vgl. auch Art. 63 Abs. 1)

Bei Nicht-erfolgreicher Massnahme wird der mit der Massnahme verbundene Freiheitsentzug an die zu vollstreckende Freiheitsstrafe angerechnet.

Dabei ist die Frage der (konkreten) Eingriffsintensität des erstandenen Freiheitsentzugs in der Massnahme zu prüfen. Zu beachtende Kriterien sind dabei namentlich das Mass der verbundenen Freiheitsbeschränkung, d.h. die konkrete Vollzugssituation, die Aussicht auf Bewährung der betroffenen Person und die Ursachen, die zum Scheitern der Massnahme geführt haben

Untersuchungs- und Sicherheitshaft sind auf die freiheitsentziehenden Massnahmen anzurechnen.

1.4.4 Art. 58 StGB

Abs. 2

- **Trennungsgebot:** Therapeutische Einrichtungen für den Vollzug stationärer therapeutischer Massnahmen sind von Strafanstalten getrennt zu führen → Unterbringung in einer Strafanstalt muss, vor dem Hintergrund des Trennungsgebots, tatsächlich eine Ausnahme bleiben und es müssen Vorkehrungen getroffen werden, dass die betroffene Person so bald als möglich in eine spezialisierte Einrichtung transferiert wird.
Ausnahme vom Trennungsgebot → Behandlung von psychischen Störungen unter bestimmten VSS in einer Strafanstalt vollzogen werden (StGB 59 Abs. 3)
- **Abs. 1** (Vorzeitiger Massnahmevollzug) nun unter Art. 236 StPO geregelt

1.4.5 Art. 59 StGB

Abs. 1

- **Anlasstaten:** Verbrechen und Vergehen (lit. a)
- **Schwere psychische Störung:** schwere psychische Störung im Tatzeitpunkt, welche im Urteilszeitpunkt immer noch vorliegt; nicht alleine nach medizinischen Kriterien zu beurteilen; einfacher Rückschluss von Art und Ausmass der begangenen Straftat auf das Vorliegen einer psychischen Störung nicht zulässig, Gefährlichkeit ist kein medizinischer Befund
 - **Psychische Störung:** anhand anerkannter Klassifikationssysteme (ICD-10 oder DSM- 5) festgestellt oder gesicherte Feststellung einer ausgeprägten psychischen Störung, wenn sichergestellt, dass sie massgeblich auf delikt- und risikorelevanten persönlichkeitsnahen Risikofaktoren beruht, die einer risikovermindernden Therapie zugänglich
 - **Schweregrad:** juristische Natur! → nicht jede Störung entspricht den VSS der schweren psychischen Störung. Es muss eine rechtserhebliche Ausprägung oder relativ schwerwiegende Arten und Formen von geistiger Erkrankungen im medizinischen Sinn vorliegen. Schwere der Störung ergibt sich aus dem Ausmass, in dem sie sich in der Tat widerspiegelt (d.h. je mehr die Störung dazu beigetragen hat, dass Delikt begangen wurde,

desto schwerer ist sie). Es ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen.

- Bejaht u.a. bei: (1) kombinierter Persönlichkeitsstörung von mindestens mittelgradiger Schwere in Kombination mit Stoffabusus (BGer, 6B_229/2020 v. 29.4.2020, E. 1.4); (2) sonstiger Störung der Sexualpräferenz (ICD-10: F65.8) i.S.e. Vergewaltigungsdisposition, akzentuierten dissozialen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) und Zustand nach einfacher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) im Zusammenhang mit zwei bereits verübten «Hands-on-Sexualdelikten», etc.
- **Zusammenhang zwischen Anlasstat und schwerer psychischer Störung:** Begangene Straftat muss mit psychischer Störung in Zusammenhang stehen und Behandlung muss Gefahr weiterer Straftaten vermindern. Ein nicht kausales, schlichtes «Begünstigen» der Anlasstat genügt diesen Anforderungen nicht.
- **Gefahr weiterer Straftaten:** keine Übertretungen! Bei Gefährdung hochwertiger Rechtsgüter wie Leib und Leben → weniger hohe Anforderungen an Nähe und Ausmass der Gefahr! Es darf keine höhere Gefährlichkeit attestiert werden, als sich in der Anlasstat zeigte.
- **Behandelbarkeit:** Behandlung von psychischen Störungen i.S.v. Art. 59 Abs. 1 StGB setzt voraus, dass sich durch diese Massnahme über die Dauer von fünf Jahren die Gefahr weiterer mit der psychischen Störung in Zusammenhang stehender Straftaten deutlich verringern lässt (hinreichende Wahrscheinlichkeit, dass sich eine tatsächliche Reduktion des Rückfallrisikos erreichen lässt → minimale Verringerung genügt); Voraussetzung der Therapiewilligkeit = minimale Motivierbarkeit für eine therapeutische Behandlung

Abs. 2

- **Stationäre Behandlung**
 - **Funktion:** resozialisierende, spezialpräventive Funktion hinsichtlich der Entlassungsperspektive und grundsätzlich auf eine Dauer von fünf Jahren konzipiert; Weigerung, an Resozialisierungsmassnahmen aktiv mitzuwirken ist als negatives Prognoseelement zu gewichten, denn der Täter ist zur Therapiearbeit verpflichtet → jedoch Scheitern einer Massnahme soll nicht leichthin angenommen werden, erst gescheitert, wenn definitiv nicht durchführbar
 - **Gegenstand:** Therapie, mit welcher der Zweck verfolgt wird, die Legalprognose zu verbessern; Verbesserung des Gesundheitszustandes ist insoweit Ziel, wie sie der Deliktsprävention dient, d.h. der Verhinderung von Straftaten und der Wiedereingliederung der betroffenen Person. Insbesondere risikowirksame Therapien.

Abs. 3

- **Geschlossene Unterbringung:**
 - Bei **Wiederholungs- und Fluchtgefahr** kommen ausnahmsweise geschlossene Einrichtungen als geeignete Vollzugsinstitutionen infrage; Die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung muss aber die Ausnahme bleiben und zeitlich limitiert sein
 - **Anlasstaten:** Bei allen Verbrechen und Vergehen → schwerwiegende Gefährdung hochwertiger Rechtsgüter

- **Flucht- und Wiederholungsgefahr:** Beides Rechtsfragen:
 - Fluchtgefahr** → feste und dauerhafte Absicht, zu fliehen, wobei Erfordernis der notwendigen intellektuellen, physischen und psychischen Fähigkeiten, um einen Plan zu entwickeln und auszuführen; **Ausserdem muss der Täter eine Gefahr für Dritte darstellen, wenn er in Freiheit ist**
 - Wiederholungsgefahr** → besondere künftige Gefährlichkeit, konkreten und wahrscheinlichen Gefahr des Begehens weiterer Straftaten durch den Täter im Vollzug oder ausserhalb der Anstalt, mit der in einer offenen therapeutischen Einrichtung schlechthin nicht umgegangen werden kann.
- **Therapeutische Behandlung durch Fachpersonal**
- **Zuständigkeiten:** Anordnung einer Behandlung von psychischen Störungen = Kompetenz des Gerichts; Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung = Vollzugsmodalität = Zuständigkeit der Vollzugsbehörde (keine eigenständige stationäre therapeutische Massnahme). **Gericht sollte in seinem Urteil eine geschlossene Unterbringung empfehlen. Vollzugsbehörde muss begründen, dass VSS für geschlossene Unterbringung erfüllt sind.**

Abs. 4

- **Dauer der Massnahme:** zeitlich nicht absolut limitiert; regelmässige zeitlich befristete gerichtliche Überprüfung, **ob die Massnahme noch verhältnismässig ist. Dauer der Massnahme hängt vom Behandlungsbedürfnis und den Erfolgsaussichten ab, also von der Gefahr weiterer Straftaten. Sie dauert also so lange, bis ihr Zweck erreicht ist oder die Zweckerreichung aussichtslos ist. Ist keine Besserung des Zustands mehr zu erwarten, dann muss Massnahme aufgehoben werden.**
- **Verlängerung:** Erweist sich die Massnahme nach Ablauf der durch das Gericht angesetzten Frist (namentlich im Hinblick auf den psychischen Zustand der betroffenen Person und deren Rückfallgefährlichkeit) weiterhin als notwendig und geeignet, kann diese um jeweils maximal fünf Jahre verlängert werden (Verhältnismässigkeit! Verlängerung = Ausnahme, muss besonders begründet werden). **Freiheit darf nur so lange entzogen werden, als es die Gefahr zu rechtfertigen vermag. Begutachtung ist nicht ausdrücklich vorgesehen und daher nicht zwingend nötig.**
- **Fristen:** Höchstfristen von fünf Jahren → Gericht kann auch weniger als fünf Jahre festlegen. **Werden weniger als 5 Jahre angeordnet, wird nicht die Massnahme verkürzt, sondern die gerichtliche Überprüfung der Massnahme vorverschoben.**
- **Prozessuales**
 - **Sachliche Zuständigkeit und Begründungspflicht:** u.U. von Einzelgerichten (vgl. Art. 19 Abs. 2 lit. b StPO) und ohne schriftliche Begründung (vgl. Art. 82 Abs. 1 lit. b StPO)
→ unhaltbare Rechtslage
 - **Verfahren bei Verlängerung:** selbständiges nachträgliches Verfahren (StPO 363 ff.)

1.4.6 Art. 60 StGB

Abs. 1

- **Allgemein:** Suchtbehandlung ist Sonderfall der Behandlung von psychischen Störungen. Es gelten grundsätzlich die gleichen VSS wie bei StGB 59, aber angepasste Vollzugs-, Verlängerungs- und Entlassungsmodalitäten.
- **Anlasstaten:** Verbrechen und Vergehen (lit. a); Suchtbehandlung nach Art. 19a Ziff. 4 BetmG bei Übertretungen
- **Abhängigkeit:** alle Arten von Abhängigkeit
- **Zusammenhang** zwischen Anlasstat und Abhängigkeit
- **Gefahr weiterer Straftaten und Behandelbarkeit:** Mit der Massnahme kann der Gefahr weiterer mit der Abhängigkeit in Zusammenhang stehenden Straftaten begegnet werden

Abs. 2

- **Behandlungsgesuch und Behandlungsbereitschaft:** Täter muss behandlungsbereit sein. Anforderungen an Motivation sich einer Therapie zu unterziehen, dürfen nicht zu hoch angesetzt werden, in einer Anfangsphase kann eine gewisse Motivierbarkeit genügen. (keine wesentlichen Unterschiede zur Behandlungsbereitschaft i.S.v. Art. 59)

Abs. 3

- **Stationäre Behandlung:** Grundsätzlich in spezialisierten Einrichtung, wenn nötig aber auch in psychiatrischer Klinik. Der Behandlung kann ein kurzer Aufenthalt in einer somatischen oder psychiatrischen Klinik vorgeschaltet sein.

Abs. 4

- **Dauer der Massnahme:** Absolute Höchstdauer von drei Jahren mit maximaler Verlängerung von einem Jahr; Konstellationen mit einer Rückversetzung nach bedingter Entlassung darf die (absolute) Höchstdauer von sechs Jahren nicht überschritten werden. Bei der Berechnung der Frist gem. Abs. 4 Satz 1 und 2 ist die vor dem Anordnungsentscheid erstandene Untersuchungs- und Sicherheitshaft mitzuberechnen d.h. anzurechnen.

1.4.7 Art. 63 StGB

Allgemeines

- **Ambulante Massnahmen!**
- Besondere Art des Vollzugs einer stationären therapeutischen Massnahme
- Für Anordnung = gleiche Voraussetzungen wie bei StGB 59
- Sind die gesetzlichen VSS erfüllt, muss die ambulante Massnahme zwingend angeordnet werden.

Abs. 1

- **Anlasstat:** Verbrechen, Vergehen und Übertretungen!
- **Besonderer Zustand:**
 - **Schwere psychische Störung:** Umfang des Begriffs ist deckungsgleich mit Art. 59 Abs. 1 StGB (erforderliche Schwere der psychischen Störung ist nicht herabgesetzt!)
 - **ODER Abhängigkeit:** entspricht den Voraussetzung der Suchtbehandlung (Art. 60 Abs. 1 StGB)
- **Zusammenhang zwischen Anlasstat und besonderem Zustand**
- **Gefahr weiterer Straftaten:** Mit der Massnahme muss der Gefahr weiterer mit dem besonderen Zustand in Zusammenhang stehender Straftaten begegnet werden (wie bei psychischen Störungen und bei der Suchtbehandlung)
- **Zuständigkeiten:** Anordnung ambulanter Massnahmen durch das urteilende Gericht; alle den Vollzug betreffende Fragen hingegen in der Kompetenz der Vollzugsbehörde → wenn Notwendigkeit einer Anpassung der Massnahme, dann Vollzugsbehörde zuständig, soweit Änderung dem Zweck der ursprünglich angeordneten Massnahme entspricht und sich die neue Massnahme im abgesteckten Rahmen des Strafurteils bewegt (wenn Abweichung vom Rahmen → Gericht muss darüber befinden)

Abs. 2

- **Strafaufschub zugunsten der Massnahme:** Massnahme = ungünstige Prognose → eine gleichzeitig ausgefallte Strafe kann nicht bedingt (StGB 42) oder teilbedingt (StGB 43) ausgesprochen werden (gilt für stationäre und ambulante Massnahmen)
- Ambulante Massnahme ist grundsätzlich während Strafvollzug durchzuführen
- Strafaufschub = **Aufschub der Freiheitsstrafe zugunsten der Behandlung.**
Ausnahmecharakter (nicht bei lediglich allgemeinen destabilisierenden Folgen des Strafvollzugs, wie bspw. Abbruch von gefestigten familiären, sozialen oder beruflichen Strukturen)
- Voraussetzungen Strafaufschub
 - Ungefährlichkeit der betroffenen Person
 - Vordringlichkeit der Therapie
 - **zu berücksichtigen sind dabei Auswirkungen des Strafvollzugs, Erfolgsaussichten der Behandlung und die bisherigen Therapiebemühungen, sowie dass Strafen grundsätzlich zu vollziehen sind**
→ nur anzuordnen, wenn eine tatsächliche Aussicht auf erfolgreiche Behandlung durch den sofortigen Vollzug der ausgefallten Freiheitsstrafe erheblich beeinträchtigt würde

Abs. 3

- **Vorübergehende stationäre Behandlung:** Wenn dies für Einleitung der ambulanten Behandlung geboten ist → Person wird interniert, bis sie «therapeutisch ansprechbar» wird, **zur Vorbereitung des Massnahmeantritts**
- darf nicht länger als zwei Monate dauern

Abs. 4

- **Massnahmedauer**
 - **Suchtbehandlung:** Maximal fünf Jahre, keine Verlängerungsmöglichkeit!
 - **Behandlung psychischer Störung:** zeitlich relativ unbestimmt; Anordnung ohne Rücksicht auf Art und Dauer der ausgesprochenen Strafe; zu vollziehende Freiheitsstrafe hat keinen Einfluss auf die Dauer der Massnahme. **Dauer hängt vom Behandlungsbedürfnis des Täters und den Erfolgsaussichten der Massnahme ab, d.h. ausschlaggebend sind Geisteszustand des Täters und Auswirkungen der Massnahme auf weitere Straftaten.**
 - i.d.R. nicht länger als fünf Jahre
 - jedoch Möglichkeit der Verlängerung um jeweils 1-5 Jahre
 - Verlängerung so oft, wie dies erforderlich erscheint
 - so lange, bis Zweck erreicht wurde oder Zweckerreichung als aussichtslos erweist

1.4.8 Art. 64 StGB**Allgemein**

- **Verwahrung** = einer der schwersten Eingriffen in die Freiheitsrechte einer straffälligen Person
→ als ultima ratio unter qualifizierten Voraussetzungen möglich
- **Darf nicht angeordnet werden, wenn**
 - Bestehende Gefährlichkeit der straffälligen Person auf andere Weise behoben werden kann
ODER
 - Die ausgesprochene Freiheitsstrafe (evtl. verbunden mit einer ambulanten Massnahme) dem Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit zu genügen vermag
- **Subsidiarität** → Therapeutische Massnahmen und Verwahrung schliessen sich gegenseitig aus
→ lebenslängliche Freiheitsstrafe kann hingegen mit der Verwahrung kombiniert werden

Abs. 1

- **Anlasstaten**
 - Voraussetzung eines bestimmten qualifizierten Schweregrades
 - **Katalog von ausdrücklich aufgeführten Verbrechen**
 - **+ Auffangsklausel**, wodurch der Anwendungsbereich der Verwahrung auf Straftaten mit einer Höchststrafe von mindestens fünf Jahren geöffnet wird.
 - Versuch und eventualvorsätzliche Tatbegehung sind miterfasst
 - **Schwere Beeinträchtigung:** blosses Erfüllen eines Anlasstatbestands reicht nicht aus
→ **zusätzlich:** Täter muss mit der begangenen Straftat die physische, psychische oder sexuelle Integrität einer anderen Person schwer beeinträchtigen oder beeinträchtigen wollen!

→ Schwere Beeinträchtigung liegt vor, wenn aufgrund der zu beurteilenden Tat nach der allgemeinen Lebenserfahrung von einer Traumatisierung der anderen Person auszugehen ist → **objektiver Massstab!**

- **Gefährlichkeit in Zusammenhang mit besonderem Zustand**

- **Gefährlichkeit:**

- Qualifizierte Gefährlichkeit (im Vergleich mit anderen Massnahmen) und damit einhergehend eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit
 - Hoher Beurteilungsmassstab! → Gericht muss sich nicht vorstellen können, dass Täter keine weiteren Straftaten gleicher Art begeht
 - Rückfallrisiko muss Straftaten gleicher Art betreffen

- **Besonderer Zustand:** Qualifizierte Gefährlichkeit kann aus zwei Varianten eines besonderen Zustands abgeleitet werden:

- **Persönlichkeitsmerkmalen** der straffälligen Person, den **Tatumständen** und deren **gesamten Lebensumständen** (lit. a) **ODER** → d.h. auch psychisch gesunde, erstmalig straffällige Personen können darunter fallen
 - Aus einer **anhaltenden bzw. langdauernden psychischen Störung** von erheblicher **Schwere**, die mit der Straftat in Zusammenhang stand (lit. b)
→ Gefährlichkeitsprognosen sind naturgemäss unsicher und frühere Straftaten sind das verlässlichste Indiz für die Beurteilung der Gefährlichkeit

- **Unbehandelbarkeit**

- Verwahrung kann nur angeordnet werden, wenn eine Massnahme nach Art. 59 keinen Erfolg verspricht, d.h. wenn eine langfristige Nichttherapierbarkeit im Urteilszeitpunkt ausgewiesen ist. **Bei Behandelbarkeit ist Verwahrung ausgeschlossen.**
 - Wenn im Zeitpunkt des Entscheids die hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich durch eine stationäre Behandlung über die Dauer von fünf Jahren die Gefahr weiterer Straftaten i.S.v. Art. 64 Abs. 1 deutlich verringern lässt (**Verringerung muss tatsächlich zu erwarten sein, nur minimale Verringerung genügt nicht**) → **Behandelbarkeit vorhanden** und Verwahrung ausgeschlossen
 - Vorgängiger (gescheiterter) Behandlungsversuch ist grundsätzlich nicht verlangt, damit eine Verwahrung angeordnet werden kann, soweit u.a. das Subsidiaritätsprinzip beachtet wird. **Unter Umstände lässt sich aber erst zuverlässig entscheiden, ob jemand unbehandelbar ist, wenn ein entsprechender Versuch unternommen wurde und gescheitert ist.**
 - **Keine besonders strengen Anforderungen an die Therapiewilligkeit.** Es genügt, wenn der Täter **wenigstens motivierbar** erscheint. **Erstes Therapieziel** ist dann oft, **Einsicht und Therapiewilligkeit zu schaffen.**
 - Bei beharrlicher Behandlungsverweigerung der straffälligen Person und vergeblichen, adäquaten therapeutischen Bemühungen, die Behandlungsbereitschaft zu wecken, über Jahre hinweg, kann von fehlender Behandelbarkeit ausgegangen werden. **Trotzdem muss Therapiewilligkeit weiter gefördert werden und Behandlungsversuche unternommen werden, wenn sich dadurch die Legalprognose verbessern liesse.**

Abs. 1bis

- BGer liess bisher offen, ob lebenslängliche Verwahrung gegen übergeordnetes Recht verstösst
- **Erhöhte Anforderungen an alle VSS** für die lebenslängliche Verwahrung, **weil deutlich intensiverer Eingriff**. Ihr soll (nur) ein Personenkreis unterworfen werden, der dauerhaft höchste, nicht ausreichend verminderbare Risiken für die öffentliche Sicherheit repräsentiert. **In der Grundstruktur aber ähnlich wie Abs. 1**
- **Anlasstaten:** Abschliessender Katalog (im Gegensatz zu Abs. 1 keine Auffang- oder Generalklausel) + besonders schwere Beeinträchtigung (Täter hat eine andere Person durch die Anlasstat besonders schwer beeinträchtigt oder beeinträchtigt haben wollen. Das Erfordernis der besonders schweren Beeinträchtigung der physischen, psychischen oder sexuellen Integrität (Abs. 1bis lit. a) verdeutlicht, dass nur schwere Formen der aufgezählten Katalogtaten als Anlasstaten für die lebenslängliche Verwahrung genügen)
- **Gefährlichkeit:** Eine lebenslängliche Verwahrung kann nur bei sehr hoher Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls, i.S.d. erneuten Verübung einer qualifizierten Anlasstat, angeordnet werden (Abs. 1bis lit. b). **Es braucht einen qualifizierten besonderen Zustand.**
- **Dauerhafte Unbehandelbarkeit:** **Täter muss dauerhaft (zeitlebens) nicht therapierbar sein, d.h. mit dem Täter verbundener, unveränderbarer Zustand auf Lebzeiten. Nur langeandauernde Unbehandelbarkeit genügt nicht. Potenziell veränderbare Kriterien (z.B. fehlende Motivation, medikamentös beeinflussbare Symptome usw.) dürfen keine Rolle spielen, nur strukturelle, eng und dauerhaft mit der Persönlichkeit des Täters verbundene Kriterien sind massgebend.**
→ für die Anordnung von lebenslänglicher Verwahrung müssen zwingend Gutachten von mindestens zwei sachverständigen Personen gemäss Art. 56 Abs. 4bis in der Einschätzung dauerhafter Unbehandelbarkeit übereinstimmen → ansonsten fällt die Anordnung ausser Betracht (bis jetzt nur einmal in der Schweiz)

Abs. 2

- **Dualistisch-kumulatives System:**
 - Vollzug der Freiheitsstrafe geht dem Vollzug einer Verwahrung voraus
 - **Treffen mehrere Verwahrungen im Vollzug aufeinander, so gehen sie ineinander auf und werden wie eine einzige Verwahrung vollzogen**
 - Möglichkeit einer bedingten Entlassung aus der vorabvollzogenen Freiheitsstrafe ist von Gesetzen wegen vorgesehen (Abs. 3)
 - Anforderungen an eine bedingte Entlassung aus dem der Verwahrung vorausgehenden Freiheitsentzug sind materiell und formell höher als bei einer bedingten Entlassung aus einer Freiheitsstrafe ohne zusätzlich angeordnete Verwahrung

Abs. 3

- **Bedingte Entlassung aus der Freiheitsstrafe:** Voraussetzung einer günstigen Prognose i.S.d. Erwartung, dass die verurteilte Person in Freiheit mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Straftaten i.S.v. Abs. 1 begehen wird; frühestens nach Verbüßung von zwei Dritteln der Freiheitsstrafe bzw. von 15 Jahren der lebenslänglichen Strafe möglich → Entscheidung des Gerichts, welche die Verwahrung angeordnet hat.
- Modalitäten nach Gewährung der bedingten Entlassung → nach Art. 64a StGB

Abs. 4

- **Vollzugsort:** Verwahrung in einer Massnahmenvollzugseinrichtung oder in einer geschlossenen Strafanstalt bzw. geschlossenen Abteilung einer offenen Strafanstalt; Ausrichtung am Resozialisierungsziel **und daher stufenweiser Vollzug**
- **Freiheitsorientierung und Abstandsgebot:**
 - Jeder Freiheitsentzug steht in der Entlassungsperspektive und auch verwahrten Personen muss eine reale Perspektive im Hinblick auf eine mögliche Entlassung und eine Wiedererlangung der Freiheit eröffnet werden.
 - Abstandsgebot: Haftbedingungen (Unterbringung, konkrete Ausgestaltung des Vollzugs) einer Sicherungsverwahrung müssen sich deutlich von Haftbedingungen einer Freiheitsstrafe unterscheiden
- Psychiatrische Betreuung → **Täter wird psychiatrisch betreut, wenn dies nötig ist. Zweck der Betreuung ist nicht primär Verbesserung der Legalprognose, sondern Einhaltung Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, dass Behandlungswilligkeit zu fördern ist und Behandlungsversuche durchzuführen sind.**

1.4.9 Art. 65 StGB

Allgemeines

- **Abs. 1: nachträgliche Anordnung** einer **stationären** therapeutischen Massnahme (Art. 59-61) vor oder während des Vollzugs einer Freiheitsstrafe
- **Abs. 2: nachträgliche Anordnung** einer **Verwahrung** (ohne lebenslängliche Verwahrung) → Anwendungsbereich zielt dabei auf die seltenen Fälle, in denen die an sich zulässige Anordnung einer Verwahrung im Strafurteil unterblieben ist und sich die verurteilte Person während des Strafvollzugs als hochgefährlich erweist

Abs. 1

- **Abgrenzungen:** Die Umwandlung einer Massnahme in eine andere Massnahme ist durch Art. 62c Abs. 3, 4 und 6 für die stationären therapeutischen Massnahmen und durch Art. 63b Abs. 5 für die ambulante Behandlung geregelt. Abs. 1 ist demnach für den Austausch von therapeutischen Massnahmen nicht anwendbar.

- **Voraussetzungen:**
 - Stationäre therapeutische Massnahme kann nur **anstelle einer Strafe**
 - **nachträglich** angeordnet werden, wenn sie **vor oder während des Vollzugs der Freiheitsstrafe** – und damit nach Rechtskraft des Urteils –
 - **neue Tatsachen oder Beweismittel ergeben** haben, die die Voraussetzungen einer solchen Massnahme begründen **und dem Gericht beim Urteil noch nicht vorlagen**
→ ansonsten: ne bis in idem
 - **unbedingte bzw. teilbedingte Freiheitsstrafe muss angeordnet worden sein**
- **Prozessuales**
 - Verfahren bei selbständigen nachträglichen Entscheiden des Gerichts (Art. 363 ff. StPO), **wobei Sanktionsfolgen nachträglich abgeändert oder ergänzt werden.**

Abs. 2

- **Abgrenzungen:** nachträgliche Anordnung einer Verwahrung gemäss Abs. 2 (Revision) ist von der Umwandlung einer stationären therapeutischen Massnahme in eine Verwahrung (Art. 62c Abs. 4 i.V.m. Art. 64 Abs. 1) abzugrenzen. **Die Verfahren und VSS für die Anordnung sind unterschiedlich.**
 - **Nachträgliche Anordnung Verwahrung** (Abs. 2) → Korrektur eines fehlerhaften Urteils, **Revision möglich**
 - **Umwandlung stationäre Massnahme in Verwahrung** → Anpassung an spätere Entwicklung hinsichtlich Geisteszustandes der straffälligen Person
 - **Nicht möglich:** strafvollzugsbegleitende ambulante Behandlung durch eine (nachträgliche) Verwahrung zu ersetzen
- **Voraussetzungen:** Vier kumulativ zu erfüllende Voraussetzungen:
 - **Tatsachen und Beweismittel:**
 - **Tatsachen:** Umstände, die geeignet sind, für die dem Urteil zu Grunde liegenden Feststellungen des Sachverhaltes berücksichtigt zu werden → **Gefährlichkeit ist keine Tatsache, aber die** Risikofaktoren, auf welchen die Gefährlichkeit basiert
 - **Beweismittel:** Beweis einer Tatsache
 - **Neuheit:** Gericht hatte im Zeitpunkt der Verurteilung keine Kenntnis **von den Tatsachen und Beweismitteln**, obwohl sie damals schon bestanden (für Gericht objektiv unmöglich erkennbar); **Wären Tatsachen damals erkennbar gewesen, dann kein Revisionsgrund.** Ein neues Gutachten, das nur eine andere Meinung vertritt und auf eine abweichende Diagnose und Prognose schliesst, bildet keinen Revisionsgrund. **Was damals schon vorgebracht wurde, kann nicht nochmals vorgebracht werden «ne bis in idem»**
 - **Erheblichkeit:** Tatsachen oder Beweismittel müssen geeignet sein, die Sachverhaltsfeststellung zu erschüttern, auf der die Verurteilung beruht. **Neuer SV muss eine Verwahrung wahrscheinlich erscheinen lassen.**
 - **Vorliegen im Urteilszeitpunkt:** Gründe für die nachträgliche Verwahrung müssen schon im **Urteilszeitpunkt bestanden haben.** Gericht kann ausschliesslich in einem früheren Verfahren begangene Fehler korrigieren. **Bedingungen der Verwahrung müssen schon zum damaligen**

Urteilszeitpunkt erfüllt gewesen sein. Nachträgliche Entwicklung oder Verhalten der Person im Strafvollzug (z.B. Verweigerung Behandlung, Drohungen, Aggression) können nicht berücksichtigt werden.

- **Prozessuales**

- Wiederaufnahme des Verfahrens ist gem. den Regeln der StPO zur Revision (Art. 410 ff. StPO) durchzuführen
- Abs. 2 setzt keine Frist in Bezug auf den Zeitpunkt der nachträglichen Anordnung der Verwahrung, sondern präzisiert nur, dass die neuen Beweismittel während des Vollzugs der Freiheitsstrafe auftauchen müssen

- **Kasuistik**

- Neues Gutachten, in dem nur eine andere Meinung vertreten und auf eine abweichende Diagnose und Prognose geschlossen wird, bildet keinen Revisionsgrund

2 Einführung (Psychiatrische Perspektive)

ÜBERSICHT

| | |
|------|---|
| I. | Forensische Psychiatrie: Begriff & Geschichte |
| II. | Aufgaben der Forensischen Psychiatrie am Beispiel KFP |
| III. | Therapeutische Massnahme |
| IV. | Diagnosen und diagnostischer Prozess in der Psychiatrie |
| V. | Forensisch relevante psychische Störungen |

2.1 Forensische Psychiatrie: Begriff & Geschichte

2.1.1 Was ist forensische Psychiatrie nicht?

Forensische Psychiatrie/Psychotherapie ist **nicht Strafvollzug** und **Sicherheitsverwahrung**

Unterscheidung:

- **Forensik:** **Naturwissenschaft** und **Technik**, um **Verbrechen** und Kriminalität anhand von **Beweisen zu ermitteln** und zu **untersuchen**. Bspw. forensische Entomologie oder Rechtsmedizin
 - **Kriminologie:** Lehre von **Verbrechen** und Kriminalität, **Erklärung** von **Verbrechen** und Kriminalität als **soziales Phänomen**
- **Begutachtung, Behandlung** und **Prävention**, Arbeiten mit Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und bestimmte Risikomerkmale aufweisen → Keine Abteilung für Serienmörder!
- **Serienmörder sind sehr selten, häufig sind** Raubdelikte, Körperverletzungsdelikte, Ehestreitigkeiten mit häuslicher Gewalt, **Trunkenheitsdelikte**
- Tötungsdelikte sind eher selten
- Es geht nicht um spektakuläre Behandlungen
- Es geht darum den Juristen klar zu machen, dass nicht jede perfide Delinquenz mit einer psychischen Störung verbunden ist

2.1.2 Forensische Psychiatrie/Psychotherapie

Forum = Markt und Gerichtsplatz

Forensische Psychiatrie und Psychotherapie stellt eine **Schnittstelle** zwischen **Medizin** und **Justiz** dar, die sich mit den **juristischen Aspekten psychischer Störungen** befasst.

Medizin + Psychotherapie: **Diagnose und Therapie psychischer Störungen**

Justiz: **Sanktion von Fehlverhalten, Anordnung von Massnahmen**

→ Justiz zieht die Psychiatrie bei um bestimmte Fragen beantwortet zu bekommen, wie z.B. ob eine psychische Störung vorliegt

2.1.3 Forensische Psychiatrie zwischen Psychiatrie und Justiz



2.1.4 Geschichte der forensischen Psychiatrie

Allgemein

Antikes Griechenland

Hippokrates von Kos (460 - 377. v. Chr.) Krankheit natürliches Phänomen, nicht Ausdruck unbeeinflussbarer metaphysischer Kräfte. Humoralpathologie: 4 Körpersäfte als Ursachen von Krankheiten

Römisches Reich

Marcus Aurelius (römischer Kaiser 2. Jh. n. Chr.) wurde von einem Konsul um Hilfe gebeten bei einem Mordfall: Aelius Priscus ermordete im Wahn seine Mutter. Matrizid galt als fürchterliches Verbrechen. Antwort Marcus Aurelius: zuerst prüfen, ob Aelius Priscus definitiv krank ist. Wenn ja, ihn aus der Haft entlassen und in Obhut seiner Familie geben, da er bereits genug gelitten habe.

16. Jahrhundert

Constitutio Criminalis Carolina: von Karl V. initiiert. Art. 179: «jemandt, der jugent (**Jugend**) oder anderer gebrechlichkeit (**Gebrechlichkeiten**) halben, wissentlich seiner synn (**Sinne**) nit hett» sieht Strafmilderung vor, auch für sog. Geistesranke.

→ an psychisch Kranke werden nicht die gleichen Massstäbe angelegt wie bei den «Normalen», somit mildere Strafe oder gar keine Strafe

Ancien Régime (ca. 1500 - 1789)

Dank Dämonenglaube und Konzept der Selbstverantwortlichkeit des Menschen, wird davon ausgegangen, dass Verbrecher sich aus freien Stücken mit dem Teufel einlasse. Verbrecher als «vom Satan Besessene». Staat sprach die Strafe als Vertreter Gottes aus. → Rückschritt

→ moralisch-religiöse Vorstellungen als Massstab

18. Jahrhundert

Anfänge der «Criminalpsychologie»

Rechtsgelehrte, Philosophen, Psychologen und Mediziner versuchten, das Wesen des Verbrechens aus der menschlichen Psyche heraus zu erklären

19. Jahrhundert

Grössere Beachtung individueller Besonderheiten der menschlichen Psyche Von der Tat zum Täter → nicht mehr die Tat, sondern die Persönlichkeit des Täters stand im Vordergrund (auch heute befassen wir uns sehr mit der Persönlichkeit, aber auch mit der Tat. Eine Tat kann viel über die Persönlichkeit des Täters sagen → bspw. strategische Provokation von starker Gewalt = sadistische Persönlichkeitszüge)

Heute

Man befasst sich mit der **Persönlichkeit des Täters und der Tat**, denn die **Tat** kann auch **Rückschlüsse** auf die **Persönlichkeit** geben → z.B. Opfer stark und absichtlich quälen deutet auf Sadismus

- Psychische Krankheiten gibt es schon seit Jahrhunderten → keine neue Phänomene
- **Gutachten** werden auch **erstellt** bei **Grenzfälle** oder für die **Beurteilung normal psychologischer Vorgänge**

«Bad or Mad?»

- Abgrenzung zw. **Persönlichkeit**, die zu **Straftaten führt** vs. **psychische Störungen**, die **Straftaten begünstigt**
- Verbindung forensische Psychiatrie und **Psychologie**
- Pinel war psychiatrischer Grundvater
- früher wurden Verbrecher und psychisch Kranke in dieselben Asyle gebracht und angekettet
- **Wahnsinnige waren früher auch Obdachlose oder Alte**

Phineas Gage (1823-1860)

- Neurobiologische Entwicklung
- Phineas Gage war Ingenieur im Tunnelbau in Nordamerika (Eisenbahnbau)
- er war völlig unauffällig, pflichtbewusst, durchschnittlicher Mensch
- Hat sich bei Arbeitseinsatz verletzt bei Durchführung einer Sprengung, die sich frühzeitig gelöst hat

(Metallstück durchs Auge und oben dann wieder aus dem Schädel raus)

- Phineas Gage hat überlebt, sich jedoch sehr verändert, **war ein anderer Mensch**
 - komplett unzuverlässig, **hat geflucht, sexuell übergriffig, hielt sich nicht an Regeln usw.** Keine Beeinträchtigung der Intelligenz, jedoch soziale Intelligenz beeinträchtigt (kein Respekt vor sozialen Normen, sexuelle Enthemmung, etc.)
- Verdacht, dass Hirnstrukturen verletzt wurden
- **Frontallappen** ist zuständig für **Planung, Strategie, Impulskontrolle, Regulation Verhalten** usw. → wurde bei Phineas Gage beschädigt
- **Demenz greift auch den Frontallappen an**, was zu **Enthemmung** usw. führt
- Frontallappen entwickelt sich später (bei Kinder noch nicht so ausgeprägt)
 - **Verletzung Frontallappen bei Kindern unter 3 Jahren hat stärkere Auswirkungen als bei Erwachsenen, weil der Frontallappen für die Verhaltensregulation zuständig ist**
- **Es gibt keine psychische Störung, die 1:1 mit Delinquenz verbunden ist. Das betrifft sogar die Antisozialität.**
 - Bspw. Pädosexualität erhöht Risiko, bei begangenen Delikt, weitere Delikte zu begehen

2.1.5 Krise der forensischen Psychiatrie

- Fazit der Psychiatrie Enquete: Forensische Psychiatrie ist das Schlusslicht der Psychiatrischen Versorgung → **60er bis Anfang 90er Jahre ging es primär um die Art der Gutachten und nicht um die Behandlung**
- Mehrere spektakuläre Sexualstraftaten mit Todesfolge in den 90er Jahren
 - Beispiel **Mord am Zollikerberg**
 - Toleranz ggü. solchen Phänomenen hat in der Gesellschaft massiv abgenommen
 - auch mediale Einflüsse (wenn heute in Deutschland etwas passiert, weiss ganz Europa davon)
- Danach wurde intensiv über die Gutachten- und Behandlungsqualität diskutiert.
 - *Früher waren Gutachter vor allem für Gutachten zuständig, hatten jedoch keine Erfahrung mit Behandlungen und konnten Risiken nicht so gut abschätzen*
 - *Gutachter: Alt eingesessenen Leute mit harten Sicherheitsdenken/konservativ und sehr stark rechts gerichtet (Law & Order), aber auch Gutachter, die im Gefolge der psychotherapeutischen Neuerung auf Milieu der Täter fokussierten (von schlechtem Milieu zu gutem Milieu → sollte Einfluss haben)*
 - **es genügt nicht, Straftäter nur in ein positives Umfeld zu setzen und dann werden sie automatisch nicht mehr straffällig**
 - Phänomen: Beschuldigung von Gutachter und Behandler
 - Beispiel Gustl Mollath
 - Reifenzerstechung
 - gesunder Mann wurde 7 Jahre in Psychiatrie gesperrt
 - Aktengutachten → immer von altem Gutachten abgeschrieben
 - Diagnostische Einschätzung und Risiko → Psychiater

- Verhältnismässigkeitsaspekte der Massnahme → Jurist
- auch die Politik hat sich kritisch über psychiatrische Begutachtungen geäussert. So sprach der deutsche Bundeskanzler Schröder von einem «Gutachterkartell» und forderte, dass man Sexualstraftäter für immer wegsperren sollte

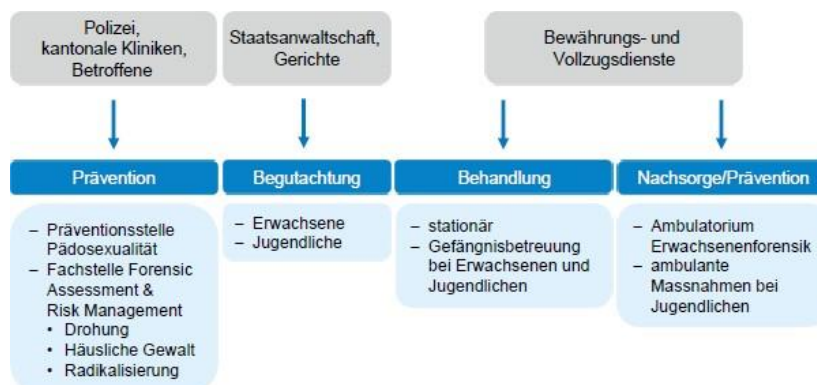
→ psychische **Störungen** führen **nicht zwingend** zu **Straftaten**, sie **erhöhen** nur das **Risiko** für **Straftaten**

→ **sexuelle Übergriffe** an **Kindern** werden häufig **nicht** von **Pädophilen** begangen, sondern von **Familienmitgliedern** oder sonst aus dem Nahfeld

2.2 Aufgaben der forensischen Psychiatrie (am Beispiel KFP)

2.2.1 Aufgaben der KFP/Behandlungskette

KFP = Klinik für Forensische Psychiatrie

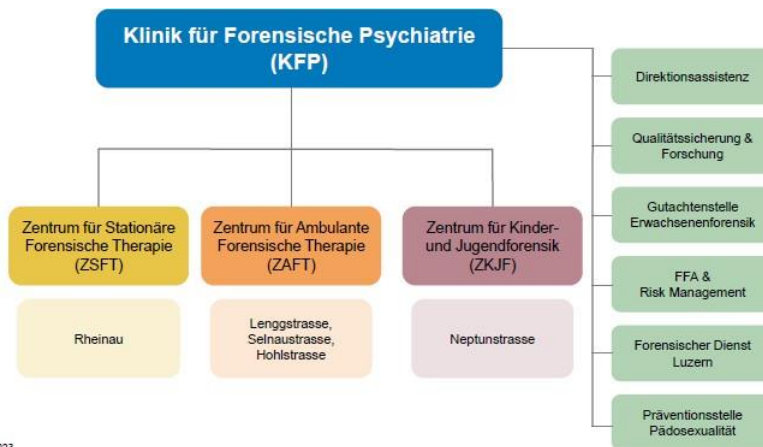


Personalausstattung:

165 Mitarbeitende: 94 Pflege, 30 im ärztlichen-, 20 im psychologischen Bereich

- Forensische Betten in psychiatrischen forensischen Klinik erst seit 2011 **im Kanton Zürich**, vorher nur Begutachtung **und nicht Behandlung**
- Nachsorge im Ambulatorium: Nachdem Patienten stationär behandelt wurden
- Ambulatorium wurde gegründet für stationäre Nachsorge, aber mittlerweile auch Massnahmen nach Art. 63 StGB → Risikopotenzial von Menschen ist nicht so hoch und sie können ambulant behandelt werden

2.2.2 Organigramm



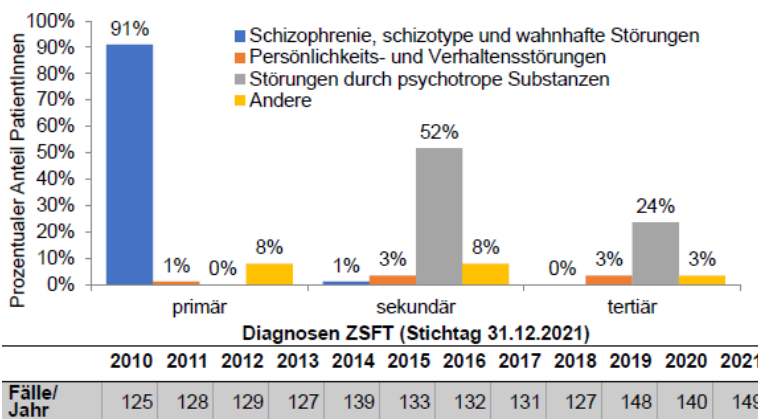
11.12.2023

ZAFT: Zürich ZSFT: Reinau

- ➔ Ambulante Betreuung = Gefängnisbetreuung
- ➔ im **Gefängnis** hat es **mehr psychisch Kranke** als in der **Allgemeinbevölkerung** (Depressionen, Sucht und Schizophrenie)
- ➔ Im **Gefängnis** geht es in der **Behandlung** darum, die **Haftfähigkeit** zu **erhalten** oder **wiederherzustellen**
- ➔ in der forensischen **Psychiatrie** geht es in der **Behandlung** darum, das **Risiko** zu **verringern**
- ➔ in der forensischen **Psychiatrie** landet man **nur** wenn:
 - Begutachtet** wurde
 - Behandlungsmöglichkeit** besteht
 - Risiko** besteht

2.2.3 Zentrum für stationäre forensische Therapie (ZSFT) – Patientinnenkollektiv

- In Reinau mittlerweile 92 Betten
- Primär Diagnose: oftmals **Schizophrenie**
- Jedoch **häufig weitere Diagnosen**: häufig mit **begleitenden Substanzproblemen**



2.2.4 Zentrum für ambulante forensische Therapie (ZAFT): Ambulatorium

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Behandelte Patient*innen | 82 | 100 | 112 | 107 | 117 | 118 | 151 | 166 | ~200 |

- ungefähr die **Halfte der Patienten** wurde zu einem **früheren Zeitpunkt stationär im ZSFT** behandelt
- ~ 80% vom Kanton Zürich zugewiesen
- **Haltequote**, d.h. **Anteil planmässiger Behandlungsenden** (d.h. **Behandlung abgeschlossen**), **bei ~80%**
 - Ansonsten oft: per FU eingewiesen, Behandlung abgebrochen, wieder entlassen, einige Wochen später wieder eingewiesen, wieder abgebrochen usw.
 - Von solcher Klientele → bei ca. 80% kann Behandlung abgeschlossen werden
- **Rückfälligkeit** → **geringer** als bei **normalen Häftlingen** und selbst bei denen, die rückfällig werden, **häufig geringere Delikte** (z.B. **Drohung statt Körperverletzung**)
 - Bspw. Behandlung eines Mannes, der als Kind Hirnhautentzündung hatte, der in Heim lebte hat er einen Betreuer mit dem Messer durch die Abteilung gejagt, da er ihm verbot, Bier zu trinken → Begutachtung, wobei er sehr angespannt und aggressiv war: Suchtproblem, Aggressionsproblem, exhibitionistische Störung (auch aufgrund Vorgeschichten) → ambulante Massnahmen / betreute Wohnform und betreuter Arbeitsplatz → kein Gewaltdelikt mehr, «nur» noch weiter exhibitioniert im Wald → Erfolg
 - **120% Haltequote** → Massnahme wurde nach 10 Jahre beendet, jedoch kam er immer wieder zurück, wenn etwas eskalierte

→ Nachfrage und Patientenzahl steigen

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE)

- Behandlung von Patient*innen mit **Dualdiagnose** (Suchterkrankung und weitere psychische Erkrankung), die ein **strafrechtlich** relevantes **Delikt** begangen haben.
- 2021: 41 Patient*innen (38 Männer, 3 Frauen) im ZAE ambulant forensisch behandelt

2.2.5 Zentrum für Kinder- und Jugendforensik

Übersicht der Leistungsbereiche

Ambulante Forensische Therapie

- Triage
- Forensische Therapie-Planungen
- Angeordnete ambulante forensische Behandlungen im Einzel-, Gruppen-, Familiensetting
- ambulante (psychoedukative) Kurzinterventionen

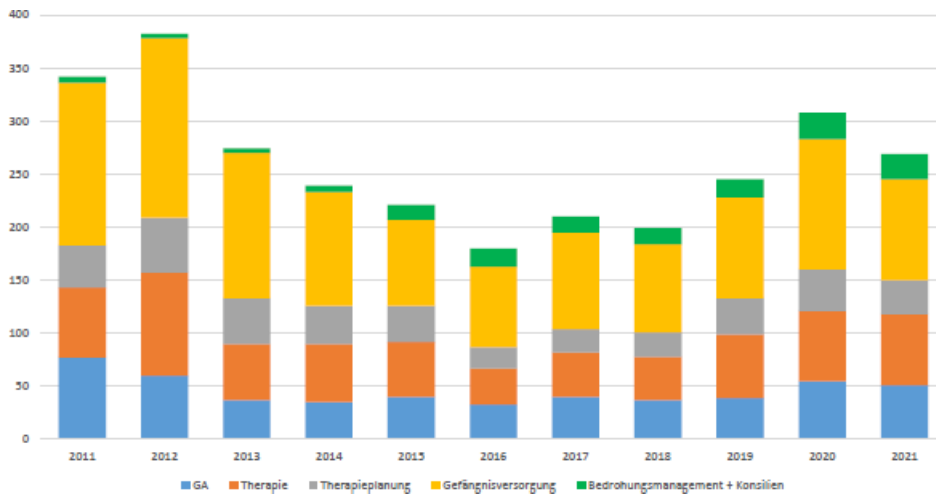
Gutachtenwesen

Konsiliar- und Liaisontherapie

- Forensische jugendpsychiatrische Versorgung der minderjährigen Insassen im Gefängnis Limmattal & Dielsdorf

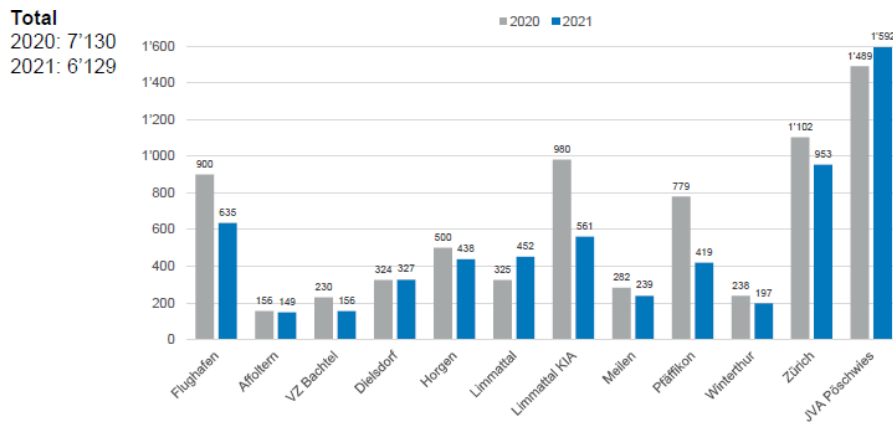
- Forensische jugendpsychiatrische Versorgung der minderjährigen in sozialpädagogischen Institutionen der Justiz
- FFA für Minderjährige
- Pädosexuelle Präventionsstelle für Minderjährige

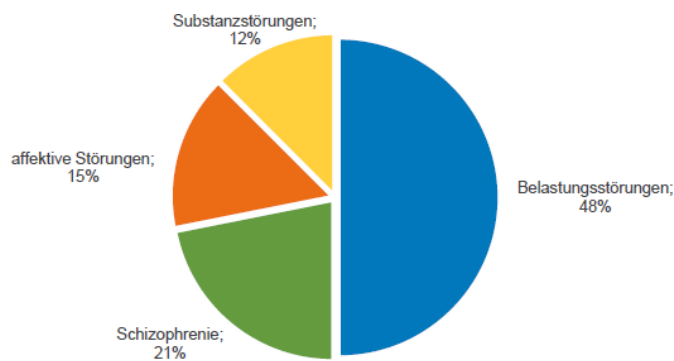
Behandelte Fälle



2.2.6 Gefängnisversorgung: Konsultationen

Grundversorgung im Gefängnis (hier: Kanton Zürich)





→ In Grundversorgung: 21% schizophrene Menschen

→ Personen landen im Gefängnis, obwohl sie psychische Störungen haben, weil sie nur **Bagatell-Delikte** begangen haben, welche es **nicht erlauben**, eine **Massnahme** anzuordnen (z.B. Schwarzfahren)

→ psychische Belastung ist in U-Haft viel höher als im normalen Gefängnis

2.2.7 Forensisch psychiatrische Abklärungs- und Beratungsstellen

Fachstelle Forensic Assessment (FFA)

- Beratung und Unterstützung der Polizeibehörden und der Staatsanwaltschaft bei der Risikoeinschätzung
 - psychische Störungen erkennen, deren Verlauf und deren Zusammenhang mit Delinquenz beurteilen
 - Anwendung fachgerechter standardisierter Risikoeinschätzungsinstrumente
 - Bereitstellung von psychotherapeutischem Wissen
- Interventionsempfehlungen und Entscheidungshilfen für das Fallmanagement:
 - Ressourcen in hochproblematische Fälle investieren
 - Entwarnung geben bei eher unproblematischen Fällen
- Fristen für Berichte liegen zwischen 24 Std. bis 4 Wochen (in Abhängigkeit der rechtlichen Grundlage)

→ Bedrohungsmanagement

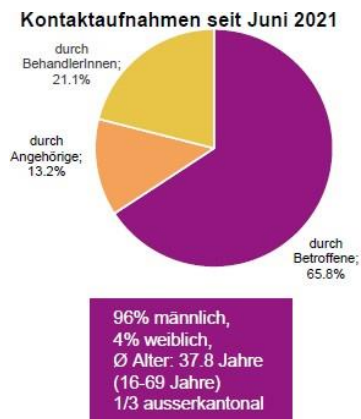
2.2.8 Präventionsstelle Pädosexualität

seit Juni 2021

Niederschwellige und kostenfreie Beratung und Behandlung für erwachsene und jugendliche Menschen, die Hilfe suchen, weil sie sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen

→ **Anonymität**, vor allem keine Abrechnung via Krankenkasse!

→ Siehe auch beim Kapitel Sexualdelinquenz



Psychische Erkrankungen

Pädosexuelle Neigung/Präferenz: 75%

Komorbide psychische Erkrankungen:
80%

- ↳ Depressive Störung: 70%
- ↳ Persönlichkeitsstörung: 26%
- ↳ Substanzgebrauchsstörung: 13%

→ **Komorbide** psychische Erkrankungen = **zusammen auftretend**, d.h. eine oder mehrere Störungen die zu einer bestehenden Grunderkrankung hinzukommen (z.B. Suchterkrankung [Grunderkrankung] und dazu kommen dann eine oder mehrere Störungen [z.B. Schizophrenie])

→ sexuelle Vorlieben machen etwas mit Persönlichkeitsentwicklung

→ Im Moment: 40 Leute in Behandlung

- Zuerst Abklärung, ob überhaupt Problem ist und dann Behandlung
- Viele Menschen sind gar nicht pädosexuell → teilweise auch Zwangsstörung

→ Niedrige Rate von Delikten und sehr niedrige Rate von Hands-on-Delikten

2.2.9 Multifaktorielles Bedingungsgefüge der Sexualdelinquenz



→ **Pädophilie** → man steht mehr auf Kinder als auf Erwachsene (stabile Präferenz)

→ **Präferenz** → nicht änderbar, man steht halt auf etwas oder eben nicht

→ **Viktimisierung** → nicht änderbar, , selber als Kind missbraucht worden

→ **Persönlichkeit** → nicht änderbar

→ **Stresstoleranz** → änderbar

- **Alkohol/Drogen** → **änderbar**, kann reguliert werden
- **Beziehungsdefizite** → **änderbar**
- **Kognitive Verzerrung** → **änderbar**, kann behandelt werden
- **Opfervariablen** → **nicht änderbar**

- Hier im Sinne von Extrempositionen (Kern-homosexuelle, kern-heterosexuelle, kern- pädosexuelle Menschen)
- **Grosse Haltequote**
- Man kann (noch) **nicht viel** zur **Erfolgsquote** sagen → gibt es in Schweiz noch nicht so lange und es kann auch nicht gesagt werden, was passiert wäre ohne diese Präventionsbehandlung
 - Niedrige Rate von Delikten und sehr niedrige Rate von Hands-on-Delikten
- Keine Erklärung, warum mehr Männer
 - Evtl. bei Frauen noch nicht genug erforscht
 - Bei Frauen weniger stark problematisiert → Forschungsleck

2.3 Therapeutische Massnahme

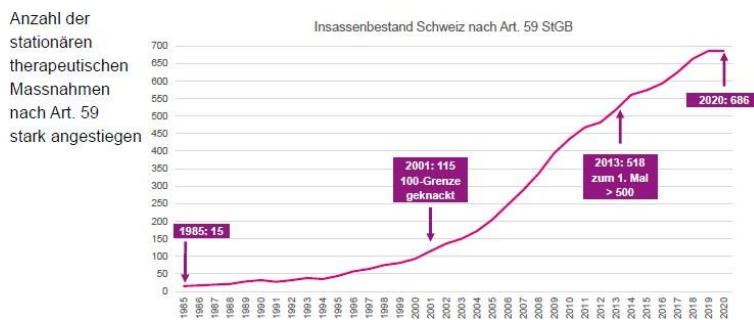
→ bei hohem Rückfallrisiko werden häufiger Massnahmen (StGB 59) angeordnet als Verwahrungen (StGB 64)

2.3.1 Anordnung von Massnahmen

| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|--------------|------|------|------|------|
| Total | | 462 | 491 | 522 | 471 |
| Verwahrung | Art. 64 StGB | 7 | 4 | 3 | 4 |
| stationäre Behandlung psych. Störungen | Art. 59 StGB | 127 | 122 | 123 | 96 |
| stationäre Suchtbehandlung | Art. 60 StGB | 64 | 64 | 78 | 77 |
| ambulante Behandlung | Art. 63 StGB | 265 | 294 | 304 | 279 |
| Einweisung in Einrichtung für Jugendliche | Art. 61 StGB | 15 | 18 | 21 | 27 |

→ Überraschend wenig Verwahrungen

2.3.2 Stationäre Massnahmen

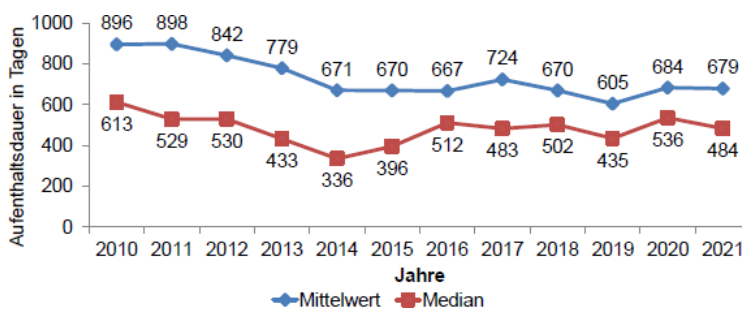


→ Leute sind länger in der Massnahme und werden weniger häufig entlassen

→ Therapie muss einen Effekt auf Legalprognose haben, d.h. Therapie muss das Risiko vermindern können, sonst ist man nicht therapierbar

→ Sind diese Menschen wirklich therapierbar?

2.3.3 Zentrum für stationäre forensische Therapie (ZSFT) – Liegezeiten



→ Behandlungstag in forensischer Psychiatrie kostet CHF 1'000 pro Tag

→ **Liegezeiten** konnten **reduziert** werden

- Exzellente Zusammenarbeit mit Bewährungs- und Vollzugsdienst
- Nachsorge

→ Lockerungen sind wichtig um zu überprüfen, ob die Risiken sich wirklich verkleinert haben (z.B. kein Drogenmissbrauch wenn man Ausgang hat) → ist sehr wichtig im Straf- und Massnahmenvollzug

2.3.4 Rückfallraten im Vergleich

| Sanktionsform | Rückfallrate | |
|---|--------------|---------------------------------|
| | 3 Jahre | 5 Jahre (mittlere time at risk) |
| Massnahmepatienten Rheinau ^a | 13.0 % | 21.0 % (21 von 100 Patienten) |
| mit amb. Nachsorge | | 12.0 % |
| ohne amb. Nachsorge | | 30.0 % |
| Kriseninterventionspatienten Rheinau ^a | 20.0 % | 41.6 % (50 von 120 Patienten) |
| Häftlinge Schweiz (BFS, 2018) | 40.9 % | |

^a Entlassungsjahrgänge 2006 - 2015

- signifikant niedrigere Rückfallquote der ZSFT-Entlassenen im Vergleich zu Schweizer Strafgefangenen
- nach 5 Jahren signifikant niedrigere Rückfallquote der Massnahme- im Vergleich zu den Kriseninterventionspatienten

→ Zahlen belegen, dass **Rückfallraten** von Patienten der **Rheinau** deutlich **tief**er sind, als die der **normalen Häftlinge**

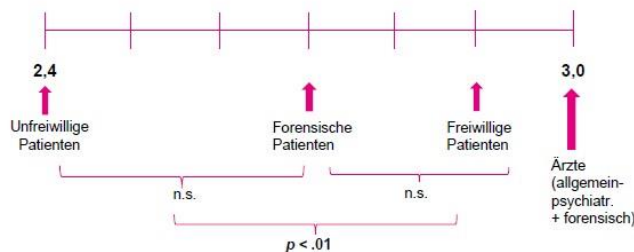
→ **Delikte** → Die meisten Delikten sind aus deutlich niedrigeren Deliktkategorie

→ Es wirkt trotz Reduktion der Liegezeit

→ **Kriseninterventionspatienten** → z.B. aufgrund akuter Depressionen im Gefängnis in die Psychiatrie eingeliefert

2.3.5 Zwangskontext und therapeutische Beziehung

Patientenrating der therapeutischen Beziehung unterscheidet sich zwischen den Gruppen
 $F(2, 113) = 5.60 (p < .01)$



→ Drei Gruppen von therapeutische Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten

- Allgemeinpsychiatrische Patienten mit **freiwilligen Patienten** → z.B. Freiwilliger Drogenentzug
- Allgemeinpsychiatrische Patienten mit **FU** (nicht freiwillig)
- Patienten in **forensisch-psychiatrischen** Klinik (nicht freiwillig)

→ **forensischen** Patienten haben **bessere therapeutische Beziehungen**, als die **FU Patienten**, die freiwilligen Patienten haben die besten Beziehungen

2.3.6 Zwischenfazit

Selbstverständnis

- **Forensische Psychiatrie** ist ein vielschichtiges medizinisches, psychotherapeutisches Fachgebiet
- es **berät** und **unterstützt juristische Behörden** und dient dadurch auch der (Rechts-)Sicherheit
- Erwartung an die Forensischen Psychiatrie → Professionalisierung, Risikominimierung, aber auch Lösung komplexer gesellschaftlicher Probleme
- Gehilfe, aber nicht Erfüllungsgehilfe der Justiz
- Selbstbewusstsein trotz Bescheidenheit → **Wir können vieles, aber nicht alles!**

2.4 Diagnosen und diagnostischer Prozess in der Psychiatrie

2.4.1 Diagnostik in der Psychiatrie/Psychotherapie

- Psychiatrische **Untersuchung** → **Gespräche**
- Allgemeine **Psychopathologie**:
 - Lehre von den Symptomen psychischer Störungen
- Moderne psychiatrische **Klassifikationssysteme**
 - ICD-10/ ICD-11
 - DSM-IV/ DSM-5

2.4.2 Abhängigkeit des Befundes vom psychopathologischen Grundverständnis

Biographisch individuelles Erfassen (Romantik, frühes 19. Jahrhundert):

- psychische Störungen in erster Linie Ausdruck einer biographischen Fehlentwicklung
- subjekt-orientierter Ansatz
- Krankheit als Ausdruck des Scheiterns eines Lebensentwurfes

→ Betonung des **subjektiv-individuellen Aspekts** gegenüber **objektiven, deskriptiven Ansätzen**

2.4.3 Real-Definition von psychischen Krankheiten

- «Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten» (Griesinger, 1817-1868)
 - Gewisse Gehirnkrankheiten können wir beschreiben
 - Gewisse können wir noch nicht beschreiben
- psychische Krankheiten als naturwissenschaftlich fassbare Dinge
- «der Patient hat eine Krankheit»
 - Die soll abgebildet werden
 - Idee, diese fotografisch abzubilden

| | |
|------------------|---|
| Befunderhebung = | objektive, quasi fotographische Abbildung des vorgegebenen krankhaften Sachverhaltes durch den Arzt |
|------------------|---|

2.4.4 Nominal-Definition von psychischen Krankheiten

→ wird heute verwendet

- Entwicklung von **Kriterien** nach dem jeweils **aktuellen Wissenstand**
- **psychopathologische Konventionen**
- **Konstruktion** eines **Konzepts** durch Expert*innen
- nicht was eine Störung ist, sondern **unter welchen Umständen** wir **begründet** von einer **Störung sprechen**, ist Gegenstand der psychiatrischen **Diagnostikforschung**
- Ansatz der modernen **Klassifikationssysteme**
- Unter **welchen Umständen** können wir von einer **psychischen Störung** sprechen?

2.4.5 Entwicklung zu Nominaldefinitionen

Frühe Klassifikationsversuche

- Romantische Psychiatrie: Störungen sind Seelenerkrankungen, mit Persönlichkeit verwoben
- Monomanie (Pinel, Esquirol)
- Einheitspsychose; Kontinuität (Griesinger)
- Krankheitsentitäten (Kahlbaum)
- Verlauf (Kraepelin)

2.4.6 Geschichte/Rationale der Klassifikationssysteme: Fehlende Gültigkeit/Überprüfbarkeit

- um 1960er Jahre: niedrige Reliabilität psychiatrischer Diagnosen
- Kritik insbesondere relevant in Zusammenhang mit **neuen Behandlungsansätzen** wie **Psychopharmaka** oder **Elektrokrampftherapie** (Sass, 1987)
→ **Problem**: wenn man von einem Arzt mit Depressionen und vom anderen Arzt mit Psychose diagnostiziert wird, dann nützen Medis ja nichts, weil Medis gegen Depressionen nützen bei Schizophrenie nichts und umgekehrt. Daher wichtig, dass richtig diagnostiziert wird, damit dann richtig behandelt werden kann.

Beck et al., 1962

- Studie zur Reliabilität psychiatrischer Diagnosen: Konsistenz klinischer Beurteilungen
 - Beurteilung depressiver Symptomatik basierend auf DSM
 - Übereinstimmungsrate 54%
- **Reliabilität zu niedrig für Behandlungs- und Forschungszwecke**

Cooper et al., 1972

- Vergleich zwischen in zwei Spitälern in London und New York gestellten Diagnosen
- **Diskrepanzen im Bereich der affektiven und schizophrenen Störungen**

2.4.7 Wer bestimmt, was psychisch krank bzw. gestört ist?

- Weltgesundheitsorganisation und APA
- Expertenkonsens anhand dem aktuellen Forschungsstand
- Arbeitsgruppen
- transparenter Prozess (Protokolle der Arbeitsgruppen, Draft)

2.4.8 Nominal-Definition von psychischen Krankheiten

- Entwicklung von Kriterien nach dem jeweils aktuellen Wissensstand
- Konstruktion eines Konzepts durch Expertengremien

Vorteile:

- Fortschritte im Bereich der Reliabilität, der wissenschaftlichen Kommunikation und der Diagnostikforschung
- Verhinderung einer Schulabhängigkeit
- Förderung der Interrater-Reliabilität

2.4.9 Haltung Bundesgericht

BG 6B_28/2017

Die Frage der rechtlichen Relevanz der medizinischen Diagnose (ist) juristischer Natur. Die Beurteilung, ob eine vom psychiatrischen Sachverständigen diagnostizierte psychische Störung als schwer im Sinne von Art. 59 Abs.1 und Art 63 Abs.1 zu qualifizieren ist, obliegt daher dem Gericht.

BG 6B_933/2018 vom 03.10.2019, BG 6B_828/2019 vom 05.11.2019

«Schwere psychische Störung» ...auch «funktionaler» Natur, da er sich nach dem Zweck der Massnahme, nämlich der Reduktion von Gefährlichkeit, richte.

Kreis der Zustände, die Gegenstand entsprechender Therapien sein sollen, ist auszuweiten auf die rechtlich indizierte Therapiebedürftigkeit, d.h. die Notwendigkeit einer risikovermindernden Therapie.

Auch ohne Diagnose nach den Vorgaben der Klassifikationssysteme ist die Feststellung einer schweren psychischen Störung möglich, wenn die Delinquenz massgeblich auf delikt- und risikorelevanten persönlichkeitsnahen Risikofaktoren (Dominanzfokus, Vergewaltigungsdisposition) beruht, die einer risikovermindernden Therapie zugänglich sind.

Abgrenzung zur durch äussere situative Faktoren aktivierte «nichtpathologische» Neigung zur Delinquenz ist gewährleistet.

→ BGer lässt hier zu, dass Begriff der schweren psychischen Störung ein funktionaler Begriff ist

→ Neigung dazu, Vergewaltigungs-Delikte zu verüben reicht aus, von einer psychischen Störung auszugehen

→ auch ohne Gutachten kann eine schwere psychische Störung diagnostiziert werden

→ BGer: Dominanzfokus und narzisstische Züge / Vergewaltigungsdisposition genügen als schwere

psychische Störung, es ist keine psychische Störung im engeren Sinn nötig

2.4.10 Gefährlichkeit

- Gefährlichkeit bestimmt sich nach den gesellschaftlichen Normen, d.h. was gesellschaftlich akzeptiert ist
- **Psychiater** kann **Risiken bestimmen**, aber **nicht sagen**, ob **etwas gefährlich** ist oder nicht
- **Risikomerkmale** sind **keine Diagnosen**
- **Juristen** müssen entscheiden, ob etwas gefährlich ist oder nicht

2.4.11 Fotres

Knapp 100 Risikoeigenschaften

- a. instabiler Realitätsbezug
- b. Dominanzproblematik
- c. gesteigerte Eifersucht
- d. Vergewaltigungsdisposition
- e. chronifizierte Gewaltbereitschaft

Risikoeigenschaften bilden sich teilweise auch diagnostisch ab

- a. kann Ausdruck histrionischer/Borderline Zügen sein
- b. kann Ausdruck narzisstischer/dissozialer Züge sein
- c. kann Ausdruck narzisstischer/dissozialer Züge sein

Risikoeigenschaften als Tautologie

- d und e: Vergewaltigung → Vergewaltigungsdisposition → Vergewaltigung
 Gewaltdelikte → Gewaltbereitschaft → Gewaltdelikte

2.4.12 Risikomerkmale in Gefängnispopulationen

In Gefängnispopulationen kann man folgende Risikomerkmale nahezu regelhaft voraussetzen:

- männlich
- Alter zwischen 18 und 30 Jahre
- hohe Impulsivität
- geringe Achtung von sozialen und gesetzlichen Normen
- Gewaltverherrlichung, Affinität zu Waffen
- Alkohol-, Substanzkonsum

2.4.13 Fazit: Handwerk

Der Verzicht auf diagnostische Standards führt zu

- Abkopplung von Therapieforchung
- Schulabhängigkeit
- fehlender Reliabilität, d.h. auch Überprüfbarkeit
- Rechtsunsicherheit

Darüber hinaus stellen sich folgende Fragen:

- wer vermittelt das Wissen?
- wem wird das Wissen vermittelt?
- wo wird das Wissen vermittelt?

→ Es geht also auch um eine berufliche Identität

2.4.14 Psychiatriejustiz / Justizpsychiatrie

- Forensische **Psychiatrie** kann sagen, ob eine **Störung** vorliegt (**Diagnose**), welche **Risikomerkmale** vorliegen und ob es Behandlungsmöglichkeiten (**Senkung Risiko / Therapierbarkeit**) gibt: → will nicht per se heilen
→ Gefahr + Risiko ≠ Diagnose
- Man braucht zuerst eine **Diagnose**, um zu bestimmen, ob eine **Therapie dafür existiert**
 - Bspw. Vergewaltigungsdisposition → Menschen, die wiederholt sexuelle Übergriffe begangen haben
- **Risikopotenzial** ist **unabhängig** von psychischen **Störung** → Es kann auch ein Risikopotenzial bestehen, ohne dass jemand eine psychische Störung aufweist

2.4.15 Das diagnostische Instrument der psychopathologischen Befunderhebung

Befunderhebung → Gespräch machen und mal schauen, was er sagt und wie er wirkt und aussieht

- **Deskription**
 - deskriptiv = beschreibend → beschreiben was man sieht und hört
- **Ziel**
 - **Symptomatik** möglichst einfach, überprüfbar und übersichtlich erfassen und **benennen**
- **Zeichen vs. Symptom**
 - **Zeichen** → objektive Manifestation eines psychopathologischen Zustandes
→ äusserlich wahrnehmbare Veränderungen / Symptome
 - **Symptom** → subjektive Manifestation eines psychopathologischen Zustandes
→ nur der Betroffene selber kann die Symptome wahrnehmen (z.B. Stimmen im Kopf)

→ Unterscheidung ist wichtig, um eine Vermischung objektiver und subjektiver Informationsquellen zu vermeiden.

2.4.16 Es geht um...

Deskriptive Befunderhebung!

... das **äusserlich erkennbare Verhalten** des Patienten

... deren **eigene Angaben** über das aktuelle **Erleben**

... **Annahmen** über das **subjektive Erleben** des Patienten, die dem Untersucher aufgrund von bestimmter Wahrnehmungen und Wertungen hat

... **Angaben Dritter** über das **Verhalten** und das **Erleben** des Patienten

Teilaspekte

- äusseres Erscheinungsbild
- Art der Kontaktaufnahme, «Tenor» des Untersuchungsgespräches
- Bewusstsein und Orientierung
- Aufmerksamkeit und Gedächtnis
- Psychomotorik
- Affektivität
- Denken und sprachliche Äusserungen
- Befürchtungen und Zwänge
- Wahn
- Sinnestäuschungen
- Ich-Störungen
- Antrieb, Intentionalität, Wille
- Persönlichkeitsmerkmale

2.4.17 Erscheinungsbild und Art der Kontaktaufnahme

- äusseres Erscheinungsbild
- verbales und nonverbales Verhalten
- Kontaktaufnahme (z.B. immer wieder freundlich, dann nicht freundlich)

→ **Aufschluss über die psychosozialen Kompetenzen, Behandlungsmotivation, mitunter auch über Persönlichkeitsmerkmale**

2.4.18 Bewusstsein und Orientierung

Bewusstseinsstörungen

- Störungen des gesamten Erlebens und Verhaltens
- der Aktivität, der Klarheit und Zielgerichtetheit
- der Aufmerksamkeit,
- der Sinneswahrnehmungen,
- Ansprechbarkeit, thematischen Fixierbarkeit, Reagibilität auf Umweltreize, Orientierung des Denkens, Wollens und Handelns

quantitative Bewusstseinsstörung → z.B. betrunken auf Party einschlafen

- Störung der Wachheit oder Vigilanz (Einschlafen)

qualitative Bewusstseinsstörung → z.B. bei Demenz

- Störung der Fähigkeit, verschiedene Aspekte der eigenen Person und der Umwelt zu verstehen, sinnvoll miteinander zu verbinden und sich entsprechend mitzuteilen oder zu handeln.
 - Beispiel: Delir, Dämmerzustand, Bewusstseinsengung, Bewusstseinsverschiebung (z. B. Drogenrausch)
 - Jemand versteht nicht, in welcher Situation er sich befindet, oder wer er überhaupt ist

Orientierungsstörungen → nicht wissen wo man ist, oder in welchem Jahr man ist

- Personen verstehen nicht, wann und wo sie sind

Auffassungsstörung

- Störung in Fähigkeit, Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu begreifen, sinnvoll miteinander zu verbinden und in den individuellen und sozialen Erfahrungshorizont zu integrieren
- Manche Fragen werden gar nicht mehr verstanden

Konzentrationsstörung

- Fähigkeit gestört, die Aufmerksamkeit einer Tätigkeit oder eines Themas dauernd zuzuwenden

Merkfähigkeitsstörung

- reduziertes Vermögen, aktuelle Sachverhalte über kurze Zeiträume zu erinnern
- V.a. bei schwerer Demenz
- wird getestet indem sich Patient 3 Begriffe merken muss und diese dann 30min später abgefragt werden

2.4.19 Psychomotorik

- Prägung von Bewegungsabläufen und Körperhaltung durch seelische Vorgänge
- oftmals zeitlich stabiles Erkennungsmerkmal
- Störungen = Störungen des «in Erscheinung tretens»

→ z.B. Manische sind sehr aktiv

Beispiel Stupor:

keine Reaktion auf Versuche der Kontaktaufnahme, starrer Gesichtsausdruck, Abwesenheit, Spontanbewegungen fehlen

→ keine Bewusstseins-, sondern Kommunikationsstörung

Parakinesen und Stereotypien

- qualitativ abnorme, komplexe Bewegungen, die Gestik, Mimik und Sprechweise betreffen, sich wiederholende sprachliche oder motorische Tendenzen

Verbigerationen

- Wortstereotypien

Manierismen

- verstiegen, verschoben, unnatürlich, posenhaft, befremdlich

Theatralik

- drastisch, überziehend

Mutismus/Logorrhoe

→ Manie wird **juristisch nicht** als **Eigengefährdung** eingeschätzt, weil **keine Suizidgedanken** oder Eigenverletzung, **allerdings** geben Manische oft ihr **ganzes Geld aus**, **benahmen** sich total **daneben** usw. und **gefährden** sich **dadurch selber**, dass sie ihr Leben gegen die Wand fahren

2.4.20 Antrieb, Intentionalität, Wille

Antrieb → z.B. Manie hat sehr viel Antrieb und brauchen nur wenig Schlaf

- Initiative, Schwung, Lebendigkeit, Energie, Zuwendung, Tatkraft, Unternehmungsgeist. Erkennbar an Aktivitätsniveau und Psychomotorik

Wille

- schwierig zu operationalisieren und zu quantifizieren

Abulie

- Willensschwäche, Negativismus, Ambivale

2.4.21 Affektivität

Affekt

- kurze, spontane, aus der jeweiligen Situation entstandene Gefühlregungen (Wetter)

Stimmung

- überdauernd, langweilig modulierbare Gefühlsregung (Klima)

(Dinge, die sonst als positiv erlebt wurden, werden als nervig/Problem/störend oder gleichgültig erlebt)

- Depressivität → keine Gefühle mehr, überall wird nur das Problem gesehen
- Gefühllosigkeit
- Anhedonie
- Affektarmut und Affektstarre
- Störung der Vitalgefühle
- Ängstlichkeit
- generalisierte Angst
- phobische Angst → Phobien

Ambivalenz

- gleichzeitige Existenz widersprüchlicher Gefühle, Vorstellungen, Wünsche, Intentionen, Impulse, was meist als ausserordentlich unangenehm erlebt wird
- Affektive Reaktion auf Aussenreize

Parathymie

- Gefühlsausdruck und berichteter Erlebnisinhalt stimmen nicht überein

Affektlabilität

- schnelle Stimmungswechsel, die sowohl als Reaktion auf Aussenreize im Sinne einer erhöhten affektiven Ansprechbarkeit als auch scheinbar spontan auftreten können
- Jemand fängt an zu weinen wegen Dingen, aufgrund welchen früher nicht geweint wurde

Affektinkontinenz

- affektive Reaktionen sind schon bei geringstem Anlass massiv, nicht beherrschbar
- bei geringen Dinge ausrasten und aggressiv werden

2.4.22 Denken und Sprechen

Denkhemmung

- Denken und Sprechen wird als gebremst oder blockiert erlebt, gegen inneren Widerstand
- Für einfache Fragen viel Zeit brauchen

Denkverlangsamung

- Schleppend träger Denkablauf, hier fehlt der Eindruck des Ankämpfens gegen einen Widerstand

umständliches, weitschweifiges Denken

- fehlende Trennung von Wesentlichen und Unwesentlichem, Verlieren in Details bei Wahrung des inhaltlichen Gesamtzusammenhangs

Eingeengtes Denken

- Umfang der Denkinhalte ist eingeschränkt, am Thema haftend, gedankliche Fixierung

Perseveration

- Patient*in haftet an Worten oder Angaben

Grübeln

- unablässige Beschäftigung mit einem Thema, Denkprozesse nur mit Mühe oder nicht zu unterbrechen, führt zu Leidensdruck, wird aber nicht als fremd erlebt

Gedankendrängen

- Patient*in sieht sich dem Druck verschiedener Gedanken oder Einfälle ausgesetzt, kann die Gedankenfülle kaum noch kontrollieren

Ideenflucht

- Vermehrung von Einfällen, assoziative Lockerung
- **Alles was** von aussen kommt, wird sofort aufgenommen und umgesetzt → Viele Ideen, aber nichts wird vertieft und ausgebaut

Vorbeireden

- Patient*in geht nicht auf die gestellte Frage ein, bringt etwas inhaltlich Unpassendes

Sperrung und Gedankenabreissen

- Abbruch einen sonst flüssigen Gedankenganges

Zerfahrenheit/Inkohärenz

- zuverlässige Unterscheidungen kaum möglich: Zerfahrenheit soll eher für Schizophrenien gelten
→ Logik ist innerhalb von 1 Satz schon nicht mehr gegeben

Inkohärenz für hirnorganische Syndrome andere Definitionsversuche

- Steigerung der Zerfahrenheit mit völligem Sinnverlust innerhalb der Satzebene bei Sinnverlust auf Wortebene: Zungenreden

Neologismen

- Wortneubildungen, die der sprachlichen Konvention nicht entsprechen

2.4.23 Befürchtungen und Zwänge

Befürchtungen

- Umdeutungen von Wahrnehmungen
- Misstrauen, Ängstlichkeit
- subjektiv, eigene Wertung

Zwangssymptome

- Ritualisiertes Denken
- Unsinnigkeit/Schädlichkeit wird erkannt
- Leidensdruck
- Gedanken können nicht unterdrückt oder unterlassen werden, ohne in starke Unruhe oder Angst zu geraten (Beispiel: Zwangsgedanken, aufdrängende Gedankeninhalte)

Zwangsgedanken → bspw. «Hab ich das Haus abgeschlossen?» → Ein Gedanken, von dem man nicht mehr loskommt

Zwangsstörungen → die Tür mehrfach kontrollieren müssen, obwohl man weiss, dass es unsinnig ist, aber man muss es tun

Zwangsimpulse

- zwangsartig aufdrängende Handlungsimpulse (Beispiel: Koprolalie, Zählzwang, Rechenzwang)

Zwangshandlungen

- aufgrund von Zwangsimpulsen und Zwangsgedanken durchgeführte Handlungen, die Angst reduzieren sollen

2.4.24 Wahn

→ Denkinhalt, der völlig abseits der Realität mit hoher Überzeugung/subjektiver Gewissheit vertreten wird

Wahn = irrationale Gedanken, die man selber als absolute Wahrheit empfindet

Zwang = irrationale Gedanken, aber man weiss selber, dass es irrational ist, man kann nur nicht anders

Was ist Wahn?

- entsteht auf dem Boden einer **allgemeinen Veränderung des Erlebens** und
- imponiert als **Fehlbeurteilung der Realität**, die mit **apriorischer Evidenz** (erfahrungsunabhängiger Gewissheit) auftritt und an der mit
- **subjektiver Gewissheit** festgehalten wird, auch wenn sie im **Widerspruch zur Wirklichkeit** der Mitmenschen steht

→ politische Fanatiker sind meistens nicht wahn-krank

→ **Wahn entsteht aus sich selber**, d.h. man ist felsenfest davon überzeugt, dass die eigene Wahrnehmung stimmt, obwohl diese völlig irrational ist

Wahnthemen

Beziehungswahn

- wahnhaftes Eigenbeziehungen

Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn

Eifersuchtswahn

Schuldwahn → z.B. man denkt, man habe ein Delikt begangen

Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn

- **Verarmungswahn** → z.B. man ist sich ganz sicher, dass man kein Geld mehr hat, die Kontoauszüge seien gefälscht usw.
- **hypochondrischer Wahn** → z.B. man denkt, man habe eine Krankheit

Größenwahn

- z.B. meine Eltern sind gar nicht mehr meine Eltern, **eigentlich bin ich der Sohn eines Königs** usw.
- z.B. Ich kann auf einmal ganz viele Dinge tun

paranoid

- im angloamerikanischen Sprachraum mit Verfolgungswahn gleichzusetzen

überwertige Idee

- besonders wichtige, mit heftigen Affekten verbundene Vorstellung, die dominierenden Einfluss auf Erleben, Planen und Verhalten gewinnt

2.4.25 Sinnestäuschungen

Illusionen

- verfälschte wirkliche Wahrnehmungen
- Reizquelle wird verkannt

Halluzinationen → häufig bei Schizophrenie

- Wahrnehmungserlebnisse ohne physikalische Reizquelle
- Stimmenhören → z.B. bedrohliche Stimmen oder Kommentieren von eigenen Handlungen
→ macht Angst
- Akoasmen: Geräusche (Hämmern, Rauschen etc.)
- optische Halluzinationen
- Körperhalluzinationen
- taktile Halluzinationen
- Geruchs- und Geschmackshalluzinationen
- Zoenästhesien: qualitativ abnorme, fremdartige, häufig negativ getönte Leibsensationen

→ **Halluzinationen** werden **ausgelöst**, wenn der **Bereich** im Hirn für «**Flucht / Aufpassen**» **überaktiv** ist und der **Bereich** im Hirn für «**Verhaltensregulation**» **unteraktiv**

→ es ist nicht immer möglich, die Halluzinationen mit Medis wegzubekommen

→ Personen, die Halluzinationen haben, wissen dies häufig nicht, weil es für sie ja total real wirkt

→ bei **Schizophrenie** hat man zw. **Ausbruch** der **Krankheit** und **Begehung Delikt** ca. **8 Jahre Zeit**

2.4.26 Ich-Störungen

Störungen in der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Beziehung dieser beiden Bereiche zu einander

«bizarre Wahninhalte»

Derealisation

- Person, Gegenstände und Umgebung erscheinen unwirklich, fremdartig, räumlich verändert und damit unvertraut

Depersonalisation

- Störung des Einheitserlebens der Person vor oder der subjektiven Identität in Bezug auf den gesamten Lebenslauf
- Betroffene erleben sich als fremd, unwirklich, verändert, uneinheitlich

Gedankenausbreitung

- subjektives Erleben, dass die Gedanken nicht mehr der betroffenen Person alleine gehören, dass andere daran Anteil haben und wissen, was sie denkt

Gedankenentzug

- Wegnehmen eigener Gedanken

Gedankeneingebung

- Implantieren fremder Gedanken und Vorstellungen in das eigene Erleben, von aussen gesteuerten Beeinflussung und Lenkung

2.4.27 Persönlichkeitsmerkmale

- **Persönlichkeit:** Das was uns charakteristisch auszeichnen (negative und positive Charaktermerkmale)
 - Wie sehe ich die Welt? **Wie sehe ich mich selber?**
 - Wie weit bin ich bereit auf eigene und fremde Bedürfnisse einzugehen?
→ Biologisch angelegt, ob jemand eher lebhaft oder zurückhaltend ist
- **Persönlichkeitsstörung**
 - **Eigenschaften, die in sozialen Interaktionen zu negativen Ergebnissen führen, aber man kann sich nicht anders verhalten**
 - **die Eigenschaften lassen sich auch nicht ändern / verändern**
 - Hindern uns, konfliktfrei mit Menschen umzugehen → als störend erlebt werden (teilweise Leidensdruck)
- **Persönlichkeitsmerkmale:**
 - dauerhafte Muster in der Selbstwahrnehmung, der Wahrnehmung anderer, der Werte, des Umgangs mit (Selbst-) Kontrolle und Impulsivität
 - dauerhafte Charakteristika von Antrieb und Stimmung («Temperament»)
 - soziale Kompetenzen im Sinne von Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit
 - Umgang mit aversiven Affekten und Konflikten

DSM-5 mit drei Clustern

- sonderbar, exzentrisch
- dramatisch, emotional, launisch
- ängstlich, furchtsam

Intelligenz

- **wenn man zu dumm ist, dann bringt die Therapie auch wenig, weil man gar nicht versteht um was es geht**
- Nicht in jedem Gutachten muss ein Intelligenztest gemacht werden
- Gehört in Gutachten bei Diagnostik dazu, wenn Gefühl im niedrigen Intelligenzbereich, **dann sollte man einen IQ-Test machen**

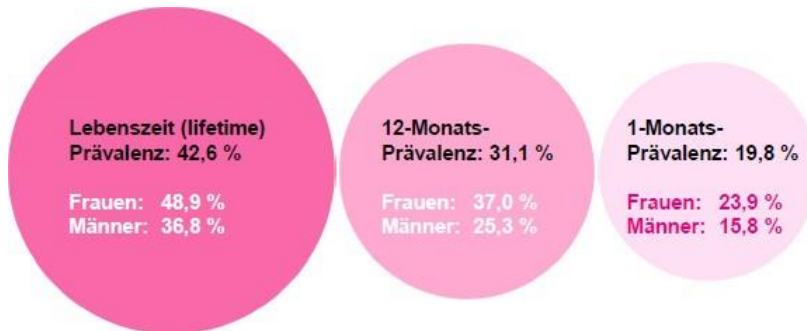
2.5 Forensisch relevante psychische Störung

2.5.1 Einstellung zu psychischen Erkrankungen

- **Stigmatisierung** von **Menschen** mit **psychischen Erkrankungen** kommt sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch im Gesundheitssystem vor
- besonders davon betroffen sind **Schizophrenie** und **Abhängigkeitserkrankungen**
- in einer Studierendenstichprobe (Psychologie/Medizin) glaubten über 60%, dass Schizophrene rasch die Kontrolle über sich verlieren
- das Gewaltrisiko von Menschen mit Schizophrenie oder Alkoholabhängigkeit wird als erhöht

wahrgenommen, 62% der Befragten einer US-amerikanischen Studie möchten z.B. nicht mit einer an Schizophrenie erkrankten Person eng zusammenarbeiten

2.5.2 Wieviel % der Bevölkerung hat jemals (Life Time) eine oder mehrere psychische Störungen gehabt?



→ **Prävalenz** = gesamte Anzahl Fälle (z.B. Alkoholsucht oder Schizophrenie) in einer definierten Population zu einem Zeitpunkt oder während einer definierten Zeitdauer (z.B. während 1 Jahr)

→ **Lebenszeit-Prävalenz** → Risiko im Laufe des Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken

«GEISTESKRANKE... (WERDEN) ... NICHT HÄUFIGER ZU GEWALTTÄTERN ALS ... GEISTESGESUNDE»

→ **bestimmte** psychische **Erkrankungen** haben ein **erhöhtes Gewaltpotential**, **andere** wiederum ein **tieferees Gewaltpotential** (z.B. Angststörungen, dass sich Leute zurückziehen und kaum gesellschaftlich interagieren)

→ Weil sich die **Störungen** ungefähr **gleich verteilen**, ist auch die **Anzahl Gewalttaten** ungefähr **gleich** wie bei Personen, die **nicht psychisch gestört** sind

2.5.3 Stimmt das?

| | Männer | Frauen |
|--|--------|--------|
| Aggressives Verhalten in den 6 Monaten vor Aufnahme | 49% | 39% |
| Mindestens 1 Gewalthandlung in den 6 Monaten vor Aufnahme | 22% | 19% |
| Anteil von Patient*innen mit Verurteilung wegen eines Gewaltdelikts | 47% | 16% |
| Anteil von Patient*innen, die in den 6 Monaten vor Aufnahme Opfer einer Aggressionshandlung wurden | 57% | 48% |

- Punkt 1: Vor Aufnahme in KLINIK
- Punkt 3: Täter
- Punkt 4: werden in gewissen Phasen auch häufiger zu Opfer von Straftaten.

→ **Gewaltrisiko** hängt auch damit **zusammen**, wie **akut** die **Störung** ist

2.5.4 Begünstigen psychische Störungen zwischenmenschliche Gewaltanwendung?

Epidemiologische Studien (USA, UK)

- überwiegende Mehrzahl (**95%**) von **Menschen** mit psychischer **Störung** verübten **innerhalb** von **3 Jahren keine kriminellen Handlungen** (Menschen **ohne psychische Störung: 98%**)

- Diejenigen Personen **mit** psychischer **Störung**, haben aber meist **auch noch andere Risikofaktoren**
- **Risikofaktoren** → **frühere Gewaltanwendung** und begleitender **Substanzmissbrauch/- abhängigkeit**, frühere **Viktimisierung** (**Gewalt in Kindheit & Jugend**)
 - Diese **Faktoren** sind meist **viel relevanter** als die **Erkrankung**
 - **Gewalt in Kindheit & Jugend** führt bei **Gesunden und Kranken** zu **erhöhtem Gewaltrisiko**
- Erhöhung des relativen **Risikos** für **Gewaltanwendung** bei **affektiven Erkrankungen** und **Angsterkrankungen**

Record-Linkage Studien (Dänemark, Schweden)

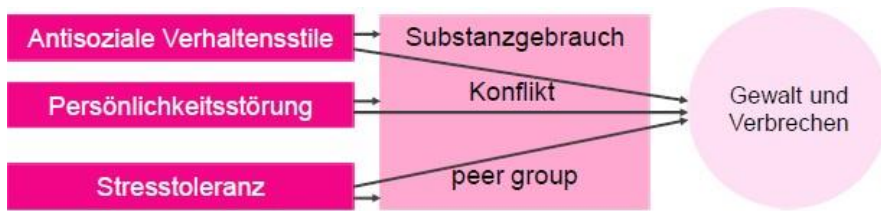
- 10% der Gewalthandlungen bei Männern und 26% der Gewalthandlungen bei Frauen gehen auf psychische Störung zurück
- **höchste Risikosteigerung** bei **organisch begründeten Störungen** und Störungen aus dem **Schizophreniespektrum**
- psychische **Erkrankungen** verweisen auf **erhöhtes Rückfallrisiko** bzgl. **Gewaltstraftaten**
- **generell erhöhtes Risikoprofil** für **Straftaten** mit zwischenmenschlicher **Gewalt** für **Gesamtheit psychisch Kranker** wurde mehrfach und in verschiedenen Ländern gefunden.
- eine diagnosespezifische Betrachtungsweise ist wegen der Variation der Risikoausprägungen erforderlich.
- **kulturelle Hintergrundfaktoren** müssen aufgrund länderspezifischer Unterschiede ebenfalls **berücksichtigt** werden.

2.5.5 Schwedische Kohorten-Studie (2001-2008)

Menschen, die an einer psychischen **Störung leiden**, haben ein **4.9-fach erhöhtes Risiko**, **Opfer von Tötungsdelikten** zu werden

- **Abhängigkeit: 16-fach**
- **Persönlichkeitsstörungen: 7-fach**
- **Schizophrenie: 5-fach**
- **Zusammenhang** zwischen **Tötungsdelikten** und psychischer **Störung** bleibt trotz Kontrolle soziodemografischer Variablen (u.a. Geschlecht) **bestehen**
- **komorbider Substanzmissbrauch** erklärt den **Zusammenhang** zwischen psychischer **Störung** und **Tötungsdelikt nicht vollständig**
- **Suizidrate: 4-10%**
- **Risiko für Suizid ist 30-40x höher** als in der **Allgemeinbevölkerung**

2.5.6 Multifaktorielles Bedingungsgefüge der Delinquenz



→ **Stresstoleranz** = Umgang mit Wut und Angst

→ **Substanzgebrauch, Konflikte** und **peer group** (Freundeskreis) wirken als **Verstärker** und **begünstigen** Gewalt und **Verbrechen**

→ **Peer Group:** antisoziale Persönlichkeiten haben häufig auch antisoziale peer groups, somit **begünstigender** Faktor für **Delinquenz**

2.5.7 Komplexe Wechselwirkungen

Störung → Gewalt (aber auch Gewalt → Störung)

Gewalt → Störung ↔ soziale Schwierigkeiten/Konflikte → Gewalt

Störung ↔ soziale Schwierigkeiten/Konflikte → Substanzmissbrauch → Gewalt

Substanzmissbrauch ↔ soziale Schwierigkeiten/Konflikte ↔ Störung → Gewalt

Persönlichkeit → soziale Schwierigkeiten/Konflikte ↔ Störung

↔ Substanzmissbrauch → Gewalt

→ **Gewalttätige Erziehung** führt häufig zu **nicht sehr stabilen Persönlichkeiten**

→ **Gewalt** in der **Kindheit** und **Jugend** **begünstigt** psychische **Störungen**

2.5.8 Komplexe Verknüpfungen



→ **Gewisse** dieser **Bedingungen** kann man **von aussen beeinflussen** (z.B. Alkoholkonsum und gewisse situative Faktoren)

2.5.9 Störungsbilder: Psychosen

Schizophrenie (ICD-10 Forschungskriterien)

Während eines **Zeitraumes** von **mindestens einem Monat** sollte eine psychotische Episode mit entweder **mindestens einem** der **unter 1. aufgezählten** Syndrome, Symptome und Anzeichen **oder** mit **mindestens zwei** der **unter 2. aufgezählten** Symptome und Anzeichen **bestehen**.

1. Mindestens eines der folgenden Merkmale: (mind. 1 muss vorliegen für Diagnose Schizophrenie)

a. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung (**Ich-Störungen**)

- **Gedankenlautwerden** → Betroffene meinen, dass andere ihre Gedanken hören können
- **Gedankeneingebung** → Betroffene denken, dass andere ihnen die Gedanken einsetzen (z.B. ich denke etwas, aber bin der Meinung, dass das nicht mein Gedanke ist, sondern mir diesen jemand eingesetzt hat)
- **Gedankenentzug** → Betroffene denken, dass andere ihnen ihre Gedanken wegnehmen
- **Gedankenausbreitung** → Gedanken sind nicht mehr kontrollierbar

b. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung → wenn Symptome unter lit.a vorhanden sind, dann führt das häufig zu **Wahnen**

- **Kontroll- oder Beeinflussungswahn** → Betroffene haben das Gefühl, dass z.B. ihre Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen **von aussen und speziell bei Ihnen gesteuert** werden.
- Gefühl des **Gemachten** → keine Zufälle möglich, Betroffene haben den Eindruck, dass alles für sie so extra gemacht wurde und nichts ist per Zufall, sondern alles geplant, inszeniert und nicht echt

c. kommentierende oder dialogische **Stimmen**, die über die Patienten reden oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen

d. anhaltender kulturell unangemessener, **bizarrer Wahn**, wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Ausserirdischen in Verbindung zu stehen

2. oder mindestens zwei der folgenden Merkmale (mind. 2 müssen vorliegen für Diagnose Schizophrenie)

a. **anhaltende Halluzinationen** jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne Beteiligung oder begleitet von langanhaltenden überwertigen Ideen

b. **Neologismen, Gedankenabreissen** oder **Einschiebungen** in den **Gedankenfluss**, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt

c. **katatone Symptome** wie Erregung, Haltungstereotypien, oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor

d. negative Symptome wie auffällige **Apathie, Sprachverarmung, verflachte** oder **inadäquate Affekte**, Anhedonie, **sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsstörung**

Gemäss **ICD 10** müssen die Symptome **mind. 4 Monate** bestehen

Gemäss **DSM-5** (In den USA): **mind. 6 Monate**

→ hängt mit den unterschiedlichen Krankenkassen-Systemen zusammen

Forensisch-relevante Subtypen

| Subtypen | Betroffene Bereiche | Symptomatik | Anmerkungen |
|----------------------------------|--|---|--|
| Paranoide Schizophrenie (F20.0) | Wahrnehmung, Inhaltliche Denkstörungen | Verfolgungswahn, Ich-Störungen, Stimmen hören | Häufigster Subtyp Verfolgungswahn: Sich in die Enge getrieben fühlen, keinen Ausweg wissen, vermeintliche Notwehrsituation ➤ Gewalt |
| Hebephrene Schizophrenie (F20.1) | Affektive Veränderungen | Inadäquater, flacher Affekt, zielloses Verhalten, Denkstörungen | Sozialer Abstieg, Kritikminderung ➤ Eigentumsdelikte |
| Katatone Schizophrenie (F20.2) | Psychomotorik | Stupor, Erregung, Haltungstereotypien, Negativismus | Selten: Katatoner Erregungsturm mit ungerichteter Gewaltausübung |
| Wahnhafte Störung (F22.0) | Inhaltliche Denkstörungen | Liebeswahn, Eifersuchtswahn | Häufig auf spezifische Person bezogen ➤ Gewalt gegen Partner und/oder vermeintlichen Nebenbuhler |

→ **Paranoide Schizophrenie** und **Hebephrene Schizophrenie** wurden jetzt **zusammengenommen**

Epidemiologie

- **Lebenszeitprävalenz** liegt zwischen **0,6 - 1,0%** (*häufig*) → Risiko im Laufe des Lebens daran zu erkranken
- **kulturübergreifend** etwa gleich hohe Erkrankungsraten
- **Geschlechter gleich häufig** betroffen
- **Alter bei Ersterkrankung** bei **Frauen höher** (25-35 Jahre) als bei Männern (15-25 Jahre)

Risiko von Gewaltstraftaten bei Schizophrenie

- **Risiko für Gewaltdelikte 4-5-fach erhöht**
- der Grossteil der Betroffenen begeht keine Gewalthandlungen:
 - Basisrate in der Allgemeinbevölkerung: 1: 10'000
 - Basisrate schizophrener Patienten: 1: 2'000
- das Risiko, einen **gewaltbereiten, nicht schizophrenen** Menschen zu treffen, **liegt bei 1:10'000**
- das Risiko, einen **gewaltbereiten schizophrenen** Menschen zu treffen, liegt bei **höchstens 1:200'000**
 - bei einer **Prävalenz** von **1%** muss man **100 Personen treffen**, um **einer betroffenen Person** zu **begegnen**, 100 x 2'000 entspricht der Anzahl von Kontakten bis man einen schizophrenen Gewalttäter trifft
- im **Kanton Zürich** würden bei einer Einwohnerzahl von 1'446'100 aktuell 8'677 bis 14'461 Betroffene und zwischen **4** (Prävalenz 0,6%) **und 7** (Prävalenz 1,0%) **gewaltbereite Betroffene** leben

→ **Risiko einen gewaltbereiten Menschen ohne Schizophrenie zu treffen ist 5x höher**

Psychosen und Gewalt

Schizophrene vs. Allgemeinbevölkerung:

Verurteilung wg. Gewaltdelikt:

10% (Schizophrene)

2.4% (Allgemeinbevölkerung)

Kontrolliert für Alter, Geschlecht und Substanzmissbrauch:

2.6-fach erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte bei Schizophrenen

Schizophrene mit einer Abhängigkeitsproblematik:

8.6-fach erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte

- ➔ das erhöhte Gewaltrisiko bei Schizophrenen kann nicht ausschliesslich einer komorbiden Abhängigkeit angelastet werden, d.h. nicht nur der Substanzmissbrauch führt zu den Gewaltdelikten, sondern auch die Schizophrenie selber begünstigt Gewaltdelikte
- ➔ Abhängigkeit erhöht das Gewaltrisiko bei Schizophrenen deutlich
- ➔ aber: Schizophrenie beeinflusst nur 7% der Gewaltdelikte innerhalb der untersuchten Population

Kriminalitätsbegünstigende Faktoren

- Threat / control / override → wahnhafte Vorstellung, von aussen kontrolliert zu werden und Betroffener wehrt sich dann mit Gewalt dagegen (z.B. Vorstellung vom Nachbarn bestrahlt zu werden und dann tötet man den Nachbarn damit es aufhört)
- Substanzkonsum → ist eigentlich immer ein Risikofaktor
- Antisoziale Persönlichkeit
- Mangel an Empathie
- Vorgeschichte von Gewaltdelikten (Gewalt gegen Menschen, Tiere, Gegenstände)
- Wahn ist relevant für schwere Delikte
- Überbelegung, Personalwechsel, Restriktionen
- Soziale Desintegration → Auflösung sozialer Zusammenhalt, kann zu Desorientierung & Gewalt führen
- Jüngeres Alter
- Männliches Geschlecht
- frühere, unbehandelte Krankheitsphase
- begleitender Suchtmittelkonsum

→ Man ist sich heute des threat / control / override in der Psychiatrie sehr bewusst und kann Gegensteuer geben. Daher passiert immer weniger aufgrund threat/control/override.

Unterbringungsdelikte (führendes Delikt) → Art der Delikte, weswegen sie in der Klinik sind

- **Tötungsdelikte** (inkl. Versuche) → **22.2 – 29.4%**
- **Körperverletzungen** → **29.6 – 35.6%**
- **Sexualdelikte** → **9.8 – 12.8%**
- **Eigentumsdelikte** → **8.8 – 14.9%**
- **Brandstiftung** → **2.4 – 20%**
- **sonstige Delikte** → **4.4 – 14.6%**

Behandlungsprobleme

- **komorbider Substanzabusus (Substanzenmissbrauch)** und Substanzen**abhängigkeit** → **58.8 – 73.9%**
- **komorbide Persönlichkeitsstörung** → **0.44 – 17.2%**
- **Complianceprobleme** → **55.9 – 90.7%**
- **Vorstrafenbelastung** (wie viele Vorstrafen) → **52.9 – 64.4% (hoch)**
- durchschnittliche **Anzahl der Vorstrafen** → **3.1 – 7**

Subtypen Schizophrener Straftäter

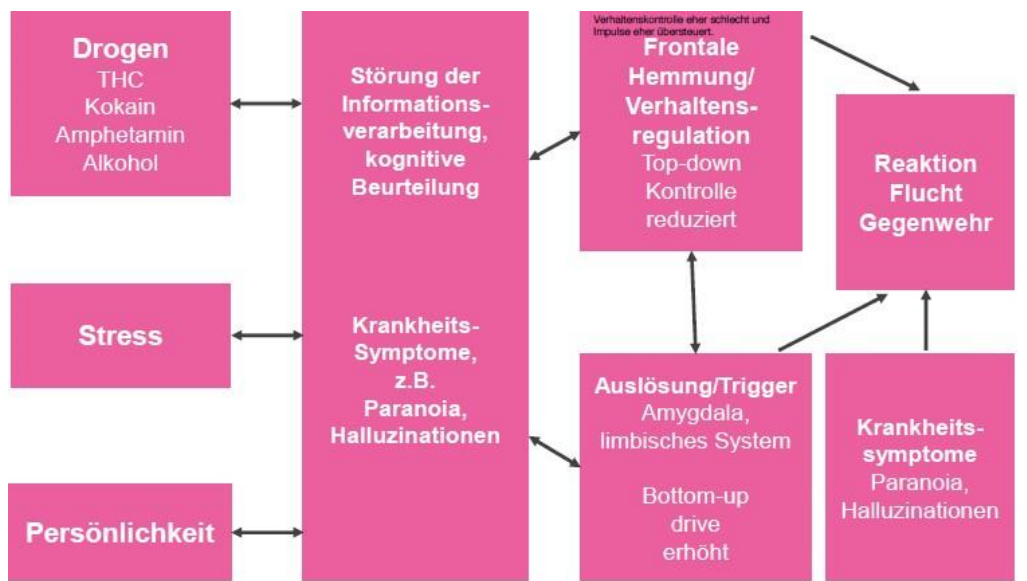
Early starters:

- **Störung des Sozialverhaltens** bereits im **Kindes-** und **Jugendalter**
 - **Manifestation antisozialen Verhaltens vor Ausbruch der Schizophrenie**
- **Delinquenz** und **Schizophrenie** hängen **nicht zwangsläufig zusammen**

Late starters:

- **keine Vorgeschichte antisozialen Verhaltens** vor Krankheitsbeginn
 - **wiederholte Delinquenz** und teilweise **schwere Gewalttaten** während florider Krankheitsphasen(Late starter Typ 1)
 - **chronisch Schizophrene**, die **Jahre nach Beginn der Schizophrenie** mit **ca. 30-40 Jahren** teilweise **schwere Gewalttaten oftmals** gegen **Bezugspersonen** begehen (Late Starter Typ 2)
- **direkter Zusammenhang** zwischen **Delinquenz** und psychischer **Störung**

Entstehung von Aggressionen bei Schizophrenie



15. März 2023

(modifiziert nach Siever, 2008)

→ Verhaltenskontrolle bei Frontalen Hemmung/Verhaltensregulation eher schlecht und Impulse eher übersteuert

Kasuistik Schizophrenie

Der 26-jährige Proband hatte sein Opfer durch Schläge und Tritte erheblich verletzt.

Motiv: Es werde ihm unmöglich gemacht, Arbeit zu finden oder menschliche Kontakte aufzubauen. Eine Gemeinde verlange seit über zwei Jahren von ihm, dass er zuvor Menschen mit den Augen töten oder eine Frau vergewaltigen müsse. Es handle sich um eine Gemeinschaft, die Gedanken lesen könne. Er werde von Ihnen beschimpft, seine Handlungen abfällig kommentiert. Sein Opfer sei Anführer dieser Gemeinde und beeinflusse ihn durch Hypnose. Er habe nie mit ihm über die Stimmen bzw. die Gemeinde gesprochen: «Der weiss ja, um was es geht».

Am Tattag sei er von den Stimmen geweckt worden. Er habe ein Traumbild des Opfers gesehen und gedacht, «jetzt manipuliert er mich schon im Schlaf».

Daraufhin habe er sich auf den Weg gemacht, um das Opfer zu töten. Gewalt sei zwar nicht rechtens, er habe aber «endlich etwas zurückgegeben und nicht immer nur einstecken» wollen.

→ Sehr enger **Zusammenhang** zwischen **Krankheitssymptomatik** mit **Delikt**. **Ohne die Krankheit** hätte er das **Delikt** vermutlich **nicht begangen**.

→ **oft** werden **Bezugspersonen verletzt** oder **getötet**, das führt dann zu grossen Schuldgefühlen wenn die akute Phase der Schizophrenie vorbei ist

2.5.10 Störungsbilder: Affektive Störungen

Epidemiologie

Major Depression:

12-Monats-Prävalenz → 5,28%

Lebenszeit-Prävalenz → 13,23% (Risiko im Laufe des Lebens daran zu erkranken)

Bipolare Störung:

12-Monats-Prävalenz → 2,8%

Lebenszeit-Prävalenz → 4,4% (Risiko im Laufe des Lebens daran zu erkranken)

Depressionen (ICD-10)

F32 Depressive Episode

- bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer **gedrückten Stimmung** und einer **Verminderung von Antrieb und Aktivität**.
- die **Fähigkeit zu Freude**, das **Interesse** und die **Konzentration** sind **vermindert**.
- **ausgeprägte Müdigkeit** kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der **Schlaf** ist meist **gestört**, der **Appetit vermindert**.
- **Selbstwertgefühl** und **Selbstvertrauen** sind fast immer **beeinträchtigt**. Sogar bei der leichten Form kommen **Schuldgefühle** oder **Gedanken über eigene Wertlosigkeit** vor.
- die **gedrückte Stimmung** verändert sich von Tag zu Tag **wenig**, **reagiert nicht** auf **Lebensumstände** und kann von so genannten "**somatischen**" **Symptomen begleitet** werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine **depressive Episode** als **leicht**, **mittelgradig** oder **schwer** zu bezeichnen.

Affektive Störungen und Delinquenz

Modestin et al (1997):

- 261 männliche Pat. mit affektiven Störungen
- **42 %** der Patienten mit **Einträgen im Strafregister**
- **bipolare** und Patienten mit **minoren Depressionen** bzw. Dysthymie mit **doppelt so hohe Vorstrafenbelastung** wie die Kontrollgruppe → d.h. sie haben **doppelt so viele Vorstrafen**
- unipolare **Depression kein Risikofaktor** → «normale» Depression, nicht manisch-depressiv
- **depressive** Patienten meist **Eigentumsdelikte**
- **depressive** Patienten mit **komorbiden Persönlichkeitsstörungen**

Graz et al. (2009):

- 1561 Patienten mit affektiven Störungen, davon **702 mit Depression**

- 7-12 Jahre nach Behandlung → BZR-Einträge (**Strafregister**) in **4,7%**
- **Gewalt selten** (1,4%)
- **Beziehungsstatus relevant**

1. Suizidalität:

- **Suizidversuche** können eine **Tendenz** zu **gewaltsamen Lösungsstrategien** anzeigen
- Agitiert depressive Bilder können reaktive Aggressivität begünstigen

2. Häusliche Gewalt/Stalking

- Assoziation von Stalker und Depression bei schwerer Gewalt
- erhöhtes Suizidrisiko bei Stalker
- **Depression** gilt als **Risikofaktor** für die **Ausübung** häuslicher und auch schwerwiegenderer **häuslicher Gewalt**
 - Wenn **Männer depressiv** sind, sind sie vermehrt **gewalttätiger, rückzügiger**, neigen eher zu **Alkoholkonsum**, was Gewalt wiederum begünstigt
 - **Männer** neigen eher dazu, **Gewalt** gegenüber **anderen** auszuüben, **Fragen** üben eher Gewalt **gegen sich selber** aus (z.B. Selbstverletzungen)

3. Alkohol- und Substanzkonsum

- **Depressionen erhöhen** das **Risiko** von **Abhängigkeit** und **Missbrauch von Substanzen**
- **Missbrauch** und **Abhängigkeit von Substanzen** **begünstigen Depressionen**
- Alkohol- und **Substanzkonsum** sind **Risikofaktoren** für **Gewalt** bei **Depression**

Depressive Störungen und Delinquenz

Population Study zu Gewalt bei depressiver Störung (Fazel et al., 2015)

- 47'158 ambulante Patienten mit depressiver Störung
- Kontrollgruppe Allgemeinbevölkerung (n = 898.454)
- mittlerer Beobachtungszeitraum: 3 bzw. 3.2 Jahre

- a) **3,7%** der **depressiven Männer** (gegenüber 1,2% in Kontrolle)
0,5% der **Frauen** begehen **Gewaltdelikte** (0.2 in Kontrolle)

→ odds ratio von **3** (**Wahrscheinlichkeit**, Chancenverhältnis) → d.h. **Wahrscheinlichkeit** ein **Gewaltdelikt** zu begehen ist bei **Depressiven 3x höher**

→ **Depressive** haben ein **3x höheres Risiko** ein **Gewaltdelikt** zu begehen, als **Allgemeinbevölkerung**

- b) **Geschwister:**

→ odds ratio (**Wahrscheinlichkeit**, Chancenverhältnis) von **1.2 - 1.5** gegenüber **Kontrollgruppe**
d.h. **Depressive** haben ein **1.2 – 1.5-fach erhöhtes Risiko** ein **Gewaltdelikt** zu begehen, als **Allgemeinbevölkerung**

→ odds ratio (**Wahrscheinlichkeit**, Chancenverhältnis) von **2** gegenüber **nicht erkrankten Geschwistern**
d.h. **Depressive** haben ein **2x so hohes Risiko** ein **Gewaltdelikt** zu begehen, als ihre **nicht-depressiven**

Geschwister

- c) **Risikofaktoren → Substanzgebrauch, Selbstschädigung, Gewalt**
(16.3% bei Männern, 9.5% bei Frauen)

Suizidal-homizidale Tatkonstellationen

- **Kombination** von **Selbsttötungsgedanken** und **Rachephantasien**
- **nicht nur** bei **narzisstischen** Krisen, sondern **auch** bei **depressiven Episoden** relevant
- **letzter Ausweg** («last resort»): Suizid aber auch Gewalt als der nächste logische, notwendige und einzige Schritt, um die **Notlage** zu **beheben**



Bei der Bewertung von bedrohlichem oder besorgniserregendem Verhalten sollte eine zunehmende Verzweiflung oder Bedrängnis der bedrohlichen Person als Warnverhalten aufgefasst werden
(Guldemann et al., 2013; Meloy et al., 2012)

→ wenn diese Tatkonstellation auftritt (**bevor ich mich töte, werde ich meine Frau oder den neuen Freund meiner Frau töten**), dann sollte **dringend interveniert** werden und kucken, dass eine **Behandlung durchgeführt** wird

Fallbeispiel zu Anpassungsstörung vs. Depression

Eckdaten

- 42-jähriger Explorand, hat 2004 ein Tötungsdelikt begangen (**hat den Konkursverwalter seiner Firma erschossen**)
- keine Vorstrafen
- im initialen Gutachten wurde eine **Anpassungsstörung** bei **narzisstischer Persönlichkeitsstörung** diagnostiziert

Untersuchung

- **keine narzisstischen Merkmale**
- **zwanghaft-rigide** und **schizoide Merkmale**
 - **zwanghaft-rigide** Merkmale: übertrieben **perfektionistisch**, Betroffenen sind **Kontrolle, Ordnung, Regeln** sehr **wichtig**, unflexibel, sorgfältig, pflichtbewusst, gewissenhaft
 - **schizoide Merkmale** → **Desinteresse an sozialen Beziehungen**, Ausdruck von Emotionen sehr schwierig, kein Wunsch nach Freude oder engen Beziehungen inkl. mit Familienmitgliedern, **starke Einzelgänger**, wenig Freude an Aktivitäten, **emotionale Kälte, Ablösung** oder **abgeflachter Affekt**

Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Schwierigkeiten und dem Konflikt mit dem Konkursverwalter bestanden:

1. eine depressive Stimmungslage
2. Anspannung

3. ein Interessen- und Freudverlust
4. ein Verlust des Selbstvertrauens
5. wiederkehrende Suizidgedanken
6. Denk- und Konzentrationsstörungen
7. Schlafstörungen

→ **mittelgradige depressive Episode**

Verlauf der Unterbringung

- nach Verhaftung war eine **antidepressive Medikation** eingeleitet worden
- die **primäre Behandlung** fokussierte auch auf die **depressive Symptomatik** und konnte eine **volle Remission (Nachlassen von Symptomen)** erreichen
- in der Folge wurde an der vermeintlich **narzisstischen Problematik** gearbeitet
- es konnten **keine Fortschritte** erzielt werden, vielmehr imponierte der Explorand sperrig, wenig auseinandersetzungsbereit bzw. -fähig
- vor diesem Hintergrund wurde von einem **Scheitern der ambulanten Massnahme** gesprochen und über die Frage der **Verwahrung** diskutiert

Was folgt?

- **diagnostische Einordnung** hat **erhebliche Folgen** für das **weitere Procedere**
- pseudoneurotische Verhaltensweisen bzw. agitiert-dysphore Symptome im Rahmen der depressiven Symptomatik sollten nicht als Zeichen einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden
- die **Kombination** von **depressiv-agitierter Affektlage, Einengung der Gedankengänge/Grübeln, Alkoholkonsum** und **Suizidalität** kann zu **Drohungen beitragen**
- **antidepressive Medikation** kann die **Symptomatik zurückbilden**
- in **Konfliktfällen auftretende depressive Symptome** sind **oftmals** an eine **bestimmte Situation** gebunden und bedingen **keine erhöhte Rückfallgefahr**

Bipolare Störung (abwechselnd manische und depressive Episoden)

- **1 %** der **Gefängnispopulation** mit **Bipolar-I/II-Störung**
- **Tatbegehung immer** bei **manischer** oder **hypomanischer Verstimmung**
- Fazel (2010):
 - **2,3-fach erhöhtes Risiko** für Begehung von **Gewaltdelikten** (aber nicht sehr deutlich erhöht)
 - nur **minimale Erhöhung** bei jenen, die **keinen begleitenden Substanzkonsum** aufwiesen (**1.3-fach**).
 - **erhöhte Gewaltrate** bei **nicht-erkrankten Geschwistern** → **genetische** oder **Umwelteinflüsse**
 - **weniger starker Prädiktor** für **Gewalt** als **Schizophrenie**

Besondere Forensische Relevanz:

- **Rapid Cycling-Verläufe** (5-15% der bipolaren Störungen) → rascher Wechsel zw. manischen und depressiven Episoden
- **Komorbiditäten** (Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch)

Typische Straftaten

- Grossteils **Bagatelldelikte**
- **Eigentumsdelikte** mit **Betrug** (übersteigerte Einkäufe, Kreditkartenbetrug etc.)
- **Strassenverkehrsdelikte**
- **Sexuelle Enthemmung** (Beleidigungen, Belästigung, grober Unfug, sexuelle Kommentare) → meist keine Vergewaltigungen
- **selten**: ernste **Gewalttätigkeiten** mit erheblichen Körperverletzungen oder mit Todesfolge, **Sexualstraftaten**
- **kein erhöhtes Risiko** für **Tötungsdelikte**

Manie (ICD-10 Forschungskriterien)**F30.1 Manie ohne psychotische Symptome**

- A. Die **Stimmung** ist **vorwiegend gehoben, expansiv** oder **gereizt** und für die Betroffenen deutlich abnorm. Dieser **Stimmungswechsel** muss **auffällig** sein und **mindestens eine Woche anhalten** (es sei denn, eine Krankenhauseinweisung wird notwendig).
- B. **Mindestens** drei der folgenden **Merkmale** müssen **vorliegen** (vier, wenn die Stimmung nur gereizt ist) und eine **schwere Störung** der **persönlichen Lebensführung** verursachen:
1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
 2. Gesteigerte Gesprächigkeit („Rededrang“)
 3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen
 4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt
 5. Vermindertem Schlafbedürfnis
 6. Überhöhte Selbsteinschätzung oder Grössenwahn
 7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen
 8. Tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z.B. Lokalrunden ausgeben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren
 9. Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit
- C. **Fehlen** von **Halluzinationen** oder **Wahn**; Wahrnehmungsstörungen können aber vorkommen (z.B. subjektive Hyperakusis, Wahrnehmung von Farben als besonders leuchtend etc.)
- D. **Ausschlussvorbehalt**: Die **Episode** ist **nicht** auf einen **Missbrauch psychotroper Substanzen** (F1) oder auf eine **organische psychische Störung** im Sinne des Kapitel F0 zurückzuführen.

Kasuistik Manie (Rückblick)

Nach Abschluss seines Examens als Altenpfleger sei der 20-jährige Proband **bester Laune** gewesen. Er habe **kaum noch geschlafen** und nach wenigen Wochen seinen **Arbeitsplatz wegen Unzuverlässigkeit und Disziplinschwierigkeiten verloren**, was ihn **nicht weiter gestört** habe. Wenige Tage später konsumierte er in einer Gaststätte Bier und geriet wegen der Rechnung in **Streit mit dem Wirt**, der ihm **Lokalverbot** erteilte. Der Prob. Verliess die Gaststätte, um wenige Minuten später mit dem **Auto zurückzukehren**. Er versperrte mit dem Auto den Fussweg und **führte auf dem Auto stehend** und durch das Fenster der Gaststätte rufend **obszöne Reden**. Die **Polizei** stellte Führerschein und Autoschlüssel sicher und erteilte, nachdem eine Alkoholisierung aufgefallen war, ein **Fahrverbot**, das der Prob. jedoch missachtete: Der Prob. ging nach Hause, nahm den **Ersatzschlüssel** an sich, um **mit seinem Auto ins benachbarte Ausland** zu fahren. An der Grenze wurde er **gestoppt** und erst dann in eine Fachklinik überführt. Bei der Begutachtung **redete er ohne Punkt und Komma** und gerät **vom Hundertsten ins Tausendste**. Er berichtete, dass er die **polizeilichen Anordnungen nicht ernst genommen** habe. Es sei zwar richtig, dass man nicht alkoholisiert Auto fahren dürfe, er sei damals aber davon überzeugt gewesen, dass er im **Ausland wichtige politische Aufgaben** zu erfüllen habe.

Diese seien ihm wichtiger erschienen als die polizeilichen Anordnungen.

2.5.11 Störungsbilder: Abhängigkeitserkrankungen

Epidemiologie

Generell:

12-Monats-Prävalenz:

Missbrauch: 1,4%

Abhängigkeit: 0,6%

Lebenszeit-Prävalenz:

Missbrauch: 7,7%

Abhängigkeit: 2,6%

Alkohol:

12-Monats-Prävalenz:

Missbrauch: 4,7%

Abhängigkeit: 3,8%

Lebenszeit-Prävalenz:

Missbrauch: 17,8%

Abhängigkeit: 12,5%

Lebenszeit-Prävalenz → Risiko im Laufe des Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10)

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F XX.2 Abhängigkeitssyndrom

- eine Gruppe von **Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen**, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln.
- **typischerweise** besteht ein **starker Wunsch**, die **Substanz einzunehmen**, **Schwierigkeiten**, den **Konsum zu kontrollieren**, und **anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen**.
- dem **Substanzgebrauch** wird **Vorrang** vor **anderen Aktivitäten** und **Verpflichtungen** gegeben.
- es entwickelt sich eine **Toleranzerhöhung** und **manchmal** ein **körperliches Entzugssyndrom**.
(*Körper gewöhnt sich an höhere Dosierung der Substanz*)
- das **Abhängigkeitssyndrom** kann sich auf einen **einzelnen Stoff beziehen** (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine **Substanzgruppe** (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein **weites**

Spektrum pharmakologisch **unterschiedlicher Substanzen**.

→ **polytroper Konsum** = man konsumiert fast alles, ist eigentlich **egal was**, hauptsache man kann etwas konsumieren

Abhängigkeit

Forensisch-relevante Wirkmechanismen bei psychotropen Substanzen:

- **Berausung**
- **psychotische Erscheinungsbilder**
- **chronischer Missbrauch**
 - **Abhängigkeitsentwicklung** mit Suchtdruck
 - **Persönlichkeitsveränderung**

Nicht stoffgebundene Abhängigkeiten:

- Kaufsucht
- Spielsucht
- Arbeitssucht
- Magersucht

→ in **forensischer Psychiatrie nicht verwendbar**

Delinquenz bei Abhängigkeit

- **Verstöße** gegen das **Betäubungsmittelgesetz**
- Direkte und indirekte **Beschaffungskriminalität**
 - **Eigentumsdelikte**
 - **Aggressionsdelikte**

Wirkungen der Sucht

- Beeinträchtigung der **Selbstbeherrschung**
- Beeinträchtigung der **Urteilsfähigkeit**
- Beeinträchtigung der **Impulskontrolle**
- **Unruhe, Reizbarkeit, Affektlabilität**
- **«Durchbrennen der Sicherungen»**
- **Misstrauen, Paranoia**
- **Paradoxe Reaktionen** (z.B. bei Rausch)

→ **Multifaktorielles Geschehen** (Geschlecht, Alter, Persönlichkeit, aggressive Prädisposition, Komorbiditäten, Depravation [Verschlechterung der der Symptome])

Alkoholabhängigkeit/-missbrauch

- **Alkoholabhängigkeit häufigste Abhängigkeitsform**: 5% der deutschen Bevölkerung
- **3 - 4x mehr Männer** als Frauen betroffen
- **25,6 %** der **begutachteten Probanden** waren **alkoholabhängig**
- Längsschnittstudie: **86% der Alkoholiker** traten **strafrechtlich** in **Erscheinung**

vs. **37%** der **Kontrollgruppe**

- **Alkoholabhängigkeit** ist ein **hochsignifikanter Prädiktor** für **wiederkehrende Kriminalität** (hohes Rückfallrisiko)
- Alkoholisierung häufig bei kriminellen Taten, jedoch multifaktorielles Geschehen (Sozialisation, Peer-Group, Persönlichkeit etc.)
- **Typische Delikte** → **Aggressionsdelikte, Gewaltstraftaten, schwere Unfälle**
- **Steigerung der Aggressivität** bei **Alkoholisierung** mit Studenten **nachgewiesen**

Intoxikation (ICD-10)

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F XX.0 Akute Intoxikation [akuter Rausch]

- ein Zustandsbild **nach Aufnahme** einer **psychotropen Substanz** mit **Störungen** von **Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt** und **Verhalten** oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen.
- die **Störungen** stehen in einem **direkten Zusammenhang** mit den **akuten** pharmakologischen **Wirkungen** der **Substanz** und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind.
- **Komplikationen** können ein **Trauma, Aspiration (Einatmen) von Erbrochenem, Delir (akute Verwirrtheit), Koma, Krampfanfälle** und **andere medizinische Folgen** sein. Die Art dieser Komplikationen hängt von den pharmakologischen Eigenschaften der Substanz und der Aufnahmeart ab.

Akute Intoxikation (ICD-10 Forschungskriterien)

F 10.0 Akute **Alkohol**-Intoxikation [akuter Rausch]

- A. Die **allgemeinen Kriterien** für eine **akute Intoxikation** (F1x.0) sind **erfüllt**.
- B. **Funktionsgestörtes Verhalten, deutlich an mindestens einem** der folgenden Merkmale:
1. Enthemmung
 2. Streitlust
 3. Aggressivität
 4. Affektlabilität
 5. Aufmerksamkeitsstörung
 6. Einschränkung der Urteilsfähigkeit
 7. Beeinträchtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit
- C. **Mindestens eines** der folgenden Anzeichen:
1. Gangunsicherheit
 2. Standunsicherheit
 3. Verwaschene Sprache

4. Nystagmus
5. Bewusstseinsminderung (z.B. Somnolenz [Benommenheit, Schläfrigkeit], Koma)
6. Gesichtsröte
7. Konjunktivale Injektion

F 10.0 Akute **Kokain**-Intoxikation [akuter Rausch]

- A. Die **allgemeinen Kriterien** für eine **akute Intoxikation** (F1x.0) sind **erfüllt**.
- B. **Funktionsgestörtes Verhalten** oder **Wahrnehmungsstörungen**, **deutlich an mind. einem** der folgenden Merkmale:
1. Euphorie und Gefühl von gesteigerter Energie
 2. Erhöhte Vigilanz
 3. Grandiose Überzeugungen oder Aktionen
 4. Beleidigendes Verhalten oder Aggressivität
 5. Streitlust
 6. Affektlabilität
 7. Repetitives, stereotypes Verhalten
 8. Akustische, optische oder taktile Illusionen
 9. Halluzinationen gewöhnlich bei erhaltener Orientierung
 10. Paranoide Vorstellungen
 11. Beeinträchtigte persönliche Leistungsfähigkeit
- C. **Mindestens zwei** der folgenden Anzeichen:
1. Tachykardie (manchmal Bradykardie)
 2. Kardiale Arrhythmie
 3. Hypertonie (manchmal Hypotonie)
 4. Schweissausbrüche und Kälteschauer
 5. Übelkeit oder Erbrechen
 6. Gewichtsverlust
 7. Pupillenerweiterung
 8. Psychomotorische Unruhe (manchmal Verlangsamung)
 9. Muskelschwäche
 10. Schmerzen in der Brust
 11. Krampfanfälle

2.5.12 Störungsbilder: Persönlichkeitsstörungen

→ Gibt es in ICD nicht mehr so

Epidemiologie und klinische Bedeutung

- **3 - 10 %** der **Allgemeinbevölkerung**
- **40 - 60 %** der **psychiatrischen Patienten**
- in **Haftpopulationen** bis zu **70%**
 - **Antisoziale Persönlichkeitsstörungen** bei bis zu **47%** der **Männer** und **21%** der **Frauen**
 - **Borderline Störung** bei **25%** der **Frauen**
- **Suizidrisiko 3x höher** als in **Allgemeinbevölkerung**
- **beeinflusst** Verlauf und Prognose **komorbider psychiatrischer Erkrankungen**

→ **Persönlichkeitsstörungen** haben eine **grosse genetische Komponente**

Hauptgruppen der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5

Cluster A

paranoide, schizoide, schizotypische Persönlichkeitsstörung

→ sonderbar-exzentrisch, affektarm, misstrauisch

Cluster B

histrionische, narzisstische, antisoziale, Borderline-Persönlichkeitsstörung

→ dramatisch, emotional, launisch

Cluster C

vermeidend-selbstunsichere, zwanghafte, dependente Persönlichkeitsstörung

→ ängstlich-furchtsam (solche Personen begehen eher **keine Gewaltdelikte**)

Forensisch relevante Persönlichkeitsstörungen

Paranoide Persönlichkeitsstörung

- ständige **Selbstbezogenheit**, besonders in Verbindung mit **starker Überheblichkeit**
- **Streitbarkeit** und beharrliches situations-**unangemessenes Bestehen** auf **eigene Rechte**
- **Misstrauen** und anhaltende Tendenz, **Erlebtes zu verdrehen**, indem **neutrale** oder **freundliche Handlungen** als **feindlich** oder **verächtlich missdeutet** werden

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

- hat ein **grandioses Gefühl** der **eigenen Wichtigkeit**
- glaubt von sich, **besonders** und **einzigartig zu sein**
- ist in **zwischenmenschlichen Beziehungen** **ausbeuterisch**

- zeigt einen **Mangel an Empathie**
- zeigt **arrogante, überhebliche Verhaltensweisen** oder **Haltungen**

Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus

- deutliche Tendenz, **unerwartet** und **ohne Berücksichtigung** der **Konsequenzen** zu **handeln**
- deutliche Tendenz zu **Streitereien** und **Konflikten**
- Neigung zu **Ausbrüchen** von **Wut** oder **Gewalt**
- **Schwierigkeiten** in der **Beibehaltung** von **Handlungen**, die **nicht unmittelbar belohnt** werden

Borderline-Persönlichkeitsstörung → teilweise selbstschädigendes Verhalten (z.B. Ritzen)

- **emotionale Instabilität**
- **unangemessene, heftige Wut** oder Schwierigkeiten, die **Wut zu kontrollieren**

Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 Forschungskriterien)

Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

1. **herzloses Unbeteiligtsein** gegenüber den **Gefühlen Anderer**
2. deutliche und andauernde **verantwortungslose Haltung** und **Missachtung sozialer Normen**, Regeln und Verpflichtungen
3. **Unfähigkeit** zur **Aufrechterhaltung dauerhafter Beziehungen**
4. sehr **geringe Frustrationstoleranz** und **niedrige Schwelle** für **aggressives, gewalttätiges** Verhalten
5. **fehlendes Schuldbewusstsein** oder **Unfähigkeit**, aus **negativer Erfahrung**, insbesondere **Bestrafung**, zu **lernen**
6. deutliche **Neigung**, **andere zu beschuldigen** oder **plausible Rationalisierungen** anzubieten für **konflikträchtiges eigenes Verhalten** → **immer sind die anderen schuld**

Antisoziale Persönlichkeitsstörung (DSM-5; American Psychiatric Association, 2015)

A. **tiefgreifendes Muster** von **Missachtung** und **Verletzung** der **Rechte anderer**, das **seit dem 15. Lebensjahr auftritt**

→ **mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:**

1. **Versagen**, sich an **Gesetz** oder **Normen anzupassen**
2. **Falschheit**, die sich in wiederholtem **Lügen**, Gebrauch von **Decknamen** oder **Betrügen** zeigt
3. **Impulsivität** oder **Versagen**, vorausschauend zu **planen**
4. **Reizbarkeit** und **Aggressivität**, die sich in **wiederholten Schlägereien** oder **Überfällen** äussert
5. **rücksichtslose Missachtung** der **eigenen Sicherheit** oder der **Sicherheit anderer**
6. **durchgängige Verantwortungslosigkeit** mit **Unfähigkeit**, eine **dauerhafte Tätigkeit** auszuüben oder **finanziellen Verpflichtungen** nachzukommen
7. **fehlende Reue**, die sich in **Gleichgültigkeit** oder **Rationalisierung (herausreden)** äussert

B. der Betroffene ist **mindestens 18 Jahre** alt

- C. eine **Störung des Sozialverhaltens** war bereits **vor Vollendung des 15. Lebensjahres** erkennbar
- D. das **antisoziale Verhalten** tritt **nicht ausschliesslich** im **Verlauf** einer **Schizophrenie** oder **bipolaren Störung** auf

Frontale Dysfunktion

- Mangelnde Selbstkontrolle (kognitiv und motorisch) → Enthemmtes Verhalten
- Mangelnde kognitive Flexibilität → Mangelnde Verhaltensanpassung
- Untererregung → Reizsuche
- Nicht-Wahrnehmung von Belohnung und Bestrafung → Keine Angst vor Strafe, Wunsch nach sozialer Anerkennung nicht verhaltensregulierend

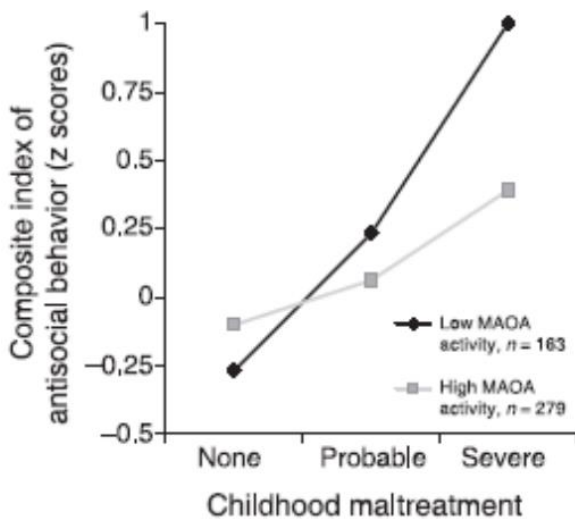
Schon häufig als Kinder weniger stressbar, sie suchen vermehrt den Kick. Sind weniger schnell stimuliert. Was uns ängstigt, stimuliert sie. Für uns reicht vielleicht Chilbi, diese Personen brauchen aber viel mehr.

Limbische Dysfunktion

- Gefühlsarmut → Mangelnde emotionale Hemmung und Empathie
- Verminderte konditionierte Angst → Geringes Vermeidungsverhalten
- Schwierigkeiten, emotionale Gesichtsausdrücke zu erkennen → Angst des Opfers induziert keine Aggressionshemmung

Diese Personen schämen sich nicht wirklich.

Antisoziales Verhalten in Korrelation mit Misshandlungen in der Kindheit



- **niedriges MAOA-Gen** führt zu **mehr gewalttätigem** Verhalten
- **hohes MAOA-Gen** führt ebenfalls zu **mehr gewalttätigem** Verhalten
- je **mehr Gewalt** in der **Kindheit** erlebt, desto **höher** ist das **Gewaltrisiko**, unabhängig von Genen, wirkt sich immer schlecht aus
- **biologisches Risiko** (MAOA-Gen) **potenziert** sich durch Gewalt in der Kindheit
- bei **tiefem MAOA-Gen** wirkt sich **Gewalt** in der **Kindheit** **besonders negativ** aus

Psychopathie vs. Antisoziale Persönlichkeitsstörung in der Allgemeinbevölkerung

Anteil **Antisozialer-Persönlichkeitsstörungen** an der **Allgemeinbevölkerung** → **3-5%**

Anteil **Psychopathen** an der **Allgemeinbevölkerung** → **ca. 1%**

Psychopathie und antisoziale Persönlichkeitsstörung bei Strafgefangenen

Anteil **Antisozialer-Persönlichkeitsstörungen** an Population aller **Straftäter** → ca. 50%

Anteil **Psychopathen** an Population aller **Straftäter** → ca. 25%

Psychopathische Persönlichkeitsstörung

Nicht explizit in ICD-10/DSM-5 gelistet, aber als Synonym unter «Dissoziale Persönlichkeitsstörung» bzw. «Antisoziale Persönlichkeitsstörung»:

Egozentrische, überhebliche, betrügerische, oberflächliche, kalt-unempathische, impulsive Individuen, die andere rücksichtslos ausnutzen und manipulieren, ohne Scham oder Schuld zu empfinden.

Prävalenzschätzungen (**Häufigkeit**):

- in der **Allgemeinbevölkerung** → ca. 1%
- unter **Straftätern** → ca. 28%
(vs. ca. 50% mit **Antisozialer** Persönlichkeitsstörung)

Psychopathologisches Hauptmerkmal:

emotionales Unbeteiligtsein → «Abnormal or deficient emotional responsiveness is considered to be the hallmark of psychopathy»

Psychopathie Persönlichkeitsfacetten nach Hare (2003)

Psychopathische **Kernpersönlichkeits**-Merkmale

Interpersonell:

- betrügerischer / oberflächlicher Charme
- grandios / übersteigter Selbstwert
- pathologisches (ständiges) Lügen
- manipulativ

Affektiv:

- Mangel an Scham / Schuld / Reue
- oberflächliche Gefühle
- kaltblütig / Mangel an Empathie
- übernimmt keine Verantwortung

Soziale Devianz (abweichendes Verhalten von der Norm)

Lebenswandel:

- Anfälligkeit für Langeweile
- Sprunghaftigkeit
- Verantwortungslos
- Parasitär → andere ausnutzen
- Mangel an realistischen Zielen

Antisozial:

- unzureichende Verhaltenskontrolle
- frühe Verhaltensauffälligkeiten
- Jugenddelinquenz
- Widerruf einer bedingten Entlassung
- Kriminelle Vielseitigkeit

+ 2 Items ohne faktorielle Zuordnung → viele Beziehungen & Promiskuität (sexuelle Freizügigkeit und häufige Partnerwechsel oder mehrere Partner parallel)

Die dunkle Triade / Tetrade

Psychopathie → «ich interessiere mich nicht für andere», keine Empathie, impulsiv, unberechenbar

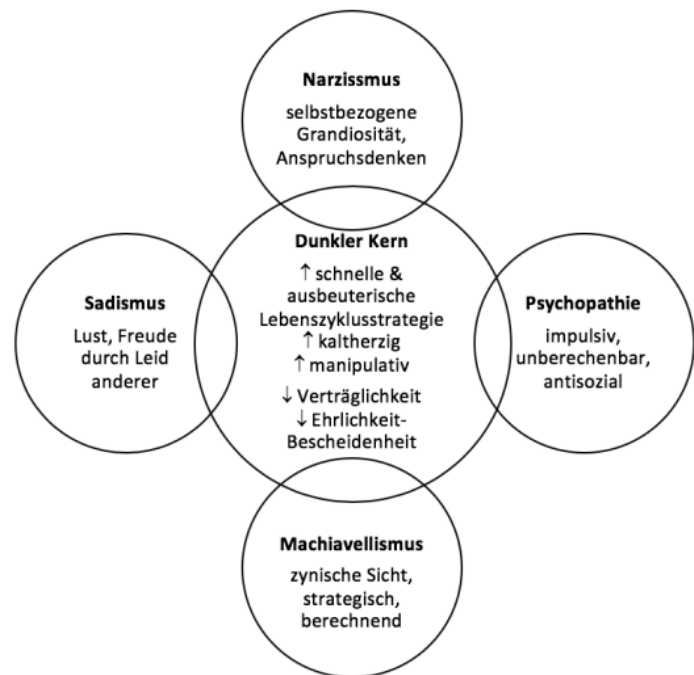
Narzissmus → «ich bin besser als andere», grandioses Selbst

Machiavellismus → «ich manipulierte gezielt andere», manipulatives Ausnutzen, zynisch, strategisch, berechnend

Sadismus → Lust oder Freude am Leiden anderer

Gemeinsamkeiten (Antisozialer Kern):

- **geringe Verträglichkeit**
- **kalthertziges** Verhalten, interpersonelle Kälte
- **manipulatives** Verhalten
- **ausbeuterisch**, wenig Hilfsbereitschaft
- **fehlende Ehrlichkeit & Bescheidenheit**
- **Aggressivität**, starker Ausdruck von Ärger
- **mangelnde Empathie**
- hohe **Fokussierung** auf die **eigene Person**



2.5.13 Störungsbilder: Sexualpräferenz

Störung der Sexualpräferenz (ICD-10 Forschungskriterien)

F65 Störungen der Sexualpräferenz F65.4 Pädophilie

- A. die **allgemeinen Kriterien** für eine **Störung der Sexualpräferenz (F65)** müssen **erfüllt** sein
- B. **anhaltende** oder **dominierende Präferenz** für **sexuelle Handlungen** mit einem oder mehreren **Kindern vor deren Pubertät**
- C. die **Betroffenen** sind **mindestens 16 Jahre alt** und **mindestens fünf Jahre älter** als das **Kind** oder die Kinder

Störung der Sexualpräferenz → Man hat bestimmte **Vorliebe**, die **strafbewährt** sind oder **nicht den gängigen Sexualpraktiken entsprechen** (z.B. Objekte, Fetisch, Tiere etc.)

→ **BDSM** wird **nicht mehr als Störung** angeschaut.

Pädophile ≠ sexuelle Handlungen mit Kindern

Sexuelle Handlungen mit Kindern = **juristischer Straftatbestand**

Pädophilie = **psychiatrische Störung**

- a. **Wiederkehrende** intensive sexuell erregende **Phantasien**, **dranghafte** sexuelle **Bedürfnisse** oder **sexuelle Aktivität** mit (einem) **vorpubertären Kind/Kindern** (13 Jahre alt oder jünger) über einen Zeitraum von mind. sechs Monaten
- b. der Betroffene hat **entsprechend** diesen **dranghaften Bedürfnissen gehandelt** oder die **dranghaften Bedürfnisse** verursachen **ausgeprägtes Leiden** oder **zwischenmenschliche Schwierigkeiten**
- c. der Betroffene ist **mindestens 16 Jahre alt** und **mindestens fünf Jahre älter** als das **Kind** oder die Kinder unter Kriterium a

→ Es geht um die **Ansprechbarkeit von kindlichen Körpern** und **nicht** um das **Schutzalter!**
Denn es ist z.B. normal, dass ein 12-Jähriger eine 10- oder 11-Jährige attraktiv findet.

Pädophilie kann zu sexuellen Handlungen mit Kindern führen (muss aber nicht!)

- **Pädophilie erhöht Tatrisiko**, aber
- **nicht jeder**, der **sexuelle Handlungen mit Kindern** begeht, ist **pädophil...**
→ oft geht es um das **Machtgefälle** und nicht darum, dass man Kinder attraktiv findet
 - **...und umgekehrt: Nicht alle Pädophilen treten mit einschlägigen Delikten (i.S. sexueller Handlungen mit Kindern) strafrechtlich in Erscheinung!**

Daten zum Thema: Pädophilie vs. Kriminalität

Pädosexualität → nur eine **Neigung** (man findet es gut, muss aber nicht unbedingt sein)

Pädophilie → ist eine **Präferenz** (d.h. man steht primär oder ausschliesslich darauf)

Häufigkeit von Pädosexualität (Neigung) → ca. 1%

Sexuelle Erregung in pädophil sexuellen Fantasien → 9.5%

Sexuelle Erregung bei sozialer Interaktion mit Minderjährigen → 3.8%

→ ca. die Hälfte aller männlichen Sexualstraftäter, die sich an Minderjährigen vergehen, sind nicht pädophil, sondern nutzen nur günstige Situationen aus oder mögen das Machtgefälle

Paraphilie und Sadismus (ICD-10 Forschungskriterien)

F65 Störungen der Sexualpräferenz F65.5 Sadomasochismus

- A. die **allgemeinen Kriterien** für eine **Störung der Sexualpräferenz (F65)** müssen **erfüllt** sein.
- B. **Präferenz für sexuelle Aktivitäten** entweder als **passive (Masochismus)** oder als **aktive Person (Sadismus) oder beides**, bei denen **mind. eines** der folgenden Charakteristika vorliegt:
- **Schmerzen**
 - **Erniedrigung**
 - **Unterwerfung**
- C. Die **sadomasochistische Aktivität** ist die **wichtigste Quelle sexueller Erregung** oder **notwendig für sexuelle Befriedigung**.

Sexual-Sadismus

- **Erfassung mit Sexual Sadism Scale (SeSaS)**
 - **Indikatoren über Deliktverhalten**
 - **Sexuelle Erregung während Delikt, Macht/Dominanzverhalten, Folter, Erniedrigungen, Verstümmelungen, Trophäen sammeln** etc.
 - **Aktenstudium zur Codierung** (Gerichtsurteile, Gefängnisberichte, Kriminalakte, Berichte)
- **Meta-Analysen (N = 2,169 und N = 768)** zu Sadismus und Rückfälligkeit mit Gewaltstraftaten von Sexualstraftätern zeigt **leicht erhöhtes Rückfallrisiko** von **Sadisten vs. Nicht-Sadisten** für **Gewalt** und **Sexualstraftaten**

SESAS-Kriterien

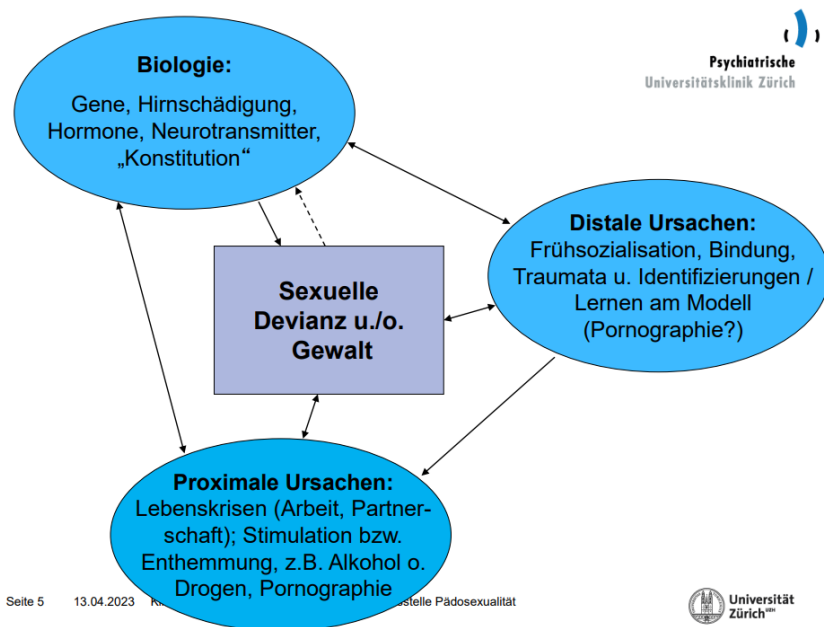
1. **sexuelle Erregung** bei den **Tathandlungen**,
2. **Machtausübung, Kontrolle, Dominanz**,
3. **Quälen** des Opfers,
4. **erniedrigendes, demütigendes** Verhalten gegenüber dem Opfer,
5. **Verstümmelung** von **Geschlechtsorganen**,
6. **Verstümmelung anderer Körperstellen** oder -teile,
7. Ausüben von **exzessiver physischer Gewalt**,
8. **Einführen** von **Gegenständen** in Körperöffnungen des Opfers,
9. **ritualisierte Handlungen**,
10. **Einsperren** des **Opfers**/räumliche Nötigung,

11. Mitnahme von Trophäen

3 Sexualdelinquenz (Klinikbesuch)

3.1 Ursachen / Entstehungsmodelle von Sexualdelinquenz

3.1.1 Einflussfaktoren



Biologie → Gene, Hirnschädigung, Hormone, Neurotransmitter, «Konstitution»

Distale Ursachen (länger zurückliegende Faktoren) → Frühsozialisation, Bindung, Traumata, Identifizierungen / Lernen am Modell (Pornografie?)

Proximale Ursachen (kurz vor Ausbruch der Störung) → Lebenskrisen (Arbeit, Partnerschaft), Stimulation bzw. Enthemmung (z.B. Alkohol, Drogen, Pornografie)

Sexuelle Devianz → von den herrschenden Normen abweichendes Sexualverhalten

3.1.2 Genetik und Neurobiologie

Genetische Ursachen

- Erhöhtes Risiko für Sexualdelikte bei männlichen Verwandten 1. Grades von Sexualstraftätern → **selber missbraucht** worden als **Kind** und **dann selber Sexualstraftaten** begehen
 - Kindesmissbraucher > Vergewaltiger → **Wahrscheinlichkeit** (odds ratio) von **2-15** → d.h. wenn man als **Kind selber missbraucht** wurde, ist die **Wahrscheinlichkeit**, dass man **später selber Sexualdelikte** begeht **2-15 mal höher**
- **Chromosomale Auffälligkeiten** (Klinefelter-Syndrom) **häufiger unkonventionelle sexuelle Aktivitäten** und **Phantasien**
 - Klinefelter-Syndrom → ein X-Chromosom zu viel

- **Genetischer Einfluss** auf **sexuelles Interesse** an **Kindern** → **ca. 14.6%**

Neurobiologie

- **Störungen** der Exekutivfunktionen des **Frontalhirns** (Disinhibition); **Störungen** des **temporolimbischen Systems** → z.B. gesteigertes sexuelles Verlangen und verminderte Hemmung durch Amygdala (ist für Emotionen wie Furcht und Angst zuständig)
- **Störung** der **Verbindungen** zw. **Hirnbereichen**, die für die **Motivationsbildung, emotionale Verarbeitung** und **Kontrolle** über **sexuelle Impulse** wichtig sind

3.1.3 Psychologische Erklärungsmodelle

Kognitiv-Behaviorale-Modelle

- klassische **Konditionierung** → **Paarung** von **sexueller Stimuliertheit** (= unbedingter [angeborener] Reflex) mit **ungewöhnlichen Reizen** (= bedingter [erlernter] Reflex)
→ Koppelung von 2 Stimuli im Hirn
- **Positive Verstärkung** durch **Lustgefühl** → **Lustgefühl verstärkt sehr fest**
- Sexualität als **Coping-Mechanismus** (Selbsttröstung) → **Abbau von Stress durch Sex**
→ ist normal, **ausser** man kann Emotionen **nur noch** durch Sex regulieren und wird übergriffig
- **Kognitive Verzerrungen** → z.B. man redet sich ein, das Kind wollte das auch, es sei gut fürs Kind usw.

Selbst erlebter sexueller Missbrauch

- **Opfer** von **childhood sexual abuse** hatten fast **5x höheres Risiko** wegen **irgendeines Delikts angeklagt** zu werden, als die **Allgemeinbevölkerung**
- am **stärksten erhöht** war das **Risiko** für **Sexualdelikte**
- **keine Kausalität**

weitere Risikofaktoren waren:

- **materielle Vernachlässigung** und **Mangel an Beaufsichtigung**
- **eigener Missbrauch** durch **weibliche Person** → d.h. wenn man als Kind von einer Frau missbraucht wurde, dann wiegt es schwerer als wenn es von einem Mann gemacht wird
- **Zeuge heftiger innerfamiliärer Gewalt**
- **Grausamkeit** gegenüber Tieren

3.2 Psychische Störungen

3.2.1 Psychische Störungen bei Sexualstraftätern

92 % der **Sexualstraftäter** haben **mind. 1** psychische **Störung**

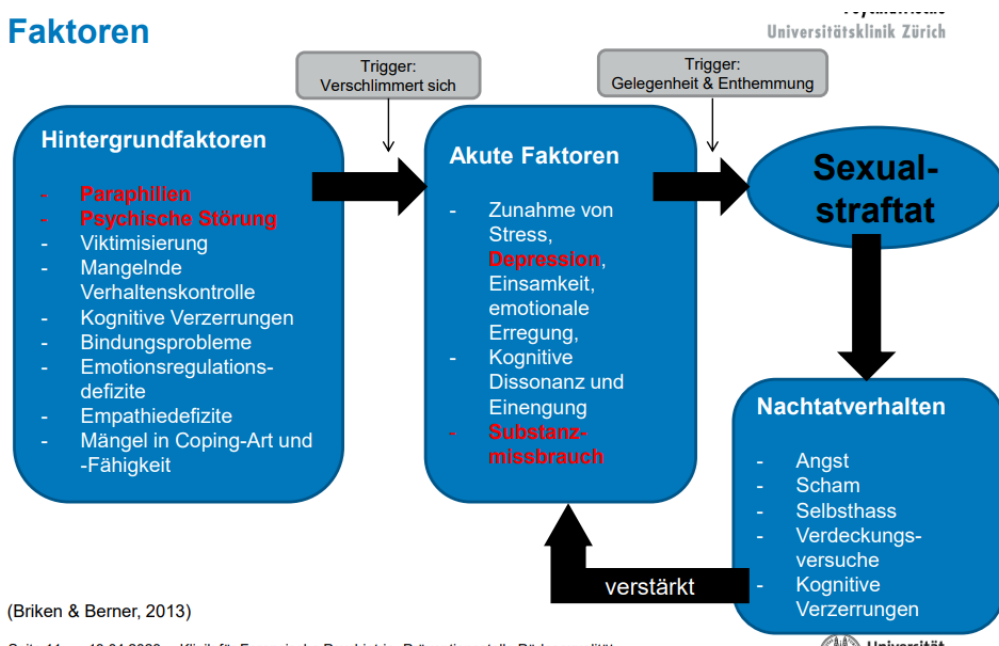
48% der **Sexualstraftäter** haben **3** psychische **Störungen**

häufigste psychischen Störungen bei Sexualstraftätern

- **Paraphilien** → z.B. Pädophilie
- **Persönlichkeitsstörungen**
- **Substanzstörungen**
- **Hypersexualität / Compulsive sexual behaviour disorder** → z.B. Sexsucht

3.2.2 Vulnerabilitätsmarker und risikoe erhöhende Faktoren

Faktoren



Viktimisierung → selber Opfer gewesen sein

Trigger Gelegenheit → z.B. bei Pornos hat man immer die Gelegenheit, weil man jederzeit Zugriff aufs Internet hat, bei Hands-on-Delikten kommt es darauf an, ob man ein geeignetes Kind zur Verfügung hat oder eben nicht

3.2.3 Paraphile Interessen in der Allgemeinbevölkerung

DSM-5

Unter **Paraphilien** werden verstanden:

«... **alle intensiven, anhaltenden sexuellen Neigungen** verstanden, die sich **nicht** auf sexuelle Handlungen an und mit **phänotypisch normalen**, körperlich **erwachsenen** und **einwilligenden** Menschen **beziehen**»

Paraphilien → auf was steht man?

Männer vs. Frauen (4 : 1) → **Männer sind 4x so häufig paraphil wie Frauen**

64 – 95% berichten über Interesse an paraphilen Handlungen / paraphilen Fantasien

Zwillingsstudie zu Paraphilien

Table 1 Lifetime prevalence of paraphilic behavior and sexually coercive behavior in a representative nationwide cohort of 5990 18- to 33-year-old Finnish twins

| Paraphilic behavior | Males (n = 2092) | Females (n = 3898) | Total (n = 5590) |
|----------------------------|------------------|--------------------|------------------|
| Any paraphilic behavior | 25.0 (524) | 14.2 (553) | 18.0 (1077) |
| Exhibitionism | 4.3 (88) | 0.6 (24) | 1.9 (112) |
| Masochism | 4.9 (100) | 8.6 (329) | 7.3 (429) |
| Sadism | 2.7 (53) | 2.3 (88) | 2.4 (141) |
| Pedophilia | 0.9 (19) | 0.4 (17) | 0.6 (36) |
| Transvestic fetishism | 4.6 (95) | 0.5 (18) | 1.9 (113) |
| Voyeurism | 18.2 (375) | 6.3 (243) | 10.5 (618) |
| Sexually coercive behavior | 18.5 (388) | 3.6 (142) | 8.8 (530) |

Behaviour = nicht nur Fantasien, sondern tatsächlich gemacht

Sexually coercive behavior = Sex ist zwar einvernehmlich, aber man macht etwas, von dem man weiss, dass es der andere nicht toll findet, zur eigenen sexuellen Befriedigung

→ Frauen können auch pädophil sein

3.2.4 Paraphile Störung ICD-11

Paraphiles Interesse Plus zusätzlich dazu:

- **Selbstgefährdung / Leidensdruck** → man fühlt sich durch die Präferenz eingeschränkt
- **Fremdgefährdung** → Gefährdung von anderen Personen durch die Präferenz
- **Soziale Beeinträchtigung** → schadet zwar niemandem, aber führt z.B. zu Konflikten in Beziehung (z.B. Windelfetisch schadet niemandem, aber wenn der Partner nicht mitmachen will, kann das zu Konflikten führen)

3.2.5 Achsen der sexuellen Präferenzstruktur

Geschlecht

- gynäphil → weiblich
- androphil → männlich
- beides

Präferiertes Körperschema → siehe nachfolgend zur **Pädophilie**

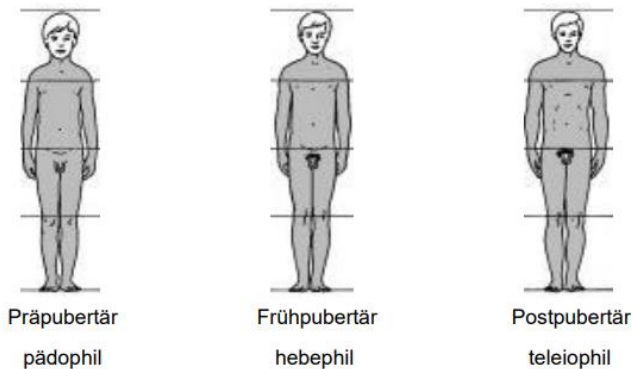
- körperliches Entwicklungsalter in Relation zur Pubertät
- ausschliesslich vs. Nicht-ausschliesslich

Praktik und Typ → siehe nachfolgend beim **sexuellen Sadismus**

- Art und Weise der Interaktion
- Typen / Merkmale von Sexualpartner / -objekt

3.2.6 Pädophilie

Klassifizierung nach präferiertem Körperschema



Präpubertär → bis Pubertät einsetzt, kindlicher Körper ohne Einfluss von Hormonen

Frühpubertär → Anfang bis Ende der Pubertät

Postpubertär → ca. 15-16 Jahre alt, Hormone abgeschlossen

Manifestation in der Pubertät → Pädophilie manifestiert sich in der Pubertät

Schicksal und nicht Wahl → man kann sich nicht aussuchen auf was man steht, die Pädophilen haben es sich nicht ausgesucht, dass sie auf Kinder stehen

1% erfüllen Kriterien einer Pädophilie → d.h. stehen **nur** auf **Kinder** und **gar nicht** auf **Erwachsene**

ca. 5-7% sexuell ansprechbar → stehen auf **Erwachsene** und auf **Kinder**

→ Anzahl Bilder auf dem PC sagt etwas darüber, ob es überhaupt eine Präferenz ist und wie dringhaft diese ist, d.h. wie viel Zeit man dafür aufwendet

3.2.7 Sexueller Sadismus

A. **über 6 Monate** wiederkehrende, intensive **sexuelle Erregung** – manifestiert sind in **Fantasien, dringhaften Bedürfnissen** oder **Verhalten** – bzgl. **physischen** oder **psychischen Leidens** einer **anderen Person**

→ Leiden anderer Personen erregt einen

B. **Leidensdruck, soziale Beeinträchtigung** oder **Fremdschädigung**

→ **Sadisten** konsumieren teilweise auch **Kinderpornografie** wegen dem **Machtgefälle** und **nicht** weil sie auf **Kinder stehen**

3.2.8 Sexual Compulsive Behavior Disorder (ICD-11)

1. persistent **pattern of failure to control** intense, repetitive **sexual impulses** or urges resulting in repetitive sexual behavior, must be manifested in one or more of the following:
 - 1a. Engaging in repetitive sexual activities has become a central focus of the person's life to the point of neglecting health and personal care or other interests, activities, and responsibilities.
 - 1b. The person has made numerous unsuccessful efforts to control or significantly reduce repetitive sexual behavior.
 - 1c. The person continues to engage in repetitive sexual behavior despite adverse consequences (e.g., repeated relationship disruption, occupational consequences, negative impact on health).
 - 1d. The person continues to engage in repetitive sexual behavior even when the individual derives little or no satisfaction from it.
2. The pattern of failure to control intense, sexual impulses or urges and resulting repetitive sexual behavior is manifested over an extended period (e.g., **6 months or more**).
3. The pattern of repetitive sexual behavior causes **marked distress or significant impairment** in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning (Must be met). Note for rule out. Distress that is entirely related to moral judgments and disapproval about sexual impulses, urges, or behaviors is not enough to meet this requirement.

Sexual Compulsive Behavior Disorder (CSBD) → **Sexsucht / Hypersexualität**

→ **Menge und Häufigkeit von Sex sind nicht relevant**

→ **Kontrollverlust und Leidensdruck sind relevant und müssen vorliegen** für die Diagnose

3.2.9 Prävalenz CSBD / Hypersexualität

- **3-5%** der **Allgemeinbevölkerung** haben Sexsucht (CSBD)
- **12%** der **Männer** / **7%** der **Frauen** berichten von **unpersönlichen sexuellen Kontakten**
- **10-11%** der **Männer** / **1-7%** der **Frauen** berichten über **Probleme mit Pornografiekonsum** oder erfüllten die **Kriterien für klinisch relevantes sexuell zwanghaftes Verhalten**

Männer → eher problematischer **Pornokonsum**

Frauen → eher **one-night-stands** und oft **ungeschützter Sex**

3.3 Risikobeurteilung

3.3.1 Beurteilungsschritte

- Basisraten **Wiederverurteilung** beim **Indexdelikt**
- **Prognoseinstrumente** und **dynamische Risikofaktoren**
- **Individuelle Fallbetrachtung** (Delikthypothese)

3.3.2 Basisraten und Rückfälligkeit

Quelle: BFS 2020

Rückfallrate in Prozent (%) bei verschiedenen Anlassdelikten:

| | Total (n = 45 686) | Raub (n = 118) | Gewalt (n = 3169) | Körper- verletzung (n = 57) | Sexueller Missbrauch (n = 173) | Sex. Nötigung / Vergewaltigung (n = 45) |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Total | 17 | 25 | 23 | 23 | 8 | 11 |
| Nach Geschlecht | | | | | | |
| Männer | 18 | 27 | 23 | 23 | 8 | 11 |
| Frauen | 13 | 11 | 17 | 25 | 0 | 0 |
| Nach Alter | | | | | | |
| 18–24 Jahre | 21 | 28 | 29 | 23 | 16 | 23 |
| 25–44 Jahre | 18 | 24 | 24 | 30 | 7 | 20 |
| 45 Jahre und älter | 13 | 0 | 14 | 0 | 3 | 0 |
| Nach Anzahl Vorstrafen | | | | | | |
| Keine Vorstrafen | 13 | 26 | 19 | 18 | 8 | 8 |
| Eine Vorstrafe | 22 | 16 | 21 | 31 | 0 | 0 |
| Mind. zwei Vorstrafen | 48 | 41 | 48 | 33 | 25 | 50 |

Rückfallrate nach 3 Jahren

3.3.3 Delinquenz-Rückfälligkeit (Studie)

95 Studien mit 31'216 Sexualstraftätern

Beobachtungszeitraum: **5-6 Jahre**

Neues Sexualdelikt → 13.7 %

Neues nicht-sexuelles Gewaltdelikt → 14%

irgendein neues Gewaltdelikt → 25%

3.3.4 Prognoseinstrumente bei Sexualstraftaten

Statische Risikofaktoren (z.B. Static-99)

Dynamische Risikofaktoren (z.B. Stable-2007)

3.3.5 Static-99

Fragenkatalog

1. **Alter des Täter** (über 25 Jahre)
2. **Partnerschaft** (über 2 Jahre)
3. **Verurteilung** bei Index Delikt aufgrund **nicht-sexueller Gewalt**
4. **frühere Verurteilungen** aufgrund **nicht-sexueller Gewalt**
5. **frühere Anklagen** und / oder Verurteilungen aufgrund **sexuell** motivierter **Straftaten**
6. **Anzahl der Vorstrafen** vor dem Indexdelikt
7. **Verurteilungen** aufgrund von **Sexualstraftaten ohne Opfer** bzw. ohne körperlichen Kontakt
8. **Verwandtschaftliches** Verhältnis zw. **Täter** und **Opfer**
9. **Bekanntheitsgrad** zw. **Täter** und **Opfer** → wie gut kannten sich Opfer und Täter

10. Geschlecht des Opfers

→ die 10 Fragen müssen mit «Ja» oder «Nein» beantwortet werden

→ Ergebnis ist dann im Vergleich zu anderen Straftätern die ähnliches Delikt begangen haben, d.h. ist der Proband im Vergleich zu anderen Straftätern mit ähnlichen Delikten eher mehr oder eher weniger rückfallgefährdet

3.3.6 Stable-2007

Intimitätsdefizite

- Fähigkeit stabile Beziehungen aufzubauen
- Emotionale Identifikation mit Kindern
- Feindseligkeit gegenüber Frauen
- Allgemeine sozial Zurückweisung / Einsamkeit
- Mangel an Mitgefühl für Andere

Allgemeine Selbstregulierung

- Impulsive Handlungen
- Schlechte kognitive Problemlösefähigkeiten
- Negative Emotionalität / Feindseligkeit

Sexuelle Selbstregulierung

- Sexuelle Voreingenommenheit (preoccupation)
- Sex als Coping-Mechanismus
- Abweichende sexuelle Interessen

Kooperation mit Therapie- und Betreuungsmassnahmen

→ Stable & Static werden oft miteinander kombiniert

3.3.7 Relevante dynamische Risikofaktoren

| Risikofaktoren | Effektstärke |
|---|--------------|
| • Sexuelle Überbeschäftigung | .39 |
| • Probleme mit der Selbstkontrolle | .37 |
| • Sexuelle Devianz (d.h. gegen den Willen des anderen) → wichtiges Merkmal | .31 |
| • Psychopathy (PCL-R) | .29 |
| • Instabile Beschäftigungsverhältnisse (Arbeit) | .22 |
| • Dissoziale Persönlichkeitsstörung | .21 |
| • Feindseligkeit | .17 |

3.4 Behandlung

3.4.1 R-N-R Modell

Risk:

- **Who** should we treat? → **Welche Täter** sollten wir therapieren?
- Wie **gefährlich** ist der Täter?
- Wie **schwer** sind die **drohenden Delikte**?

Need:

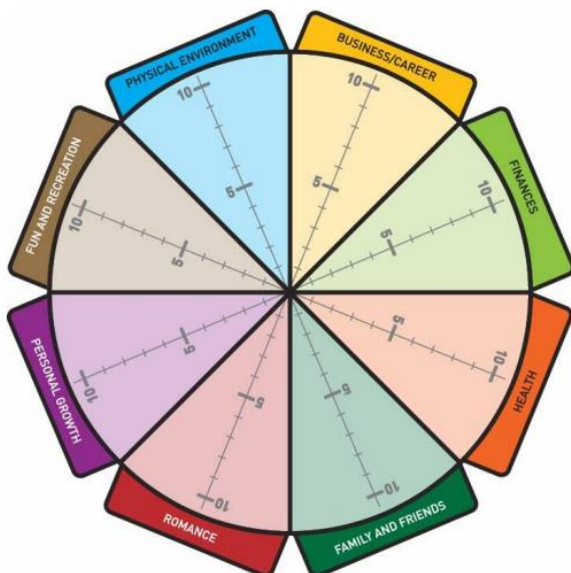
- **What** we should focus on → **Auf was** sollten wir uns **konzentrieren** bei der Behandlung?
- **Was braucht** es, damit **kein Rückfall** passiert?

Responsivity:

- **How** we should work → **Vorgehen / Strategie** bei der Therapie
- **Vorgehen**
- Wie ist der **Täter erreichbar**, d.h. wie kriegt man ihn dazu **mitzumachen**
- **Lernstil, Fähigkeiten, Motivation** des Täters berücksichtigen

→ RNR-Modell dient zur Verminderung von Rückfällen

3.4.2 Good Lives Model



Business / Career
 Finances
 Health
 Family and Friends
 Romance
 Personal Growth
 Fun and Recreation
 Physical Environment

→ dient zur **Vorbereitung** auf das **Leben nach** der **Massnahme / Therapie**

→ soll auch **Motivation** für die **Behandlung** sein

→ **Fokus** auf die **positiven Faktoren**, Therapie fokussiert ansonsten auf die Probleme, hier soll der Fokus auf dem **Positiven** und den **Stärken des Täters** liegen

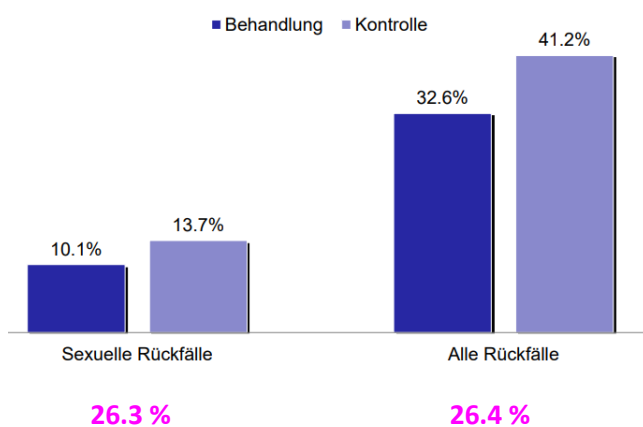
3.4.3 Medikamentöse Behandlungsstrategien

- Nur in **Kombination** mit **Psychotherapie**
- Indikation **abhängig** von:
 - **Ausprägungsgrad** der **Störung** → wie schwer gestört die Person ist
 - **Komorbiditäten** → zusammenhängende Störungen
 - **Fremdgefährdung**
- Mögliche **Folgen**:
 - **Entlastung** → endlich den sexuellen Druck nicht mehr zu haben und klar denken zu können
 - **Narzisstische Krisen** nach **Wegfall** von **selbstwert-stabilisierender Sexualität**
 - **weitere Risiken** → **Depressive Reaktion, Wut** und **aggressives Verhalten**

Behandlung mit Antidepressiva → Antidepressiva **vermindern** die **Libido** / sexuellen Appetit und **können** zu **Erektionsstörungen** führen

3.4.4 Delinquenz-Rückfallrate nach Behandlung

Delinquenz-Rückfallraten: **Follow-up 5,7 J.**



→ **Rückfallrate** konnte um **ca. 1/4 reduziert** werden durch **Behandlung**

3.5 Exkurs: Dunkelfeld und Prävention

3.5.1 Prävalenz sexueller Traumatisierung und Dunkelfeld

Prävalenz (Häufigkeit) **selbst berichteter sexueller Traumatisierung** in Europa:

→ sexuelle Traumatisierung beinhaltet nicht nur Vergewaltigungen, sondern auch Exhibitionismus und andere Grenzüberschreitungen

- 13.4 % Mädchen
- 5.7 % Jungen

→ nur **15%** der Fälle wurden **angezeigt**

→ die **meisten** sexuellen **Traumatisierungen** geschehen im **Dunkelfeld**

→ **erhebliches** subjektives **Leid**, resultierender **Behandlungsbedarf**, **massive Folgekosten**
(ca. CHF 150'000 jährliche Opferkosten)

3.5.2 Sexueller Kindesmissbrauch: Täter

40% der Taten durch **Präferenztäter** (Pädophil) begangen → **haben viel höheres Rückfallrisiko**, als Nicht-Präferenz-Täter

60% der Taten durch **Nicht-Präferenztäter** (Ersatzhandlungen) begangen → **stehen nicht auf Kinder**, sondern auf das **Machtgefälle** (z.B. sexuelle Sadisten), **oder** können mit **Frauen im gleichen Alter nicht in Kontakt treten** weil z.B. zu dumm und gehen dann auf Kinder, weil diese auf einem ähnlichen Niveau sind

3.5.3 Politische Entwicklung in der Schweiz

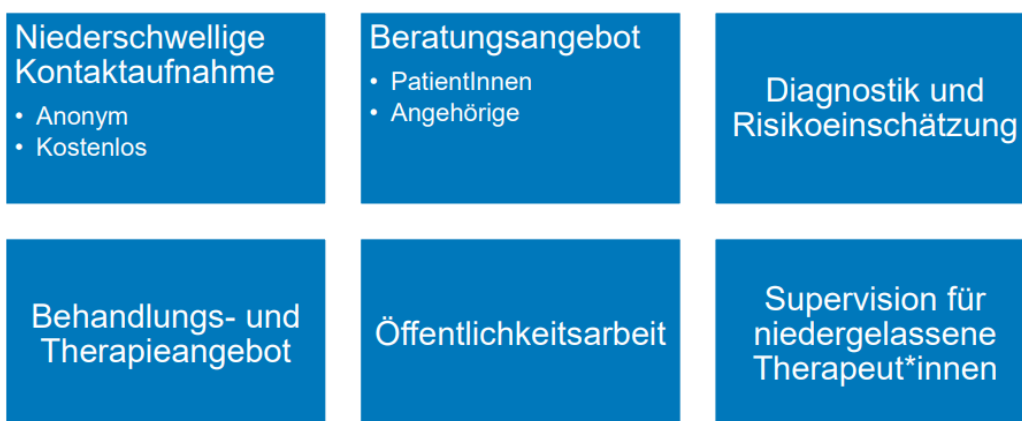
Forschungsauftrag zur Wirkung von Präventionsprojekten für Personen mit sexuellen Interessen an Kindern

Ergebnis:

- bisheriger Fokus der Prävention lag auf primären (z.B. Informationskampagnen für breite Öffentlichkeit) und tertiären Massnahmen (z.B. Rehabilitations-Massnahmen)
- sekundärpräventive Massnahmen sind in der Schweiz unzureichend vorhanden

→ es gibt **zu wenig Prävention** für **Täter**

3.5.4 Angebot der Präventionsstelle Pädosexualität



→ **muss kostenlos** sein, weil um eine **Rechnung** zu stellen, braucht man **Namen & Adresse** und dann wäre es ja nicht mehr anonym

3.5.5 Vorstellungsgründe

Gründe warum die Menschen **vorbei kommen**:

- Anmeldung durch Bezugsperson / externen Druck

- Konsum illegaler Inhalte → z.B. Paranoia, dass Hausdurchsuchung stattfindet, oder man kann selber einfach nicht mehr aufhören zu konsumieren
- Problem schon seit Jugendalter bekannt
- Sexsüchtiges Verhalten
- Wunsch nach Diagnostik
- Wunsch nach Medikamenten
- **Strafverfahren** → nur während **aktuell laufendem Verfahren** darf man **nicht teilnehmen**, sobald **Verfahren abgeschlossen** ist, darf man **teilnehmen**. Wenn **Delikt** den **Strafbehörden nicht bekannt** ist, darf man auch **teilnehmen**.

4 Gutachtenerstellung

4.1 Aktenauswertung

4.1.1 Relevanz des Aktenstudiums

- Üblicherweise beinhaltet **Gutachten Informationen** aus **Untersuchung** des **Exploranden** **und** aus **Aktenstudium**
- falls Explorand der **Untersuchung nicht zustimmen**, fließen **ausschliesslich Akteninformationen** in **Gutachten** ein (sog. **Aktengutachten**)
- **Aktenstudium** ist **unerlässlich**, da sich **Fragestellung nicht** nur auf **Zeitpunkt** der **Untersuchung**, sondern auf **Tatzeitpunkt** bezieht
 - neben **Schilderungen** des **Probanden** sind **objektive Indizien** und **Zeugenaussagen relevant**, sonst kann einen der **Patient** komplett **veräppeln**
 - ausserdem weiss man **ohne Aktenstudium** auch nicht, **was man fragen soll**

4.1.2 Informationsquellen

- mögliche **Quellen**
 - Vorgutachten
 - Gerichtsentscheide
 - ärztliche Untersuchungen nach dem Delikt
 - Blutalkoholkontrollen
 - Vorstrafenakten
 - Gefangenenpersonalakten **aus Gefängnis**
 - Krankenakten
- Das Gutachten sollte die **relevanten Akteninformationen** in **komprimierter Form** enthalten
 - wörtliche Zitate nur, wenn Wortlaut relevant ist
 - keine blosse Auflistung, sondern Extraktion relevanter Informationen

4.1.3 Anknüpfungstatsachen

- **Informationen** bezüglich **Explorand** oder **Fragestellung**, die von Ermittlungsbehörden, Gerichten, Parteien oder in Voruntersuchungen bereits erhoben wurden (z.B. Angaben des Exploranden, Ermittlungsergebnisse oder Vorgaben des Gerichts zum Sachverhalt)
- **beziehbar** aus **früheren Urteilen**, **Haftbefehlsbegründung** oder **Anklageschrift**
- bei **schweren Delikten** oftmals **Umfeldbefragung**:
 - soziale Situation des Angeklagten
 - Opfer-Täter-Beziehung
 - motivationale Zusammenhänge
 - pathologische Auffälligkeiten des Angeklagten
- bei **Jugendlichen** Befragung der **Eltern**, Rückgriff auf **Jugendamtsakten**

→ **vor erstem Termin: Akten** müssen **genau angeschaut** und **zusammengefasst** werden (bspw. Geburtsdatum eines Kindes, welches sexuell misshandelt wurde) → solide **Vorbereitung** auf **Untersuchung**

4.1.4 Interpretation der Akteninformationen

- **Bewertung der Anknüpfungstatsachen** → **Einordnung** des **psychischen Befunds** in **Lebensgeschichte** des Exploranden
- **Aktenstudium** dient der **Ableitung** von:
 - **Verhaltensauffälligkeiten**
 - überdauernden Verhaltensbereitschaften
 - **Verhaltens- und Tatmustern**
 - **Delinquenzbereitschaft**
 - **Persönlichkeitsbild**

→ **besonders wichtig** betreffs **Prognose** (Massnahmenindikation, Verwahrung)

→ **Aktenstudium vor erstem Gespräch**, dann kann man **abgleichen**, ob das **Gesagte Sinn** macht oder nicht

4.1.5 Darstellung der Aktenlage

- **Beschreibung der Aktenlage** im Gutachten **sinnvoll**
 - **Bewertungsrahmen** des Sachverständigen
 - **Begründung der Anknüpfungstatsachen**
 - **Gedächtnisstütze** für Gutachtenvortrag vor Gericht
- **Akten** können einen **wesentlichen Teil des Gutachtens** ausmachen, da sie **Hinweise** auf **Entwicklung** des Exploranden liefern (insbesondere bei **Prognosegutachten**)
- **Gutachten** muss **aus sich heraus verständlich** sein

→ **Einschluss relevanter Akteninformationen**

4.1.6 Konsequenzen fehlerhaften Aktenstudiums

«**mangelnde Aktenkenntnis** des **Gutachters**, ergo **mangelnde Kenntnis** von **Delinquenz-Vorgeschichte** und **konkreten jetzigen Tatumständen**, ist eine der **wichtigsten Ursachen** für **Fehlbeurteilungen** der **Schuldfähigkeit**, Fehlbeurteilungen der **Gefährlichkeit**, **Fehleinweisungen** und **fälschlich unterbliebenen Einweisungen** in den Massnahmenvollzug.»

4.2 Interview und Befund

4.2.1 Gliederung

1. Gutachterliches Interview

1.1. **Grundlagen** des Interviews

1.2. **Probleme**

2. Schriftliches Gutachten/ Befunde

2.1. **Aufbau** des Gutachtens

2.2. Psychopathologische **Befunde**

4.2.2 Grundlagen des Interviews → *Dieses Kapitel wird an der Prüfung nicht gross abgefragt*

Vor der Begutachtung

- Fallen die **Beweisfragen** in das **Fachgebiet** des **Sachverständigen**?
- Ist der **Sachverständige** in der **Lage**, die **Beweisfragen** zu **beantworten**?
- Können die **Beweisfragen** in einem **angemessenen Zeitrahmen** beantwortet werden?
- Eventuelle **Unklarheiten** vorab **abklären**
- **Zusatzuntersuchungen** (sofern nicht in Gutachtenauftrag enthalten) mit Auftraggeber **abklären**

Aufbau des Interviews Vorgespräch

- **Aufklärung** über
 - gutachterlichen **Auftrag**
 - **Beweisfragen**
 - **fehlende Schweigepflicht** des Sachverständigen
 - **Untersuchungsablauf**
 - **Aufgabe** und **Funktion** des Sachverständigen
 - **Gutachten** als **Entscheidungshilfe** für Auftraggeber
 - **Schweigerecht** des Exploranden
 - **Sachverständiger** agiert **nicht** als **Ermittler**

Explorationsgespräch

- zum **Einstieg unstrukturiertes Gespräch** (z.B. Befinden des Exploranden) **zugunsten** einer

entspannten, angstfreien **Atmosphäre**

- wenn möglich **weniger belastende Themen** zu **Beginn** besprechen
- **gezielte Erhebung relevanter biographischer Aspekte**, wie z.B. Familienanamnese, frühkindliche Entwicklung, Sexualanamnese, etc.
- **nicht nur Abläufe**, sondern **auch psychische, emotionale** und **affektive Befindlichkeit** des Exploranden sollten **erfragt** werden (nicht nur bei Schilderung des Tatgeschehens)
- **vor Abschluss** sollte Explorand **gefragt werden**, ob **alles** für ihn **Relevante erörtert** wurde
- **falls gewünscht Besprechung** des **Gutachtenergebnisses**

Gestaltung des Interviews

- offene Fragen
- empathisches Interesse
- ungestörte Atmosphäre (keine Unterbrechungen)
- ausreichend Zeit
- wenn möglich Ausschluss Dritter
- flexible Strukturierung des Gesprächs, z.B. wenn Proband bereits zu Beginn über Tatvorwürfe sprechen möchte

Die Rolle des Exploranden:

Erwartungshaltung des Exploranden

- Exploration als Therapie
- milderes Urteil
- Angst vor Stigmatisierung
- Misstrauen gegen Gutachter als «Ermittler»

Vorerfahrungen

- erste Erfahrung mit Begutachtung vs. Vorerfahrung (z.B. durch Klinikaufenthalte, frühere Begutachtung, Befragung im Rahmen der Ermittlungen)

Vorinformation

- Verhalten in Exploration oftmals beeinflusst durch Instruktionen von Anwälten, Mitinsassen, Angehörigen, etc.

4.2.3 Probleme bei der Begutachtung → *kurz angeschaut im Unterricht*

Übersicht

1. **Nicht kooperativer** Explorand
2. **Teilweise kooperativer** Explorand
3. **Nicht geständiger** Explorand

4. Im **Verlauf geständiger** Explorand
5. **Abbruch** der **Begutachtung**

1. Nicht kooperativer Explorand

- **Verweigerung** des **Explorationsgesprächs** ist **Recht** des Exploranden
- erfolgt **teilweise** auf **Anraten** des **Anwalts**
- besonders **kritisch** bei **Prognosegutachten**
- ➔ **Beschränkung** auf **Aktengutachten** und **Beobachtung** des **Angeklagten** während **Verhandlung**
- ➔ **Einengung** des **Erörterungsraumes** (Benennung von Sachverhalten, die nicht in Betracht kommen)
- ➔ **keine spekulative Deutung** des **Tatgeschehens**

2. Teilweise kooperativer Explorand

- Explorand gibt **keine Auskunft** zum **Tatvorwurf** oder **berichtet** über **Tat**, **verschweigt** jedoch **psychopathologische Auffälligkeiten** (z.B. Wahnsymptomatik)
- **Fokus** auf **Hinweise** auf **psychische Störung** (z.B. Lebensgeschichte, Zeugenaussagen, Krankenhausaufenthalte, Vorgutachten)
- **Tatgeschehen** ist **nur relevant**, wenn es
 - **gravierende Leistungsdefizite** des **Täters** abbildet (z.B. durch Berauschung, Demenz)
 - **bizzarr** und **rational nicht deutbar** ist (evtl. auch hinsichtlich Vor-/ Nachtatverhalten) und dementsprechend auf **psychotischen Täter** hindeutet
 - **Hinweise** auf **Gefährlichkeit** des **Täters** liefert (z.B. bei einer verfestigten Paraphilie)

3. Nicht geständiger Explorand

- **Motive** → tatsächliche **Unschuld**, **Verteidigungsstrategie** bei **Schuld**, **psychopathologisch bedingt** (z.B. bei wahnhaften Störungen)
 - **Bericht** der psychiatrischen **Diagnostik ohne Bezug** auf **Tat**
 - Darstellung **biographischer Aspekte** auf Basis von **Fremdanamnese**
- **Problembereich Amnesie** → tatsächliche Amnesie vs. Simulation (siehe dazu nachfolgend)

4. Im Verlauf geständiger Explorand

- **Begutachtungssituation** **begünstigt** Ablegen eines **Geständnisses** (Sachverständiger als Vertrauensperson)
- **Entgegennahme** eines **Geständnisses** ist **nicht Aufgabe** des Sachverständigen
- **Ziel** des **Sachverständigen** sollte es auch **nicht sein**, dem Exploranden ein **Geständnis** zu **entlocken**
- im **Falle** eines **Geständnisses** sollte der **Sachverständige** den Exploranden auf die **fehlende Schweigepflicht** hinweisen und ihm die **Möglichkeit** geben, sich **zunächst** mit seinem **Anwalt** zu beraten

➔ **Geständnisse beim Psychiater** sind **nicht verwertbar**, weil **nicht StPO-konform**, nur Geständnisse bei

der STA sind verwertbar

→ **Psychiater kann kein Geständnis abnehmen**, aber muss trotzdem zur Anlasstat fragen → schwierig!

5. Abbruch der Begutachtung

- **Mögliche Gründe:**
 - **Kalkül**
 - **Missverständnis** zwischen Explorand und Sachverständigem
 - **Interaktion** zwischen Explorand und Sachverständigem
 - **Ausdruck einer psychischen Störung**
 - Wahrgenommene **Kränkung** des Exploranden
 - **Erwartungen** des Exploranden werden **nicht erfüllt**
- **Sachverständiger sollte versuchen**, wieder mit Explorand **in Kontakt zu kommen**
- **Abbruch dann**, wenn **definitiv keine weitere Mitarbeit** des Exploranden zu **erwarten** ist

6. Amnesie

Mögliche Gründe:

- **Organisch**, z.B. durch Schädel-Hirn-Trauma
- Intoxikation mit **psychotropen Substanzen**
- **Dissoziation traumatischer** Erlebnisse (gemäss ICD-10) → **Ablösung von sich selber**, z.B. über seinem Körper **schweben und von aussen zuschauen was passiert**

Amnesie bedingt nicht automatisch (verminderte) Schuldfähigkeit

- **ca. 30%** der **Täter**, welche **Tötungsdelikte** begangen haben, geben **Erinnerungslücken** an
- **Täter** mit **mehreren Vorstrafen** machen **eher Erinnerungslücken** geltend
- eine **Amnesie** kann allenfalls als **zusätzliches Indiz** im Rahmen einer **Gesamtwürdigung** von **Persönlichkeit, situativem Funktionsniveau** und **Dynamik des Tatgeschehens** dienen

→ **je schwerer das Delikt**, desto **eher** werden **Erinnerungslücken geltend** gemacht

4.3 Aufbau des Gutachtens

4.3.1 Aktenlage

- Sachverhalt / aktuelle Vorwürfe
- Aussagen des Exploranden
- Polizeiberichte
- Aussagen von Kontaktpersonen
- Arztberichte
- Vorstrafen

- andere Unterlagen (z.B. von Beistandschaft, Arbeitsplatz)

4.3.2 Eigene Erhebungen

- Aufklärung
- aktuelle Anamnese
- Medikamentenanamnese
- körperliche Anamnese
- Familienanamnese
- psychiatrische Familienanamnese
- psychiatrische Vorgeschichte
- Sozialanamnese
- vegetative Anamnese
- Drogenanamnese
- biographische Anamnese
- Angaben zum Tatvorwurf
- Angaben zur Haftsituation/Kliniksituation
- Angaben zu Perspektiven

4.3.3 Befunde

- **Verhalten** bei der **Untersuchung** und **psychopathologischer** Befund
- **Zusammenfassung** der neuropsychologischen und testpsychologischen **Befunde**
- **aktuarische Verfahren** (z.B. VRAG, HCR-20)

4.3.4 Diagnose

- **basierend** auf **ICD-10** oder **DSM-5**, evtl. deskriptiv
- ggf. **Differenzialdiagnose**

4.3.5 Zusammenfassung und Beurteilung

- **Zusammenfassung** der **Akteneinsicht** und **Untersuchungsergebnissen**
- **Beantwortung** der **gutachterlichen Fragen** (z.B. psychische Störung, Schuldfähigkeit, Rückfallgefahr)

4.4 Psychopathologische Befunde

4.4.1 Grundlagen

- **Querschnittsbild** der **seelischen Verfassung** des Probanden zum Untersuchungszeitpunkt
 - **Verhalten** des Exploranden (**Fremdbeurteilung**)
 - **Erleben** des Exploranden (**Selbstbeurteilung**)
- **Aufgabe** des **Gutachters** → **Fremd- und Selbstbeurteilung** in **Bezug** setzen, **Übereinstimmungen** und

Diskrepanzen diskutieren

- **keine Vermischung** von **Befund** des Sachverständigen und **anamnestischen Angaben** (Angaben zur Kindheit usw.)
- **Schwierigkeit** → **Retrospektive** (nachträgliche) **Beurteilung** des **Zustandes** zum **Tatzeitpunkt**

4.4.2 Verhaltensbeobachtung

- äusseres Erscheinungsbild
- Auffälligkeiten in Verhalten und Gesprächssituation
- Umgang des Exploranden mit Untersuchungssituation
- kognitive und emotionale Erreichbarkeit
- Kooperationsfähigkeit
- Gesprächsatmosphäre
- Umgang des Exploranden mit Sachverständigem
- Gesamteindruck

4.4.3 Psychische Funktionen

- **Bewusstsein:** Quantitative Einschränkung oder qualitative Veränderung
- **Orientierung:** zeitlich, örtlich, situativ, zur Person
- **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen:** Auffassungsprobleme, Konzentrationsstörungen, Kurz- und Langzeitgedächtnis
- **Sprechverhalten und Sprache:** Klang, Modulation, Störungen, Sprachverständnis, Ausdrucksvermögen
- **Formales Denken:** Verlangsamung, Hemmung, Perseveration etc.
- **Inhaltliches Denken:** Zwänge, Phobien, etc.
- **Sinnestäuschungen:** Halluzinationen, Illusionen
- **Ich-Störungen:** Derealisation, Depersonalisation etc.
- **Affektivität:** depressiv, euphorisch, dysphorisch, etc.
- **Antriebs- und psychomotorische Störungen:** antriebsarm, antriebsgesteigert etc.
- **Sonstige Auffälligkeiten:** bizarres Verhalten, Suizidalität etc.

4.4.4 Persönlichkeitsdiagnostik

- **Differenzierung** zwischen **Zügen**, **Akzentuierungen** und **Störungen** der Persönlichkeit
- **Einschätzung** anhand biographischer Längsschnittbeurteilung
- **Selbstwahrnehmung** und **Selbsteinschätzung**
- **Fremdwahrnehmung**
- **Beziehungsfähigkeit**
- Biographisch überdauernde **Konfliktbereiche**

- Inadäquate **Konfliktlösungsstrategien**
- Psychosoziales **Funktionsniveau**
- **Ressourcen** und **Kompetenzen**

4.4.5 Weitere Untersuchungen

Körperliche und neurologische Untersuchung

- **Abklärung** möglicher **organischer Ursachen** für Psychopathologie
- Evtl. **Diagnose** zusätzlicher **körperlicher Erkrankungen**
- **Hinweise** auf **Drogen- oder Alkoholabhängigkeit** (z.B. Einstichstellen, Lebervergrößerung, etc.)

Apparative Untersuchung

- z.B. EEG, CT, MRT

Prognoseinstrumente

- z.B. HCR-20, PCL-R
- Statistische und/oder strukturierte Erfassung → stark von Vorgeschichte geprägt

Testpsychologische Untersuchung

- **nur notwendig**, wenn **Ergebnisse relevant** für **Beantwortung** der Beweisfragen sind
- **Überprüfung** einer **bestimmten Diagnose** und ihres **Schweregrads** (z.B. Depression) vs. **diagnoseunabhängige Verfahren** (z.B. Rorschach-Test, Big 5)
- **Selbstbeurteilung** kann **situativ verzerrt** sein, Kontrollskalen beachten
- **Momentaufnahme** → **keine Übertragung** der Ergebnisse auf **Vergangenheit** oder **Zukunft**

4.5 Gutachtenqualität

4.5.1 Zur Legitimation von Fragen: DFG-Studie zur Gutachtenqualität 2004-2006

Gutachten, die in Verfahren erstattet wurden, die **zwischen 1991 und 2001** zur **Anordnung** einer **Sicherungsverwahrung** führten (n = 208)

- **Auswertung** hinsichtlich **formaler** und **inhaltlicher Aspekte**
- **gesonderte Analyse** des Vorgehens bei **Sexualdelinquenten** (n = 53)

4.5.2 Formale Kritikpunkte

| | Kinzig [1997] | aktuell |
|------------------------------------|---------------|---------|
| Durchschnittliche Seitenzahl | 36 | 56 |
| Anteil der Gutachten < 10 Seiten | 12,4 % | 0,5 % |
| Einsatz standardisierter Verfahren | 42,4 % | 64 % |
| Testpsychologische Zusatzgutachten | 20 % | 55 % |

→ formale Qualität gebessert

4.5.3 Sexualstraftäter: Praxis der Gutachtenerstellung

Pfäfflin (1978)

- 208 Gutachten aus Verfahren gegen Sexualstraftäter von 1964 – 1971
- 61% der Gutachten weniger als 10 Seiten
- 29% mit standardisierten psychologischen Tests
- 38% «Pseudodiagnostik» (subjektive Intelligenzmessung)
- 55% der Gutachten ohne Sexualanamnese oder unter 0.5 Seiten

Aktuell (n =53)

- 24.5 % weniger als 2 Untersuchungen (durchschnittlich 2.6 Untersuchungen)
- 1.9 % weniger oder gleich 20 Seiten (durchschnittlich 63.8 Seiten)
- 47.2 % ohne standardisierte psychologische Testverfahren
- 15.1 % ohne Durchführung einer körperlichen Untersuchung
- 17% ohne Sexualanamnese (19.6 % unter 0.5 Seiten, durchschnittlich 4 Seiten)

4.5.4 Inhaltliche Aspekte

«Die vorhandenen Sexualanamnesen sind weitgehend unvollständig»

Beachtung der Mindeststandards

Analyse der 53 Gutachten mit persönlicher Untersuchung:

- durchschnittlich 5.21 von 16 Punkten erreicht
- 45.3 % unter oder gleich 4 Items
- 20.8 % mehr oder gleich 8 Items
- 5.7 % mehr oder gleich 10 Items

- 75.5 % Beziehungsanamnese
- 66% Ausgestaltung und Erleben soziosexueller Entwicklung
- 52.8 % Rahmenbedingungen und Verlauf der (familiären) sexuellen Sozialisation
- 49.1 % Erleben sexueller oder anderer gewalttätiger Übergriffe
- 37.7 % Prostituiertenkontakte
- 35.8 % bisherige Störungen / Behandlungen sexueller Erkrankungen
- 34% Entwicklung geschlechtlicher Identität / sexueller Orientierung
- 34% Zeitpunkt, Verlauf, Erleben der körperlichen sexuellen Entwicklung
- 22.6 % Entwicklung / Inhalt erotisch-sexueller Phantasien
- 21% Pornographiekonsum
- 17% ausführliche Anamnese der Sexualdelinquenz

- 15.1 % Konsum von Alkohol im Zusammenhang mit Sexualität
- 15.1 % Verwendung sexueller Stimulantien im Zusammenhang mit Sexualität
- 11.3 % Differentialdiagnostische Einordnung paraphiler Neigungen
- 3.8 % Konsum von Drogen im Zusammenhang mit Sexualität
- 1.9 % Fremdanamnese

4.5.5 Fazit

- **Formale** Kritikpunkte **entkräftet**
- **Inhaltliche Qualität** muss **weiter optimiert** werden

These → Wir befinden uns evtl. in einem Zwischenstadium, in dem **fortbestehende inhaltliche Mängel** von einer **gestiegenen formalen Qualität kaschiert** werden

4.6 Wann sollte gezweifelt werden?

- **formale Mindestanforderungen** sind **nicht erfüllt** → Durchmischung von Akteninhalten, Angabe des Exploranden und Schlussfolgerungen
- fehlende **Objektivität**?
- **Privatdiagnosen**
- **unzulässige Wertungen**, abqualifizierende Bemerkungen, Superlative
- **Verbindung** zwischen **Störung** und **Delikt überzeugend**?
- **Gleichsetzung** von **Diagnose** und **Schuldfähigkeit**
- nachvollziehbare **Quantifizierung** der **Störung**?
- **Orientierung** am **psychosozialen Leistungsvermögen**, **nicht** am **Delikt**
- wurden **Unsicherheiten**, **Widersprüche** und **Schwierigkeiten aufgezeigt**?
- **100% Aussagen**, **absolute Wahrheiten**, übereindeutige Ergebnisse, **Fehlen** von **Alternativhypothesen**
- wurde auf **gesichertes** psychiatrisch-psychologisches **Wissen zurückgegriffen** oder **spekuliert**?
- **Prognoseskalen**? **Begründung** einer **Prognose** vs. **Bauchgefühl**

5 Sachverständigenverfahren und Sachverständigenrecht

5.1 Einleitung

5.1.1 Besondere Verantwortung der Strafbehörden, Sachverständiger und Verteidigung

Verfahrensleitung durch **STA** oder **Gericht**.

Aufgaben der Verfahrensleitung:

- **Sachverständiger** via **Auftrag leiten** → Psychologen müssen gem. Auftrag handeln
- **Sachverständigenrecht** gem. **StPO 182 ff. befolgen** → selber StPO einhalten
- **darauf achten**, dass die **Sachverständigen** das **Sachverständigenrecht** im Gutachtensverfahren **einhalten** → kontrollieren, dass StPO eingehalten wird
- das **Gutachten** auf **Fehler überprüfen** → schwierig, weil dem Gericht die Expertise fehlt, auch **Gutachter machen Fehler**

Verteidigung muss **aktiv** werden, wenn **mind. 1** der obengenannten **Aufgaben nicht erfüllt** wird.

Folgende **Grundsätze** sind für **STA** und **Gerichte** wichtig:

- **Transparenz**
- **Ergebnisoffenheit** → es ist **unzulässig** von **Anfang an** ein **Gutachten** mit einem **bestimmten Ergebnis** zu **erwarten** oder die «**psychische Störung**» mit **Gefährlichkeit gleichzusetzen**
- **Vermittlung aller relevanten Anknüpfungstatsachen** → vor allem **Untersuchungsakten**
- **Kontrolle** → Einhaltung der Verfahrensregeln, Neutralität, Einhaltung vereinbarter Fristen usw.

5.1.2 Psychiater als heimliche Gutachter

Probleme bzgl. **Gutachtenerstellung**

- **formell** fällt zwar das **Gericht** die **Entscheidung**, aber **inhaltlich** wird die **Entscheidung** vom **Gutachter** gefällt, weil vom **Gutachten** wird **nicht ohne Not abgewichen**
- somit haben **Gutachter enorme Macht** → **Delegation** der **Verantwortung** von **Justiz** an **Psychiatrie**
- **Gutachten** sind **nicht objektiv wahr** und **richtig** → haben **grosse Fehleranfälligkeit** (insbesondere bei Prognosen) und müssten **strenger kontrolliert** werden von den Gerichten
- **Kompetenzen** und **Aufgaben** der **Gutachter** sind **gesetzlich nicht genügend klar** geregelt → laufen in StPO unter «Sachverständige», aber **keine Spezialnormen**
- **Entstehung** des **Gutachtens** ist **kaum nachvollziehbar**, weil **keine Wortprotokolle** und **Verteidigung** darf **nicht dabei sein**
- zur **Überprüfung** der **Korrektheit** des **Gutachtens**, braucht man ein **Privatgutachten**, weil ansonsten die Qualität des Gutachtens nur schwer eingeschätzt werden kann
- **unklar** ob die **Kosten** für das **Privatgutachten** bei Pflichtverteidigung vom Staat **ersetzt werden** → **Privatgutachten** sind teuer
- wenn **Privatgutachten** dem offiziellen Gutachten widerspricht → **Privatgutachten** wird nur als **Parteibehauptung** gewertet und hat **nicht** den **gleichen Stellenwert** wie **offizielles Gutachten**
- **Antrag** auf **zweite Begutachtung** wird **normalerweise abgewiesen**

Forderungen der Verteidiger bzgl. Gutachtenerstellung

- **Anwalt** (Verteidigung) soll in Zukunft bei der **Exploration** seines **Mandanten** durch einen Sachverständigen **dabei sein**, damit er kontrollieren kann
- **Video- oder Tonband-Aufnahmen** des **Explorationsgesprächs** zu den Akten, damit man die Begutachtung nachvollziehen kann
- nach **Vorlage** des **Gutachtens** müsste auch bei **Pflichtverteidigung** der **Beizug** eines **privaten Experten** als «**second opinion**» gewährt werden, damit man die Korrektheit und Qualität des Gutachtens einschätzen lassen kann
- auf **Antrag** des **Beschuldigten** bzw. **Verteidigung** im **Regelfall** (und **nicht** im absoluten **Ausnahmefall** wie heute) eine **zweite Begutachtung** durch **anderen Gutachter** durchführen, weil sonst ein einzelner Experte zu viel Macht bekommt

→ **bisher gab es keine richtige Kontrolle bei der Erstellung des Gutachtens**

5.1.3 Gutachterin der ersten Stunde

Notfallpsychiaterin rückte aus und **befragte** den **Täter ohne** diesem **zu sagen**, dass sie **später** als **Gutachterin tätig sein** wird und alle seine jetzigen **Äusserungen** in **ihr Gutachten** über ihn **einfließen** werden

Sie informierte die Verteidigung auch nicht vorgängig über die Befragung.

Täter wurde auch **nicht darüber aufgeklärt**, dass **Psychiaterin** den **Inhalt** des **Gesprächs** an die **STA rapportieren** darf und wird (**keine Schweigepflicht**) oder dass er die **Fragen** der Psychiaterin **nicht beantworten muss** (Mitwirkungs- und Aussageverweigerungsrecht)

Beschuldigte müssen **vor Beginn** der **Befragung** durch **Sachverständige** über **ihre Rechte aufgeklärt** werden, **auch** wenn diese **Aufklärung zuvor schon** von **STA** oder **Polizei** gemacht wurden (**BGer**)

Wird die **Aufklärung** über die **Rechte nicht gemacht**, sind die **Aussagen absolut unverwertbar** (**StPO 141 Abs. 1**)

5.1.4 Erkenntnisse

1. Erheblicher Grundrechtseingriff zwingt zu straffer Justizförmigkeit

Begutachtung ist ein **Grundrechtseingriff** und braucht daher **gesetzliche Grundlage, öff. Interesse** und **Verhältnismässigkeit**

→ **Eingriff in persönliche Freiheit** (BV 10 Abs. 2) und **Schutz der Privatsphäre** (BV 13 Abs. 1)

VSS für **gültiges** und **gerichtlich verwertbares Gutachten** im **Vorverfahren**:

- **Person** des **Gutachters** und **Gutachtensauftrag** sind **vor** der **Begutachtung verbindlich festzulegen** / zu ernennen (**StPO 182 – 184**)
- **Modalitäten** der **Begutachtung** sind **vor** der **Ausarbeitung** des **Gutachtens festzulegen** (**StPO 184 – 185**)

- psychiatrisches **Gutachten** ist **inhaltlich** durch die **Verfahrensleitung** und **Parteien** zu **prüfen** (**BGer**)
- **Verfahrensleitung** stellt den **Parteien** das schriftliche **Gutachten zu** und setzt ihnen **Frist** zur **Stellungnahme** an (**StPO 188**)
- **Verfahrensleitung** lässt **Gutachten von Amtes wegen** oder auf **Antrag** einer **Partei** durch **gleichen Sachverständigen ergänzen** oder **verbessern** oder bestimmt **weitere Sachverständige**, wenn: (**StPO 189**)
 - Gutachten **unvollständig** oder **unklar** ist (**lit. a**)
 - **mehrere Sachverständige** in ihren **Ergebnissen erheblich** voneinander **abweichen** (**lit. b**)
 - **Zweifel** an der **Richtigkeit** des Gutachtens bestehen (**lit. c**)

2. Gutachten muss verwertbares Beweismittel sein!

Gutachten muss **verwertbar** sein, sonst **nützt es nichts!**

Gutachter müssen bei der **Erstellung** des Gutachtens die **StPO- Gültigkeitsvorschriften** einhalten, sonst ist das **Gutachten nicht verwertbar** (StPO 139, 140 und 141)

StGB und **StPO** bestimmen das **Sachverständigenverfahren** sehr **wesentlich mit!**

5.2 Sachverständigenrecht nach StPO 182 ff.

5.2.1 VSS für Beizug eines Sachverständigen (StPO 182)

Beizug erfolgt wenn:

- **Abstrakte Auskunft** über Erfahrungssätze einer Sonderdisziplin (z.B. wie eine kunstgerechte Bilddarmentfernung durchgeführt wird)
- **Anwendung Sonderwissen** auf konkreten, von STA ermittelten **SV** (z.B. Blinddarmentfernung würde nach den Regeln der Kunst durchgeführt) → **klassischer Fall**
- **Ermittlung** von **Tatsachen**, die nur mittels Sonderwissen ermittelbar sind (z.B. liegt eine psychische Störung von)

Wird **keine rein abstrakte Auskunft** eingeholt, werden dem **Gutachter** die **Akten** der STA **übermittelt**.

Anknüpfungstatsachen → **Inhalt** der **Untersuchungsakten**, **Ermittlung** durch **STA** und **Polizei**, bilden den **Ausgangspunkt** der **Begutachtung**

Befundstatsachen → **Befunde** durch **Gutachter**, **Tatsachen** werden durch Gutachter mittels seines Fachwissens **ermittelt**

Zusatzstatsachen → **Gutachter** erfährt aufgrund seiner **Tätigkeit** von **zusätzlichen Tatsachen**, für die **kein Sonderwissen** erforderlich ist (z.B. Geständnis Täter, Befragung der Eltern oder Kinder des Täters usw.)

Problem bei **Zusatzstatsachen**:

- **Gutachter** ist **nicht ausgebildet** um justizförmige (**verwertbare**) **Beweise** zu **erheben**

- es ist **Gutachtern verboten, Tatverdachts- und Tat-Ermittlungen** zu machen

ob **Beizug** eines **Gutachters** für **Sonderwissen erforderlich** ist, ist eine **Ermessensfrage**

Ermessen wird durch **Sondervorschriften** (z.B. StGB 20 und StGB 56) **oder** durch **Rechtsprechung** (Aussagepsychologie) **eingeschränkt**

→ bei **psychologischen SV** muss **zwingend** ein **Sachverständiger** beigezogen werden

Beschuldigter kann **nicht** auf ein **Gutachten verzichten**, wenn **gem. Gesetz** ein **Gutachten** **zwingend notwendig** ist

Verfahrensleitung kann aufgrund **Verhältnismässigkeitsprinzip** auf **Gutachten verzichten**, allerdings ist **Verzicht nur in Ausnahmefällen zulässig**

→ z.B. **absolute Bagatelldelikte** oder wenn **frühere Gutachten aussagekräftig** und **genügend aktuell** sind)

→ Genügend **aktuelle Gutachten** → **Alter** des Gutachtens **nicht relevant**, **sondern** ob sich die **Beurteilungsverhältnisse** seit dem letzten Gutachten **nicht verändert** haben (BGer)

Gutachten werden von **STA oder Gericht** in **Auftrag** gegeben, wenn ihnen die **nötige Sachkunde fehlt** um bestimmte **Beweisfragen** zu **entscheiden**, die für die **Wahrheitsfindung wichtig** sind.

Gutachten ist eine **Stellungnahme** eines **Sachverständigen** mit **besonderer Sachkunde** und **entsprechender (Praxis)-Erfahrung** und wird in einem **methodisch einwandfrei anerkannten Gutachtenverfahren** erstellt.

Achtung:

- **nur solche Gutachten** (siehe oben gelb markiert) dürfen in **Auftrag** gegeben werden, **ansonsten fehlt** die **gesetzliche Grundlage** für den **Grundrechtseingriff**
- Liegt **kein solches Gutachten** vor, kann das Verfahren **nicht** zu einer **Verurteilung** führen, weil eine **wesentliche Tatsache fehlt**

Kurzbericht

Kurzbericht → **einstweilige Einschätzung** der **Sachlage** durch einen **Sachverständigen**

Ist **kein formelles Gutachten** i.S.v. StPO 182 ff., sondern eine Art **informelle Vorstufe** eines **Gutachtens**

Unterschied zw. **Gutachten** und **Kurzbericht** → **Gutachten** müssen **alles genau dokumentieren** und **begründen** (alle Untersuchungsschritte, jedes Resultat, jeder Befund, alle relevanten Grundlagen)

Kurzberichte sind **gesetzlich nicht geregelt** und auch **nicht vorgesehen** → sind **aber zulässig**, wenn **Verfahrensleitung** zum Schluss kommt, dass ein **Gutachten** (zumindest momentan noch) **nicht notwendig** ist.

Vorfrageweise werden **Kurzberichte** von **Psychiatern** eingeholt bzgl. **vorläufige Risikoeinschätzung** aufgrund der **Akten** oder einer **einmaligen kurzen Untersuchung**. Bei **Anhaltspunkten** für **erhöhte Rückfallgefahr** oder

drohender **Umsetzungsgefahr** soll der **Sachverständige** dann **Vorschläge** für die **Risikominderung** machen.

Probleme:

- **gesetzlich nicht geregelt**
- es werden **Risikomerkmale erkannt** und beschrieben, **aber Ausschlüsse** möglicher **Risikofaktoren** sind **kaum möglich**, weil es nur eine vorläufige Untersuchung ist

→ d.h. die **Einschätzung des Risikos** fällt **tendenziell zu hoch** aus

Mittels **Kurzberichten / Amtsberichten** dürfen die **formellen Vorschriften** zur **Einholung** eines **Gutachtens** **nicht umgangen** werden, indem auf die **Einholung** eines **förmlichen Gutachtens** **verzichtet** wird.

Kurzbericht ist **unverwertbar**, wenn er **inhaltlich** ein **Gutachten** ist, weil die Vorschriften der StPO nicht eingehalten wurden → Beurteilung SV mit Fachwissen und Vorhersehbarkeit auf mehreren Seiten behandelt

5.2.2 Zeitpunkt der Begutachtung

Gibt **2 Möglichkeiten** mit Vor- und Nachteilen:

- Einholung Gutachten **direkt nachdem festgestellt** wurde, dass ein **Gutachten erforderlich** ist → also am **Anfang** der **Ermittlungen**
 - **Vorteil** → Verfahren wird nicht unnötig verzögert
 - **Nachteil** → Begutachtung basiert nur auf Hypothesen, weil noch nicht alle Beweise vorhanden sind und das Gutachten muss überarbeitet werden, wenn neue Beweise auftauchen → ist sehr kosten- und zeitintensiv
- Einholung Gutachten erst **kurz vor Abschluss Ermittlungsverfahren**, wenn **alle Beweise vorhanden** sind
 - **Vorteil** → alle Beweise vorhanden, keine Anpassungen mehr nöti
 - **Nachteil** → Verzögerung des Verfahrens

5.2.3 Anforderungen den Sachverständigen (StPO 183)

Nur natürliche Personen können Sachverständige sein, können aber bei juristischen Personen angestellt sein, trotzdem bleibt der **Sachverständige persönlich verantwortlich** für das **Gutachten**

Sachverständige müssen **unabhängig** und **sachkundig** sein → bzgl. **Sachkunde** gibt es **keine gesetzlichen Regeln**, weder zu **Abschlüssen / Diplomen** usw.

→ **BGer**: in aller Regel muss der **Sachverständige** einen **Facharzt** für **Psychiatrie** und **Psychotherapie** haben

5.2.4 Ernennung und Auftrag (StPO 184)

Bei der **Ernennung** ist auf folgendes **zu achten**:

- welche besondere **Sachkunde** die Person auszeichnet
- welche **Ausbildung** die sachverständige Person hat
- über **wie viel Berufserfahrung** in diesem **Fachgebiet** sie verfügt
- welche **derzeitige Position** sie innehat
- bei welcher **derzeitigen Arbeitsstelle** sie **seit wann** arbeitet
- welches **spezifische Fachgebiet** sie vertritt
- **insbesondere**, wenn ein **Zweitgutachten** nötig ist **oder zwei Gutachten erforderlich** sind: was die sachverständige Person **mit wem zusammen** und **wie publiziert** hat oder ob und wie sie mit einer anderen sachverständigen Person im **fachlichen Streit** liegt (Stichwort: **Unabhängigkeit**).

Ablauf der **Beauftragung** (StPO 184)

- **vor der Beauftragung** muss den **Parteien rechtliches Gehör gewährt** werden, d.h. sie müssen Möglichkeit zur **Stellungnahme** zum **Fragenkatalog** und zur **Person des Sachverständigen** (insbesondere **Ausstandsgründe**) haben
→ **Ausnahme**: rein **technische Gutachten** (z.B. DNA usw.) **StPO 184 Abs. 3**
- **Beauftragung** Sachverständiger mittels **schriftlichem Auftrag** (**StPO 184 Abs. 2**)
- **Auftragstext** der **STA** oder **Gericht** an den Gutachter → **Begutachtungsauftrag**
 - Verteidigung & Geschädigte werden versuchen, den **Auftrag** zu **ergänzen**
 - **Fragen** müssen **präzise formuliert** sein (StPO 184 Abs. 2 lit. c)
 - nur **Sachverhaltsfragen, keine Rechtsfragen** stellen
 - nur **Fragen stellen**, die der **Gutachter** mit seinem Sonderwissen **überhaupt beantworten** kann
 - um Gutachter korrekt beauftragen zu können, muss **Verfahrensleitung** ein **Mindestwissen** im **Fachbereich** haben
- **Gutachter** dürfen **Hilfspersonen** für die Ausarbeitung des Gutachtens **beiziehen** (**StPO 184 Abs. 2 lit. b**), aber
 - **Gesamtverantwortung** für die **Auftragserfüllung** liegt beim **ernannten Gutachter**
 - Ernannter Gutachter muss alle Arbeitsergebnisse verstehen und würdigen
 - werden **Hilfspersonen beigezogen**, müssen diese **namentlich** im **Gutachten erwähnt** werden, sowie müssen **Art und Inhalt ihrer Mitwirkungen** im Gutachten aufgeführt sein
 - es ist **nicht erlaubt**, die **Hilfsperson** mit der **vollständigen Bearbeitung** und **Beantwortung** der **Gutachterfragen** zu beauftragen, wenn der **ernannte Gutachter** dann nur das Gutachten **unterschreibt**

- **ernannter Gutachter** muss für die **Erhebung, Auswertung und Beurteilung** der **Befunde uneingeschränkte Verantwortung** übernehmen, **reine Unterschrift** am Schluss **genügt nicht**

Verfahrensleitung stellt dem Gutachter **alle notwendigen Akten** und Gegenstände **zur Verfügung** (StPO 184 Abs. 4) → sogenannte **Bekanntgabe** der **Anknüpfungstatsachen**

Umstritten ob **alle Akten herausgegeben** sollen oder **nur relevante Teile**, weil insbesondere **alte Gutachten** eine **Befangenheitsgefahr** bergen.

Es sollten nur Akten herausgegeben werden, die **verwertbar** sind.

Ansonsten **nicht vorsortieren**, weil man ja aufgrund der fehlenden Fachkunde eben nicht weise, was relevant ist und was nicht

Wenn das alte Gutachten kopiert würde, würde man das merken (auch ohne Fachkunde), wenn aber falsche Schlüsse gezogen werden, weil relevante Tatsachen fehlen, merkt man das nicht und ist schlimmer

→ **alle Akten inkl. alte Gutachten herausgeben**

Zwingende Inhalte des **Gutachtenauftrags** (StPO 184 lit. d-f) → insbesondere auf **Geheimhaltungspflicht** (StPO 73 Abs. 1) und **Folgen falsches Gutachten** (StGB 307) hinweisen, sowie **Frist ansetzen** für Gutachten

Instruktion der Sachverständigen durch **Verfahrensleitung**:

- Hinweis, dass der Sachverständige die **Gesamtverantwortung** für das **Gutachten** hat (vgl. das zuvor genannte Urteil des BGer 6B_884/2014) und **sämtliche mitwirkenden Personen** im Gutachten zu **erwähnen** sind (vgl. Art. 187 StPO7).
- Hinweis auf **Ausstandsgründe** nach Art. 56 StPO.
- Hinweis, dass grundsätzlich ein **Verbot** der **eigenständigen Sachverhaltsermittlung** ausserhalb von Art. 185 Abs. 4 StPO besteht und bei unzureichender Sachverhaltsbasis die Verfahrensleitung zwecks Durchführung neuer Beweiserhebung kontaktiert werden kann bzw. muss.
- Hinweis, dass der **Beschuldigte** auf sein **Aussageverweigerungsrecht aufmerksam** zu machen ist.
- Hinweis, dass der Sachverständige bei **selbst vorgenommenen** einfachen **Erhebung** eine **Aufklärungspflicht** bzgl. **Zeugnisverweigerungsrechten** hat.
- Hinweis, **welche Zeugnisverweigerungsrechte** nach StPO bestehen.
- Hinweis, dass die **definitive Feststellung** der **Tatsachen** (falls ausserhalb Strafbefehlskompetenz) noch aussteht, d.h. dass das Gutachten bis zur definitiven Beweiswürdigung auf **Hypothesen basiert** und einer **Anpassung** bei **abweichendem Beweisergebnis** bedarf.
- Hinweis auf **methodische Mindestanforderungen** der **Rechtsprechung** (**Kenntlichmachung** der **Anknüpfungstatsachen** im Gutachten, **Minimalangaben** bzgl. **Zeit** und **Dauer** bei **Explorationsgesprächen** etc.)

- Hinweis, dass **keine Rechtsfragen** zu **beantworten** sind.

→ **Verfahrensleitung** hat **Kontrollfunktion** und kann **Gutachtensauftrag** bei **qualifizierten Verstößen** jederzeit **widerrufen** und einen neuen Gutachter beauftragen wenn z.B. Zweifel an der Richtigkeit der Vorgehensweise bestehen

5.2.5 Ausarbeitung eines Gutachtens (StPO 185)

Beauftragter Gutachter ist für die Ausarbeitung des Gutachtens **persönlich verantwortlich** (siehe auch vorher)

Erlaubte eigene Sachverhaltserhebungen durch den **Gutachter (StPO 185 Abs. 4)**

- grundsätzlich ist es **Aufgabe** der **Strafbehörden**, den **SV abzuklären**
- Gutachter darf **ausserhalb** der **Befundtatsachen** grundsätzlich **keine eigenen Sachverhaltsermittlungen** anstellen
- ist der zur Verfügung gestellte **Sachverhalt ungenügend**, kann Gutachter die **Ergänzung** der **Akten beantragen (StPO 185 Abs. 3)** → **nicht nur Erhalt weiterer Unterlagen, sondern Durchführung von Beweismassnahmen kann verlangt werden**
- Gutachter kann mit **Ermächtigung** der **Verfahrensleitung** der einzuvernehmenden Person **direkt Fragen** stellen (StPO 185 Abs. 2)
- **einfach Erhebungen** von **Befundtatsachen**, die mit dem Auftrag in engem Zusammenhang stehen, **dürfen selber erhoben** und zu diesem Zweck **Personen aufgeboten** werden (StPO 185 Abs. 4)
 - Einholung von Unterlagen (z.B. Klinikberichte)
 - Befragung von Drittpersonen (z.B. Familienmitglieder befragen) inkl. Aufbietung dieser Personen
- werden **selber Beweise erhoben**, müssen die Personen über ihre **Aussage- und Zeugnisverweigerungsrechte aufgeklärt** werden

→ Beizug von Akten einer Behörde oder Klinik sind keine einfach Erhebung und dürfen nicht vom Gutachter selber gemacht werden (StPO 185 Abs. 4), sondern ist eine Ergänzung der Akten (StPO 185 Abs. 3) und muss durch Strafverfolgung formell ediert werden

→ Ergänzung der Akten kann auch nicht an den Gutachter delegiert werden

→ bei Ergänzung der Akten müssen die Verfahrensrechte der Parteien (rechtliches Gehör) gewahrt bleiben, allerdings kann eine Verletzung nachträglich geheilt werden

→ vorliegend wurde nur eine Ordnungsvorschrift verletzt, weshalb das Gutachten noch verwertbar ist

→ Äusserungen der Schwester des Täters sind verwertbar, wenn sie nur für die Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung genutzt werden und Aussagen abrunden, die der Täter selber gemacht hat

Anwalt darf beim psychiatrischen Explorationsgespräch **nicht dabei sein** → **Anwalt soll sicherstellen**, dass

die **StPO eingehalten** wird

5.2.6 Stationäre Begutachtung (StPO 186)

Erzwungene stationäre Begutachtung (d.h. Spital oder Klinik) ist **nur** bei **Beschuldigten** möglich.

Im **Vorverfahren** muss **ZMG** die **Einweisung anordnen**.

Zeit der Unterbringung ist an die **Strafe anzurechnen**.

sinngemäße Anwendung Haftrecht (StPO 186 Abs. 5) → **Massnahme** kann nur bei **dringendem Tatverdacht** angeordnet werden und Beschuldigter kann **jederzeit Haftentlassungsgesuch** stellen

kann für **Beobachtung Verhalten** sehr **nützlich** sein, wenn **Hinweise** bestehen, dass Beschuldigter entweder simuliert (**Vortäuschen** von **Symptomen**) oder dissimuliert (**Verdecken** von **Symptomen**)

5.2.7 Form des Gutachtens (StPO 187)

i.d.R. **schriftliches Gutachten**

wird **Gutachten mündlich** erstattet, gelten die **Regeln** über **Zeugeneinvernahme**

Gutachter ist **verpflichtet**, **alle mitwirkenden Personen** mit **Namen** und **Funktion** zu nennen (StPO 187 Abs. 2)

5.2.8 Stellungnahme der Partei (StPO 188)

Schriftliches Gutachten inkl. aller dafür **relevanten Akten** wird den **Parteien** zur **Kenntnisnahme** gestellt und **Frist** für die **Stellungnahme** angesetzt

Muss **zwingend** gemacht werden → **rechtliches Gehör**

5.2.9 Ergänzung und Verbesserung des Gutachtens (StPO 189)

Verfahrensleitung lässt Gutachten **von Amtes wegen** oder auf **Antrag** einer **Partei** durch **gleichen Sachverständigen ergänzen** oder **verbessern** oder bestimmt einen **neuen Sachverständigen** (Obergutachten), wenn das Gutachten **Mängel** aufweist.

Mängel gem. **StPO 189**

- Gutachten **unvollständig** oder **unklar** ist (**lit. a**)
- **mehrere Sachverständige** in ihren **Ergebnissen erheblich** voneinander **abweichen** (**lit. b**)
- **Zweifel** an der **Richtigkeit** des Gutachtens bestehen (**lit. c**)

Verfahrensleitung entscheidet, ob Gutachten verbessert werden soll oder neues Gutachten

5.2.10 Entschädigung (StPO 190)

Anspruch auf angemessene Entschädigung → Höhe der Entschädigung setzt **Strafbehörde** fest

Kosten stellen **Verfahrenskosten** dar

5.2.11 Pflichtversäumnis (StPO 191)

Werden die **Pflichten nicht** oder **nicht rechtzeitig** erfüllt, kann der **Auftrag widerrufen** werden. **Bisherige Bemühungen** werden **nicht entschädigt** oder es wird eine **Ordnungsbusse** auferlegt.

5.2.12 Parteigutachten

Gesetzliche Regeln gem. **StPO 182 ff.** gelten nur für **amtliche Sachverständige**, nicht für **Privatgutachter**, diese unterliegen **keinen Regeln**

Privatgutachten ist **kein Beweismittel** sondern nur ein **Parteivorbringen**

- Privatgutachter wird von einer Person ausgewählt, instruiert und entschädigt, die ein **Interesse am Ausgang des Verfahrens** hat
- es muss den **Anforderungen** gem. **StPO nicht genügen**
- Privatgutachter ist für den **Inhalt nicht strafrechtlich haftbar** (StGB 307)
- Privatgutachten wird i.d.R. **nur eingereicht**, wenn der **Inhalt günstig** ist, ansonsten wird es einfach nicht eingereicht

Privatgutachten **kann geeignet** sein, **Zweifel** (i.S.v. StPO 182) am **offiziellen Gutachten zu streuen**

5.2.13 Beweiswürdigung & Rechtsanwendung

Wegen des Sonderwissens des Gutachters, darf **vom Gutachten** nur mit **triftigen Gründen abgewichen** werden (Ohne Not Praxis)

Trotzdem hat **Verfahrensleitung** eine **Überprüfungspflicht** und eine **Pflicht**, die **Beweise zu würdigen** (**StPO 10**), d.h. man **darf nicht** einfach unkritisch die **Feststellungen** aus dem **Gutachten übernehmen**

Mangelhaft ist ein **Gutachten sicherlich**, wenn:

- **nicht alle Fragen beantwortet** werden
- es an einer **Begründung fehlt**
- die **Begründung nicht nachvollziehbar**, d.h. nicht widerspruchsfrei, schlüssig und/oder vollständig ist
- das Gutachten vorab **Allgemeinplätze** enthält und **nicht auf den konkreten Fall eingeht**
- der Sachverständige im Gutachten **nicht genau und detailliert ausweist**, auf **welche Tatsachenquelle**

er sich stützt

- **mitwirkende Personen ungenannt** bleiben
- das **Gutachten «veraltet»** ist (d.h. sich inzwischen entscheidende Veränderungen ergeben haben)
- die Ausführungen der sachverständigen Person mit dem jeweiligen **Stand der Wissenschaft und Technik nicht in Einklang** zu bringen sind bzw.
- **ohne Begründung vom wissenschaftlichen Konsens abgewichen** wird bzw. eine **abweichende Lehrmeinung gar nicht erwähnt** wird

→ Gutachten muss **Möglichkeiten und Erfolgsaussichten von therapeutischen Massnahmen erwähnen**

→ es liegt **kein Gutachten** vor, wenn zur **Behandlungsfähigkeit, Erfolgsaussichten** einer **Therapie** und den **Vollzugsmöglichkeiten** der Therapie **nichts gesagt** wird

→ **pflichtgemässe Prüfung** eines Gutachtens setzt **Fachwissen** voraus

→ **Verfahrensleitung** darf sich **nicht einfach dem Gutachten anschliessen** → **Verletzung rechtliches Gehör**

→ Begriffe wie «Schuldfähigkeit», «Gefährlichkeit», «schwere Körperverletzung» sind **Rechtsbegriffe** und müssen durch **Juristen ausgelegt** werden, **nicht durch Gutachter**

Gutachter beurteilt den Gesundheitszustand und beschreibt seine Entwicklung im Lauf der Zeit und erhebt Befunde. Gestützt darauf erfolgt die Diagnose. Gutachter nimmt dann Stellung zur Frage bzw. gibt eine Einschätzung ab, welche er so gut als möglich begründet. Gutachten ist dann eine wichtige Grundlage für das Gericht, um die zu klärenden Rechtsfragen zu entscheiden.

5.3 Prognose- und Schuldgutachten im Besonderen

5.3.1 Prognosegutachten

Gefährlichkeit = vom Richter **eingestufte Wahrscheinlichkeit** der **Begehung** von **weiteren Straftaten**

An die **Gefährlichkeit** knüpfen **verschiedene Folgen** an:

- die **Verweigerung** des (teil)bedingten **Strafvollzugs** gemäss Art. 42 und 43 StGB
- die **Anordnung** einer **Massnahme** (Art. 56 Abs. 1 lit. a StGB)
- die **Einweisung** in eine **geschlossene Anstalt** (Art. 76 Abs. 2 StGB)
- die **Verweigerung** von **Vollzugslockerungen** (Art. 77a StGB, Art. 84 Abs. 6 StGB)
- die **bedingte Entlassung** (Art. 86 StGB)
- die strafprozessuale **Anordnung** von (Untersuchungs-)Haft wegen **Wiederholungs-** oder **Ausführungsgefahr** (Art. 221 Abs. 1 lit. c und Abs. 2 StPO).

Richter und **Sachverständige** machen **Legalprognosen**, wobei **Sachverständige** zuerst die **Wahrscheinlichkeit** quantifizieren, mit welcher der **Täter erneut straffällig** werden wird und **welcher Art** die zu erwartenden **Straftaten** sein werden (**Tatfrage**)

Richter klärt dann die **Rechtsfrage** der **Gefährlichkeit**. Gefährlichkeit kann **unterschiedliche Bedeutungen** haben, je nach **Anwendungsbereich**.

- **i.d.R.** ist es die **Gefahr irgendwelcher Straftaten** oder Verbrechen oder Vergehen
- bei **StGB 64** (Verwahrung) und **StGB 75a** (Vollzugsöffnungen) geht es darum, ob eine **Wiederholungs- und Ausführungsgefahr**, eine **bestimmte in Aussicht stehende Straftat** oder eine **erhöhte Wahrscheinlichkeit** der **Tatbegehung** vorliegen → **qualifizierte Gefährlichkeit**

→ **sichere Vorhersage** menschlichen Verhaltens ist **nicht möglich**, es gibt **prinzipiell keine sicheren Prognosen**

→ **Legalprognose** = **Einschätzung der Wahrscheinlichkeit** eines **individuellen Verhaltens** in einem bestimmten zeitlichen und situativen Kontext

Richter verwenden oft die **intuitive Methode** (Bauchgefühl) und bilden sich ihr **Urteil anhand** von **Alltagstheorien** (Erfahrungswissen) **über menschliches Verhalten**

Sachverständige machen die **Prognosen** mit **klinischer Methode** anhand einer **Einzelfallanalyse**

→ prognostische **Aussagekraft** von **klinisch-intuitiven Methoden** ist **gering**

Statistische Prognosemethoden → **keine Individualprognose**, sondern nur **Zuordnung** zu einer **Risikogruppe** mit Tätern mit ähnlichen Merkmalen

Riskassessment-Tools → z.B. FOTRES, PCL-R, VRAG usw.

→ dürfen gem. **BGer** nur **Beurteilungshilfen** für eine möglichst treffsichere Prognose im Einzelfall sein, aber **nie alleinige** oder **überwiegende Grundlage** für die **Legalprognose**

→ **individuelle Prognose** braucht **neben** diesen **Instrumenten** auch noch **zwingend** eine **differenzierte Einzelfallanalyse** durch einen **Sachverständigen**

→ **Instrumente** dienen als **Hilfsmittel** um den **Entscheidungsgang transparent** und **nachvollziehbar darzustellen**. Sie können **nicht** die **persönliche Beurteilungskompetenz** des Gutachters **ersetzen**

→ **Instrumente** äussern sich **nicht** zu **konkreten Fragestellungen** (z.B. Rückfallgefährlichkeit bei Vollzugslockerung), sondern geben nur die **generelle Wahrscheinlichkeit** eines **Rückfalls** an

→ **allgemeine Legalprognosen** dürfen **nicht einfach so** auf die **Lockerungs-** oder **Urlaubsprognose übertragen** werden

Legalprognose ist **keine präzise Angabe** und kann **nicht einfach so übernommen** werden

Wahrscheinlichkeitsangaben des Gutachtens legen das **Tatsachenfundament**, welches vom **Richter gewürdigt** und in das rechtliche Konstrukt der «**Gefährlichkeit**» **eingefügt** werden muss

5.3.2 Schuldgutachten

Strafverfolgung muss eine Begutachtung anordnen, wenn ernsthafte Zweifel (obj. Massstab) an der Schuldfähigkeit des Täters bestehen.

Es sollte auf **Verhaltensauffälligkeit geachtet** werden → **nicht nur offensichtliche Punkte** (z.B. Alkoholkonzentration im Tatzeitpunkt, Zeugenaussagen bzgl. Tat, Verhalten in der EV usw.) sondern **auch** auf allfällige **Strukturbrüche vor der Tat** (z.B. anderes Verhalten nach schwerer Kopfverletzung)

Begutachtung muss zwingend angeordnet werden, wenn **solche Hinweise** bestehen. **Beschuldigter** kann **nicht** auf **Begutachtung verzichten**.

Verfahrensleitung kann aufgrund **Verhältnismässigkeitsprinzip** auf **Begutachtung verzichten**, allerdings ist Verzicht **nur in Ausnahmefällen zulässig**

→ **absolute Bagatelldelikte**

→ **bestimmte Störungsbilder** mit geringer forensischer Relevanz (BGer)

→ Genügend **aktuelle Gutachten** → **Alter** des Gutachtens **nicht relevant**, sondern ob sich die **Beurteilungsverhältnisse** seit dem letzten Gutachten **nicht verändert** haben (BGer)

PTBS geht nur **selten** mit **Straftaten** einher. Es ist **kaum denkbar**, dass sie zur **Aufhebung** der **Einsichtsfähigkeit** führt. In **seltenen Fällen** ist sie derart ausgeprägt, dass die **Steuerungsfähigkeit aufgehoben** ist.

Einsichtsfähigkeit → Einsicht in das Unrecht

Steuerungsfähigkeit → gemäss der Einsicht zu handeln

Wenn man noch **klare** und **selbstbewusste Aussagen machen kann**, dann deutet das darauf hin, dass die **Einsichtsfähigkeit** noch vollständig **vorhanden** ist.

Schuldfähigkeit (= Einsicht ins Unrecht und gemäss dieser Einsicht handeln) **existiert** in der **Psychologie nicht**. Dort wird **gemessen welche Kompetenzen** noch **vorhanden** waren und **welche** im **Tatzeitpunkt** oder Tatzeitraum **beeinträchtigt** waren und **wie stark** sie **beeinträchtigt** waren

→ **Schuld ist kein psychiatrischer Begriff, sondern ein juristischer**

→ es sollten im Auftrag **keine Fragen** zur **Schuldfähigkeit** gestellt werden, **sondern** es sollte nach der **Einsichts- und Steuerungsfähigkeit gefragt** werden

Aussagen zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Gutachtens legen das **Tatsachenfundament**, welches vom **Richter gewürdigt** werden muss, ob die **Störung genügend schwer** war, dass **Schuldminderung** oder **Schuldausschluss** vorliegen

Psychosen (Schizophrenie) und bei ausgeprägten **affektiven Störungen** (Depression & Manie) oder bei erheblichen **organischen Beeinträchtigungen** des **Hirns** führen regelmässig zum **Schuldausschluss**

Persönlichkeitsstörungen sind problematisch, können zur **verminderten Schuldfähigkeit** führen, wenn sie einem **psychotischen Zustand gleichkommen**. Grundsätzlich sind sie aber **voll schuldfähig**.

Bei der **Beurteilung** von jemand **betrunken** war, müssen **nicht nur** die **Blutalkoholkonzentration** berücksichtigt werden, sondern **auch** um die **Gewöhnung, Persönlichkeit und Tatsituation**

Die **Faustregel** (siehe unten) stellt die **Vermutung** auf, dass bei **2-3 Promille verminderte Schuldfähigkeit** vorliegt. Diese **Vermutung** kann aber durch **Gegenindizien umgestossen** werden (z.B. kein Erbrechen oder Gangstörungen, keine Erinnerungslücken, konnte Fragen adäquat beantworten)

Faustregel → **ab 3 Promille Schuldfähigkeit aufgehoben**
ab 2 Promille Schuldfähigkeit vermindert

5.4 Wichtige BGE zum Sachverständigenrecht

5.4.1 Zusatztatsachen: einfache Erhebungen – Kompetenzüberschreitungen des Sachverständigen

Zusatztatsachen → **Gutachter** erfährt aufgrund seiner **Tätigkeit** von **zusätzlichen Tatsachen**, für die **kein Sonderwissen** erforderlich ist (z.B. Geständnis Täter, Befragung der Eltern oder Kinder des Täters, behandelnder Arzt usw.)

Problem bei Zusatztatsachen:

- **Gutachter** ist **nicht ausgebildet** um justizförmige (**verwertbare**) **Beweise** zu **erheben**
- es ist **Gutachtern verboten**, **Tatverdachts-** und **Tat-Ermittlungen** zu machen

Erlaubte eigene Sachverhaltserhebungen durch den **Gutachter** (StPO 185 Abs. 4)

- grundsätzlich ist es **Aufgabe** der **Strafbehörden**, den **SV abzuklären**
- Gutachter darf **ausserhalb** der **Befundtatsachen** grundsätzlich **keine eigenen Sachverhaltsermittlungen** anstellen
- ist der zur Verfügung gestellte **Sachverhalt ungenügend**, kann Gutachter die **Ergänzung der Akten beantragen** (StPO 185 Abs. 3) → **nicht nur Erhalt weiterer Unterlagen, sondern Durchführung von Beweismassnahmen kann verlangt werden**
- Gutachter kann mit **Ermächtigung** der **Verfahrensleitung** der einzuvernehmenden Person **direkt Fragen** stellen (StPO 185 Abs. 2)
- **einfach Erhebungen** von **Befundtatsachen**, die mit dem Auftrag in engem Zusammenhang stehen, **dürfen selber erhoben** und zu diesem Zweck **Personen aufgeboten** werden (StPO 185 Abs. 4)
 - Einholung von Unterlagen (z.B. Klinikberichte)
 - Befragung von Drittpersonen (z.B. Familienmitglieder befragen) inkl. Aufbietung dieser Personen
- werden **selber Beweise erhoben**, müssen die Personen über ihre **Aussage- und Zeugnisverweigerungsrechte aufgeklärt** werden

→ Beizug von Akten einer Behörde oder Klinik sind keine einfache Erhebung und dürfen nicht vom Gutachter selber gemacht werden (StPO 185 Abs. 4), sondern ist eine Ergänzung der Akten (StPO 185 Abs. 3) und muss durch Strafverfolgung formell ediert werden

→ Ergänzung der Akten kann auch nicht an den Gutachter delegiert werden

→ bei Ergänzung der Akten müssen die Verfahrensrechte der Parteien (rechtliches Gehör) gewahrt bleiben, allerdings kann eine Verletzung nachträglich geheilt werden

→ vorliegend wurde nur eine Ordnungsvorschrift verletzt, weshalb das Gutachten noch verwertbar ist

→ Äusserungen der Schwester des Täters sind verwertbar, wenn sie nur für die Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung genutzt werden und Aussagen abrunden, die der Täter selber gemacht hat

5.4.2 Psychiatrisches Gutachten zur Begründung des Tatverdachts?

Schon ohne einfache Erhebung → Nein!

Zusätzlich mit einfachen Erhebungen → Nein, zusätzlich mit dem Argument, dass diese ja nicht justizförmig erhoben werden

Gutachten darf **nicht genutzt** werden um den **Tatverdacht** zu **begründen**.

Gutachten stützt sich nur auf **Tatsachen** aus den **Strafakten** und wird unter der **Hypothese durchgeführt**, dass der **Proband** der **Täter sein könnte**

Gutachten äussert sich nur zu **möglicher Verminderung** der **Zurechnungsfähigkeit**, **Rückfallgefahr** und **Zweckmässigkeit** einer **Massnahme**.

5.4.3 Mängel im Gutachten sind stets konkret und begründet zu rügen

Beweisverlust → **Nachteil** wenn eine **konkrete Gefahr** der **Zerstörung** oder **Verlust** von rechtserheblichen **Beweismitteln** besteht (z.B. Einvernahme von Zeugen, die hochbetagt, schwer krank oder bald das Land verlassen)

Auch **Erstellung Gutachten** kann ein **Beweisverlust** sein, allerdings nur, wenn **befürchtet** werden muss, dass das **Gutachten** aufgrund **veränderter Umstände nicht mehr möglich** sein wird

Die **bloss theoretische Möglichkeit** eines **Beweisverlusts** genügt **nicht**, es muss ein **konkretes Risiko** vorliegen

Mängel im Gutachten müssen **konkret** und **begründet gerügt** werden. **Verlangen** dass **Gutachten** aus den **Akten entfernt** wird (SPO 141 Abs. 5), **Verbesserung** des Gutachtens (StPO 198) oder **Ausstand** des **Gutachters** (StPO 56 ff.) verlangen.

6 Schuld

6.1 Schuldfähigkeit

6.1.1 StGB 19 → Schuldunfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit

StGB 19

¹ War der Täter zur Zeit der Tat **nicht fähig**, das **Unrecht seiner Tat einzusehen (Einsichtsfähigkeit)** oder gemäss **dieser Einsicht zu handeln (Steuerungsfähigkeit)**, so ist er **nicht strafbar**. → **Schuldunfähigkeit**

² War der Täter zur Zeit der Tat **nur teilweise fähig**, das **Unrecht seiner Tat einzusehen** oder gemäss dieser **Einsicht zu handeln**, so **mildert** das Gericht die **Strafe**. → **Strafmilderung**

→ **Psychiater stellen nicht Schuld** fest, da normativer Begriff

→ In **Systematik fehlen frühere Eingangskriterien** (s. «alte Begriffe», die früher im StGB standen)

→ es **muss eine schwere psychische Störung** vorliegen, auch wenn diese nicht explizit in StGB 19 erwähnt wird

6.1.2 Alte Begriffe

1. Geisteskrankheit
2. Schwachsinn
3. schwere Störung des Bewusstseins

bzw.

1. Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit
2. Geistig mangelhafte Entwicklung
3. Beeinträchtigung des Bewusstseins

Plan → «schwere psychische Störung» als **Sammelbegriff**

→ Früher **Einschränkung im Gesetz**

→ Schwachsinn wird im Medizinischen nicht mehr verwendet

→ **Rechtsprechung** → weiterhin **schwere psychische Störung vorausgesetzt**

6.1.3 ICD-10 bzw. DSM-5

- **Ohne Diagnose keine Schuldminderung**
- **Diagnose alleine reicht aber nicht**
 - Diagnose kann bspw. auch Nikotinabhängigkeit sein → nicht per se schuldgemindert
 - Es muss noch etwas dazukommen
- **Verknüpfung von Diagnose und Funktionsfähigkeit** ist sinnvoller

- **Diagnostische Zuordnung und Beurteilung des Funktionsniveaus**
 - Wie beeinträchtigt Diagnose die Beurteilung des Funktionsniveaus?

6.1.4 Mögliche Störungen für Schuldinderung

- **Körperlich** begründbare **Psychosen**, incl. degenerative **Hirnerkrankungen**
- **Durchgangssyndrome** (inkl. akute Intoxikation)
- **Epileptische Anfälle** (inkl. Dämmerzustand)
- **Schizophrene** und **affektive Psychosen**
- **Schwere Sucht**
- **Genetische** Aberrationen (z.B. Klinefelter-Syndrom)
- **Persönlichkeitsstörungen**
- **Neurotische** Störungen
- Störungen der **Impulskontrolle**
- **Sexuelle Deviationen**
- **Medikamenten-** und **Drogenmissbrauch**
- **Paranoide** Entwicklungen

Entscheidend ist die Frage, ob die Tat überhaupt etwas mit der Störung zu tun hat

→ gibt **kein BGer-Urteil**, dass eine **gewisse Persönlichkeitsstörung nicht schuldfähig** sein kann

→ **alle Störungen** können zu **Schuldinderung** führen

6.1.5 Einsichts- und Steuerungsfähigkeit

motivational (Einsicht) → **Handlungsmotive** (d.h. wie nimmt man die Realität wahr und plant zukünftige Handlungen)

Fehlinterpretation der **Realität**, **Abwegige Einschätzungen** und **Ziele**, **Veränderte Wertorientierung** (sozialethische Komponente)

z.B. Wahn, Halluzinationen, Ich-Störung

Entscheidend → Überstiegsfähigkeit (**Bezug zur Realität**), **Eigenweltlichkeit** (**in seiner eigenen Welt sein**)

kognitiv (Einsichtssteuerung) → Möglichkeit **Gedanken zu lenken** und eine **Handlungsplan** zu entwickeln

Informationsverarbeitung gestört, Desorganisation (**chaotisch**)

z.B. Aufmerksamkeits-, Gedächtnisstörungen, Störung der Exekutivfunktion

Entscheidend → Ausprägungsgrad

voluntativ (Steuerung) → Möglichkeit geplante **Handlungen umzusetzen** oder **Handlungsimpulse zu ignorieren**

Handlungssteuerung, Hemmungsfunktionen beeinträchtigt

z.B. Antrieb, Desaktualisierungsschwäche (**ablenkende Impulse**)

Entscheidend → Ausprägungsgrad

- Gesetz sieht **Einsicht** und **Steuerung** als **zwei separate Dinge**, in **Realität** jedoch **wechselseitig**
- Bspw. Wahn, dass ich Gedanken höre und denke, dass ich mich mit Gewalt zur Wehr setzen muss
→ gemäss Habermeyer würde Problem auf Einsichtsebene sein, andere könnten auch sagen, dass über Einsichtssteuerung
→ Als Jurist relativ egal, wo eingeordnet / nicht trennscharf
- **Falsch** wäre: **gleicher Massstab** bei **Schizophrenie**, **Persönlichkeitsstörung** und **sexuelle Störung**

6.1.6 Argumente für eine Quantifizierung

Psychische Störungen sind ausgesprochen **heterogen**

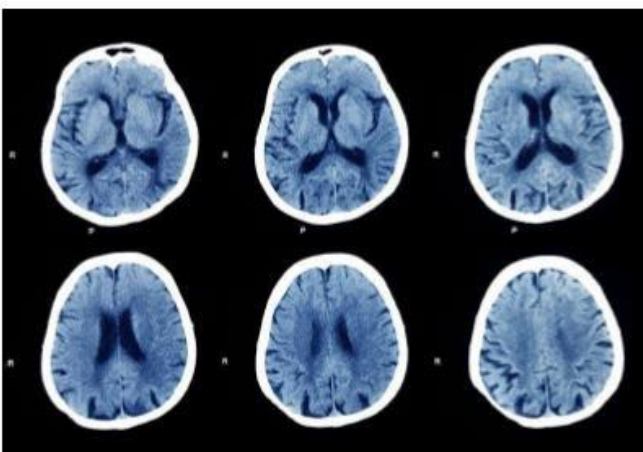
z.B. **Alkoholisierung** → angeheitert, berauscht, psychotischer Rausch, gelegentlicher Substanzkonsum, Substanzmissbrauch, psychische Abhängigkeit, körperliche Abhängigkeit, organische Persönlichkeitsveränderung bei Abhängigkeit, alkoholinduzierte Demenz usw.

- **Quantifizierung** wird der **Verlaufsgestaltung** psychischer **Erkrankungen besser gerecht** (z.B. schizophrene Erkrankungen, akute Exazerbation einer schizophrenen Erkrankung)
 - Bei einer **Quantifizierung** auf der **diagnostischen Ebene** erhält die **Tat kein quantifizierendes Gewicht**. Dadurch kann eine wesentlich problematischere Durchmischung verhindert werden, nämlich **schweres, vermeintlich unverständliches Delikt** → **schwere Störung**
- Kann Krankheit überhaupt unter die alten Kategorien oder neue «schwere psychische Störung» fallen?

6.2 Begutachtung

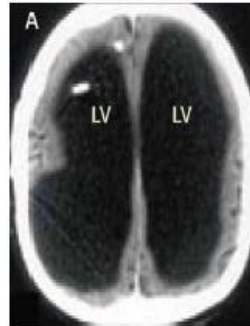
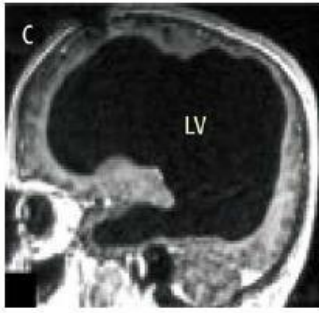
Nach welchen Kriterien soll quantifiziert werden?

6.2.1 Organdiagnostik



Normales CT → normales Gehirn

Lange Debatte → Anhand von **neurologische Befunde psychiatrische Gutachten** entstehen können → **Unfug**



- ➔ nur noch ganz **wenig Gehirn**, sehr viel Flüssigkeit
- ➔ Person kam in Klinik mit Kopfschmerzen
- ➔ Frühe Terminologie «**Wasserkopf**»

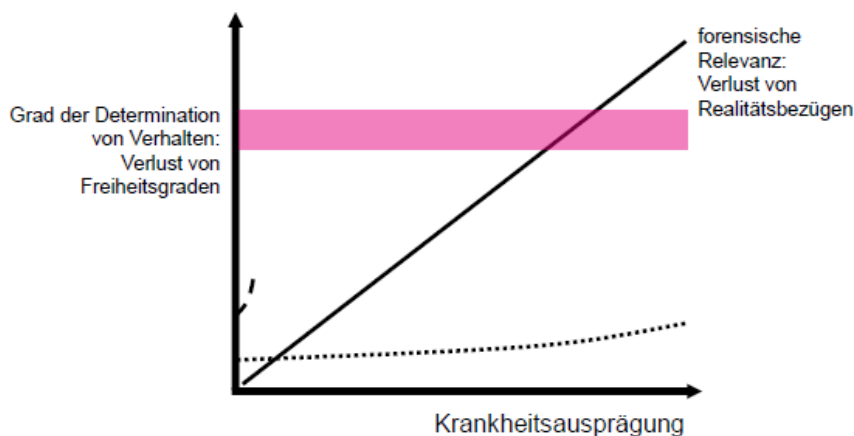
6.2.2 Intelligenzminderungen

Störung der Intelligenz, die **nicht** auf **nachweisbaren organischen Grundlagen** beruhen

- ➔ **IQ nicht alleine entscheidend**, meistens aber **unter 70** ➔ **Quantifizierung von Intelligenzminderung** (ab **unter 70** ist es eine **Behinderung**)
- ➔ **Persönlichkeit** und **soziales Umfeld** relevant, **Beeinflussbarkeit** ➔ wenn Person in einem Umfeld aufwächst, das sie gefördert hat, dann kann man auch mit einem IQ von 69 recht gut leben

Bspw. Person mit IQ 69 in guter Familie aufgewachsen, viel unterstützt ➔ wenig psychosoziale Defizite; Person mit IQ 73 ohne gute Familie, keine Unterstützung ➔ psychosoziale Defizite

6.2.3 Determination des Verhaltens



Krankheitsausprägung = Schwere der Störung

➔ wäre **Delikt auch begangen** worden, wenn die **Störung nicht vorgelegen** hätte?

➔ Schwere der Störung kann meist nicht so genau bestimmt werden

- ➔ Wird **nicht mehr mit Skala bemessen**, da zu **unscharf**
- ➔ Frage: Was hätte Person gemacht, wenn Polizist neben Person gestanden wäre?

➔ Wer **Delikt trotzdem begeht** ➔ **keine Steuerungsfähigkeit?** Spricht gegen Schuldfähigkeit

6.2.4 Laborparameter

Versuch einer **Ordnung** im Bereich der **Alkoholdelikte**

- Werte **ab 2 Promille** relevant
 - dann auch **Steuerungsfähigkeit** erheblich **vermindert**
 - **ab 3 Promille Steuerungsunfähigkeit**
 - diese Einteilung findet **keine Stütze** im **klinischen Arbeitsalltag** → wer **gewohnheitsmässig grosse Menge Alkohol** trinkt, der kann sich in einem **Bereich von 2,0 Promille** bewegen und ist **psychosozial voll leistungsfähig**
 - **Toleranz / Gewöhnung** bleibt **unberücksichtigt** (z.B. Jugendliche, die zum ersten Mal Alkohol trinken, können auch schon ab 1.2 Promille schwer alkoholisiert sein)
 - **Alkoholgewöhnte Straftäter** werden **bevorzugt** (insbesondere Alkoholiker) und Personen, die **wenig trinken**, werden **benachteiligt**
- Für Psychiatrie war dies ein **untauglicher Versuch** gewesen, **Ordnung** in **heterogenes Feld** zu bringen
- **Beispiel**: Autounfall und Fahrer ist dann weitergefahren und im Auto eingeschlafen und in die Hose gepinkelt → Alkoholisierung von 1,5 Promille → gemäss Habermeyer hoch alkoholisiert, jedoch nicht nach dieser Ordnung
- In Praxis wird auf die **2 und 3 Promille-Grenze** abgestellt, wenn **Justiz kein Gutachten** einholen möchte → sehr **wenig Schuldgutachten** in der Praxis, weil diese **kosten viel!**
- Oftmals **falsch**, dass **kein Gutachten** in Auftrag gegeben wird, man sollte öfters solche Gutachten einholen
 - Zudem **viele Falschbeurteilungen**, weil **Toleranz- und Gewöhnungseffekte nicht berücksichtigt** werden
 - Oftmals sagen Staatsanwälte: vermindert schulfähig oder sie sagen einfach «klar voll schulfähig»
- Es gibt Menschen, die **Entzugerscheinungen** haben, wenn sie **unter 3 Promille haben**
→ sie brauchen 3 Promille, um zu funktionieren

=> Problembereich

6.2.5 Alkohol

Sonderrolle des **Alkohols** ist **offensichtlich**

1. ein **grosser Teil** der **Bevölkerung konsumiert** mehr oder weniger regelmässig **Alkohol**
 2. ein **Grossteil** der **Gewaltdelikte** wird unter **Alkoholeinfluss** verübt
 3. **Alkoholkonsum** hat **nicht zwangsläufig** eine **klinische Bedeutung** (Psychosen schon)
- auf psychopathologische Veränderungen achten (**Veränderungen in den Symptomen**)
- auf neurologische (**Nervensystem / Gehirn**) Symptome achten
- grösstmögliche diagnostische Klarheit muss angestrebt werden

6.2.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10)

- A. Die **allgemeinen Kriterien** für eine **akute Intoxikation** (F1x.0) sind **erfüllt**.
- B. **Funktionsgestörtes Verhalten, deutlich an mindestens einem** der folgenden Merkmale:
1. Enthemmung
 2. Streitlust
 3. Aggressivität
 4. Affektlabilität
 5. Aufmerksamkeitsstörung
 6. Einschränkung der Urteilsfähigkeit
 7. Beeinträchtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit
- C. **Mindestens eines** der folgenden Anzeichen:
1. Gangunsicherheit
 2. Standunsicherheit
 3. Verwaschene Sprache
 4. Nystagmus
 5. Bewusstseinsminderung (z.B. Somnolenz [Benommenheit, Schläfrigkeit], Koma)
 6. Gesichtsröte
 7. Konjunktivale Injektion

6.2.7 Quantifizierung

1. Alkoholisierung vs. klinisch relevante Intoxikation
2. Verhaltensauffälligkeiten → Enthemmung, Streitlust, affektive Labilität (**emotional instabil**)
3. Neurologische und vegetative Merkmale → Lallen, Gesang, Standunsicherheit, Gesichtsrötung, Bewusstseinsstörungen

6.2.8 Fragen

- **Persönlichkeit** → asthenisch-selbstunsicher, impulsiv, dissozial
→ Ist es der Alkohol, der relevant war oder die Persönlichkeit? (bspw. Person mit hoher Gewaltbereitschaft, der zufällig Alkohol getrunken hat)
- **Konsummuster, Alkoholgewöhnung**
- **Spezifische Vorgeschichte** → Affektspannung, Zermürbung-Labilisierung, Müdigkeit
- **Alkoholisierungsgrad**
- **Rauschform**

→ für eine **Massnahme** nach **StGB 60** braucht es eine **Abhängigkeit**

→ Wenn jemand sturzbetrunken einen Unfall macht und dies einmalig ist

→ **keine Abhängigkeit** nach **Art. 60 StGB** => **actio libera in causa!**

Ausnahme → wenn Betrunkener nach Hause kommt und erst dann das Auto nimmt, um noch eine Pizza zu holen → hier braucht es ein Gutachten

→ wenn Gutachter sagt, dass Alkoholintoxikation > Verminderung Steuerungsfähigkeit > verminderte Schuldfähigkeit → **Auseinandersetzung mit Persönlichkeit fehlt!**

→ Alles, was aus der Psychiatrie kommt und **monokausal** ist → man muss **misstrauisch** sein!

Kasuistik 1

Zur Vorgeschichte:

Seit 1995 vermehrter Alkoholkonsum, 1997 stat. Entwöhnung, danach keine Abstinenz, 2 Monate vor der Tat: Führerscheinentzug wg. Trunkenheitsfahrt mit 2,6 Promille.

Befund:

Ärztlicher Befund bei Blutentnahme (ca. 1,5 h nach der Tat): wach, Denkablauf sprunghaft, Verhalten unruhig, rastlos. Stimmung aufgelöst, depressiv. Lallende Sprache, unsichere Finger-Finger Prüfung, unsicheres Gangbild.

Bei Begutachtung: Bewusstseinsklar, konzentriert. Freundliche Kontaktaufnahme, verminderter Ausdruck. Matte Antriebslage, Stimmung besorgt, nachdenklich. Denkprozesse geordnet, kein psychotisches Erleben. Persönlichkeit mit selbstunsicheren, dependenten Zügen.

Diagnosen:

Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F 10.20)

40jährige Frau, Anklage wegen schwerer Körperverletzung, Blutalkoholspiegel bei Begehung der Tat 3,6 Promille. Anwalt plädiert wegen Alkoholisierung für Schuldunfähigkeit.

Angaben der Prob:

Anschuldigung akzeptiert. Prob. lebt in Beziehung mit alkoholabhängigem Partner. Zunehmend Streit mit zuletzt auch aggressiven Zuspitzungen. Wollte sich mehrfach trennen, hat es aber nicht geschafft. Konkrete Tatsituation: Partner sitzt vorm Fernseher, isst Suppe. Sie ist verärgert, da er nichts tut und das von ihr gekochte Essen kommentarlos konsumiert. Schüttet ihm den Rest der Suppe über den Kopf. Er springt auf, schlägt und tritt sie. Sie greift zu einer Schusswaffe und gibt Schüsse ab.

Version des Geschädigten: Sie habe gesagt, komm wir spielen russisch Roulette und gezielt geschossen.

Ihre Version: Mit der Waffe gedroht, um ihn von weiteren Schlägen abzuhalten. Schuss gelöst, weis nicht genau wie, aber auf keinem Fall gezielt, sie sei sehr erschrocken. Habe die Wunde direkt verbunden und benachbarten Sanitäter gerufen.

Zur Tatzeit sei sie betrunken gewesen, Gedächtnislücke für die Ereignisse mit dem Revolver. Zeitraum davor und danach wird detailliert erinnert. Sie habe sich hilflos gefühlt und sei auch wütend gewesen, habe ihm aber nichts tun wollen.

→ Je **schwerer das Delikt**, desto **eher Amnesie**

→ **Aufpassen mit Pseudoerinnerungen**

→ **Gedächtnislücken** sind **unabhängig** von **Promille-Werten**

→ **typische Erinnerungslücken** bei **Alkohol** sind **bruchstückhaft**, **wahllos** und **Erinnerung** kommt oft **zurück**, wenn man sich Mühe gibt

- dass sich die Frau **nur** an die **Tat nicht erinnert**, ist **nicht plausibel**

→ bei **Benzos** sind die **Erinnerungslücken** wie **ausgestanzt**, d.h. man erinnert sich an alles perfekt und nur bestimmte Zeiträume fehlen komplett

→ Frau war **einsichts- und steuerungsfähig**, weil

- **Unmittelbares Nachtatverhalten** → Wunde **direkt verbunden** und benachbarter **Sanitäter gerufen** → sie hat **gewisse Kontrolle** und **nicht völlig desorientiert**, denn sie konnte sich erinnern, dass der Nachbar Sanitäter ist und wo er wohnt
- Habermeyer → **Steuerungsfähigkeit massiv vermindert**, aber **nicht aufgehoben**

→ Klare **Alkoholabhängigkeit**

Kasuistik 2: Alkoholpsychose / Psychotischer Rauschverlauf

- Sehr erfolgreicher Student
- Promovationsaufenthalt in Zürich, an ETH
- Geht in Ausgang, alkoholisiert
- Mann redete auf Studenten ein, kommt nahe an ihn ran, sehr unangenehm
- ein 25-jähriger Doktorand traf 2014 nachts auf dem Heimweg einer Feier auf einen Unbekannten.
- während 20 Minuten unterhielten sich die beiden ruhig. Als der Unbekannte sich abwendete, griff der Proband den Unbekannten an.
- der Proband schlug und trat auf den Unbekannten während weiterer 20 Minuten ein, liess ihn dann auf den Tramgleisen liegen und rannte weg.
- kurz darauf wurde er von der Polizei gefasst. Zum Tatzeitpunkt wies der Proband einen Alkoholblutwert von min. 1.76 g‰ und max. 2.53 g‰ auf.
- Täter schlug auf Opfer ein, ging zwischendurch weg, kam dann zurück und schlug weiter auf ihn ein
- Tram konnte halten
- Täter lief in Tramtunnel → Polizei konnte ihn fassen
- Bei **Untersuchung**: Kann sich nur fragmentarisch an Abend erinnern, wusste, dass er betrunken war
- **Motivation**: Er hatte Eindruck, dass dieser Mann eine Gefahr für ihn und seine Freundin darstellt, angeblich habe ihm der Mann ein Bild seiner Freundin auf dem Handy gezeigt und gesagt, er werde den beiden etwas antun
→ Student fühlte sich bedroht und empfand Situation als bedrohlich
- **Beurteilung**
 - **Keine geistige Behinderung** → ETH Doktorand
 - **Keine Vorgeschichte bzgl. Gewalt, kein Streit vor der Tat**
 - **Hinweise auf psychotische Beeinträchtigung** → Bild auf Handy eines fremden Menschen gesehen, höchst unwahrscheinlich, da Freundin nicht mal in Zürich wohnt
→ **Alkoholintoxikation mit Wahrnehmungsstörung**
 - **Steuerungsfähigkeit**
 - für **Steuerungsunfähigkeit** spricht, das **20 Minuten** auf jemanden **einschlagen**, der auf dem Boden liegt → massiv durch Aggression geprägter Zustand (**Blutrausch**)
 - für **Steuerungsfähigkeit** spricht, dass er nicht unmittelbar auf das gezeigte Bild reagiert hat, sondern gezielt gewartet hat, bis der andere mit dem Rücken zu ihm

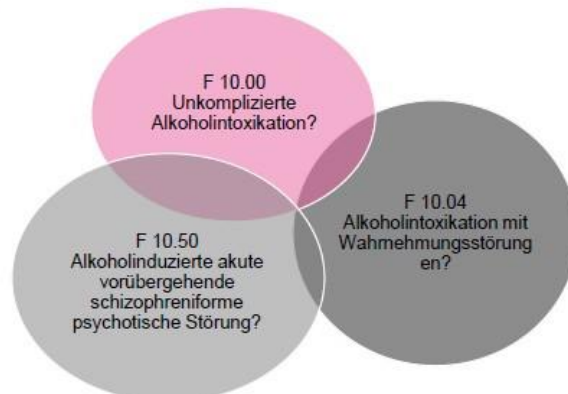
stand und leichter angreifbar war

→ ebenfalls für **Steuerungsfähigkeit** spricht, dass er zuerst noch 20 Minuten lang ein normales Gespräch führen konnte

○ **Einsichtsfähigkeit**

→ Bild von der Freundin auf dem Handy ist auffällig i.S.v. **psychotisches Symptom**

- psychiatrisch unauffällige Vorgeschichte und problemloses Vollzugsverhalten → psychopathologische Auffälligkeiten einzig auf Tatsituation beschränkt



Unkomplizierte Alkoholintoxikation? → **Wahrnehmungsstörung** spricht für **stärkere Intoxikation**

Alkoholintoxikation mit **Wahrnehmungsstörung** → Sicht von Habermeier

aber noch Frage, ob es nicht schon ins **Psychotische** reingeht? **Psychotischer Rauschverlauf?**

→ Nicht der Fall gemäss Habermeier

6.2.9 Einsichts-, Steuerungsfähigkeit

1. **Stellungnahme** zum **Schweregrad** der diagnostizierten **Störung** müssen vor der Diskussion der **Einsichts-** bzw. **Steuerungsfähigkeit**, die **eng** mit der **Analyse** der **Tatsituation** **verbunden** ist, **getrennt** werden
2. Wenn durch die **Störung hervorgerufenen** psychosozialen **Leistungseinbussen** mit den **Defiziten** **vergleichbar** sind, die bei forensisch relevanten **krankhaften seelischen Verfassungen** auftreten, kann von einer **forensisch relevanten Störung** gesprochen werden.

→ **Schweregrad** der **Störung** ist **getrennt** von der **Einsichts- und Steuerungsfähigkeit** zu diskutieren

→ **Einsichts- und Steuerungsfähigkeit** sind **eng verbunden** mit der **Analyse** der **Tatsituation**, d.h. anhand der Tatsituation wird abgeschätzt, ob die Person Einsichts- und Steuerungsfähigkeit hatte bei der Tat

→ **nur** wenn die psychosozialen **Leistungseinbussen** **aufgrund** der **vorliegenden Störung** **vergleichbar** sind mit **forensisch relevanten Störungen**, liegt eine **forensisch relevante Störung** vor, die bei der **Beurteilung** der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit **berücksichtigt** werden sollte

6.2.10 Indikatoren für verminderte Einsichts- und Steuerungsfähigkeit

Einsichtsfähigkeit tangiert die Steuerungsfähigkeit nur bei psychotischen Rauschzuständen

→ d.h. psychotische Rauschzustände beeinträchtigen die Einsichtsfähigkeit und dadurch wird auch die Steuerungsfähigkeit beeinträchtigt

1. **impulsives Tatgeschehen** → abrupt, rechtwinkliger Verlauf
2. **überschiessende Gewaltanwendung**
3. **Folgeverhalten** → Erschütterung, Erstaunen, Weinen, ungeordnete Flucht
4. **Bewusstseinsengung** → Verblässen der randständigen Wahrnehmung

6.2.11 Gegenargumente dass keine Beeinträchtigung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit vorliegt

1. **Vorgestalten**
2. **Ankündigung der Tat** im nüchternen Zustand
3. **Vorbereitungshandlungen**
4. **Konstellierung der Tatsituation** durch den Täter → Täter schafft die Tatsituation selber
5. **fehlender Zusammenhang** zw. Provokation – Erregung – Tat
6. **zielgerichtete Gestaltung** des Tatablaufs durch den Täter
7. **lang** hingezogenes **Tatgeschehen**
8. **komplexer Handlungsablauf** in **Etappen**
9. erhaltene **Introspektion**
10. exakte, detailreiche **Erinnerung**
11. **zustimmende Kommentierung**
12. **Vorsorge** gegen **Entdeckung**

Einsichts- und Steuerungsfähigkeit im vorliegenden Fall

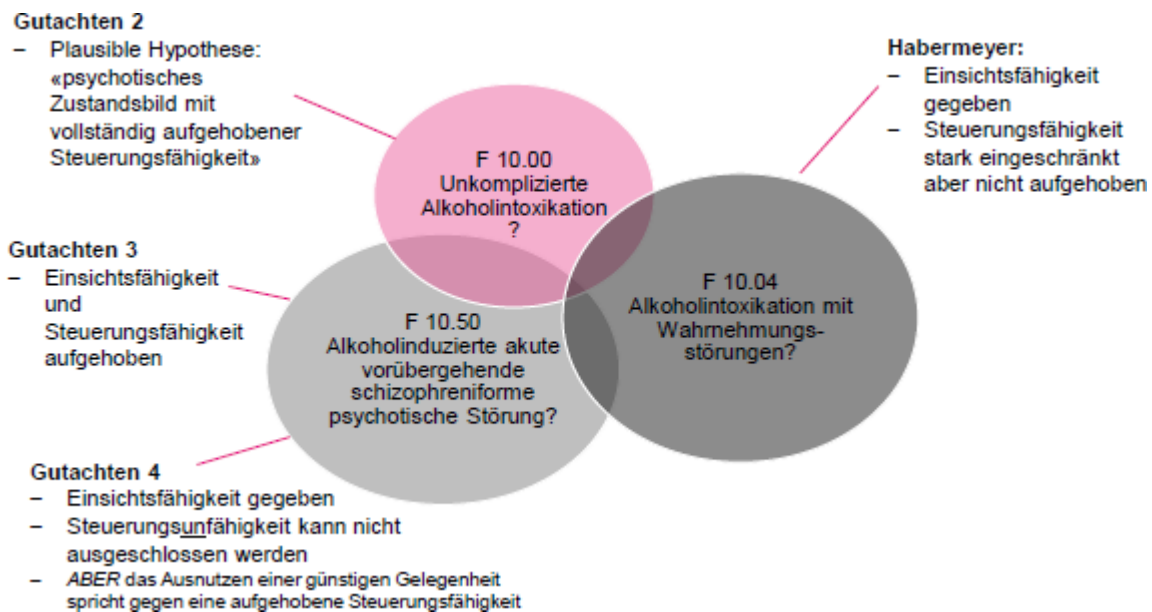
Einbussen:

- ✓ konflikthafte Zuspitzung und emotionale Labilisierung in der Zeit vor dem Delikt
- ✓ abrupter impulsiver Tatablauf
- ✓ relevante konstellative Faktoren (z.B. Alkoholintoxikation)
- ✗ enger Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsproblemen und Tat

Gegenargumente

- ✗ Hervorgehen des Deliktes aus dissozialen Verhaltensbereitschaften
- ? planmässiges Vorgehen bei der Tat
- ? Fähigkeit, zu warten, lang hingezogenes Tatgeschehen
- ? komplexer Handlungsablauf in Etappen
- ? Vorsorge gegen Entdeckung
- ? Möglichkeit anderen Verhaltens unter vergleichbaren Umständen

Fazit



- Familie des Studenten hat sich zwei **Privatgutachten** (Nr. 2 & 3) eingeholt
- **Keine Abhängigkeit** und somit **keine Massnahme** nach **StGB 60**
- **Selbstverschuldete Unzurechnungsfähigkeit?** → **Nein!**
- Student hat zur Polizei sofort gesagt «Da habe ich überreagiert.» → er hat dies selbstkritisch gesehen und deshalb **kein psychotischer Zustand**
 - **Einsichtsfähigkeit gegeben**
 - **Steuerungsfähigkeit** → günstige Gelegenheit wurde genutzt (**vermindert**, aber **nicht aufgehoben**)
- Obergutachten (Nr. 4) wurde noch beauftragt, weil Gericht nicht wusste, wie es entscheiden soll
 - Hat wiederholt, was Habermeyer schon gesagt hat

→ Wenn **mehrere Gutachten** mit **verschiedenen Ansichten** → es gibt **Beurteilungsunschärfen** bei **Gutachten** und diese müssen von der **Justiz gelöst** werden

- **Schuldfähigkeit** ist ein **Beweis** und deshalb Teil des **Sachverhalts**
- beim **Sachverhalt** gehen wir immer **vom Günstigsten** aus → **in dubio pro reo**
- **Wichtig: Privatgutachten** und **Sachverständigengutachten** werden **nicht gleich gewertet** → leuchtet Ackermann nicht ein. Er findet das Gerichte Argumente gleich gewichten sollten!

→ Gericht hat gesagt, dass **Gutachten** von **Habermeyer überzeugt!**

- Gericht durfte so entscheiden, wenn es keine Zweifel hatte → **Ohne-Not-Praxis**
- **ohne-Not-Praxis** → **Gericht** weicht **nicht** vom **Gutachten** ab, **ausser** es ist **unbedingt notwendig**, z.B. wenn das Gericht Zweifel am Gutachten hat
- **in dubio pro reo** vorliegend **nicht relevant**, wegen der **ohne-Not-Praxis**

6.3 Schuld im Strafrecht (Handout)

6.3.1 Allgemein

Schuld ist **persönliche Vorwerfbarkeit**.

Persönliche Vorwerfbarkeit wird aus **Menschenwürde** und aus **persönlicher Freiheit** abgeleitet, weil jeder Mensch eine Würde hat und deshalb kann man ihn **nur einsperren**, wenn er eine **Schuld hat**. Dies wird formal abgeleitet aus Gesetzestexten, weil wir es als Gesellschaft beschlossen haben (Rechtsstaatsprinzip).

Schweiz hat ein **grosses Eingangstor** für **Massnahmen**

- es braucht **keine psychische Störung** für die **Anordnung** einer **Massnahme**, sondern wird **nur anhand** des **Risikos** beurteilt
 - **BGer** → **narzisstische Neigung** und **Dominanzfokus** genügen für die **Anordnung** einer **Massnahme**, es braucht keine psychischen Störung gem. ICD-10 oder DSM-5
- nicht nur **schuldunfähige Täter** erhalten **Massnahmen**, sondern **auch schuldfähige Täter**
 - bei **Persönlichkeitsstörungen** ist man fast **immer schuldfähig**
 - aber für **Persönlichkeitsstörungen** gibt es **keine Therapie**, d.h. **nicht therapierbar**, trotzdem werden **Massnahmen** angeordnet, obwohl Täter gar nicht therapiert werden kann

Fazit → d.h. **jeder** mit nur einer **leichten Störung** kann eine **Massnahme** erhalten

und

man erhält auch eine **Massnahme** wenn es **gar nicht zielführend** ist (z.B. bei Persönlichkeitsstörungen)

6.3.2 Schuld im Verbrechenaufbau



→ **Unrecht** besteht aus **Tatbestandsmässigkeit & Rechtswidrigkeit**

→ **Schuld** bezieht sich immer aufs **Unrecht**, d.h. man muss **Schuld haben** am **entstandenen Unrecht** wenn z.B. die Rechtswidrigkeit fehlt, dann ist auch kein Unrecht vorhanden und somit keine Schuld

6.3.3 Begriff der Schuld im Strafrecht

Psychologischer Schuldbegriff

Schuld = psychische Beziehung des Täters zu seinem verbrecherischen Verhalten, seiner Tat in ihrer objektiven Bedeutung.

Arten der psychischen Beziehung → **Vorsatz** und **Fahrlässigkeit**

→ im Zivilrecht sind **Vorsatz** und **Fahrlässigkeit** = Schuld (rein subjektiv)

Unrecht → **objektive** Momente

Schuld → **subjektive** Momente

Keine Erklärung für:

- **trotz Vorsatz keine Schuld** (z.B. wenn **nicht schuldig** oder in **Notstandslage**)
→ z.B. Zwang zu stehlen (Kleptomanie), man kann nicht anders (nicht schuldig) oder z.B. jemanden mit der Pistole zwingen jemand anderen zu erstechen (Notstand)
- und ist die **Fahrlässigkeit** etwas **rein Subjektives**?

Normativer Schuldbegriff

Passt auch nicht so gut, denn was auf Stufe der Schuld einfließt, ist nicht nur rein normativ (wertend)
→ es ist ein **Gemisch** aus **normativ** (wertend) und **sachverhaltlich**

Schuld als persönliche Vorwerfbarkeit der Tat

Schuldig sein können **nur Personen**, die die **Möglichkeit** haben, die **rechtliche Erwartung** zu **erkennen** (**Einsichtsfähigkeit**) und sich **nach ihr zu richten** (**Steuerungsfähigkeit**).

Schuld = persönliche Vorwerfbarkeit der Tat. Der Täter muss für sein **tatbestandsmässiges** und **rechtswidriges** Verhalten (**Unrecht**) **verantwortlich** gemacht werden können. Dies ist **nur möglich**, wenn von ihm **rechtmässiges Verhalten hätte verlangt werden können**.

Ausgeschlossene oder **verminderte Schuld** wenn:

- **dauerhaftes Defizit** in der **Person** → **Schuldfähigkeit** (z.B. **Alkoholiker**) **rechtmässiges Handeln** ist **grundsätzlich eingeschränkt**
- **Defizit** in der **Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit** in der **konkreten Situation** (**situativ / spontan**)
→ **unvermeidbarer Verbotsirrtum** oder **Unzumutbarkeit**
grundsätzlich wäre rechtmässiges Handeln zumutbar gewesen, **nur in der konkreten Situation nicht**

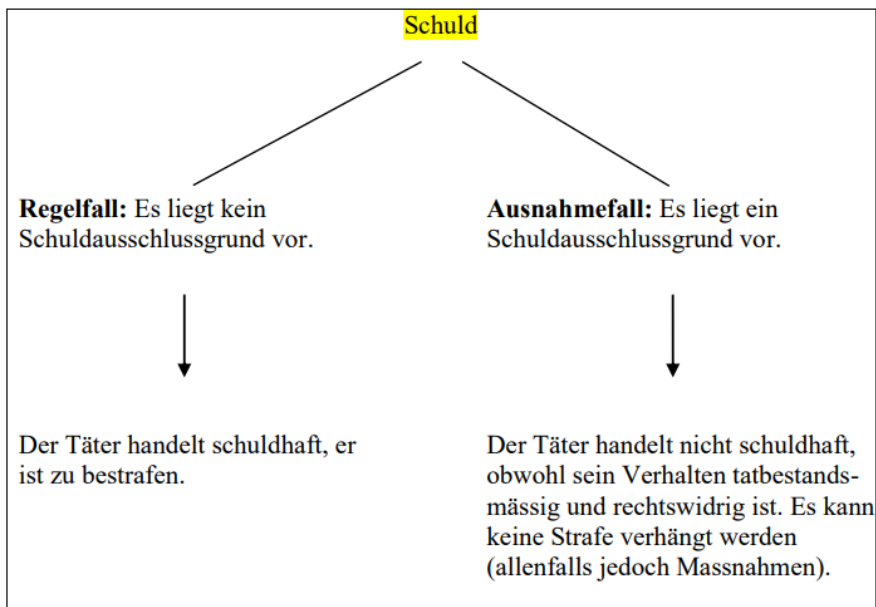
Beachte → **Keine Strafe ohne Schuld** (nulla poena sine culpa) → für die Strafbarkeit eines Täters muss zwingend Schuld vorliegen

Unrecht indiziert i.d.R. Schuld

Schuld wird **nicht positiv begründet**, sondern sie ist **automatisch gegeben**, wenn **Unrecht / Vorwerfbarkeit** (Tatbestandsmässigkeit & Rechtswidrigkeit) **vorliegen** und **keine Schuldausschlussgründe** vorliegen. Nur die **Schuldausschlussgründe** werden **positiv festgestellt**, d.h. ob solche vorhanden sind oder nicht.

→ wenn **Unrecht vorliegt**, dann ist das ein **Indiz** dafür, dass **auch die Schuld** vorliegt, **ausser** es sind **Schuldausschlussgründe** vorhanden

→ wenn **tatbestandsmässiges Verhalten** vorliegt, dann ist das ein **Indiz** dafür, dass **auch Rechtswidrigkeit** vorliegt, **ausser** es sind **Rechtfertigungsgründe** vorhanden



6.3.4 Voraussetzungen der Schuld

Verantwortlichkeit des **Täters** für **sein Verhalten** setzt voraus, dass er die **Möglichkeit hatte**, eine **normgemässe Entscheidung** zu treffen.

Vorausgesetzt sind dafür:

- **Schuldfähigkeit** → Täter muss im **Zeitpunkt der Tat** (aufgrund seiner persönlichen Eigenschaften) **fähig** sein, das **Unrecht** seiner Tat **einzusehen** und sich gemäss dieser **Einsicht zu verhalten**.
→ Defizit in der Person
- **Unrechtsbewusstsein** → Täter muss im **konkreten Fall** (aufgrund seines Kenntnisstands) tatsächlich um das **Unrecht** seiner **Tat wissen** oder **mind. die Möglichkeit** haben, **darum zu wissen**.
→ Verbotsirrtum
- **Zumutbarkeit rechtmässigen Verhaltens** → Täter befindet sich **nicht** in derart **aussergewöhnlicher Bedrängnis**, dass sein **Handeln entschuldbar** ist. Es ist ihm **zuzumuten**, sich gemäss seinem **Unrechtsbewusstsein zu verhalten**.
→ z.B. **schiessen müssen, weil man sonst selber erschossen wird**

6.3.5 Schuldfähigkeit

Tat kann dem Täter **nur vorgeworfen** werden, wenn er im **Tatzeitpunkt** die **Fähigkeit** besass, verantwortlich zu handeln, d.h. das **Unrecht** seiner **Tat einzusehen** (Einsichtsfähigkeit) und gemäss dieser **Einsicht zu handeln** (Steuerungsfähigkeit / Bestimmungsfähigkeit).

Schuldfähigkeit ist immer auf das **konkrete Verhalten** im **Tatzeitpunkt** bezogen.

6.3.6 Schuldunfähigkeit aufgrund jugendlichen Alters

Jugendstrafrecht → ab 10 Jahren in CH, ab 14 Jahren in DE

6.3.7 Schuldunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen

Schuldunfähigkeit (StGB 19 Abs. 1)

Wenn eine **psychische Störung** vorliegt, die es dem **Täter verunmöglicht**, das Unrecht seiner Tat einzusehen (**Aufhebung Einsichtsfähigkeit**) oder gemäss dieser Einsicht zu handeln (**Aufhebung Steuerungsfähigkeit**) ist **StGB 19 Abs. 1** anzuwenden.

StGB 19 Abs. 1 setzt voraus, dass ein **medizinischer Befund** vorliegt (biologischer Defekt), der sich **psychologisch auswirkt**.

Biologische Ausschlussgründe:

- **Geisteskrankheit**
- **Geistesschwäche** → abnormer **Intelligenzmangel** (Idiotie oder schwere Grade der Imbezilität)
- **schwere Störung des Bewusstseins** → **Ausnahmestände**
 - **pathologischer [krankhafter]** Natur (z.B. pathologischer Alkoholrausch)
 - **physiologischer [körperlicher]** Natur (z.B. völlige Übermüdung)
 - **psychologischer** Natur (z.B. hypnotische Dämmerzustände)

Psychologische Erfordernisse

Psychische Störungen schliessen die **Schuldfähigkeit nur** dann **aus**, wenn die **Einsichts-** oder **Steuerungsfähigkeit** in **Bezug** auf das **konkrete Delikt** gerade **wegen der Störung beeinträchtigt** ist.
→ d.h. kommt immer auf das konkrete Delikt an, man muss beim konkreten Delikt schuldfähig sein

Verminderte Schuldfähigkeit (StGB 19 Abs. 2)

Liegt eine **psychische Störung** vor (allerdings in **schwächerer Ausprägung** als bei **Abs. 1**), welche es dem Täter **erheblich erschwert**, das **Unrecht** seiner Tat **einzusehen** (**Herabsetzung Einsichtsfähigkeit**) oder kann er infolge seines abnormen Zustands der **Versuchung der Tat** nur mit **ungewöhnlicher Willensanstrengung widerstehen** (**Herabsetzung Steuerungsfähigkeit**), dann ist **StGB 19 Abs. 2** anzuwenden.

→ **verminderte** Schuldfähigkeit wird **nur in krassen Fällen** angenommen

BGE → Persönlichkeitsveranlagung des Täters **weicht** in **so erheblichem Mass** von der **Norm ab**, dass von einer **Beeinträchtigung** der **geistigen Gesundheit** ausgegangen werden kann. Somit **verminderte Schuldfähigkeit**, weil **genügend hoher Grad an Abnormität**.

Zweifelhafte Schuldfähigkeit (StGB 20)

Gemäss **StGB 20** müssen die **Behörden** eine **Untersuchung** des **Beschuldigten** anordnen, wenn **Zweifel** an seiner **Zurechnungsfähigkeit** bestehen. Sie müssen **tatsächliche Zweifel haben** oder wenn sie nach den **Umständen des Falls Zweifel haben müssten**.

→ Sorgfaltspflicht der Behörde, es wird auf den objektiven Massstab abgestellt bzgl. ob sie Zweifel haben müssten

Rechtsfolgen

Wenn der Täter **Schuldunfähig** ist (StGB 19 Abs. 1), dann hat er **keine Schuld** und ist **freizusprechen**. Eine **Massnahme** bleibt jedoch **zulässig**.

→ **keine Strafe** (Geldstrafe, Freiheitsstrafe), aber **Massnahme möglich**

Wenn der Täter **verminder Schuldfähig** ist (StGB 19 Abs. 2), dann **Milderung** der **Strafe**. Das **Ausmass** der **Milderung** ist im **Ermessen** des Gerichts, gem. **BGer** soll das **Ausmass** der **Einschränkung** der **Schuldfähigkeit** dabei **berücksichtigt** werden. Anordnung einer **Massnahme** ist **möglich**.

→ **mildere Strafe** (Geldstrafe, Freiheitsstrafe), auch **Massnahme möglich**

→ **Massnahmen** bei **psychischen Störungen**, weil es den **Bedürfnissen** des **Täters** und der **Gesellschaft** besser entspricht (Heilung der Störung bzw. Reduktion der Gefährlichkeit) → **Prävention**

→ auch **voll schuldfähige** Personen können **Massnahme** bekommen → **Risiko bestimmt** darüber, ob man eine **Massnahme bekommt** oder nicht (**BGer**)

→ in **DE** können **Massnahme** nur bei **Schuldunfähigkeit** angeordnet werden, in **CH** immer, auch wenn Täter voll schuldfähig ist. Aber **Freiheitsstrafen** können nur bei **Schuldfähigkeit** angeordnet werden.

Sonderfall: Verschuldeter Ausschluss der Schuldfähigkeit

actio libera in causa (StGB 19 Abs. 4)

- **vorsätzliche** actio libera in causa (StGB 19 Abs. 4) → wenn Täter die **Beeinträchtigung** der Zurechnungsfähigkeit **absichtlich** herbeiführt, um in diesem **Zustand** die **strafbare Handlung** zu begehen.
→ **volle Verantwortung** für die **Handlungen**
- **fahrlässige** actio libera in causa (StGB 19 Abs. 4)
 - a. Zustand vollständiger oder verminderter Schuldfähigkeit (gem. StGB 19 Abs. 1 oder 2) **vorsätzlich herbeigeführt** und dabei **fahrlässig nicht bedacht**, dass man später ein Delikt begehen könnte
 - b. Zustand vollständiger oder verminderter Schuldfähigkeit (gem. StGB 19 Abs. 1 oder 2) **fahrlässig herbeigeführt** und **dabei war ihm bewusst**, dass er später ein Delikt begehen könnte

- c. Zustand vollständiger oder verminderter Schuldfähigkeit (gem. StGB 19 Abs. 1 oder 2) **fahrlässig herbeigeführt** und dabei **fahrlässig nicht bedacht**, dass man später ein Delikt begehen könnte

Verübung der Tat in selbstverschuldeter Unzurechnungsfähigkeit (StGB 263)

- Täter hat sich **vorsätzlich** oder **fahrlässig** in den **Zustand** der **Unzurechnungsfähigkeit** versetzt und dann ein **Verbrechen** oder **Vergehen begangen**
- Täter hat **weder damit gerechnet** noch **voraussehen können**, dass er ein bestimmtes **Delikt begehen** könnte (im **Gegensatz** zur *actio libera in causa*, wo der Täter damit rechnet, dass er ein Delikt begehen könnte)
- **Bestrafung** nach StGB 263

Täter ist bei StGB 263 **nur** wegen der **Herbeiführung** seines **schuldauausschliessenden Zustands voll verantwortlich**. Bezüglich des **späteren Delikts** ist StGB 19 Abs. 1 (**keine Schuldfähigkeit**) anwendbar, weil er nicht mit der Begehung des Delikts gerechnet hat noch hätte damit rechnen müssen.

→ z.B. jemanden im Suff mit dem Auto überfahren → **Bestrafung** wegen dem **Trinken**, aber **nicht** wegen dem **Überfahren**

6.3.8 Irrtum über die Rechtswidrigkeit (= Verbotsirrtum)

Gegen den Täter kann **kein Schuldvorwurf** erhoben werden, wenn er **nicht wusste** und auch **nicht wissen konnte**, dass sein **Verhalten widerrechtlich** ist.

Begriff (StGB 21)

Wenn **Täter** das **unbestimmte Empfinden** hat, etwas **Unrechtes zu tun**, liegt **kein Verbotsirrtum** mehr vor. Dabei ist **durchschnittliches Wissen** eines **Laien** um die rechtlichen Regeln massgeblich. **Täter** darf also **nicht damit rechnen**, dass sein **Verhalten widerrechtlich** ist.

Irrtum muss sich **konkret** auf **die Norm beziehen**, deren **Verletzung** dem **Täter vorgeworfen** wird. Sind also im konkreten Fall verschiedene Normen relevante, ist für jede gesondert zu prüfen, ob sich der **Täter bewusst** war, dass er **gerade gegen diese Regel verstösst**.

Täter irrt über das **Verbotensein** eines **bestimmten Verhaltens**. **Achtung**: auch ein **Sachverhaltsirrtum** kann auf **rechtlichen Fehlvorstellungen** beruhen.

Beispiel → Täter glaubt, seine eigene Sache wegzunehmen, welche in Wahrheit aber nicht in seinem Eigentum steht. Er irrt also über die Fremdheit der Sache. Fremdheit ist ein rechtlich geprägtes TB-Merkmal.

→ trotzdem **kein Rechtsirrtum** (StGB 21), sondern **SV-Irrtum** (StGB 19), weil der Täter von einem **falschen SV** ausgeht, nämlich die Sache gehöre ihm

SV-Irrtum (StGB 19) → **Täter irrt** über die **Sachlage**. Er unterliegt einer Fehlvorstellung über den tatsächlich vorliegenden SV oder hat vom Vorliegen bestimmter objektiver TB-Merkmale keine Kenntnis.

Verbotsirrtum (StGB 21) → **Täter irrt** über das **Verbotensein**. Ihm fehlt das Unrechtsbewusstsein, obwohl er den SV richtig erkennt.

6.3.9 Arten der Irrtümer über die Rechtswidrigkeit (Verbotsirrtümer)

Direkter Verbotsirrtum

Täter hält sein **Verhalten** für **nicht verboten**. Sein Verhalten erscheint ihm als strafrechtlich völlig irrelevant.

Indirekter Verbotsirrtum

Täter ist sich zwar **bewusst**, dass sein **Verhalten normalerweise verboten** ist, aber er **glaubt fälschlicherweise**, dass es **ausnahmsweise erlaubt** sei. Täter geht davon aus, dass die Umstände seiner konkreten Situation die grundsätzlich strafbare Handlung rechtfertigen. Er nimmt also einen **Rechtfertigungsgrund** an, den es **nicht** oder **nicht in diesem Umfang** gibt.

Verhält sich der Täter **tatbestandsmässig**, glaubt jedoch, er sei zum **strafbaren Handeln ausnahmsweise berechtigt**, sind folgende **Fälle zu unterscheiden**:

- nimmt er eine **falsche Sachlage** an, die, wenn sie wirklich bestünde, einen Rechtfertigungsgrund darstellen würde → **Sachverhaltsirrtum (StGB 19)**
- nimmt er eine **falsche Rechtslage** an, d.h. er geht von den tatsächlich vorliegenden Umständen aus und denkt fälschlicherweise, diese würden einen Rechtfertigungsgrund darstellen → **indirekter Verbotsirrtum (StGB 21)**

Unvermeidbarkeit des Irrtums

Irrtum muss **unvermeidbar** sein, d.h. **Täter «nicht wissen kann»**.

Bei **vermeidbarem** Verbotsirrtum → **Strafmilderung**

Rechtsfolgen (StGB 21)

vermeidbarer Verbotsirrtum → **Strafmilderung**

unvermeidbarer Verbotsirrtum → **keine Strafe**

6.3.10 Zumutbarkeit

Schuldfähigkeit kann auch **ausgeschlossen** sein, wenn die **Entscheidungsfreiheit** des Täters **derart aussergewöhnlich eingeschränkt** war, dass das **rechtmässige Verhalten unzumutbar** war.

Entschuldbarer Notstand (StGB 18 Abs. 2)

Notstand kann **rechtfertigend** oder **schuldauusschliessend** (entschuldigend) sein.

VSS **entschuldigender** Notstand (keine Schuld):

- Täter ist in äusserster **persönlicher Bedrängnis** oder **Not**,
- die nur durch **Eingriff** in **fremde Rechtsgüter** abgewendet werden kann,
- **ohne** dass **überwiegende Interessen** gewahrt würden (d.h. der Notstand ist nicht schon rechtfertigend)

VSS **Nötigungsnotstand** (Unterfall entschuldigender Notstand, keine Schuld):

- **Straftat** wird dem **Täter mittels Gewalt** oder **Drohung abgenötigt** → d.h. **Täter wird mit Gewalt oder Drohung dazu gebracht, die Straftat zu begehen.**
- und ihm ist im **konkreten Fall nicht zuzumuten**, die **Ausführung** des **Delikts** zu **verweigern** und dadurch den **drohenden** oder bereits **stattgefundenen Eingriff** in **eigene Rechtsgüter hinzunehmen**

Entschuldbare Notwehr (StGB 16 Abs. 2)

Notwehr kann **rechtfertigend** oder **schuldauusschliessend** (entschuldbar) sein. **Notwehrexzess** bei bestimmten Affekten.

VSS **entschuldigender Notwehrexzess** (keine Schuld):

- Angegriffener **überschreitet** die **Grenzen** der **Notwehr**
- handelt jedoch in **entschuldbarer Aufregung** oder **Bestürzung** über den Angriff

Irrige Annahme der schuldauusschliessenden Sachlage

Täter nimmt fälschlicherweise an, er befinde sich in einer schuldauusschliessenden Situation. **Nur** die **subjektiven Elemente** der **Unzumutbarkeit** liegen vor, die **objektiven Elemente** sind **nicht gegeben**.

7 Behandlungsplan und Behandlung

7.1 Massnahmen allgemein

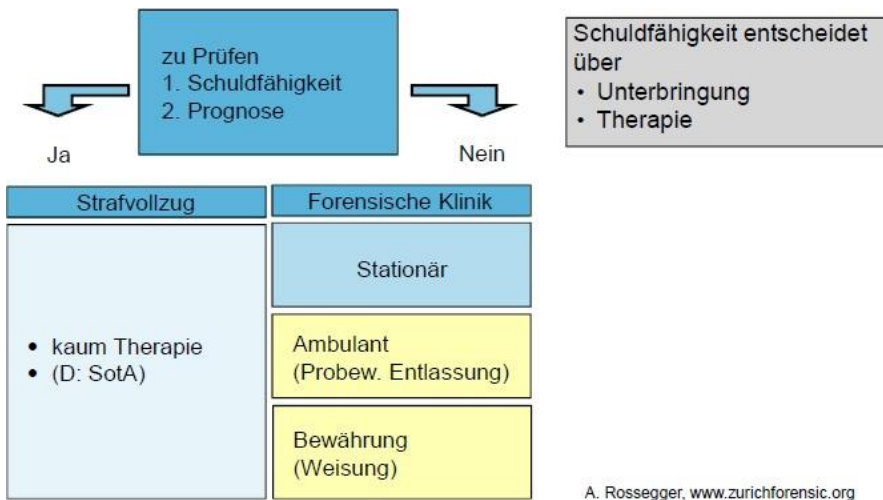
Massnahmen dienen dazu, **Menschen** zu **heilen** oder zu **stabilisieren**

→ es macht **keinen Sinn**, **gestörte Menschen wegzusperren**, weil sie sind halt **krank** und oft **nicht schulfähig**, daher sind **Strafen nicht sinnvoll**

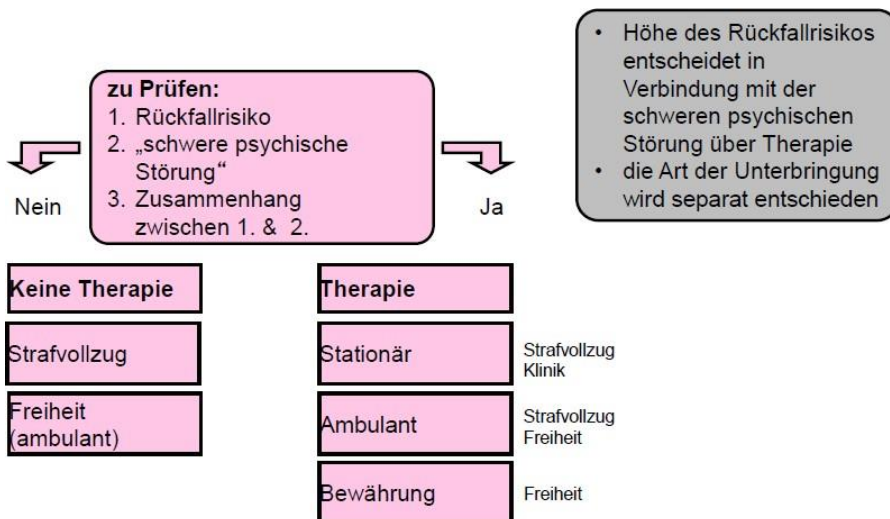
→ **Missbrauch** des **StGB 59** um Menschen **für immer wegzusperren**, obwohl der **StGB 59** eigentlich dafür da ist, **gestörte Menschen zu heilen** oder zu **stabilisieren**

7.2 Rechtlicher Einblick

7.2.1 Dualistische Systeme



7.2.2 Schweizer System



1. **Rückfallrisiko** → Wie hoch ist die Chance, dass wieder Straftaten begangen werden und welche Straftaten (Schwere der Taten)?
2. **schwere psychische Störung** → narzisstische Neigung und Dominanzfokus genügen (BGer), keine psychische Störung nach ICD-10 notwendig
3. **Zusammenhang** zw. 1. und 2. → **hängt** das **Rückfallrisiko** mit der **Störung** **zusammen**

→ **Höhe Rückfallrisiko** entscheidet darüber, ob **Massnahme** oder **nicht**.

Entscheid → System Strafe oder System Behandlung oder beides zusammen

Kann Persönlichkeitsmerkmal als Eingangsmerkmal gesehen werden? (Narzissmus und Dominanz) → kritisch, weil ständig erweitert werden kann und Loslösen von psychischer Erkrankung (man könnte versuchen, unliebsames gesellschaftliches Verhalten zu therapieren)

7.2.3 Arten von Massnahmen

| Andere Massnahmen Art. 66-73 StGB | Therapeutische Massnahmen und Verwahrung (Art. 56-65 StGB) | | |
|--|---|---|---|
| | Ambulante Massnahme | Stationäre Massnahme | Verwahrung |
| <ul style="list-style-type: none"> Friedensbürgschaft Berufsverbot Fahrverbot Veröffentl. Urteil Einziehung Verwendung zug. Geschädigter | Behandlung psych. Störungen Art. 63 StGB | Behandlung Psych. Störungen Art. 59 StGB | Ordentliche Verwahrung Art. 64 StGB |
| | Suchtbehandlung Art. 63 StGB | Suchtbehandlung Art. 60 StGB | Entlassung aus Verwahrung Art. 65 StGB |
| | | Junge Erwachsene Art. 61 StGB | |

Art. 66-73 StGB → **Weitere Massnahmen**, die **zusätzlich** angeordnet werden können

- Bspw. **Berufsverbot** eines pädophilen Kindergärtner
- Bspw. **Fahrverbot** für Psychotiker, die früher Taxifahrer waren

7.2.4 Behandlungsoptionen

| Stationäre Behandlung | Geschlossen | | Offen |
|---|---|---|--|
| | <i>hoch</i> | <i>mittel</i> | <i>tief</i> |
| | bauliche / elektronische Sicherheit | | |
| in Klinik | ZSFT Rheinau Sicherheitsabteilung Inselspital Bern Bewachungsstation | (Geschlossene) Forensikstationen in den Kantonen | Offene Stationen Wohnheime |
| In Massnahmenvollzugs- einrichtung | FPA in der JVA Pöschwies, JVA Graubünden | MZ Bitzi (GBA, OBA) | Wohnheime |

- Hoch und mittel → Geschlossen (stationär)
- Tief → offen (ambulant)
- Hoch (stationär)
 - In Klinik: ZSFT Rheinau Sicherheitsabteilung, Inselspital Bern Bewachungsstation wenn zusätzlich medizinische Behandlung nötig ist
 - In Massnahmenvollzugseinrichtung: FPA in der JVA Pöschwies JVA Graubünden

7.2.5 Massnahmenvollzug: Einweisung und Entlassungen

2012:

Einweisung: 138

Entlassungen: 119

→ heute viel weniger Einweisungen bei gleich bleibenden Entlassungen

→ Schwankungen

7.2.6 Anordnung zu einer Massnahme

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| Total | 138 | 178 | 154 | 146 | 154 | 120 | 81 |
| Verwahrung (Art. 64 StGB) | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 0 |
| Stationäre therap. Massnahme (Art. 59 StGB) | 59 | 84 | 72 | 68 | 77 | 64 | 49 |
| Suchtbehandlung (Art. 60 StGB) | 48 | 51 | 46 | 45 | 53 | 34 | 25 |
| Massnahme für junge Erwachsene (Art. 61 StGB) | 25 | 34 | 27 | 25 | 18 | 14 | 1 |
| Andere Massnahmen | 4 | 6 | 6 | 4 | 3 | 4 | 6 |

BFS, 2019

→ Entwicklung von forensischen Ambulanzen ist sehr wichtig, um Massnahme Kliniken zu entlasten

→ **Verwahrung** (StGB 64) ist **rückläufig**, aber dafür haben die **Massnahmen gem. StGB 59 zugenommen**

→ **Suchtbehandlungen** (StGB 60) **rückläufig**, weil viele **Suchtkliniken keine Straftäter** als Klienten wollen, weil sie genügend private Patienten haben und **nicht mischen** wollen, **oder die Kliniken sind zu wenig gesichert** und deshalb nicht geeignet

→ daher **oft Anordnung Massnahme** (StGB 59), weil oft **komorbide Störung** zur Sucht vorliegt (z.B. Schizophrenie), und dann wird eben die **Störung behandelt** und **nicht die Sucht**

7.2.7 Gesellschaftliche Entwicklung: Therapie statt Verwahrung

→ **Verwahrung** (StGB 64) ist **rückläufig**, aber dafür haben die **Massnahmen gem. StGB 59 zugenommen**

→ ca. **1/3** der Patienten gehört **tatsächlich** in eine **59er-Massnahme**

→ die restlichen **2/3** gehören **nicht** in den **59er**, weil:

- sie gar **nicht so gefährlich** sind und auch **ambulant** behandelt werden könnten
- sie gar **nicht therapiefähig** sind

→ wenn jemand den Arzt oder Pfleger anspuckt oder attackiert → Verstoss gegen StGB 285 (Gewalt gegen Beamte) und dann gleich 5 Jahre stationäre Massnahme?

7.2.8 steigende Kosten

Die laufenden Kosten von Massnahmenzentren und Gefängnissen, in denen stationäre Massnahmen durchgeführt werden, sind von 44 auf 93 Millionen CHF pro Jahr gestiegen.



http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/sicherheit/straf_und_massnahmen/documentation/ber-br-d.pdf

→ Sehr teuer!

7.2.9 Mangel an Therapieplätzen

Nur **die Hälfte** der Personen mit einer **stationären** therapeutischen **Massnahme** kann in einer **geeigneten Einrichtung** betreut werden. Die **andere Hälfte** ist in **Strafanstalten** oder **anderen Institutionen** platziert, wo keine adäquate Begleitung möglich ist.

Schätzungen verweisen auf **200-400 fehlende Therapieplätze**. Die **Kosten pro Patient** betragen **250'000 CHF / Jahr**. In Zukunft muss mit zusätzlichen Kosten von ca. 50-100 Millionen CHF sowie geschätzten Baukosten von ca. 50 Millionen CHF gerechnet werden.

- **Ca. 50%** der Täter **warten** auf eine **Therapieplatz**
- Hälfte von Personen, bei welchen stationäre Therapie angeordnet wird, müssen auf Therapieplatz warten
- **Teilweise Patienten** noch auf **freiem Fuss**, bis sie ein **Therapieplatz erhalten**
- Nochmals ca. 50 Millionen CHF bei Ausbau → Gesellschaft muss bereit sein, dies zu bezahlen

7.2.10 Allgemeine Grundsätze für Massnahmen

1. Folgende Grundsätze gelten für **alle Massnahmen**:

- **Behandlungsbedürftigkeit des Täters** oder **Gefährdung** der **öffentlichen Sicherheit** ist gegeben (schwere psychische Störung liegt vor)
- **Behandelbarkeit** bei **therapeutischen Massnahmen**: Art. 59, 60, 61 und 63 StGB
→ gibt es eine **passende Massnahme** und **Institution** für die Behandlung?
 - Im Einzelfall kann es sehr schwierig sein, eine gute Einrichtung zu skizzieren
- **sichernde Massnahme** (Art. 64 StGB) → die **Behandelbarkeit** spielt hier **keine entscheidende Rolle**, **Sicherung** steht im **Vordergrund**
 - **Behandlung** muss **trotzdem angeboten** werden

- **Nicht-Behandelbarkeit** muss regelmässig **überprüft** werden
- Bspw. Fall Ruppenswil → Täter war junger Mann und Erreichbarkeit muss immer wieder überprüft werden, weil nicht sicher, dass er bis 70 nicht behandelbar sein wird
- **Subsidiarität** → **Massnahme** soll **nur angeordnet** werden, wenn **Strafe nicht geeignet** erscheint, um weiteren Straftaten zu begegnen
 - man muss sich **entscheiden**, entweder **Massnahme** oder **Strafe**, **beides zusammen geht nicht**
 - Impuls: Keine schwere psychische Störung, aber Massnahme würde schon helfen → System ist NICHT gedacht für das! → Hier muss Strafe helfen mit freiwilliger Psychotherapie oder Gewaltpräventionskurs im Gefängnis
- **Verhältnismässigkeit** → Bisherige **Art/Schwere** des **Deliktes** ist zu berücksichtigen

2. Pflicht der Begutachtung

- **Gilt** für die Anordnung **aller Massnahmen** gemäss Art. 59-61, 63 und 64 StGB
 - **Keine Massnahme OHNE Gutachten!**
 - **Eingriff in Persönlichkeitsrechte** sehr hoch

3. Das Gutachten soll sich äussern über (Mindestanforderungen)

- die **Notwendigkeit** und die **Erfolgsaussicht**, einer **Behandlung** des Täters → **Notwendigkeit und Erfolgsaussicht** müssen **nur minimal vorhanden** sein, dann genügt es schon
- die **Art** und die **Wahrscheinlichkeit weiterer** möglicher **Straftaten** (bei schwerwiegenden Delikten können wir selten auf Daten zurückgreifen, da nicht viele in der Schweiz passieren; jedoch kann man auch eine spezifische Hypothese erstellen)
- die **Möglichkeiten** des **Vollzugs** der **Massnahme**.

4. Hat der Täter eine Tat im Sinne von Art. 64 StGB begangen (schweres Delikt), so ist die Begutachtung durch einen Sachverständigen vorzunehmen, welcher den Täter weder behandelt noch in anderer Weise betreut hat.

7.2.11 Mehrere Massnahmen (StGB 56)

- Sind **mehrere Massnahmen** in **gleicher Weise geeignet**, ist aber **nur eine notwendig**, so wird diejenige angeordnet, welche den **Täter am wenigsten beschwert** (Art. 56a StGB).
→ **Verhältnismässigkeit**, mildeste Massnahme wählen
- Sind **mehrere Massnahmen notwendig**, so können diese **zusammen angeordnet** werden (Art. 56a StGB). → z.B. Massnahme & Berufsverbot oder Strafe & StGB 63 (ambulant Sucht)
- Wenn **Art. 63 StGB** (ambulante Massnahme bei Sucht) angeordnet, **ohne zusätzliche Strafe**
 - Patient muss selber zur Therapie kommen
 - wenn **nicht zusätzlich** zur Massnahme eine **Strafe angeordnet** wird, dass **passiert nichts**, wenn er **nicht zu Therapie kommt**, weil man **kein «Druckmittel»** hat
→ Anordnung einer zusätzlichen Strafe daher sinnvoll um sicherzustellen, dass Patient auch

zu Therapie geht

- **Massnahme** wird dann **oftmals** aufgrund **Erfolglosigkeit aufgehoben**

7.2.12 Verhältnis von Strafe und Massnahme (StGB 57)

- Sind die **Voraussetzungen** für eine **Strafe** und für eine **Massnahme erfüllt**, so ordnet das Gericht **beide Sanktionen** an.
- Der **Vollzug** einer **Massnahme** nach den **Artikeln 59-61** geht einer zugleich ausgesprochenen sowie einer durch Widerruf oder Rückversetzung vollziehbaren **Freiheitsstrafe voraus**. Ebenso geht die **Rückversetzung** in eine **Massnahme** nach **Artikel 62a** einer zugleich ausgesprochenen **Gesamtstrafe voraus**.
- Der mit der **Massnahme verbundene Freiheitsentzug** ist auf die **Strafe anzurechnen**.

→ **Vollzug der Massnahme geht der Freiheitsstrafe vor**
(Massnahmen gehen Freiheitsstrafen stets vor)

→ **Rückversetzung in eine Massnahme geht der Freiheitsstrafe vor**

7.3 Massnahmenindikation

7.3.1 Diagnostische Abklärung

- **Psychische Störung** → schwere psychische Störung (nicht im forensischen Sinn)
- **Suchterkrankung**
- **Störung der Persönlichkeitsentwicklung** → junge Erwachsene

- **Schweregrad der Störung** bestimmen
- **Zusammenhang Störung und Delikt**
- **Prognose** zum **Rückfallrisiko** und weiterer **Verlauf** der psychischen **Störung**
- **Behandelbarkeit der Störung**

- **Massnahmebedürftigkeit**
- **Massnahmefähigkeit**
- **Erfolgsaussicht**
- **Umsetzbarkeit**

- **Stationär**
 - schwere Erkrankung
 - hohe Gefährdung
 - geringe Absprachefähigkeit
 - geringe Motivation
 - fehlende Erreichbarkeit

- **Ambulant**
 - ambulant behandelbare Erkrankung
 - niedrigeres Risiko
 - Absprachefähigkeit
 - Motivation gegeben
 - Erreichbarkeit

7.3.2 Identifizierung der Gruppe der «unbehandelbaren» Täter

→ **Nicht jeder** Täter ist **therapierbar!**

- Es gibt **unbehandelbare, hochgradig rückfallgefährdete** Gewalt- und Sexualstraftäter
- **Konsequenz** → **lebenslanger Vollzug** der **Verwahrungsmassnahme**

Geringe Therapieerfolgsaussicht, wenn:

- schwer angehbare Persönlichkeit
- langjährige fortschreitende Deliktvorgeschichte
- sadistische Tatelemente

z.B. Täter, die infolge Tötungs- oder Sexualdelikte **grosse Drittfährlichkeit** manifestieren und eine **schlechte Legalprognose** bzw. **hohes Rückfallrisiko** aufweisen

→ z.B. wenn jemand nicht therapierbar ist, dann besser in den Strafvollzug oder in die Verwahrung stecken, weil sonst sind Plätze blockiert für Patienten, die tatsächlich therapierbar sind

→ Nicht therapierbare Patienten zerstören auch das Klima für alle anderen Patienten

7.4 Stationäre Behandlung

7.4.1 Voraussetzungen (StGB 59)

Voraussetzungen für eine **stationäre Massnahme** nach StGB 59:

- **Schwere psychische Störung:**
 - schwere Verhaltensstörungen
 - schwere Entwicklungsstörungen
 - schwere Persönlichkeitsstörungen
 - affektive Störungen
 - Schizophrenie
 - organische Störungen
 - andere → z.B. pathologisches (krankhaftes) Glücksspiel etc.
- **Zusammenhang** zw. **Störung** und dem begangenen **Delikt**

- wenn zu **erwarten** ist, dass durch die **stationäre Massnahme weitere Delikte verhindert** werden können

7.4.2 Vollzug (StGB 59)

- **Vollzug** erfolgt in **psychiatrischen Einrichtungen** oder **Massnahmenvollzugseinrichtung**
- bei **gefährlichen Tätern** erfolgt der **Vollzug** in einer **geschlossenen psychiatrischen Klinik** oder in einer **geschlossenen Strafanstalt**
- die stationäre Massnahme dauert **höchstens 5 Jahre**. Das **Gericht** kann – auf Antrag der Vollzugsbehörde (bei **erneuter Begutachtung**) – eine **Verlängerung** um **jeweils 5 weitere Jahre** anordnen → **jedes Jahr muss überprüft werden**
- der Täter wird aus dem **stationären Vollzug** der Massnahme **bedingt entlassen**, sobald sein **Zustand** es **rechtfertigt (Prognose)**

7.4.3 Voraussetzungen (StGB 60)

Voraussetzungen für eine **stationäre Massnahme** nach StGB 60 (**Sucht**):

- **Abhängigkeit** von **Suchtstoffen** oder in **anderer Weise**
 - Alkohol
 - psychotrope Substanzen (z.B. LSD, Heroin, Kokain etc.)
 - Medikamente
- **Zusammenhang** zw. **Abhängigkeit** und begangenen **Delikt**
- wenn zu **erwarten** ist, dass durch die stationäre **Massnahme weitere Delikte verhindert** werden können

7.4.4 Vollzug (StGB 60)

- **Vollzug** erfolgt in einer **spezialisierten Einrichtung** oder wenn nötig, in einer psychiatrischen Klinik. Sie ist den besonderen Bedürfnissen des Täters und seiner Entwicklung anzupassen.
- der mit der stationären Behandlung **verbundene Freiheitsentzug** beträgt in der Regel **höchstens 3 Jahre**.
- Sind nach **3 Jahren** die **Voraussetzungen** für eine **bedingte Entlassung** noch **nicht gegeben (Prognose)**, kann der **Richter** die **Verlängerung** um **jeweils 1 Jahr** verfügen. Die **Höchstdauer** der Behandlung darf aber insgesamt **6 Jahre nicht überschreiten**.

7.4.5 Voraussetzungen (StGB 61)

Voraussetzungen für eine **stationäre Massnahme** nach StGB 61 (**junge Erwachsene**):

- **Täter** ist zum **Zeitpunkt** der **Tat** noch **nicht 25 Jahre** alt
- **erhebliche Störung** in der **Persönlichkeitsentwicklung (Entwicklungsstörung)**

- **Kausalzusammenhang** zw. **Störung** und begangenen **Delikt**
- wenn zu **erwarten** ist, dass durch die stationäre **Massnahme weitere Delikte verhindert** werden können → Einweisung in eine **Einrichtung für junge Erwachsene**

7.4.6 Vollzug (StGB 61)

- Dem **Täter** sollen die **Fähigkeiten** vermittelt werden, **selbstverantwortlich** und **straffrei zu leben**. Insbesondere ist seine **berufliche Aus- und Weiterbildung zu fördern**.
- der mit der Massnahme **verbundene Freiheitsentzug** beträgt **höchstens 4 Jahre**. Bei einer **Rückversetzung** darf er **insgesamt** die Dauer von **6 Jahren nicht überschreiten**. Diese **Massnahme ist spätestens aufzuheben**, wenn der Täter das **30. Altersjahr vollendet** hat.
- Wurde der Täter **auch** wegen einer **vor dem 18. Altersjahr begangenen Tat verurteilt**, so kann die **Massnahme** in einer **Einrichtung für Jugendliche vollzogen** werden.

7.5 Ambulante Massnahmen

7.5.1 Voraussetzungen (StGB 63)

Voraussetzungen für eine **ambulante Massnahme** nach StGB 63:

- **Schwere psychische Störung** und / oder **Abhängigkeit / Sucht** (siehe bei StGB 60)
 - schwere Verhaltensstörungen
 - schwere Entwicklungsstörungen
 - schwere Persönlichkeitsstörungen
 - affektive Störungen
 - Schizophrenie
 - organische Störungen
 - andere → z.B. pathologisches (krankhaftes) Glücksspiel etc.
- **Zusammenhang** zw. **Störung** und dem begangenen **Delikt**
- wenn zu **erwarten** ist, dass durch die **ambulante Massnahme weitere Delikte verhindert** werden können (Prinzip der **Subsidiarität** und **Verhältnismässigkeit**) → **wenn möglich ambulante Massnahme anordnen, weil milderer Mittel**
- **Gericht kann** (muss aber nicht) den **Vollzug** einer zugleich ausgesprochenen **unbedingten Freiheitsstrafe** zu Gunsten einer **ambulanten Behandlung aufschieben**
- die ambulante Behandlung darf in der Regel **nicht länger als 5 Jahre** dauern.

7.5.2 Vollzug der Freiheitsstrafe (StGB 63 b)

- **Erfolgreicher** Massnahmeverlauf → aufgeschobene **Freiheitsstrafe** wird **nicht mehr vollzogen**
- **Nicht erfolgreich** abgeschlossene ambulante Behandlung (**Aussichtslosigkeit, Erreichen der**

gesetzlichen **Höchstdauer, Erfolglosigkeit**) → **Freiheitsstrafe** wird **nachträglich vollzogen**

- **Gerich** entscheidet darüber, inwieweit der mit der ambulanten **Behandlung verbundene Freiheitsentzug** an die **Strafe angerechnet** wird
- **Anstelle** des **Strafvollzugs** kann das **Gericht** eine **stationäre** therapeutische **Massnahme** (StGB 59-61) anordnen, wenn zu **erwarten** ist, dass sich dadurch die **Gefahr weiterer**, mit dem **Zustand** des **Täters** in **Zusammenhang** stehender **Verbrechen** und **Vergehen** begegnen liesse.

7.5.1 Differenzierte Massnahmeempfehlung: Leitfall

→ Nicht angeschaut

Optionen?

- **Stationäre** therapeutische Massnahmen
 - Behandlung von psychischen Störungen nach Art. 59 StGB
 - Suchtbehandlung nach Art. 61 StGB
 - Massnahme für junge Erwachsene nach Art. 61 StGB
- **Ambulante** Behandlung nach Art. 63 StGB
- Schutzmassnahme nach JStGB

MASSNAHMEEMPFEHLUNG LEITFALL

Massnahmenempfehlung:

- (1)Prognose: CATS \geq 5 (höchste Kategorie) & VRAG Kategorie 6 (RF 10 J. = 58 %)
- (2)Massnahmebedürftigkeit: Schwere Störung
- (3)Massnahmefähigkeit?
- (4)Umsetzbarkeit?



8 Zwangsbehandlung

8.1 Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Beschreibung

- während einer **Kurznaarkose** werden mittels **Stromimpulsen Krampfanfälle** ausgelöst
- **Forschungsdaten** deuten darauf hin, dass es durch die **regelmässig** mittels **EKT ausgelösten Anfälle** zu einer **Anpassung im Hirn** kommt, welche **primär** dazu dient, **weitere Anfälle zu erschweren** (Schutzfunktion).
- **diese Veränderung** im **Hirn** hat einen **heilenden Effekt** auf **psychiatrische Erkrankungen**
- durch EKT werden **Regenerationsprozesse** im **Hirn ausgelöst**, wodurch es zu **Linderung** der **psychischen Symptome** kommt
- **potentielle Risiken** wurden im Laufe der Zeit **vermindert**
- viele wissenschaftlich hochwertige Studien belegen die hohe Sicherheit des EKT in ihrer heutigen Form
- **EKT-Behandlung** wird **meist ambulant** durchgeführt
- **besonders gut wirksam** ist EKT bei **schwere Depressionen** → wird **insbesondere** bei **schwer behandelbaren Depressionen** durchgeführt
- bei **Manie** und **manchen Formen** der **Schizophrenie** kann EKT auch **hilfreich** sein
- es **kommt nicht** auf das **Alter an**, sondern auf die **körperliche Verfassung**. Man muss **wiederholte Kurznaarkosen gut vertragen**.
- **Häufige Nebenwirkungen** des EKT sind → **Kopfschmerzen, Muskelkater, Übelkeit**
- **vorübergehend** kann auch **Gedächtnis beeinträchtigt** sein, dies **bildet** sich aber meistens **innert 2-3 Wochen** nach der Behandlung zurück
- EKT wird eigentlich **nur mit Einwilligung** des **Patienten durchgeführt**
- **Ausnahme** → bei **lebensbedrohlichen Notfällen**, wird EKT als **Notfallmassnahme** auch **ohne Einwilligung** durchgeführt. Ist aber **streng geregelt**.
- am **Anfang** der **Behandlungsserie** werden **3 Behandlungen pro Woche** gemacht.
- **Nach 6 Behandlungen** kann sich der **Zustand** bereits **verbessern**.
- **Nach 12-18 Behandlungen** ist **spürbare Verbesserung** oder sogar **vollständige Genesung** möglich
- Danach werden **Häufigkeit** und **Intensität laufend reduziert**

8.2 Urteile Bundesgericht

8.2.1 Zwangsweises EKT

EKT-Behandlung ist **Grundrechtseingriff** in **körperliche** und **geistige Integrität** (BV 10 Abs. 2) und die **menschliche Würde** (BV 7)

→ braucht formelle gesetzliche Grundlage und muss durch öff. Interesse oder durch den Schutz Grundrechte

Dritter gerechtfertigt und verhältnismässig sein. Braucht Interessensabwägung, wobei das öff. Interesse, die Notwendigkeit der Behandlung, die Auswirkungen der Nicht-Behandlung und die Prüfung von Alternativen sowie Beurteilung von Selbst- und Fremdgefährdung

Gericht entscheidet über die **Sanktion**, die **Art der Sanktion** und die **Reihenfolge**

Vollzugsbehörden beurteilen die **Wirksamkeit** oder **Erfolglosigkeit** der **Massnahme** und **können Zwangsmassnahmen** (Zwangsmedikation, zwangsweises EKT) **anordnen**, wenn diese im **vorgegebenen Rahmen** (Massnahmezweck und Behandlungsart) des **Strafurteils** liegen

In der **Behandlungsempfehlung** zur EKT wird **nur** die **freiwillige Durchführung** thematisiert, aber **nicht** die **zwangsweise Durchführung**

→ wie holt man eine **Einwilligung** ein, wenn der **Patient nicht urteilsfähig** (z.B. Schizophrene Phase) ist?

Zur **zwangsweisen Durchführung** von EKT gibt es **keine Studien**, weil es **zu wenig verfügbare Testpersonen** gibt

→ **Zwangsbehandlungen** müssen **immer** von **Gerichten angeordnet** bzw. im **Urteil vorgesehen** sein, **Vollzugsbehörden** dürfen die **Zwangsbehandlungen nicht selbstständig** anordnen

→ **Anordnung** durch **Gericht**, weil **Eingriff in Grundrechte**

→ **Zwangsmedikation** kann **nur für 6 Monate angeordnet** werden und muss **dann verlängert** werden (wieder für 6 Monate)

→ **lebenslange Zwangsmedikation** wurde vom **Gericht abgelehnt**

→ wenn das **Strafurteil** eine **EKT-Behandlung nicht inkludiert**, dann ist die **zwangsweise Anordnung** durch **JUWE nicht zulässig**

→ wenn **Gericht Massnahme** nach **StGB 59** anordnet, dann ist **zwangsweises EKT** und **Zwangsmedikation nicht automatisch erfasst**, das müsste **explizit im Urteil stehen**

→ nur weil **Zwangsmedikation** vom **Urteil abgedeckt** ist, heisst das **nicht**, dass auch **automatisch zwangsweise EKT-Behandlung** davon **abgedeckt** ist

8.2.2 Zwangsweise Medikation

Zwangsmedikation muss sich auf ein **formelles Gesetz stützen**.

Patientengesetz ZH (PatientenG ZH) ist **formelles kantonales Gesetz**

Gesetz gilt gem. Art. 1 Abs. 1 lit. a bei der **medizinischen Versorgung** in **Spitälern**

Gem. **Art. 1 Abs. 2 und 3** gelten die **Bestimmungen** des 3. Abschnitts (**Zwangsmassnahmen**) auch für **ambulante Institutionen** und für **Justizvollzug**

Art. 24 ff. regelt die **Zwangsmassnahmen**

Art. 24 Abs. 1 lit. b → **Freiheitseinschränkende Massnahmen** und **Zwangsbehandlungen** gegen den **Willen** der Patienten sind **zulässig** unter anderem bei **Personen im Straf- oder Massnahmenvollzug**.

Freiheitseinschränkende Massnahmen (Art. 25) → Einschränkung der Bewegungsfreiheit und des schriftlichen Verkehrs mit Dritten

Zwangsmedikation (Art. 26 Abs. 1) → Behandlungen von körperlichen und psychischen Krankheiten können in **Notsituationen** durchgeführt werden, um eine **ernsthafte** und **unmittelbare Gefahr** für die **Gesundheit** oder das **Leben** der **betroffenen Person** oder von **Dritten** abzuwenden

Art. 26 Abs. 2 → eine **länger dauernde medikamentöse Behandlung** kann durchgeführt werden wenn:

- **Lit. a** → nach **Massgabe** des **Einweisungsgrunds medizinisch indiziert** ist und die nötige persönliche Fürsorge **nicht** durch eine **mildere Massnahme** erbracht werden kann, **oder**
- **Lit. b** → damit eine **ernsthafte und unmittelbarer Gefahr** für die **Gesundheit** oder das **Leben Dritter** abgewendet werden kann

Zwangsmedikation ist **Grundrechtseingriff** in **körperliche** und **geistige Integrität** (BV 10 Abs. 2) und die **menschliche Würde** (BV 7)

→ braucht formelle gesetzliche Grundlage und muss durch öff. Interesse oder durch den Schutz Grundrechte Dritter gerechtfertigt und verhältnismässig sein. Braucht Interessensabwägung, wobei das öff. Interesse, die Notwendigkeit der Behandlung, die Auswirkungen der Nicht-Behandlung und die Prüfung von Alternativen sowie Beurteilung von Selbst- und Fremdgefährdung

→ **Zwangsmedikation** ist **zulässig**, wenn die Person eine **Gefahr für Leib und Leben Dritter** darstellt (z.B. weil sie sehr aggressiv ist und Pflegepersonal körperlich attackiert und bedroht) und sich der **Gesundheitszustand** der Person **stetig verschlechtert**, somit auch der Leidenszustand der Person zunimmt

→ wenn **Nebenwirkungen** der **Zwangsmedikamente** auf ein **Mindestmass reduziert** werden, dann sind Zwangsmedikamente **zulässig**, wenn sie der **Verbesserung** des **Gesundheitszustands** dienen und der **Abwendung** einer **Gefährdung Dritter** und **keine milderer Mittel** ersichtlich sind.

9 Behandlung, Behandlungsziel, Behandlungserfolg und Aussichtslosigkeit (Strafrecht)

9.1 Zusammenhang zw. Diagnose und Behandlung?

- Gutachter war der Meinung, es liege keine schwere psychische Störung vor, denn Täter hatte nur narzisstische und antisoziale Persönlichkeitszüge (Dominanzeffekt), die aber nicht schwer genug waren für eine Persönlichkeitsstörung gem. ICD-10 oder DSM-5
- allerdings war der Gutachter der Meinung, die Persönlichkeitszüge des Täters hängen mit seiner Lebenssituation und seiner Delinquenz zusammen.
- Gem. Gutachter könnte man eine Therapie anordnen um die hoher Gefahr weiterer Gewalt- und Sexualdelikte zu senken, allerdings sind die Erfolgsaussichten gering.
- BGer: Beurteilung der rechtlichen Relevanz der medizinischen Diagnose obliegt dem Gericht. Auch wenn keine forensisch relevante Störung (i.S.v. ICD-10 oder DSM-5) vorliegt, kann aus rechtlicher Sicht trotzdem eine schwere Störung vorliegen und eine Massnahme nach StGB 59 angeordnet werden

→ für eine **schwere psychische Störung** für die **Anordnung** einer **Massnahme** nach **StGB 59** braucht es **keine Störung** i.S.v. ICD-10 oder DSM-5, sondern es **genügen narzisstische Züge** und **Dominanzeffekt**

9.2 Recht auf Behandlung / Therapie?

Täter war **geheilt**, aber er wollte noch **weiter therapiert** und **nicht entlassen** werden, weil ihm die **Ausschaffung** drohte

Die **Therapie** dient der **Reduktion** der **Gefährlichkeit** des Täters (**Schutz der Öffentlichkeit**) und **nicht** den **privaten Interessen** des Täters. Sobald das Therapieziel (Reduktion Gefährlichkeit) erreicht ist, wird er entlassen

→ man hat **keinen Anspruch** darauf, **weiter therapiert** zu werden, wenn das **Therapieziel** (Reduktion Gefährlichkeit) **erreicht** wurde

9.3 Therapierbarkeit

9.3.1 Begriff

Trennbegriff zwischen:

- Straflosigkeit → Schuldunfähigkeit
- Massnahme (StGB 59)
- Verwahrung (StGB 64)

Therapierbarkeit ist **gegeben**, wenn die **Möglichkeit** besteht, dass **Rückfallgefahr** (auch **nur minimal**) **besser** wird wenn **Täter** eine **Therapie** bekommt

9.3.2 Therapierbarkeit am Anfang

→ **erstes Therapieziel** kann auch darin bestehen, beim **Täter** die **Motivation** zur **Therapie** zu **wecken** bzw. **Einsicht** und **Therapiewilligkeit**

→ **entscheidend** ist, ob der **Täter** eine **minimale Motivierbarkeit** für die **Therapie erkennen** lässt, wenn **nicht**, dann ist die **Therapie aussichtslos**

9.3.3 Therapierbarkeit herstellen

Stationäre Massnahme, damit der **Täter psychisch stabilisiert** wird. Der **Täter** hat **nichts** in einem **Gefängnis** verloren, sondern gehört in eine stationäre Massnahme (**Fehlplatzierung**).

Eine **stabile psychische Situation** kann **therapeutisch erarbeitet** werden.

→ wenn **Täter falsche Diagnose erhalten**, dann werden sie natürlich **auch falsch behandelt** und dann bringt auch eine **Verlängerung der Massnahme nichts**, weil sie ihr **Ziel gar nie erreichen** können

9.3.4 Therapierbarkeit während oder am Ende

Therapierbarkeit durch **Vollzugslockerung** statt **Verwahrung**

Täter war **nicht mehr therapierbar**, aber man machte **Vollzugslockerung** statt **Verwahrung**, damit er im **Alltag «üben»** kann und dadurch **wieder therapiefähig** wurde, weil man schauen konnte, ob er das Gelernte umsetzen kann

Lockerungen sollen **Patienten** zu **mehr Therapie motivieren**, weil sie sehen, dass es etwas nützt

9.3.5 Fehlende Therapierbarkeit – Verwahrung

Umwandlung einer **stationären Massnahmen** in **Verwahrung**

Bisherige Therapieversuche waren **suboptimal**, weil **unpassende Therapeutin** und **gewählte Therapiemethode nicht ideal**. Somit wurde **Täter** vermutlich der **falschen Behandlung** zugeführt.

Problem → **Therapiefähigkeit** ist **nicht** wegen der **gescheiterten Therapie nicht mehr gegeben**, sondern weil sich im **Laufe** dieser **Therapie gezeigt** hat, dass **Täter** völlige **Nicht-Erreichbarkeit** hat aufgrund seiner ausgeprägten dissozialen Persönlichkeitsstörung, der mangelnden Gruppenfähigkeit und der fehlenden Motivation. Trotz **intensiver Bemühungen** ist es **nicht** einmal im **Ansatz gelungen**, auch **nur** einen **Zugang** zu ihm **herzustellen**.

→ weitere therapeutische Optionen seien nicht mehr verfügbar

→ **Therapiefähigkeit ist nicht gegeben**, daher auch **keine Therapiemöglichkeit mit Aussicht auf Erfolg**

→ dass die **erste Therapie falsch** angepackt wurde und **gescheitert** ist, ist **insofern irrelevant**, weil es an der **Therapiefähigkeit des Täters fehlt**, das **Ergebnis** also **auch** bei einer **korrekten Therapie** das **Gleiche** gewesen wäre

10 Ambulante forensische Suchtmassnahmen

10.1 Grundlagen der Abhängigkeitserkrankungen

10.1.1 Berauscht euch mit Wein, mit Versen oder mit Tugend

- Zu Beginn des 20. Jahrhunderts ausgehend von China in allen westlichen Ländern "Opiumhöhlen" oder – "Rauchersalons der Morphinisten"
- Mariani-Wein: Papst Leo XIII, Königin Victoria, Jules Verne, Alexandre Dumas
- Laudanum: Opiumtinktur, von Paracelsus als „Stein der Unsterblichkeit“, prominente Konsumenten z.B. Coleridge und De Quincey („Bekenntnisse eines englischen Opiummessers“)
- Alkohol: Literaturnobelpreisträger wie Hemingway, Steinbeck oder Faulkner waren alkoholabhängig
- «die grüne Fee» Absinth: Werke von Manet, Picasso und Zola
- Heroin in der Rock-, Punk- und Jazz-Szene der 1970er und 1980er Jahre, vgl. Tod der Sängerin Janis Joplin

10.1.2 Eine Annäherung

«Ich möchte eine kurze Definition versuchen:

Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische (**körperliche**), psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört.»

→ **Abhängigkeitserkrankung**

→ es gibt auch **Konsumverhalten**, das **keine psychiatrische Relevanz** hat, weil es unproblematisch ist, z.B. Rauchen

10.1.3 Sozialwissenschaftliche Suchtforschung

«**Erfindung der Sucht**» → da es **Rauschmittel** in der **Geschichte** der **Menschheit** immer gab, von **Suchtkrankheit** dagegen erst **seit 200 Jahren** die Rede sei, sei die **Charakterisierung** als **Krankheit** eine soziale Konstruktion.

Gegen den **Krankheitscharakter** von **Sucht** sprächen:

- die Unauffindbarkeit **biologisch-somatischer Ursachen**
- die Tatsache, dass Sucht **kein individuelles**, sondern ein durch und durch **soziales Geschehen** ist
- die **Unnötigkeit** einer spezifisch **medizinischen Behandlung** jenseits des **körperlichen Entzugs**
- die **negativen Folgen** einer **Pathologisierung** der **Betroffenen** im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung

«**nondisease approach**» → eingeschliffene Reaktion auf bestimmte Lebensprobleme, die zu einem hohen Preis spezielle Belohnungen gefühlsmässiger Art garantiert.

→ wurde verworfen, **Sucht ist eine Krankheit**

10.1.4 Häufigkeit und Folgen von Substanzkonsum

Global burden of disease 2019

| Leading risks 1990 | Percentage of DALYs 1990 | Leading risks 2019 | Percentage of DALYs 2019 | Percentage change in number of DALYs, 1990-2019 | Percentage change in age-standardised DALY rate, 1990-2019 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---|--|
| 1 Child wasting | 11.4 (9.5 to 13.6) | 1 High systolic blood pressure | 9.3 (8.2 to 10.5) | 53.1 (43.0 to 62.7) | -27.0 (-31.7 to -22.6) |
| 2 Low birthweight | 10.6 (9.9 to 11.4) | 2 Smoking | 7.9 (7.2 to 8.6) | -24.3 (-35.9 to -12.9) | -39.0 (-43.1 to -34.3) |
| 3 Short gestation | 8.7 (8.1 to 9.5) | 3 High fasting plasma glucose | 6.8 (5.8 to 8.0) | 172.9 (110.0 to 235.7) | 7.4 (1.5 to 13.8) |
| 4 Household air pollution | 8.0 (6.2 to 10.0) | 4 Low birthweight | 6.3 (5.5 to 7.3) | -41.4 (-49.7 to -31.0) | -41.3 (-49.6 to -30.5) |
| 5 Smoking | 6.2 (5.8 to 6.6) | 5 High body-mass index | 6.3 (4.2 to 8.6) | 138.2 (105.1 to 186.9) | 18.0 (2.2 to 42.3) |
| 6 Unsafe water | 6.2 (4.7 to 7.6) | 6 Short gestation | 5.5 (4.7 to 6.3) | -38.9 (-47.3 to -28.0) | -38.9 (-47.4 to -27.9) |
| 7 High systolic blood pressure | 5.9 (5.3 to 6.5) | 7 Ambient particulate matter | 4.7 (3.8 to 5.5) | 67.7 (27.9 to 126.1) | 0.3 (-21.2 to 30.7) |
| 8 Child underweight | 4.9 (3.9 to 6.3) | 8 High LDL cholesterol | 3.9 (3.2 to 4.7) | 41.5 (31.1 to 50.4) | -32.2 (-36.7 to -27.8) |
| 9 Unsafe sanitation | 4.6 (3.7 to 5.6) | 9 Alcohol use | 2.7 (1.3 to 4.1) | -70.1 (-77.3 to -62.9) | -24.7 (-29.2 to -17.1) |
| 10 Handwashing | 3.2 (2.3 to 4.0) | 10 Household air pollution | 3.6 (2.7 to 4.6) | -56.1 (-64.7 to -45.0) | -68.2 (-74.0 to -61.6) |
| 11 High fasting plasma glucose | 3.0 (2.5 to 3.5) | 11 Child wasting | 3.3 (2.6 to 4.1) | -71.7 (-77.4 to -65.2) | -72.9 (-78.4 to -66.6) |
| 13 Ambient particulate matter | 2.7 (1.8 to 3.8) | 13 Unsafe water | 2.6 (1.9 to 3.3) | -59.3 (-68.1 to -46.7) | -65.9 (-73.0 to -55.4) |
| 14 High LDL cholesterol | 2.7 (2.2 to 3.2) | 17 Unsafe sanitation | 1.6 (1.3 to 2.1) | 65.5 (-72.9 to -54.8) | -71.0 (-77.0 to -61.8) |
| 15 Alcohol use | 2.6 (2.3 to 2.9) | 19 Handwashing | 1.3 (0.9 to 1.8) | -58.7 (-65.9 to -49.8) | -64.2 (-70.5 to -56.3) |
| 16 High body-mass index | 2.6 (1.5 to 4.0) | 22 Child underweight | 1.1 (0.9 to 1.4) | -77.8 (-82.7 to -71.7) | -79.5 (-84.0 to -73.8) |

Hauptursache für frühzeitige Todesfälle in CH

Tabak

Alkohol → Alkohol führt oft zu Gewaltdelikten

Komorbidität → 2 zusammenhängende Störungen (z.B. Schizophrenie und Alkoholsucht)

10.1.5 Definition und Einteilung nach ICD-10

Überblick und Nomenklatur F1x.x

| | |
|---|-----------------------------|
| F10 Alkohol | 1. Akute Intoxikation |
| F11 Opioide | 2. Schädlicher Gebrauch |
| F12 Cannabinoide | 3. Abhängigkeitssyndrom |
| F13 Sedativa und Hypnotika | 4. Entzugssyndrom |
| F14 Kokain | 5. Entzugssyndrom mit Delir |
| F15 Stimulantien | 6. psychotische Störung |
| F16 Halluzinogene | 7. amnestisches Syndrom |
| F17 Tabak | |
| F18 flüchtige Lösungsmittel | |
| F19 Multipler Substanzgebrauch und sonstige | |

→ Alles unter F 1x.x

→ **Akute Intoxikation (relevant für Juristen bzgl. Steuerungsfähigkeit)** → häufige Konstellation, in der man Delikte begeht; oftmals geben Personen an, dass sie sich nicht erinnern können aufgrund akuter Intoxikation → muss man genau anschauen

→ **Achtung: Toleranzeffekt** → wichtig die Toleranz zu eruieren, weil man mit gleicher Menge Alkohol unterschiedlich stark berauscht sein kann, abhängig von der Toleranz / Gewöhnung

→ **Misch-Intoxikation** → verschiedene Substanzen werden zusammen konsumiert

→ Substanzen beeinflussen sich gegenseitig

→ Kombination: **Alkohol** und **Kokain** → Kokain **verlangsamt** Alkohlwirkung

→ **Entzugssyndrom beeinträchtigt Steuerungsfähigkeit** → kalten Entzug in U-Haft verhindern / vermeiden, insbesondere bei Abhängigkeit von Opioiden

Schädlicher Gebrauch

- **Ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt** (körperlich oder psychisch. Eine akute Intoxikation oder ein «Kater» beweisen alleine noch nicht den schädlichen Gesundheitsschaden) → müssen **bleibende** Gesundheitsschäden sein

- **klarer Nachweis**, dass der **Substanzgebrauch verantwortlich** ist oder wesentlich dazu **beitragen** hat
- **schädlicher Gebrauch** ist bei einem **Abhängigkeitssyndrom nicht** zu diagnostizieren → ist dann **Abhängigkeit und kein schädlicher Gebrauch**
- **Kein schädlicher Gebrauch** = Normschwelle ist nach oben gerückt → **Körperliche Veränderung** vorausgesetzt
- **Nur illegal** heisst **nicht** schon, dass **psychiatrisch relevant**
- Wenn über Jahre 1x in der Woche **koksen** und **Nasenscheidewand** dies **mitmacht** und **Person nicht beeinträchtigt** → **kein schädlicher Gebrauch**

Abhängigkeitssyndrom

Mindestens 3 der folgenden **Kriterien** für **1 Monat durchgehend** oder **über 12 Monate wiederholt**

- **starker Wunsch** oder eine **Art Zwang**, psychotrope Substanzen zu **konsumieren**
- **verminderte Kontrollfähigkeit** bzgl. des **Beginns**, der **Beendigung** und der **Menge** des Konsums
- **körperliches Entzugssymptom** bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
- **Nachweis** einer **Toleranz**. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- **Fortschreitende Vernachlässigung** anderer **Vergnügungen** oder **Interessen** zugunsten des Substanzkonsums
- Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum **trotz Nachweis** eindeutiger **schädlicher Folgen** körperlicher oder psychischer Art

→ man kann auch von **mehreren Substanzen abhängig** sein

Systemischer Ansatz

Die ICD 10 definiert und erklärt mit einer individual-zentrierten Symptom bzw. Defizit-Orientierung Krankheiten „linear“

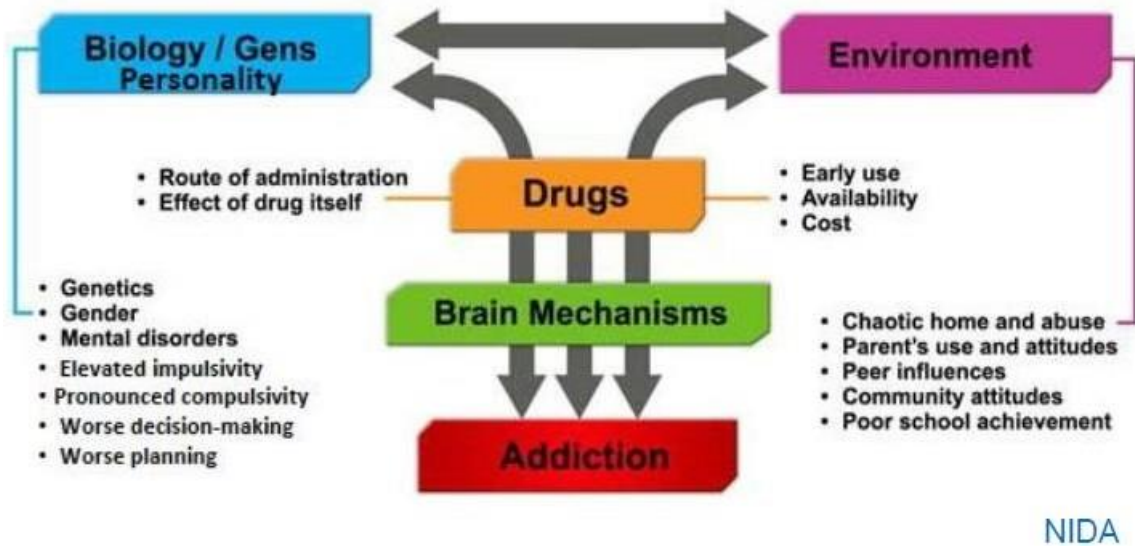
Die **ICF*** beschreibt ergänzend dazu auch die retrospektivischen, perspektivischen und kontextuellen Folgen einer Krankheit/Störung für den Betroffene

*International Classification of Functioning, Disability and Health



10.1.6 Ätiopathogenese von Abhängigkeit

Allgemeines Entstehungsmodell

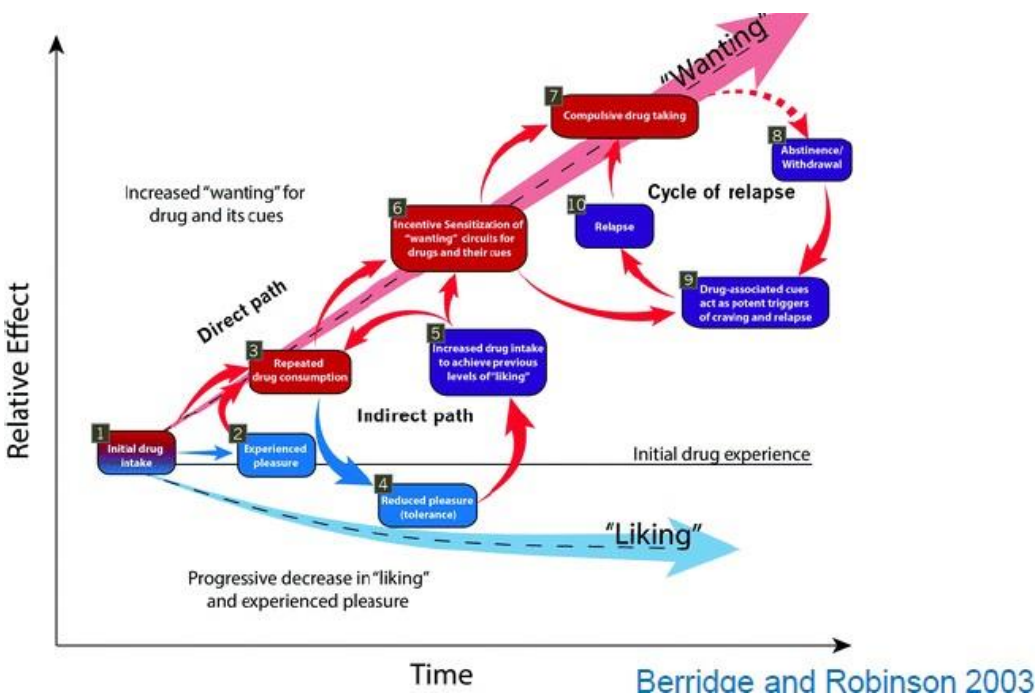


→ **Psychotrope Substanzen** docken an Neurotransmitter im Gehirn an

→ wie stark die Substanzen wirken, hängt von verschiedenen Faktoren ab, z.B. Genetik (wenn Eltern abhängig waren, dann erhöhtes Risiko ebenfalls abhängig zu werden)

Substanzen = Psychoaktive Neurostoffe → Verstärkung von endogenen Prozessen

Incentive Salience Theorie

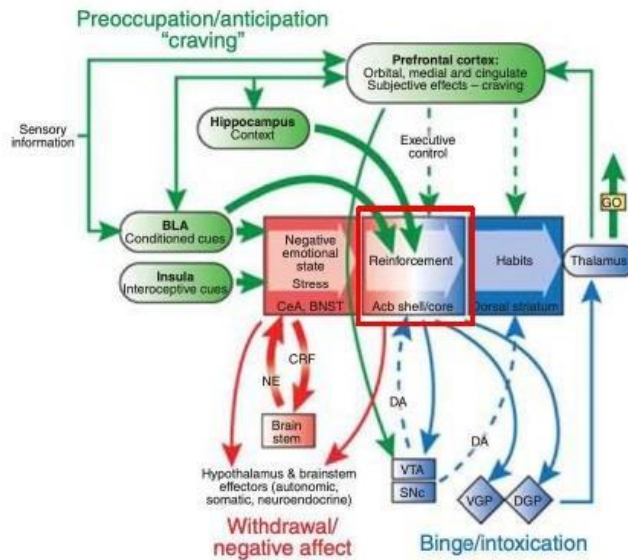
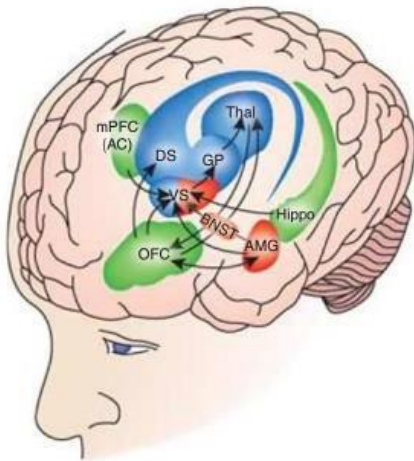


1 **Liking** → Substanz wird konsumiert um den **Effekt** zu haben

2 **Wanting** → ohne Substanz fühlt man sich schlecht, Konsum der Substanz nur noch, um sich **nicht mehr schlecht** zu fühlen (z.B. Entzugssymptome)

Enzymatische Veränderung → Körper hat Toleranz aufgebaut

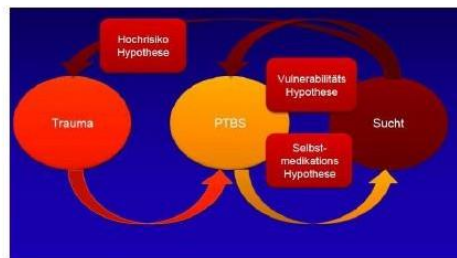
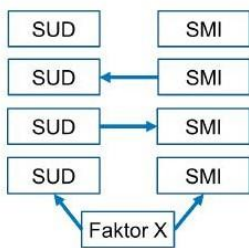
Neurobiologische Strukturen



Neurocircuitry of Addiction

10.1.7 Psychische Komorbiditäten bei Substanzstörungen – Das Konzept Dual-/Doppeldiagnose

Dualdiagnose = Das gleichzeitige Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung (SUD) und einer weiteren psychischen Erkrankung (SMI).



(Mögliche Zusammenhänge zw. SUD und SMI, re. beispielhaft für PTSD)

! Dualdiagnosen sind häufig und klinisch relevant, werden aber nur selten integriert behandelt

PTBS führt oft zu **Sucht**, weil man **Flashbacks** hat und diese **betäuben** will (Alkohol, Cannabis, Benzos, Opiode etc.)

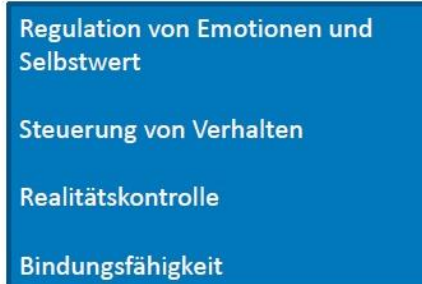
Traumaentwicklung muss **mitbehandelt** werden!

10.1.8 The Self Medication Hypothesis of Addictive Disorders

Disposition für **Entwicklung** einer **Substanzabhängigkeit** wegen **quälender emotionaler Zustände** und damit zusammenhängender **psychiatrischer Störungen**.

ICH- Struktur

- Selbstwahrnehmung
- Selbststeuerung
- Abwehr
- Objektwahrnehmung
- Kommunikation
- Bindung



→ Menschen wollen ihre **Emotionen regulieren**, d.h. **negative Emotionen wegmachen** und **Selbstwert erhöhen**

→ wenn man seine eigenen **Emotionen nicht differenzieren** und **kommunizieren** kann, dann ist man **anfälliger für Sucht** → Einfluss auf Vulnerabilität

→ wenn in **ICH-Struktur** hoch **entwickelt** → **kleinere Vulnerabilität** bzgl. **Abhängigkeit**

10.1.9 Sucht als Traumafolgestörungen

ganzes Kapitel übersprungen

Süchtige weisen **strukturelle Störungen** auf: Die Ich-Funktionen der Selbstregulation und der Selbstfürsorge eingeschränkt.

Diese Ich-Funktionen können:

- konflikthaft eingeschränkt sein
- regressiv vorübergehend nicht zur Verfügung stehen
- oder wegen früherer Beziehungserfahrungen gar nicht erst in genügender Weise ausgebildet worden sein

Adverse Childhood Experiences (ACE)

- Gewalt
- Vernachlässigung, Verwahrlosung
- Beschämung, Beschimpfung
- Chronischer Stress / Traumatisierung

Typ II-Traumatisierungen

- lang andauernde, serielle und kumulative Traumatisierungen
- politische Gewalt, Folter, Konzentrationslagerhaft, Geiselnahme
- sexuelle Gewalt an und Vernachlässigung von Kindern

Chronische Beziehungstraumatisierung

- Machtausübung
- Degradierung und Entwertung
- kognitive Verdrehungen
- physisches und emotionales Alleinlassen
- Verrat
- Verweigerung der emotionalen Verfügbarkeit
- Parentifizierung
- Externalisierung negativer Selbstanteile
- Induktion von Schamgefühlen



10.1.10 Circulus vitiosus der Traumefolgestörung



- Wahl der konsumierten Suchtmittel nicht zufällig
- Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der psychopharmakologischen Wirkung der Substanz und den schmerzlichen affektiven Zuständen, unter denen die Patienten leiden



Seite 24 10.05.2023 Klinik für Forensische Psychiatrie, Zentrum für Ambulante Forensische Therapie, Ambulante Forensische Therapie Erwachsenenforensik

→ **Opiate:** Wenn erste Toleranzentwicklung überstanden: Positive Gefühle (bspw. wer nie Mutterliebe verspürt hat und mit Opiate sich warm fühlt)

10.1.11 Abhängigkeitsdynamik, Konflikt und Struktur in der OPD 2

Tab. 2 Formulierung der Suchtspirale im Fallbericht

| Beschreiben Sie bitte, | | OPD 2 Fokus |
|--|---|--|
| ... welche konkrete Funktion das Suchtmittel im Leben des Patienten hat: | <i>Im Konsum konnte er mit anderen zusammen sein. Der Konsum dient ihm dazu, seine Stimmung zu regulieren. Sich und die anderen zu ertragen ist unter Konsum für ihn leichter.</i> | ST. 2.1 Impulssteuerung, K4 Selbstwertkonflikt |
| ... welche Gewöhnung im Alltag sich daraus ergeben hat: | <i>Die beruhigende Wirkung hat zu einer hohen Gewöhnung geführt. Fast täglich wird konsumiert und in vielen verschiedenen Situationen.</i> | K4 Selbstwertkonflikt |
| ... wie es dadurch zur Konsumsteigerung kommt: | <i>Die Konsumsteigerung war deutlich erkennbar, hat aber schon vor langer Zeit ein Maximum erreicht. Eine weitere Dosissteigerung vermeidet er und auch eine Ausweitung auf andere Stoffe fand nicht statt.</i> | |
| ... welche dauerhafte Schädigung dadurch entstanden ist: | <i>Es fand keine Ausbildung oder adäquate Schuldbildung statt. Das soziale Netz ist eingeschränkt und er ist von der Sozialhilfe abhängig. Die Fähigkeit zur Selbstregulation ist durch „Nichtgebrauch“ immer schlechter. Keine körperlichen Schäden erkennbar.</i> | ST. 2.2. Affekttoleranz, K4 Selbstwertkonflikt |
| ... wie die Schädigung die Problematik, die zum Suchtmittel Einsatz führt, weiter verändert: | <i>Die desolante soziale Situation setzt ihn hinsichtlich seines Selbstwertes sehr unter Druck. Um dennoch für sich und andere erträglich zu sein, muss er weiter konsumieren</i> | |



- «Unerträgliche Zumutungen» des Lebens
- Vorübergehende Auflösung der Grenzen des Selbsterlebens
- Rausch, Trance, exzessives Verhalten (verhaltensgebundene Süchte)
- Entwicklung einer Abhängigkeit
- Delinquenz - im Kontext der psychischen Störung oder als dysfunktionale Bewältigungsstrategie



10.1.12 Der Wunsch nach Rausch gehört zum Menschsein

10.2 Alkoholgebrauchsstörungen

10.2.1 Screening – Instrumente: AUDIT/AUDIT-c

AUDIT

- (A1) Wie oft trinken Sie Alkohol?
- (A2) Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas Alkohol entspricht 0.33 l Bier, 0.25 l Wein/ Sekt, 0.02 l Spirituosen.)
- (A3) Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas Alkohol entspricht 0.33l Bier, 0.25 l Wein/Sekt, 0.02 l Spirituosen.)
- (A4) Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?
- (A5) Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?
- (A6) Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht, um in die Gänge zu kommen?
- (A7) Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?
- (A8) Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?
- (A9) Haben Sie sich schon mal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon mal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?
- (A10) Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

0-40 Punkte, problematisches Konsummuster
ab 8 Punkte ♂ / 5 Punkte ♀

AUDIT-c

- 1. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?
 - Nie 0 Punkte
 - 1 x im Monat oder weniger 1 Punkt
 - 2 – 4 x im Monat 2 Punkte
 - 2 – 4 x in der Woche 3 Punkte
 - 4 x oder mehr die Woche 4 Punkte
- 2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht z.B. ca. 3 dl Bier (5 Vol%), 1dl Wein oder Sekt (12,5 Vol%), 2 dl Schnaps (55 Vol%) oder 4 dl Likör (30 Vol%).
 - 1 oder 2 0 Punkte
 - 3 oder 4 1 Punkt
 - 5 oder 6 2 Punkte
 - 7 - 9 3 Punkte
 - 10 oder mehr 4 Punkte
- 3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol (= Standardgetränk) bei einer Gelegenheit?
 - Nie 0 Punkte
 - Weniger als einmal im Monat 1 Punkt
 - Einmal im Monat 2 Punkte
 - Einmal in der Woche 3 Punkte
 - Täglich oder fast täglich 4 Punkte

Total Punkte
0-12 Punkte, problematisches Konsummuster
ab 5 Punkte ♂ / 4 Punkte ♀

10.3 Kokain-Gebrauchsstörungen

10.3.1 Schätzungen des Kokainkonsums in Europa basierend auf Abwasseranalysen

→ ca. 50% der Bevölkerung in CH konsumiert regelmässig Kokain

10.3.2 Konsumformen



Crack (nach Reaktion mit Natrium-Bicarbonat)



Kokain-HCl



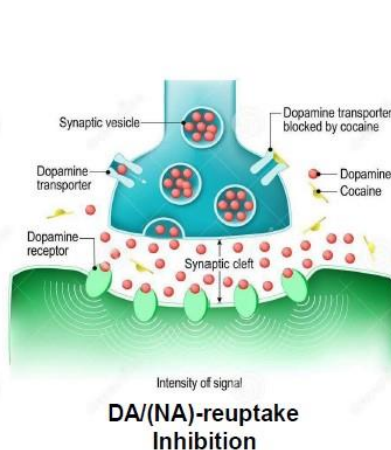
Base (nach Reaktion mit Ammoniak)

| Route of exposure | Onset of action | Peak action | Duration of action |
|-------------------|-----------------|---------------|--------------------|
| Intravenous | <1 minute | 3-5 minutes | 30-60 minutes |
| Nasal | 1-5 minutes | 20-30 minutes | 60-120 minutes |
| Smoking | <1 minute | 3-5 minutes | 30-60 minutes |
| Gastrointestinal | 30-60 minutes | 60-90 minutes | Unknown |

→ je **schneller** die **Wirkung** nach dem **Konsum** einsetzt, desto **schneller** wird man **abhängig**

→ bei Crack setzt Wirkung sehr schnell nach dem Konsum ein

10.3.3 Wirkmechanismus und Wirkung



Akute psychische Auswirkungen:

- Antriebssteigerung und Wachheit
- Stimmungsaufhellung, Euphorie
- Enthemmung / gesteigerte Kontaktfreudigkeit
- Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit
- Lust- und potenzsteigernd

Akute körperliche Auswirkungen:

- Vasokonstriktion, Herzfrequenz und Blutdruck erhöht, Mydriasis
- Erhöhung von Blutzuckerspiegel, Körpertemperatur
- Dämpfung von Hunger-/Durstgefühl

10.3.4 Risiken und Folgeerkrankungen

Psychiatrische Störungen

- **Depressionen** mit Anhedonie, Insomnie / Hypersomnie und Suizidalität («**Crash**»)
- **Kokainpsychosen** → paranoid wahnhaftige Zustandsbilder mit allerdings weniger formalen Denkstörungen, weniger bizarrem Wahr und weniger Negativsymptomen, häufiger optische und taktile Halluzinationen (Dermatozoenwahn)
- **Panik- und Angststörungen** (u.a. infolge vegetativer Erregung)
- **Kognitive-Störungen** (v.a. bei chronischem Abusus, betreffend u.a. Aufmerksamkeit, Verbalgedächtnis, Exekutivfunktionen) persistierend für mind. einige Wochen nach Konsum
- **Abhängigkeit**

Somatische Störungen

- **Topisch / respiratorisch** → Rhinopathie und Septumperforation, COPD, Crack-Lunge
- **Infektiologisch** → Spritzenabszess, Septumdefekt, septische Lungenstreuung bei Endokarditis
- **allgemein** → Gewichtabnahme / Unterernährung
- **kardiovaskulär** → Myokardinfarkte, Arrhythmien, Kardiomyopathien
- **GI** → Xerostomina, Magenulzera, ischämische Kolitiden

→ **somatisch = körperlich**

Streckmittel

Reinheitsgrad ca. 50% (in ZH höher) → **multiple Beimengungen:**

- mit ähnlichem **Aussehen** → Dextrose, Lactose, Mannitol, Stärke
- mit ähnlicher **lokal-anästhetischer Wirkung** → Lidocain, Procain
- mit ähnlichem **psychoaktivem Effekt** → Ephedrin, Amphetamin, Koffein, PCP
- im **Produktionsprozess** verwendete Substanzen → Benzen, Aceton

besonders relevant:

- **Anti-Wurm-Mittel** «Levamisol» → in den USA steigender Anteil positiver Proben, 2010 **ca. 80%** → allergische Reaktionen / Vaskulitiden, neurologische Schäden, Blutbildungsstörungen bis hin zur Agranulozytose
- **Schmerzmittel** «Phenacetin» → **ca. 1/2 aller Proben**, mit jedoch 1/3 Phenacetin → karzinogen, nierenschädigend

10.4 Heroin und Opiatabhängigkeit

10.4.1 Heroin

Wirkungen und Nebenwirkungen

Akute Wirkung von Heroin / Diacetylmorphin

- **Psychisch** → individuell unterschiedlich, initial euphorisierend, intensives Wohlbefinden, angenehmes Schweregefühl, Sorglosigkeit, Zufriedenheit, Wärmegefühl, analgetisch
- **Körperlich** → Übelkeit, Kreislaufstörungen, Schläfrigkeit, Bewusstlosigkeit, Atemdepression, Obstipation

Historischer Exkurs: Heroinproblematik in der Schweiz (70 er/ 80 er/ 90 er Jahre)

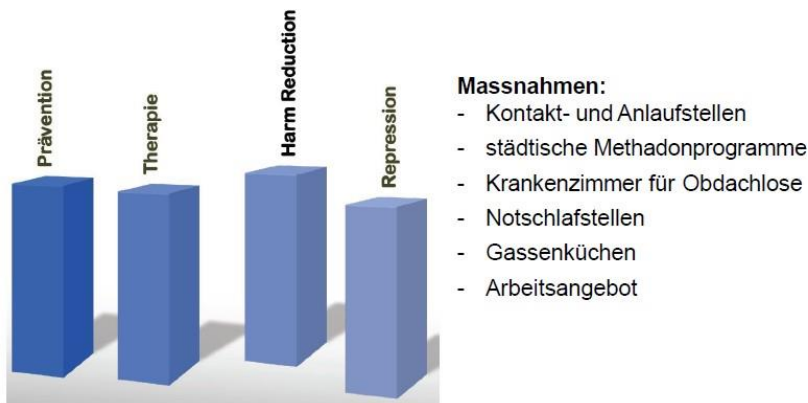
- Anfang der Siebzigerjahre taucht erstmals Heroin in Zürich auf
- 1972 erstes Todesopfer im Zusammenhang mit Drogen
- 1975 Drogenhandel und -konsum wird unter Strafe gestellt
- 1982-1986: Drogenszene wächst trotz polizeilicher Repressionen
- 1986 Etablierung offener Drogenszene auf dem Platzspitz. HIV- und Hepatitis-Epidemie (1988: jede zweite Frau und jeder dritte Mann in der Zürcher Drogenszene ist HIV-positiv)



- Ende 1980er Jahre: Etablierung Viersäulenpolitik
- 1986: Aufhebung Spritzenabgabeverbot und Erleichterung Methadonabgabe
- 1992: Bund bewilligt versuchsweise ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin



Harm Reduction als Teil der Viersäulenpolitik



Gesamtziel: Sozial verträglicher Drogenkonsum (nicht eine drogenfreie Gesellschaft)

10.5 Cannabis

Kapitel nicht angeschaut im Unterricht

10.5.1 Historischer Hintergrund

Hashish could precipitate 'acute psychotic reactions, ..., its main features included paranoid ideation, illusions, hallucinations'... (J.J. Moreau., Hashish and Mental Illness, 1845)

First prospective epidemiological study reported increased risk of psychosis in 1987. (Andreasson et al., Lancet 1987)

Switzerland introduced first anti-drug laws in 1951. Overall trend towards greater cannabis use in following decades. (UNODOC, World Drug Report 2015)

10.5.2 Aktuelle Trends

Several US states and European countries allowed cannabis for recreational purposes or lessened/abolished criminal sanctions

Crime-related costs should decrease

Effects on cannabis consumption and prevalence of cannabis-associated harms are unclear

Measures to reduce levels of harm could be facilitated (regulating potency, promoting non-tobacco routes of administration) (Lynskey et al., Addiction, 2016)

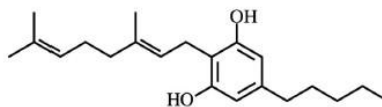
10.5.3 Potenz

Cannabis contains at least 144 different cannabinoids and more than 1100 other compounds (Hanus et al., Nat Prod Rep, 2016)

Most abundant are tetrahydro-cannabinol (THC) and cannabidiol (CBD)

Different ratios due to same precursor cannabigerol

Over the past four decades, cannabis potency (% THC) has on average doubled world wide (Cascini et al., Curr Drug Abuse Rev, 2012)



10.5.4 Abhängigkeit

Approx. 1/11 who try cannabis become dependent in their lifetime (Lopez et al, Drug Alcohol Depend, 2011)

Risk is almost doubled if use starts in adolescence (Anthony JC, Cambridge Pres, 2006)

25 – 50% of daily users (Hall, Int J Drug Policy, 2009)

Cannabidiol might reduce likelihood of developing dependence while preserving pleasurable effects (Morgan et al, Neuropsychopharmacology, 2010)

10.5.5 Psychose

High-potency cannabis is associated with a higher risk of psychosis and an earlier onset (Di Forti et al., Schiz Bulletin, 2013)

Patients with schizophrenia who continued to use cannabis are more likely to relapse than non-users (Schoeler et al., Lancet Psychiatry, 2016)

Continued use of high potency cannabis was more harmful to psychotic patients than use of cannabis with low THC and high CBD (Schoeler et al., Lancet Psychiatry, 2016)

Clinical interventions to reduce cannabis use in patients with psychosis have been largely unsuccessful (Cooper et al., Health Technol Assess, 2015)

Patients with first-episode psychosis found that patients experience positive and negative effects more intensely than do healthy controls (Bianconi et al., Psychol Med, 2016)

10.6 Forensische Aspekte

10.6.1 Klientel

«Der Suchtpatient ist schwierig. Er...»

- ist delinquent
- hält das abgemachte Setting nicht ein
- lebt randständig und desintegriert
- ist körperlich verwahrlost und in schlechtem hygienischem Zustand
- ist somatisch (körperlich) krank

- hat dauernden Beikonsum
- neigt zu Gewaltätigkeit
- erscheint intoxikiert oder gar nicht zur Abgabe
- hat unvertraute Sprach und kulturellen Hintergrund
- bezahlt nicht

10.6.2 Überlegungen

- ambulante **Suchtmassnahmen dienen** dazu, den **Strafvollzug** von **Drogenabhängigen** zu **entlasten**
in jedem Gefängnis gibt es alle Substanzen, nur teurer
- **keine** detaillierten **Kenntnisse** über **Erfolg** von **Suchtmassnahmen**
- **75%** der Patienten werden in einem **5-Jahreszeitraum** erneut **straffällig**
- in **25% -Gruppe** waren die **prognostischen Voraussetzungen besser** (Schulabschluss, Berufsbildung)
- positiver Einfluss DBT-F auf intramurale Suchtpatienten Haina
- durch **Training** der **Empathiefähigkeit** bei **Dissozialen** erhöhen sich **möglicherweise** die
«**manipulativen**» **Fähigkeiten** des **Täters** und somit seiner **kriminellen Erfolgsaussichten**

→ **Suchtbehandlung alleine** führt zu **hohen Rückfällen**, aber wenn **Suchtbehandlung** mit **sozialen Massnahmen** verknüpft wird (z.B. Hilfe bei Jobsuche etc.) d.h. wenn man ihnen etwas gibt, was sie nicht mehr verlieren wollen, dann ist **Rückfall-Prognose besser**

10.6.3 Juristischer Rahmen

Ambulante Behandlung bei psychischer Störung oder Sucht (StGB 63)

¹ Ist der Täter psychisch schwer gestört, ist er von **Suchtstoffen oder in anderer Weise abhängig**, so kann das Gericht anordnen, dass er nicht stationär, sondern **ambulant** behandelt wird, wenn:

- a. der Täter eine mit Strafe bedrohte Tat verübt, die mit seinem Zustand in Zusammenhang steht; und
- b. zu erwarten ist, dadurch lasse sich der Gefahr weiterer mit dem Zustand des Täters in Zusammenhang stehender Taten begegnen.

² Das Gericht kann den Vollzug einer zugleich ausgesprochenen unbedingten **Freiheitsstrafe**, einer durch Widerruf vollziehbar erklärten Freiheitsstrafe sowie einer durch Rückversetzung vollziehbar gewordenen Reststrafe zu Gunsten einer ambulanten Behandlung **aufschieben**, um der Art der Behandlung Rechnung zu tragen. Es kann für die Dauer der Behandlung **Bewährungshilfe** anordnen und **Weisungen** erteilen.

³ Die zuständige Behörde kann verfügen, dass der Täter vorübergehend **stationär** behandelt wird, wenn dies zur **Einleitung der ambulanten Behandlung** geboten ist. Die stationäre Behandlung darf insgesamt nicht länger als zwei Monate dauern.

10.6.4 Psychiatrischer Rahmen

Behandlungsmöglichkeiten



- psychiatrische Behandlung, Substitution, Einzelpsychotherapie, ambulante Gruppentherapie, sozialarbeiterische Unterstützung, Tagesklinik, allgemeinpsychiatrische Station
- 24h-Notfalldienst, auch aufsuchend
- Behandlungspfad gemäss dem erforderlichen Level of Care stationär ↔ teilstationär ↔ ambulant

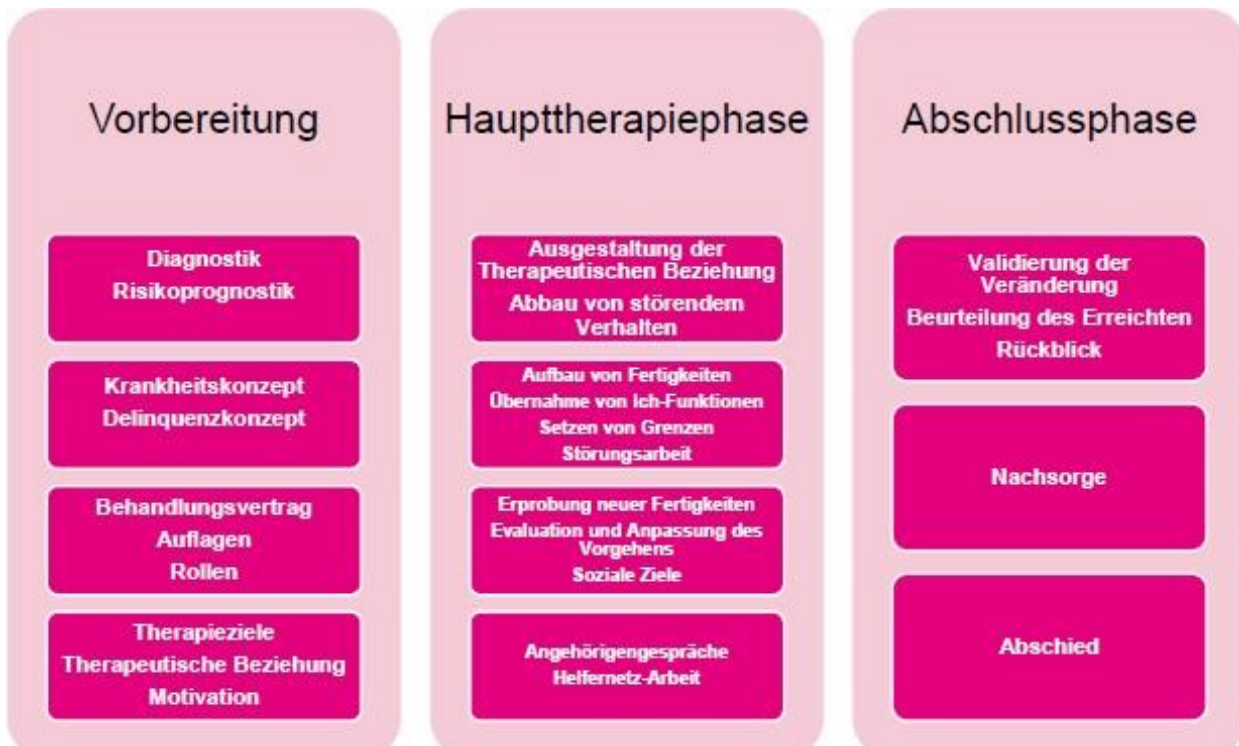
Therapiemöglichkeiten

- Einzelgespräche mindestens 1x/Woche 50 min.
- Individuelle Anpassung der Behandlung an das aktuelle Behandlungsbedürfnis.
- Bei Bedarf
 - SMS-Erinnerung 1d und 60 min. vor dem Termin
 - tägliche Abgabe der (Substitutions-)Medikamente
 - gruppentherapeutische Wochenstruktur in der Tagesklinik
 - aufsuchende Kontakte
 - sozialarbeiterische Unterstützung bei Wohnen und Arbeiten
 - Zusammenarbeit mit Wohneinrichtungen
 - Monitoring
 - Psychopathologischer Befund / Stabilität
 - Medikamenteneinnahme per Blutspiegel
 - Substanzkonsum per Blut- /Urinanalysen und/oder Haarproben
 - Deliktrelevantes Problemverhalten per Selbstauskunft und Strafregisterauszug

→ **Behandlung wird Patienten angepasst** (bspw. wenn Patient am Anfang nur 30 min aufmerksam sein kann, dann 2x 30 min und nicht 50 min Therapie)

10.6.5 Behandlung und Risk Management

Phasen der Behandlung



- Therapieziele festlegen und diese hierarchisch einordnen, weil man kann nicht alles gleichzeitig behandeln
- Delinquenzkonzept → was und welche Umstände führen zu Delikten
- Sehr, sehr wichtig!

Delinquenz



→ Drogendelinquenz sollte wie oben dargestellt aufgeschlüsselt werden, weil muss unterschiedlich behandelt werden

Wichtig

→ **Wichtiger** als die **Diagnose** sind die **individuellen Verlaufsparemeter** (z.B. Impulskontrolle, Substanzkonsum, Beikonsum, Delinquenz, Gewicht, Haut, UP's, soziale Aktivitäten)

→ **Substanzstörungen = keine Willensschwäche, sondern psychische Erkrankung** → kann man sehr gut ambulant behandeln

→ Art. 63 StGB

10.7 Ambulante forensische Therapien – Fallbeispiele

→ **Ganzes Kapitel nicht angeschaut**

10.7.1 Fallvorstellung Herr M.

Suchterkrankungen → in der Schweiz (noch) nicht sehr etabliert; in Zürich ambulante Massnahmen

EKT (**Elektroschocks**) → kann eine gute Behandlung sein für Menschen mit Depressionen (Beispiel: Depressive freuen sich teilweise auf eine solche Therapie; benötigt Narkose)

Fallbeispiel

- Paraschizophrenie
- Vor 17 Jahre Ehefrau und Mutter seiner Kinder in Psychose umgebracht
- Fremdaggressivität ohne Medikamente! Ohne Medikamente «nur» Wahn.
- War sehr lange im ZSFT. Massnahmelockerung → war nicht erfolgreich
- Über Jahrzehnte behandelt, jedoch man kann ihn nicht mehr verbessern
- Was macht man nun?
 - Dauerhafte Zwangsmedikation? → Wurde abgelehnt, da all 6 Monate neu zu beurteilen
 - Patient wird vermutlich verwahrt
 - Zwangsbehandlung in offenem Wohnheim wäre vermutlich milder als Verwahrung in geschlossenem Wohnheim

Fallbeschreibung

- Keine Einschränkungen der Kritik- und Urteilsfähigkeit
- Eingeschränkte Medikamentencompliance wegen angegebener UAW
- Problembewusstsein vorhanden
- Mehrere psych. Voraufenthalte
- Primärpersönlichkeit eher normenorientiert
- 2016 Instagram: Gruppe, die sich mit Mördern und Amokläufern beschäftigt, «Aussenseiter»
- „ich möchte nicht als niemand sterben“
- Strafrechtliche Vorgeschichte leer

Legalprognostische Überlegungen

- Substanzmissbrauch, aktuell konsumiert Herr M. kein Cannabis und zeigt sich zumindest motiviert, den Konsum einzustellen.
- belastende Zwangserkrankung, bisher nicht ausreichender Behandlungserfolg dieser Erkrankungen
- vorbestehende ADHS-Symptomatik
- in der Vergangenheit eine Tendenz zu impulsiven Verhaltensweisen
- Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten
- im Kontakt zu Eltern auch im Verlauf der aktuellen Hospitalisation erhebliche Streitigkeiten
- kein Mangel an Einsicht in sein Fehlverhalten
- Keine dissoziale Einstellung
- realistische Pläne zur Lebensgestaltung
- stützendes soziales und professionelles Umfeld
- keine Hinweise auf Vorbereitungshandlungen
- Keine Identifizierung mit Tätern, eine Waffenaffinität, eine Steigerung von Drohung bzw. des Drohverhaltens oder eine zunehmende Verzweiflung

Risiko-Szenarien

- Eskalation häuslicher Konflikte im Elternhaus → Risiko für erneutes ähnliches Drohverhalten ggf. mit einer weiteren Zuspitzung im Rahmen Häuslicher Gewalt erhöht

Vernetzte, multimodale Behandlung

- umfassende psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung
- Nachhaltige Einbindung in ein adäquates ambulantes/stationäres Behandlungssetting
- Unterstützung im Alltag
- Wiederaufnahme der Ausbildung
- ggf. Auszug aus dem konfliktbeladenen Elternhaus
- Ambulante /Stationäre Vernetzung, Eltern, Gewaltschutz der Kantonspolizei, Fachstelle für Forensic Assessment & Risk Management

10.7.2 Fallbeispiel Stefano

FALLBEISPIEL STEFANO



Person: Stefano C., 44 Jahre, Italien

Ort: WG Zürich

Anamnese: seit ½ Jahr in betreuter WG, vorher betreutes WH, Delikt: Tötung seiner Frau und Schwiegermutter mit einer Waffe PPK 2012. Massnahme nach Art. 59 durchlaufen, 2 Jahre bedingt entlassen, danach frei, keine ambulante psychiatrischer Betreuung

Persönliches: Lehre als Detailhandelsfachmann mit 20 J. erfolgreich abgeschlossen, aber nie wirklich im Beruf gearbeitet, verheiratet, keine Kinder, lebte mit 26-jähriger Frau bei der Schwiegermutter; seit dem 6. Lebensjahr in der Schweiz, Eltern und Geschwister leben in Münsingen und Zürich, betreiben eine Osteria in Bern. Mehrfache Klinikaufenthalte vor dem Delikt und letztlich IV-Anbindung seit dem 25 LJ.

Psychiatrisch: Mehrmalig wegen Psychose nach Kokainkonsum im Sanatorium Kilchberg, regelmässiger Beikonsum von Alkohol, THC und Kokain vor dem Anlassdelikt. ED F2 2012. Früher Malcompliance, in der forensischen Klinik compliant und kein Konsum

Aktuelles Anlassdelikt: Seit etwa 1 Monat äussert Herr C., er werde mit Kameras und Mikrofonen im Zimmer überwacht; mit Handtüchern und WC-Papier Fenster und Türschlösser in der gesamten WG abgedeckt; verweigert die Nahrungsaufnahme. In diesem Zusammenhang hat er ein dickes Vorhängeschloss vor dem gemeinsamen Kühlschrank montiert. Häufiger liegen Reste eines Joint auf dem Küchentisch. Bedrohte Mitbewohner mit Messer.

Massnahmeempfehlung Kasuistik 1&2

Kasuistik 1:

–Empfehlung: stationäre Massnahme nach Art. 60 StGB

Kasuistik 2:

– Empfehlung: keine Massnahme

Nicht angeschaut

11 Forensisch-psychiatrische Risikoevaluation

11.1 Einführung

→ heute sagt man **Risikoevaluation / Risikomanagement** statt Risikoprognose

→ **je besser** man das Gegenüber **kennt** und **je markanter** die **Eigenschaften** sind, **desto zutreffender** kann man Prognosen machen

→ Menschen treffen ständig Prognosen im Alltag

11.1.1 Die pessimistische Position

**«Prognosen sind schwierig, vor allem,
wenn sie die Zukunft betreffen»**

(Karl Valentin)

→ Erwartungen, ohne welche wir uns in einem unorganisierten System befinden würden

Bspw. wenn jemand immer pünktlich kommt und einmal ohne Nachricht nicht kommt → Sorgen machen;
wenn jemand immer 15 Minuten zu spät kommt und dann wieder nicht pünktlich ist → keine Sorgen, selbst später kommen, weil kein Stress, wenn dieser immer zu spät kommt

11.1.2 Die optimistische Position der Laplace'sche Dämon

Eine Intelligenz, die alle Naturgesetze bzw. -kräfte kennt und daher die Vergangenheit rekonstruieren, aber auch die Zukunft berechnen kann

Aber:

komplexe nicht-lineare Systeme (wie der menschliche Geist und menschliches Verhalten) sind nur begrenzt vorhersagbar

Ganz zu schweigen von der Nebenbedingung, dass diese Idee einen freien Willen (und somit auch jede strafrechtliche Verantwortlichkeit) per se unmöglich machen würde

de Laplace PS (1986) Philosophischer Versuch über die Wahrscheinlichkeiten [dt. Übers. des Essai philosophique sur les probabilités] (Ostwalds Klassiker der exakten Wissenschaften, Bd. 233). Leipzig: Akademische Verlagsgesellschaft. (Original erschienen 1814; Reprint der deutschen Ausgabe von 1932)

→ wenn man **Vergangenheit** exakt **berechnen** könnte, **könnte** man auch die **Zukunft** berechnen

Problem → dann müsste man sich in der **Zukunft gleich** verhalten **wie** in der **Vergangenheit**, somit **kein**

freier Wille mehr (z.B. Personen mit Demenz haben nicht mehr komplett freien Willen aufgrund der Krankheit)

11.1.3 Die realistische Option

«Der beste Prädiktor für künftiges Verhalten ist früheres Verhalten»

(P.E. Meehl, 1989)

- ➔ **Je besser** man jemanden **kennt**, desto **genauer** kann man **zukünftiges Verhalten voraussagen**
- ➔ **Prognose** kann man erst erstellen, wenn man den Patienten zuerst kennengelernt hat (Lebensgeschichte)
- ➔ **Kurzgutachten: Nicht kurz und knackig** machbar, **Risikoeinschätzung**, welche sehr **komplex** ist

11.1.4 Handlung

- **Ursache** einer **Handlung** ist die **Entscheidung**, sie **durchzuführen** oder eine **alternative Handlung zu unterlassen** → man entscheidet sich dazu, eine Handlung auszuführen
- Diese **Entscheidung** wird in **unterschiedlichem Ausmass** von **unterschiedlichen** (biologischen, psychologischen und sozialen) **Faktoren** bestimmt
 - **Persönlichkeit** → z.B. gewissenhaft oder zwanghaft sein
 - **Lernen am Modell** → z.B. Vater war auch immer pünktlich
 - **Gruppeneinflüsse** → z.B. andere nicht enttäuschen wollen
 - **Gewohnheiten** → z.B. am Mittwoch immer VL in Luzern
- ➔ **Handlungen** erlauben einen **Rückschluss** auf die **Persönlichkeit**
- ➔ Wenn sie **ungewöhnlich** für die **Person** sind, entsteht der **Verdacht** auf diagnostisch fassbare **Veränderungen** → **Hinweis**, das möglicherweise etwas nicht stimmt
 - **Hirnschädigung**
 - **Substanzeinfluss**
 - **Psychose**
- ➔ **Zukünftiges Verhalten** lässt sich aufgrund **früheren Verhaltens** relativ gut **einschätzen**
 - **Einflüsse**: Gewohnheit, jemanden nicht hängen lassen wollen, Verlässlichkeit

Wir sind in der Regel **verlässlich**, weshalb **viele Entscheidungen** in einem bestimmten Rahmen **vorhergesagt** werden können.

➔ **Persönlichkeiten** können sich situativ unterschiedlich verhalten (z.B. Bier beim Fussball und Wein beim Abendessen)

11.1.5 Können wir Gewalthandlungen vorhersagen?

- **Gewalthandlungen** sind so **selten**, dass sie **nicht genau vorhersehbar** sind
- es gibt aber **Menschen**, die dazu **neigen**, **Gewalt auszuüben** und **Situationen**, die ein **höheres Gewaltisiko** bedingen
- letztlich kann **Gewalt** in einem **bestimmten Rahmen vorhergesagt** werden
z.B. Stadion, Alkohol, Gruppen → erhöhte Gewaltbereitschaft
- der **Wissensstand** über die **Ursachen** und **Risiken** von **Gewalt** ist **gross** und nimmt zu

→ z.B. im Stadion ist Gewaltisiko grösser als zu Hause vor TV, in der Kurve ist das Risiko nochmals grösser als im Familiensektor und wenn in Kurve noch Alkohol konsumiert wird, ist Risiko nochmals höher

11.1.6 Kritische Tage und Tageszeiten

Mittlere Anzahl häuslicher Gewaltstraftaten nach Tageszeit der Straftatbegehung (Tatbeginn, maximale Tatbegehungsdauer 2 Stunden), 2009–2013 G 4



- ➔ **Risiko von häuslicher Gewalt am Sonntagabend zwischen 19:00 – 20:00 Uhr am grössten**
→ aber bringt nichts, wenn jetzt Frau von 18:00 – 22:00 aus dem Haus geht
- ➔ **Risikomanagement** → Was ist bis 19:00 Uhr passiert, dass es zur Gewalt kam?
→ daraus **Strategien** entwickeln, damit Risiko vermindert wird (Risikomanagement)
- ➔ Strategie zur **Verminderung** Risiko → **Risikomanagement**

11.2 Standardisierte Kriminalprognose

11.2.1 Eine Systematik

Unstrukturierte professionelle Beurteilung → Bauchgefühl

- keine Spezifizierung von Risikofaktoren im Vorhinein
- keine expliziten Regeln für die Kombination einzelner Kriterien zu einer Gesamteinschätzung
→ **intuitiv, individuelle Variabilität**
- ➔ **Bauchgefühl** (z.B. «ich mach das schon seit 30 Jahren und ich habe das Gefühl, du bist gefährlich»)
- ➔ **Intuition**, ist jedoch nicht mehr der anerkannte Vorgang; jedoch gut bei **kurzfristiger**

Gefahrenprognose

Empirisch-aktuarisch → statistisch

- Itemauswahl nach beobachteten Zusammenhängen mit dem Ergebnis
- expliziten Verrechnungs- / Gewichtungsregeln
- z.B. Static-99, SORAG

→ **statistisch, eingeschränkte individuelle Aussagekraft**

→ basiert auf **Zahlen** und **nicht individuell** auf Täter → **Gegenteil** von **Individualprognose**

→ aktuarisch kommt aus **Versicherungslogik**

- Statistik-Zugang und basierend auf Versicherungslogik (bspw. ein Junglenker zahlt mehr Versicherungsprämien, wie einer der schon lange Auto fährt)

11.2.2 Standardisierte Instrumente / Empirie

11.2.3 Basisraten

Basisraten (Beobachtungszeitraum 9 Jahre) → **Rückfallrisiko pro Deliktgruppe**

- 0.4 % → Tötungsdelikte
- 12% → Raub- und Erpressungsdelikte
- 16% → Exhibitionismus

→ 50-80% → **Verkehrsdelikte** haben **höchste Rückfallrate / Basisrate**

Basisraten sagen lediglich **etwas** über das **Rückfallrisiko** in einem **bestimmten Deliktbereich** aus

Es soll aber eine **Person** und **nicht** ein **bestimmtes Delikt begutachtet** werden

→ **keine Individual-Prognose**, aber man braucht eine Individual-Prognose fürs Rückfallrisiko

Trotzdem **sinnvoll einsetzbar**, da Verortung des Einzelfalls im kriminologischen Erfahrungsraum möglich wird

→ **Basisraten** → Rückfallrisiko pro Deliktgruppe

→ Rückfälligkeit von bestimmten Tätergruppen zu verfolgen

Risiko (Min-Max) für Kriminalität, Gewaltkriminalität und Tötungsdelinquenz bei schizophrenen Psychosen (OR, RR, 95% CI)

| | Kriminalität | | Gewaltkriminalität | | Tötungsdelinquenz | |
|--------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| | min. | max. | min. | max. | min. | max. |
| M | 0,9 (0,7 - 1,3) | 4,9 (3,7 - 6,6) | 1,9 (1,4 - 2,6) | 7,9 (2,8 - 21,9) | 5,9 (4,3 - 8,0) | 10,1 (5,6 - 18,6) |
| F | 1,3 (0,3 - 5,4) | 5,0 (2,3 - 10,8) | 4,3 (1,6 - 11,6) | 7,1 (3,3 - 15,3) | 6,5 (2,6 - 16,0) | 18,8 (11,2 - 31,6) |
| M + F | 1,6 (1,3 - 1,9) | 4,8 (3,6 - 6,2) | 3,2 (2,4 - 4,2) | 7,4 (4,0 - 13,5) | 8,8 (6,7 - 11,5) | 38,1 (17,9 - 81,0) |

- ➔ **Wahrscheinlichkeit** ein **Gewaltdelikt** zu begehen ist bei **Schizophrenen 6x höher** als bei **Allgemeinbevölkerung**

11.2.4 VRAG (Violence Risk Appraisal Guide)

Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)*

*Quinsey V.L., Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. (2006)

In: Violent Offenders – Appraising and Managing Risk.
American Psychological Association, Washington DC

Autorisierte deutsche Übersetzung von

Astrid Rossegger, Frank Urbanick, Céline Danielsson und Jérôme Endrass

In: Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. 77(10):577-584

Die Übersetzung vom Englischen ins Deutsche erfolgte durch oben genannte Autoren. Die deutsche Übersetzung wurde von einem Native Speaker ins Englische rückübersetzt, der blind für die englische Originalversion war.

Die deutsche Übersetzung und die englische Rückübersetzung wurden den Autoren des VRAGs sowie dem Verlag, in dem das Buch erschienen ist, zur Prüfung vorgelegt und von diesen freigegeben.

☒ VRAG in deutscher Übersetzung

Auswertung

Name: Vorname Name

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Bis zum 16. Lebensjahr mit beiden biologischen Elternteilen gelebt (ausser bei Tod eines Elternteils) | 3 |
| 2 | Mangelhafte Anpassung in der Grundschule | -1 |
| 3 | Alkoholprobleme in der Vorgeschichte | 2 |
| 4 | Zivilstand | 1 |
| 5 | Punktwert der kriminellen Vorgeschichte für Verurteilungen und Anklagen wegen nicht-gewalttätiger Delikte vor dem Anlassdelikt | 3 |
| 6 | Versagen bei früherer bedingter Entlassung | 3 |
| 7 | Alter zum Zeitpunkt des Index-Delikts | -5 |
| 8 | Verletzungsgrad des Opfers | 1 |
| 9 | Irgendein weibliches Opfer | 1 |
| 10 | Erfüllt die DSM-III-Kriterien für irgendeine Persönlichkeitsstörung | -2 |
| 11 | Erfüllt die DSM-III-Kriterien für Schizophrenie | -3 |
| 12 | Anzahl Punkte auf der Psychopathy Checklist-Revised | -1 |

Summenwert:

2

➔ **Alkoholprobleme** in der **Vorgeschichte** inkludiert auch **Alkoholprobleme der Eltern** oder **Erziehungsberechtigten**

- ➔ Es gibt **zahlreiche Prognoseinstrumente**, die in **bestimmten Fragestellungen** genutzt werden können, besonders bei **Gewaltdelikten** häufig eingesetzt
- ➔ die verschiedenen Instrumente haben **verschiedene Anwendungsbereiche / Stärken**, je nachdem was man wissen will, ist das eine oder andere Instrument besser geeignet
- ➔ **VRAG** ist das **häufigste Prognoseinstrument**, gibt aber verschiedene Instrument und **keines** ist viel **besser** als die anderen, die **Ergebnisse weichen** nur **minimal** voneinander ab

VRAG:

- **12 Items**, die **Relevanz** für **Rückfälligkeit** und Nicht-Rückfälligkeit haben
- Negative Bedeutung ➔ Punktabzug

- Positive Bedeutung → Punkte dazu
- **3 Alkoholprobleme** in der **Vorgeschichte** → allg. in der Familie / im Umfeld
- **4 Zivilstand** → Verheiratet sein oder einmal gewesen sein spricht für soziale Erträglichkeit
- **8 Verletzungsrad des Opfers** → je grösser die Verletzung, desto kleiner das Rückfallrisiko
- **10 Persönlichkeitsstörung** → Risiko steigt
- **11 Schizophrenie** → Rückfallrisiko steigt

→ je tiefer die Punktzahl am Ende, desto höher ist das Rückfallrisiko

→ Für häusliche Gewalt oder Serienvergewaltiger → VRAG nicht so aussagekräftig

- **Häusliche Gewalt** → Ehe senkt das Rückfallrisiko gem. VARG, allerdings ist bei häuslicher Gewalt gerade die Ehe / Familie «gefährlich», weil die Täter meist nur auf die Familie losgehen und nicht auf Dritte
- **Vergewaltiger** → Weibliche Opfer senken Rückfallrisiko gem. VARG, allerdings sind bei Vergewaltigungen meistens Frauen als Opfer betroffen

→ VRAG unterschätzt Rückfallrisiko von Schizophrenen wenn sie nicht medikamentös behandelt sind

→ Risiko von Bias → VRAG ist nicht absolut objektiv, weil Menschen dahinter sind, die ihn ausfüllen

Wahrscheinlichkeit gewalttätiger Rückfälle bezogen auf zwei unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume als eine Funktion von 9 gleichgrossen Risikokategorien des Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)

| Summenwert | VRAG | | Rückfallwahrscheinlichkeit | |
|----------------|-----------------|------------|----------------------------|--|
| | Risikokategorie | 7 Jahre | 10 Jahre | |
| ≤ -22 | 1 | 0% | 8% | |
| -22 bis -15 | 2 | 8% | 10% | |
| -14 bis -8 | 3 | 12% | 24% | |
| -7 bis -1 | 4 | 17% | 31% | |
| 0 bis 6 | 5 | 35% | 48% | |
| 7 bis 13 | 6 | 44% | 58% | |
| 14 bis 20 | 7 | 55% | 64% | |
| 21 bis 27 | 8 | 76% | 82% | |
| ≥ 28 | 9 | 100% | 100% | |

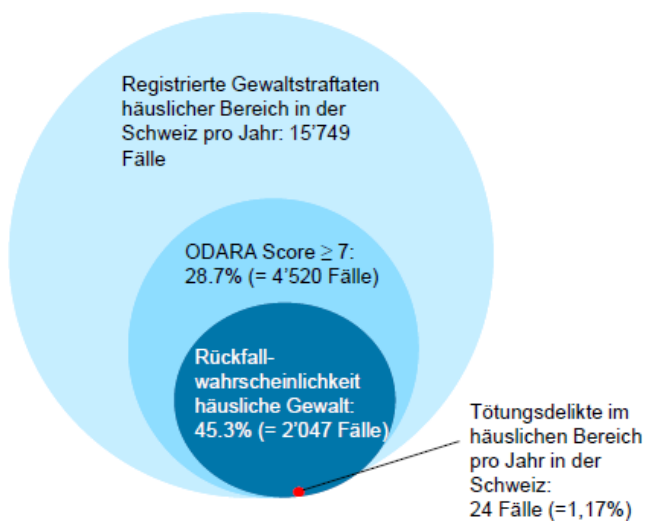
Interpretation der Resultate

Bei der Anwendung des VRAG wurde ein Summenwert von **2** erreicht. Dies entspricht der Risikokategorie **5**. Das Rückfallrisiko für erneute Anklagen und Verurteilungen wegen eines Gewaltdeliktes (einschliesslich Sexualdelikten) liegt bei Straftätern mit einer vergleichbaren Merkmalskombination innerhalb von 7 Jahren bei **35%** und innerhalb von 10 Jahren bei **48%**.

→ Rückfallwahrscheinlichkeit bezüglich Ursprungspopulation

- Rückfallwahrscheinlichkeit **innert 7 Jahren** nach Entlassung → **35 %**
- Rückfallwahrscheinlichkeit **innert 10 Jahren** nach Entlassung → **48 %**

11.2.5 Schweregrad des Rückfalls (ODARA)



- ➔ JA = 1 Punkt; NEIN = 0 Punkte
- ➔ **Höchstens 7 Punkte** → **höchste Kategorie**
- ➔ ODARA verlangt keine spezifische Ausbildung
- ➔ Für **häusliche Gewalt** Delikte **geeignet**
- ➔ **Rückfallwahrscheinlichkeit in Hoch-Risiko-Kategorie** liegt bei **45.3%**
- ➔ Zu **Tötungsdelikten** können wir **nichts sagen** mit **ODARA** → Risiko kann nicht verstanden werden

11.2.6 Static-99

- Erfassung des **Risikoprofils** für **sexuelle und gewalttätige Rückfälle** von **Sexualstraftätern**
 - Sample von 1086 Sexualstraftätern
 - **10 Items** → siehe unten
 - **Schätzung** eines **zukünftigen Risikos** auf der **Basis** des **Vorliegens** bzw. Nicht-Vorliegens dieser **Risikofaktoren**
 - Mit **Ausnahme** von **Item 5**, das mit **max. 3 Punkten** bewertet werden kann, werden jeweils entweder **0 Punkte = unzutreffend** oder **1 Punkt = zutreffend** vergeben
 - **maximal** können **12 Punkte** erreicht werden
 - **Werte über 6** zeigen ein **hohes Risiko** zur **Begehung** von **Straftaten** an
- ➔ **Goldstandard** mit **PCLR**
 - ➔ Eines der **besten erforschten Instrumente**
 - ➔ Siehe auch im Kapitel «Sexualdelinquenz»

Fragenkatalog Static-99

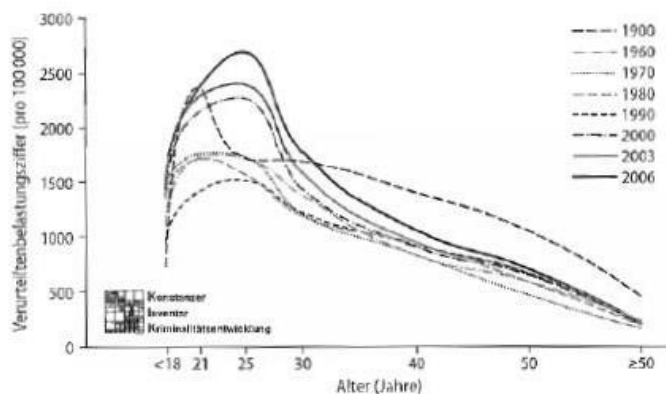
1. **Alter des Täters** (über 25 Jahre)
2. **Partnerschaft** (über 2 Jahre)
3. **Verurteilung** bei Index Delikt aufgrund **nicht-sexueller Gewalt**
4. **frühere Verurteilungen** aufgrund **nicht-sexueller Gewalt**
5. **frühere Anklagen** und / oder Verurteilungen aufgrund **sexuell** motivierter **Straftaten**
6. **Anzahl der Vorstrafen** vor dem Indexdelikt
7. **Verurteilungen** aufgrund von **Sexualstraftaten ohne Opfer** bzw. ohne körperlichen Kontakt
8. **Verwandtschaftliches** Verhältnis zw. **Täter** und **Opfer**
9. **Bekanntheitsgrad** zw. **Täter** und **Opfer** → wie gut kannten sich Opfer und Täter
10. **Geschlecht des Opfers**

→ die 10 Fragen müssen mit «Ja» oder «Nein» beantwortet werden

→ Ergebnis ist dann im Vergleich zu anderen Straftätern die ähnliches Delikt begangen haben, d.h. ist der Proband im Vergleich zu anderen Straftätern mit ähnlichen Delikten eher mehr oder eher weniger rückfallgefährdet

→ Static-99 & Stable-2007 werden oft miteinander kombiniert

Alterskurve Kriminalität



Wegen Verbrechen und Vergehen Verurteilte nach Altersgruppen.

Aus: Kröber H.-L., Dölling D., Leygraf, N. & Sass, H. (2007) Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 4. Springer Verlag: Heidelberg, Berlin.

→ Bei Static gibt es auch ein Item, in welchem es um Alter geht (1. Alter des Täters unter 25 Jahre)

→ je älter der Täter, desto weniger wahrscheinlich sind Sexualstraftaten

→ Peak / Höhepunkt ist zw. 18 und 30 (mit ca. 25 Jahren) → danach nimmt es stetig ab

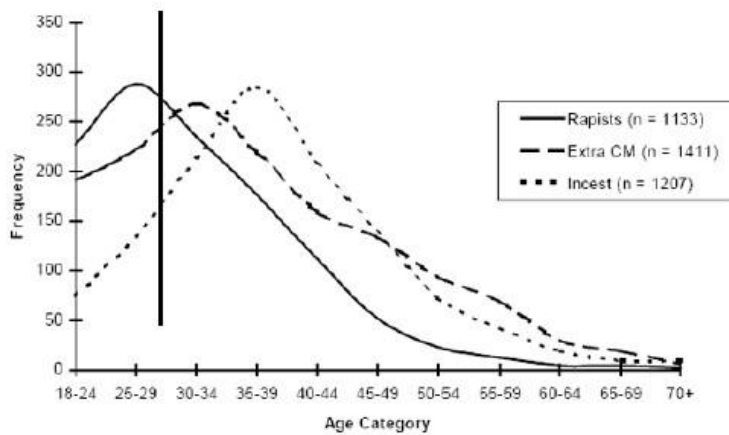


→ Strafverfahren wegen Sexualstraftaten in fortgeschrittenem Alter

Silvio Berlusconi
 geb. 1936
 2010: Förderung der Prostitution Minderjähriger
 Geschlechtsverkehr mit Minderjährigen

Static-99 Coding Rules

Age Distribution of sexual Recidivism in Sexual Offenders



→ auch bei Sexualstraftätern relevant

→ je älter der Täter, desto weniger wahrscheinlich sind Sexualstraftaten

Peak für Vergewaltigung → 18-30 Jahre

Peak für Inzest → 35-40 Jahre

<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sxl-rcdvsm-cmprsn/index-en.aspx>

The Validity of Static-99 with older sexual Offenders

Table III. Five year sexual recidivism rates divided by age and Static-99 risk categories.

| Static-99 Category | Age at Release | | | | |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 18 – 39.9 | 40 – 49.9 | 50 – 59.9 | 60 and older | All ages |
| | n recid.±95%CI | n recid.±95%CI | n recid.±95%CI | n recid.±95%CI | n recid.±95%CI |
| Low | | 321 5.5 ± 2.9 | 159 2.5 ± 2.8 | | 1095 5.2 ± 1.6 |
| Moderate-Low | | 260 6.7 ± 4.3 | 126 4.3 ± 4.4 | | 1307 8.7 ± 1.9 |
| Moderate-High | | 124 13.8 ± 8.0 | 63 19.4 ± 16.1 | | 732 21.4 ± 3.8 |
| High | | 71 25.7 ± 13.2 | 32 24.3 ± 22.6 | | 291 31.6 ± 6.9 |
| All Levels | | 776 8.8 ± 2.5 | 380 7.5 ± 3.8 | | 3425 12.0 ± 1.4 |
| ROC AUC (95% CI) | .68 (.65 – .72) | .66 (.58 – .73) | .76 (.66 – .85) | .81 (.68 – .95) | .70 (.67 – .72) |

Note : “recid.±95%CI” is the sexual recidivism rate calculated through survival analysis with its 95% confidence interval. “n” is the sample size starting the interval. ROC AUC is the area under the receiver operating characteristic curve.

<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/vldty-sttc-99/index-en.aspx>

11.2.7 Static-99-R

Static-99R Coding Form

| Question Number | Risk Factor | Codes | Score |
|-----------------|--|---|------------------------------------|
| 1 | Age at release | Aged 18 to 34.9 Aged 35 to 39.9 Aged 40 to 59.9 Aged 60 or older | 1 0 -1 -3 |
| 2 | Ever Lived With | Ever lived with lover for at least two years? Yes No | 0 1 |
| 3 | Index non-sexual violence - Any Convictions | No Yes | 0 1 |
| 4 | Prior non-sexual violence - Any Convictions | No Yes | 0 1 |
| 5 | Prior Sex Offenses | Charges 0 1,2 3-5 6+ | Convictions 0 1 2,3 4+ |
| 6 | Prior sentencing dates (excluding index) | 3 or less 4 or more | 0 1 |
| 7 | Any convictions for non-contact sex offenses | No Yes | 0 1 |
| 8 | Any Unrelated victims | No Yes | 0 1 |
| 9 | Any Stranger Victims | No Yes | 0 1 |
| 10 | Any Male Victims | No Yes | 0 1 |
| | Total Score | Add up scores from individual risk factors | |

Translating Static-99R scores into risk categories

| Score | Label for Risk Category |
|--------------|-------------------------|
| -3 through 1 | = Low |
| 2, 3 | = Low-Moderate |
| 4, 5 | = Moderate-High |
| 6 plus | = High |

https://www.sog.unc.edu/sites/www.sog.unc.edu/files/course_materials/3.0%20Static-99R-Coding-Form_0.pdf

- ➔ Einführung von **mehr Alterskategorien**
- ➔ **Static-99-R = revidierte Version von Static-99**
- ➔ Instrumente werden allgemein regelmässig überprüft und erneuert

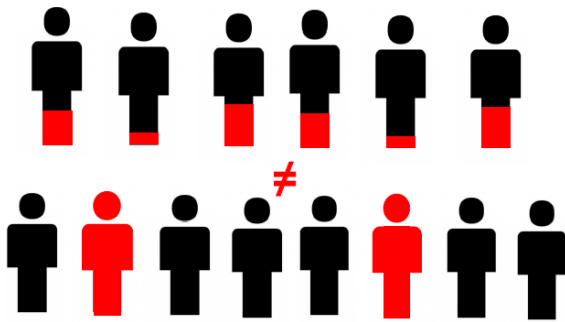
5-Jahres Rückfallraten

| Punktwert | Nordamerika (%) | Europa (%) |
|-----------|-----------------|------------|
| 0 | 5 | 1,39 |
| 1 | 6 | 2,09 |
| 2 | 9 | 3,13 |
| 3 | 12 | 4,66 |
| 4 | 26 | 6,89 |
| 5 | 33 | 10,08 |
| 6 | 36 | 14,52 |
| 7 | 43 | 20,46 |
| 8 | 33 | 28,03 |
| 9 | 33 | 37,10 |

R. Eher et al. (2012) Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 6: 32-40

- ➔ Betrifft immer noch **Static-99**
- ➔ In Amerika höhere Rückfallraten wie in Europa

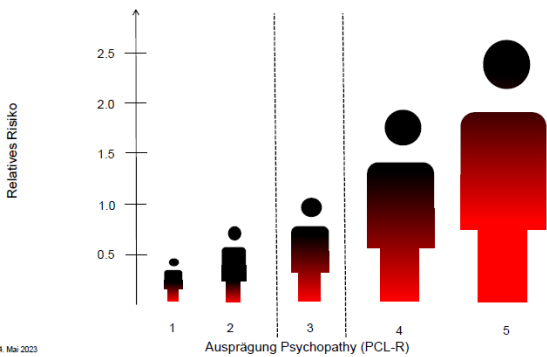
Das Problem mit den Rückfallraten bleibt



In Gruppe von Punktwert 8 → man wird **nicht zu 28% rückfällig**, sondern **28% werden rückfällig**

11.2.8 PCL-R

Relatives Risiko nach PCL-R



→ relatives Risiko von Psychopathen bezogen auf **Durchschnittswert**

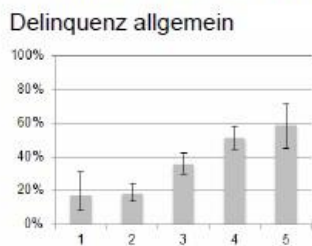
→ je stärker Psychopathie ausgeprägt ist, desto höher ist das Risiko

24. Mai 2023

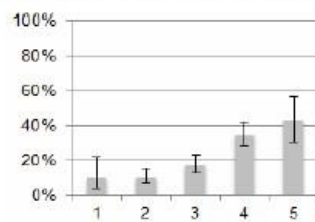
28

Rückfallraten nach PCL-R

Fester Tatgelegenheitszeitraum, 5 Jahre, geordnet nach PCL-R-Summenwerten (n = 702; Daten aus Mokros et al. 2017)



Gewaltstraftaten (einschl. sex. Kontaktstraftaten)



| Stufe | n | Bereich | Beschreibung | SSLR* allgemein | SSLR* Gewalt |
|-------|-----|-----------|--------------|-----------------|--------------|
| 1 | 41 | 0 bis 8 | sehr niedrig | 0.36 | 0.38 |
| 2 | 185 | 9 bis 16 | niedrig | 0.40 | 0.41 |
| | | | | | |
| 4 | 201 | 25 bis 32 | hoch | 1.85 | 1.90 |
| 5 | 51 | 33 bis 40 | sehr hoch | 2.52 | 2.70 |

→ innerhalb der Gruppe 5 ist Risiko höher, als in Gruppe 1

Statistische Verfahren

| Punkte | Vorhergesagte Rückfallraten | Relative Risk Ratio |
|--------|-----------------------------|---------------------|
| 0 | 1.39 | 0.44 |
| 1 | 2.09 | 0.66 |
| 2 | | |
| 3 | 4.66 | 1.51 |
| 4 | 6.89 | 2.27 |
| 5 | 10.08 | 3.41 |
| 6 | 14.52 | 5.13 |
| 7 | 20.46 | 7.72 |
| 8 | 28.03 | 11.62 |
| 9, 9+ | 37.10 | 17.49 |

Punkt 2:

Relative Risk Ratio 1.00

→ Durchschnittlicher Sexualstraftäter

Eher R, Haubner-MacLean T (2011) Anwenderhandbuch und Normwerttabellen Static-99 und Stable-2007 Revised 2013

11.3 Individualprognose: Mindestanforderungen

11.3.1 Anforderungen an das Gutachten: Die juristische Sicht

Das Gutachten sollte Aussagen beinhalten zu:

- **Persönlichkeit** des Verurteilten
- **Vorleben**
- **Umstände der Tat, Verhalten nach der Tat**
- **Gewicht** des bei einem Rückfall bedrohten Rechtsguts
- **Verhalten** des Probanden im **Strafvollzug**
- **Lebensverhältnisse, Perspektiven**
- **Wirkung**, die von der **Aussetzung** zu erwarten ist

Deutsches Bundesverfassungsgericht (2004)

Bei der **diagnostischen** wie der **prognostischen Beurteilung** muss **deutlich** werden, in **welchem Zusammenhang Ausgangsdelikte** und **frühere Delinquenz** mit der **Persönlichkeit** stehen (situative oder persönlichkeitsbezogene Taten) und ob **deliktspezifische Persönlichkeitszüge persistieren** oder nicht.

→ Was hat **früher Kriminalität begünstigt**?

→ Was hat das **Anlassdelikt begünstigt**?

→ **Post-deliktischer Verlauf**?

11.3.2 Formelle Mindestanforderungen

Informationsgewinnung

- **Vorstrafenakten, Krankenakten** oder **Gefangenenpersonalakten** sind zu berücksichtigen
- es ist unerlässlich, dass der **Sachverständig** über ein **sicheres Faktenwissen** über die **Ereignisse** in der **Vergangenheit** verfügt
- dabei sind die **Urteilssprüche** aus den **Vorverfahren** als **binden** anzusehen (Grundsatz «**in dubio pro reo**» gilt **nur** für die **gerichtliche Beweiswürdigung**) → d.h. wenn ein Gericht festgestellt hat, dass der Proband damals einen Mord begangen hat, dann ist das so hinzunehmen, auch wenn der Proband behauptet, das stimme nicht
- wegen der **Fülle** der zu **besprechenden Themen** müssen meist **mehrere Termine** wahrgenommen werden

11.3.3 Mehrdimensionale Untersuchung

- Exploration **3 elementarer Bereiche**:
 - Persönlichkeit
 - Krankheit (bzw. Risikovariablen)
 - Delinquenz
 - eine **Reduktion** auf **nur zwei** oder eines der Themen macht das **Gutachten insuffizient (ungenügend)**
 - **Beobachtung** des **Verhaltens** während der **Exploration**, **psychischer Befund**, **ausführliche Persönlichkeitsbeschreibung**
 - **Diagnose** und **Differentialdiagnose**
- auch die Entwicklung nach der Tat sollte besprochen werden

11.3.4 Darstellung individueller Risikofaktoren

- a. **Deliktspezifisch**:
 - genaue Darstellung von Tatablauf und Tathintergründen
 - Analyse der Dynamik von Straftaten
 - spezielle Delinquenzanamnese
- b. **Krankheits- oder störungsspezifisch**
 - In **welcher Ausprägung** haben sich **psychische Störungen, Paraphilien** oder **sonstige Krankheiten** auf das **delinquente Verhalten** ausgewirkt?
- c. **Persönlichkeitsspezifisch**
 - **Bedeutung** der **Persönlichkeitsentwicklung** bzw. **Persönlichkeit** für das **kriminelle Verhalten**
 - **Alkoholabhängigkeit, Drogenkonsum** auch erfasst

d. **Andere**

- Kriminologisch (z.B. Bewährungsversagen)
- Alter
- Arbeits- und Freizeitverhalten

11.3.5 Delinquenzhypothese / Fallkonzept

- Was hat die **Straffälligkeit** dieser Person **bislang gefördert**?
- **Aussagen zu persönlichen und situativen Bedingungsfaktoren** der Straffälligkeit
- **Aussagen zur zeitlichen Stabilität** der **Straffälligkeit**

- ➔ **Situative Faktoren** können **hochspezifisch** und **unwiederholbar** oder aber **überdauernd** und **allgegenwärtig** sein → z.B. **neigt Person dazu, sich eine gewisse Art von Partnerinnen auszusuchen?**
Bspw. **nachsichtigere, solche, die sich mehr gefallen lassen**
- ➔ Aussagen zur **Stabilität** und **Dauerhaftigkeit** der **kriminalitätsbegünstigenden Faktoren** sind entscheidend
- ➔ der sorgfältig abgeklärte **Einzelfall** sollte daraufhin geprüft werden, ob er in eine **bekannte Tätergruppe passt**
- ➔ **Abgleich** mit dem **empirischen Wissen** über das **Rückfallrisiko** möglichst **vergleichbarer Tätergruppen**

- ➔ **Delinquenzhypothesen** und **Fallkonzepte** → **keine objektive Wahrheit**, sondern immer Möglichkeit von Zweifel

11.3.6 Darstellung der Persönlichkeitsentwicklung seit der Anlasstat

- **Veränderungsprozesse** und **Veränderungspotential** abklären
- **Veränderbarkeit** der **Risikopotentiale**
- **Verstärkung positiver Faktoren**
- **Ressourcen** und **Möglichkeiten**
- **Beurteilung** des **Therapieverlaufs**, dabei auch Klärung der Frage, ob überhaupt eine **geeignete Therapie durchgeführt** wurde

- ➔ Was hat sich **geändert** bspw. im Strafvollzug?
 - Teilweise fatal, etwas lediglich als Anpassungsleistung zu bezeichnen
 - **Dissozialität** → Wenn jemand mit 40 Jahren, der sich früher gegen alles gewehrt hat, nun eine Lehre abschliesst, andere leitet, etc. → **nicht nur Anpassungsleistung, sondern Änderung**

➔ **Wurde therapiert, was therapeutisch relevant war?**

➔ **Nicht nur Risiken, sondern auch Chancen**

- Bspw. Angehörige, die sich um den Straftäter kümmern, finanzielle Absicherung, etc.

➔ **Bei Strafzumessung im Strafrecht machen wir etwas Ähnliches**

- Geschichte / Narrativ
- Bei Beweis ➔ Wir nehmen die beste Geschichte; Nichts Statistisches
- Gute Verteidiger streut Zweifel in Geschichte / will eine andere/bessere Geschichte
- In dubio pro reo (nicht Statistik, sondern beste Geschichte gilt)

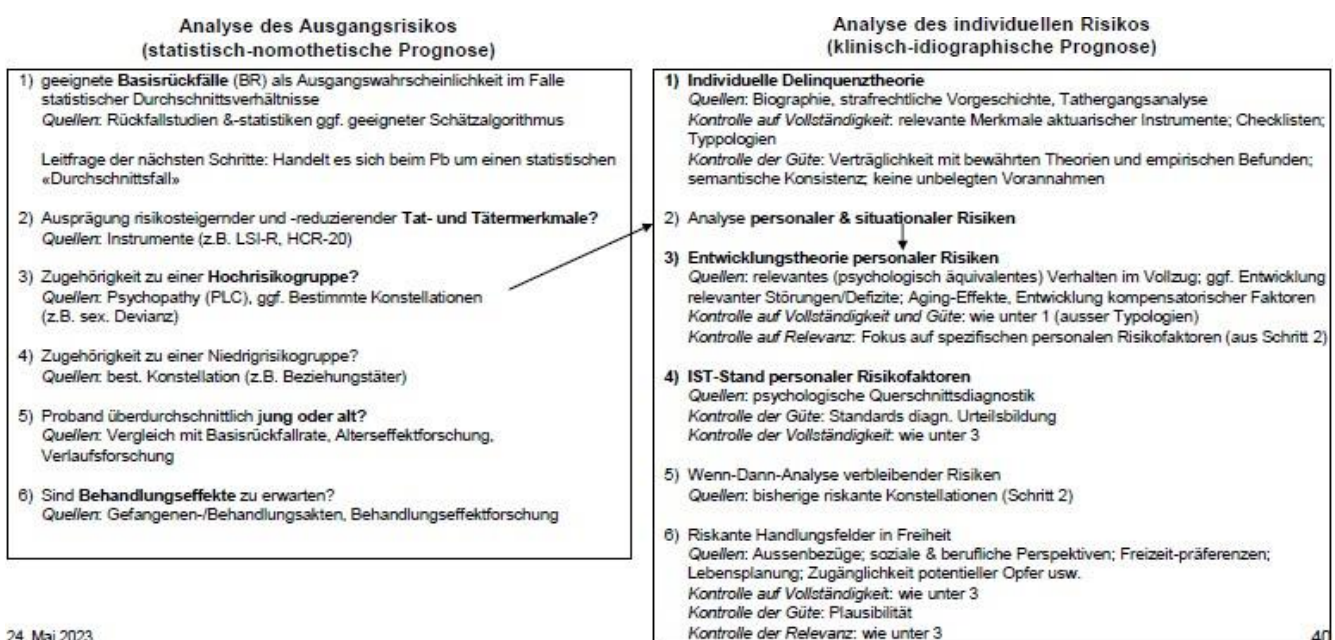
➔ **Auch Forensisches ➔ ist eine Geschichte und keine Rocket Science**

11.3.7 Einschätzung des künftigen Verhaltens und des Rückfallrisikos

- Abklärung der künftigen Lebensperspektiven
- Sozialer Empfangsraum
- Wohn- und Arbeitsperspektiven
- Finanzielle Absicherung
- Freizeitverhalten
- Kooperationsbereitschaft

11.4 Integrative Kriminalprognose

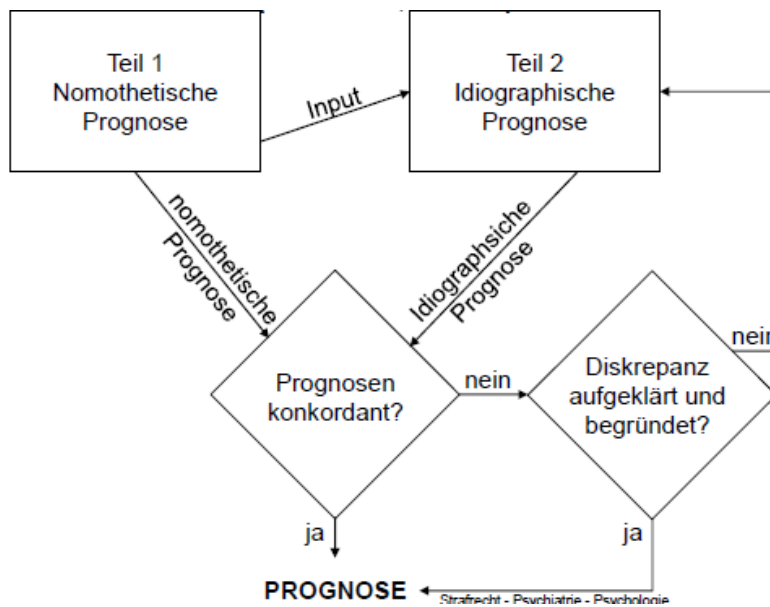
11.4.1 Beurteilungsschritte einer integrativen Kriminalprognose



Teil 1 Nomothetische Prognose: **statistisches Risiko** (Zuordnung zu einer Tätergruppe)
bspw. VRAG, PLC

Teil 2 Idiographische Prognose: **individuelles Risiko** (Individualprognose)

→ **konkordant = übereinstimmend**



11.5 Risikokommunikation

11.5.1 Fragen

- **Wie gross** ist die **Wahrscheinlichkeit**, dass die zu begutachtende Person **erneut Straftaten** begehen wird?
- **Welcher Art** werden diese **Straftaten** sein, **welche Häufigkeit** und **welchen Schweregrad** werden sie haben?
- Der **Einzelfall** soll **Risikogruppen** zugeordnet werden:
 - hohes Risiko
 - mittleres Risiko
 - niedriges Risiko

Schreiben eines Richters

- Die Gerichte sind in Zusammenhang mit der gutachterlich festgestellten Ausprägung der Rückfallgefahr auf klare, ausreichend konkretisierte sowie quantifizierbare Begriffe angewiesen
- Es lässt sich nicht abschätzen, ob es sich bei den ... oft verwendeten Begriffen «erhöht» und «hoch» um Synonyme handelt oder ob es zwischen diesen (relevanten) Unterschiede gibt und worin diese bestehen
- Es stellt sich ferner die grundsätzliche Frage, was gutachterlich unter einer «hohen» bzw. «erhöhten» Rückfallgefahr verstanden wird
- Existiert ein anerkannter Kriterienkatalog mit der kaskadenhaften Aufzählung der quantifizierenden Termini (im Sinne von «geringer» über «moderat» bis dann zu «sehr hoher» Gefahr)?
- Werden diese Begriffe von den Sachverständigen einheitlich verwendet?

➔ **Risiko:** gering, mittel ausgeprägt oder hoch

➔ Wenn wir **Gutachten lesen**, müssen wir anschauen, was Sachverständiger **meint mit hohem Rückfallrisiko?**

- Bspw. überdurchschnittliches Rückfallrisiko
- Gibt **unterschiedliche Schwellen / Toleranzgrenzen**

11.5.2 Bewertung von Wahrscheinlichkeitsniveaus

«more-likely-than-not» (> 50%)
 «clear and convincing» (70%-80%)
 «beyond reasonable doubt» (> 95%)

| Monahan & Silver (2003) | Nedopil (2010) | Knighton et al. (2014) |
|---|--|---|
| 26 Richter (USA) | Richter (D) | 153 Jurymitglieder (USA) |
| zivilrechtliche Unterbringung bei 1%-iger bis 76%-iger WS eines Gewaltdelikts | keine Einmütigkeit bzgl. der Schwelle für Massregelvollzugsunterbringung (?) | „likely to reoffend“ = 15% ausreichend für 4/5 der Juroren; 1% (!) ausreichend für ½ der Juroren. |

Nedopil, N. (2010). *Der Einfluss der Forschung auf die Forensische Psychiatrie*. Vortrag anlässlich der 25. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie, 3. bis 5. März 2010.

11.5.3 Was bedeutet niedriges / hohes Rückfallrisiko?

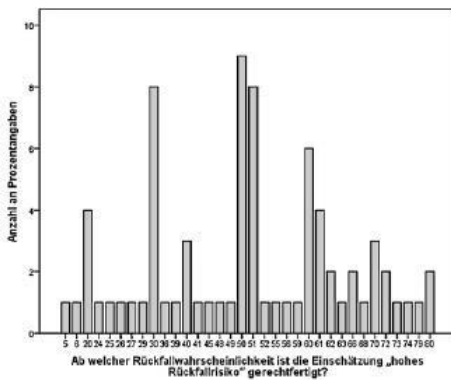


Abbildung 1. Häufigkeitsverteilung der numerischen Angaben der Versuchspersonen auf die Frage, ab welcher prozentualen Rückfallwahrscheinlichkeit die Teilnehmer die kategoriale Einstufung „hohes Rückfallrisiko“ als gerechtfertigt ansehen (n = 76).

Rettenberger et al., 2017, Diagnostica

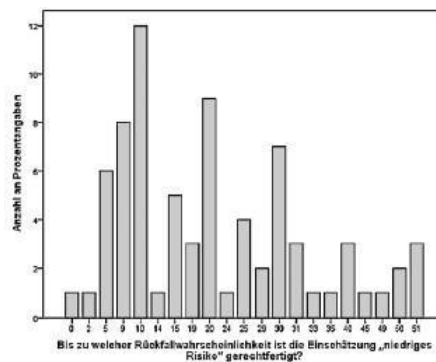


Abbildung 2. Häufigkeitsverteilung der numerischen Angaben der Versuchspersonen auf die Frage, bis zu welcher prozentualen Rückfallwahrscheinlichkeit die Teilnehmer die kategoriale Einstufung „niedriges Rückfallrisiko“ als gerechtfertigt ansehen (n = 76).

04. Mai 2023

Strafrecht - Psychiatrie - Psychologie

46

→ Manche Personen finden 5% schon hoch, andere erst 80%

11.5.4 Optionen

- **Orientierung am Mittelwert** → geht nur bei **Testverfahren** im engeren Sinn (z.B. PCL-R)
- **Orientierung an Basisrate** → **individuelles Risiko** höher oder niedriger als Vergleichsgruppe?
- **Rückfall wahrscheinlicher als Nicht-Rückfall** und umgekehrt → was ist dann **moderat** (50 zu 50)?
- **Orientierung an Prozentwerten** → aber was ist **hoch und niedrig**? Wie bestimmt man diesen Wert?

11.5.5 Alle Wahrscheinlichkeiten sind relativ

1. Jahresinzidenz von Leukämie in der Nachbarschaft eines Atomkraftwerks
 - Würden Sie Alarm schlagen, wenn mehr als 50% der Anwohner an Leukämie leiden?
 - oder bereits bei einem Zuwachs von der Jahresinzidenz von 0.1 ‰ auf 0.2 ‰? → **Risikoverdoppelung**
2. **Gleicher Wert, unterschiedliche Bedeutung:**
 - Regenwahrscheinlichkeit 10% → Schirm?
 - Rückflug ZH, Absturzwahrscheinlichkeit 10% → mit Zug fahren?

→ Das **Risiko** kann **erfasst** und z.B. durch **Vergleich** mit **vergleichbaren Tätern eingeordnet** werden

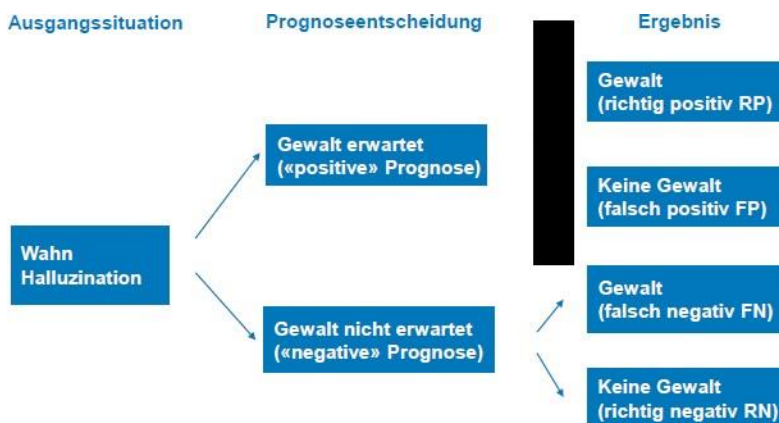
→ das **verantwortbare Risiko** kann ausschliesslich **normativ ausgelotet** werden
→ müssen **Juristen entscheiden**

→ **Psychiater** kann nur sagen, **wie hoch** das **Risiko** im **Vergleich** zum **Durchschnitt** ist, die **Höhe** des **Risikos** muss jedoch **individuell entschieden** werden.

Bspw. würde ich bei einer Absturzwahrscheinlichkeit von 10% nicht in Flieger einsteigen

11.6 «Kriminalprognose» ist der falsche Begriff

11.6.1 Prognoseentscheidung und Ergebnis



- Wenn **Gewalt erwartet** wird aufgrund Prognose und **keine Gewalt geschieht** → **heisst nicht**, dass **Prognose falsch** ist!
- Man arbeitet daran, dass Person keine Gewalt mehr ausübt
- **Studien** zeigen, dass man **Risiko** eher **überschätzt**, als **unterschätzt**
- **Missbrauch** könnte hier **riesig** sein
- Man könnte das **Risiko viel zu hoch einschätzen** und wenn dann **keine Gewalt entstand** → **erfolgreiche Therapie**
 - Jedoch **kann** es auch **sein**, dass solche Menschen **auch ohne Therapie keine Gewalt**

begangen hätten

- Wichtig ist ein gewisser Ethos

11.6.2 Risikoerfassung

Es geht **nicht zwingend** darum, **ob** das **Ereignis eintritt**.

Entscheidend ist das **Verständnis** für die **Ursachen** der **Gewalttätigkeit** in der **Vergangenheit** (wasm hat sich die Person dazu entschlossen, gewalttätig zu handeln) und eine **Festlegung** dazu, ob **diese** oder **andere Gründe** die Person in der **Zukunft** zu **weiteren Gewalthandlungen** (genauer ähnlichen Entscheidungen) **motivieren** können.

1. **Zuordnung** zu **Risikogruppe**
2. **Aussagen** zum **Veränderungspotential** → gibt es Veränderungspotential und wie kann dieses umgesetzt werden

11.6.3 Veränderungspotential / Risikomanagement

- Ist das **individuelle Rückfallrisiko modifizierbar** (= beeinflussbar / **veränderbar**)?
 - Wenn Ja, **wie?** → z.B. Medis oder Therapie
- **Behandlung** und / oder **stützende, kontrollierende Rahmenbedingungen** → z.B. Leben in geschlossener Anstalt, Medis usw.
- Kann man **entdecken**, wenn eine **risikorelevante Krise auftritt**?
 - Wenn Ja, **wie?** → z.B. Medis nicht genommen, schlecht geschlafen usw.
- Gibt es **Möglichkeiten** der **Krisenintervention**?
 - Wenn Ja, **wie** und **wo**?
- **Entscheidend** → **Bereitschaft / Fähigkeit** zur **Mitwirkung** → z.B. Termine einhalten, Medis nehmen etc.

→ **Beispiel: Schizophrenie / Wahn**

- Patient hat das Gefühl, dass Welt von Ausserirdischen angegriffen wird und diese alle Menschen homosexuell machen wollen
- Person greift alle an, die er denkt, dass sie homosexuell sind und will sie töten
- Kriegt viele Medikamente, aber ist bis zu einem gewissen Grade therapieresistent
- Diese Person wird vermutlich immer in Therapie bleiben

→ **Entscheidend** → wird die Person zum Therapietermin erscheinen und Medikamente nehmen?

- Viele Personen, die schizophren sind, sind überzeugt, dass sie nicht schizophren sind

→ **Sterbewunsch** von Häftlingen/Verwahrte

- Urteilsfähigkeit hinsichtlich Exit-Wunsch
- Ethisch ein sehr problematischer Punkt → können die Massnahme/Strafe umgehen

11.6.4 Szenarien

Denken in Szenarien:

- **Abschätzung** des **Risikos** unter **bestimmten Bedingungen**
- **Verschiedene Empfangsräume** bedingen **verschiedene Risiken**
 - wie hängt die **aktuelle Situation** mit diesen **Bedingungen** zusammen?
→ Bedingungen = z.B. Alkohol- oder Drogenkonsum
 - **welcher Empfangsraum** ist wie **wahrscheinlich**?
→ Empfangsraum = z.B. eigenständiges Wohnen
 - welche **Interventionsmöglichkeiten** bestehen?

Beispiel:

- Gewaltisiko bei eigenständigem Wohnen, Medikamenten-incompliance, Substanzkonsum
- Gewaltisiko bei eigenständigem Wohnen, Medikation, Substanzkonsum
- Gewaltisiko bei eigenständigem Wohnen, Depotmedikation, Substanz**abst**inenz

→ Beispiel: Szenario 3 **kleineres Risiko** als Szenario 1

→ Mit solchen Szenarien können wir auch juristisch sehr gut arbeiten

→ **Szenarien-Denken** → z.B. wenn **80% geimpft** sind, **passiert xy**, wenn **20% geimpft** sind, **passiert yx**

11.7 Fazit

- Begriff der **Prognose** zielt auf das **Eintreten** eines **Ereignisses** ab
- **Risikoerfassung** ist der **bessere Begriff**
- auf **Basis** von **Risikovariablen** wird eine **Aussage** zur **Eintretenswahrscheinlichkeit** eines **Ereignisses** getroffen
- die **Wahrscheinlichkeit** **exakt** zu **quantifizieren** ist problematisch, daher **wenn möglich Vergleich** zu **ähnlichen Tätern**
- wann bzw. **unter welchen Bedingungen** ein **Risiko nicht mehr tolerabel** ist, kann **nur normativ (d.h. von Juristen)** beantwortet werden
- **Gutachter** können aber etwas zum **Veränderungspotential** und **Möglichkeiten** des **Risikomanagements** sagen

→ Wann ein **Risiko nicht mehr tolerabel** ist, müssen die **Juristen entscheiden**

12 Prognosen im Strafrecht

12.1 Überblick

12.1.1 Begriff / Definition

Prognose betrifft die **Vorhersage zukünftiger Ereignisse**, Vorkommnisse, Erscheinungen oder Verhaltensweisen. Im Gegensatz zur Prophetie, zur astrologischen Berechnung, zur Wahrsagerei anhand bestimmter Materialien oder aufgrund der freien, aus der Situation im Gegenüber gewonnenen Eingebung setzt eine Prognose, die die Bezeichnung verdient, auf **grundsätzlich objektivierbare Sachverhalte**.

→ **Prognosen stützen sich grundsätzlich auf objektivierbare Sachverhalte**

12.1.2 Rechtliche Normen

formelles Recht (insbesondere Haftrecht)

- **Fluchtprognose** bzgl. Fluchtgefahr bei U-Haft → Absetzen ins Ausland oder auch Untertauchen in CH (**Prognose anhand objektiver Anhaltspunkte**, z.B. Kinder und Familie in CH, Arbeit in CH usw.)
- **Wiederholungsprognose** → wie viele Vorstrafen und welche Art von Vordelikten?
- **Ausführungsprognose** → strafrechtliche Drohung → wie wahrscheinlich ist es, dass die Drohung wahr gemacht wird?

materielles Recht

- **bedingte** und **teilbedingte Strafe** (StGB 42) → braucht günstige Legalprognose
- **Massnahmen** (StGB 56, 62, 64)
- **bedingte Entlassung** (StGB 86) → braucht günstige Legalprognose
- bei **konkreten**, aber auch **abstrakten Gefährungsdelikten** → hätte die Handlung das Rechtsgut verletzen können (= Prognose)

12.1.3 Prognose Sachverhalte (bekannter Denkvorgang)

StGB 146 (Betrug) → «**Prognosen sind keine Tatsachen**, können aber **auf** (falschen) **Tatsachen beruhen**»
→ Betrug ist nur strafbar, wenn über Tatsachen getäuscht wird und nicht reine Prognosen

Prognoseüberlegungen bzgl. **Notwehr** und **Notstand** (bei Erforderlichkeitsprüfung)

→ hätte er tatsächlich getötet, wenn er nicht durch die Notwehrhandlung aufgehalten worden wäre?

Wo das **Gesetz** eine **Prognose** vom **Gericht** oder von der **Staatsanwaltschaft verlangt**, muss die **Prognose auf Tatsachen beruhen!** → Prognosen müssen auf Tatsachen beruhen

Tatsachen sind **beweisbare, feststellbare Geschehnisse**, die sich in der **Vergangenheit verwirklicht** haben.

Prognosen über **Sachverhalte**, die in der **Zukunft stattfinden** (können), können plausibel gemacht werden,

indem der **Schluss** aus **vergangenen Tatsachen gezogen** wird. Herfür **brauchen** die **STA** und **Gerichte Sachverständige** bzw. **Gutachter** gem. **StPO 182 ff.**

12.1.4 Formelles Recht

Beispiel Fluchtgefahr bei U-Haft:

Gesetzliche Anforderungen an die **Prognose**:

- **abstrakte** (d.h. rein theoretische) **Angst**, der **Beschuldigte** könnte **fliehen**, **genügt nicht**. **Verlangt** wird eine **konkrete Wahrscheinlichkeit**.
→ es **muss eine konkrete Fluchtgefahr bestehen**

Methode zur **Bildung** der **Fluchtprognose**:

- ob **konkrete Fluchtgefahr** besteht, muss anhand **verschiedener Indizien** geprüft werden. Die **Indizien** können **eher für** oder **gegen** eine die **Annahme** einer **Fluchtgefahr** sprechen.
 - Schwere der drohenden Sanktion
 - Staatsangehörigkeit und der Aufenthaltsstatuts
 - ausländischer Wohnsitz
 - ausländisches Wohneigentum
 - Alter und Gesundheit
 - Soziale Bindungen
 - Sprachkenntnisse und Reisegewandtheit
 - Verfügbarkeit von Transportmitteln
 - berufliche Verhältnisse
 - finanzielle Mittel
 - manifestierter Fluchtwille
 - Persönlichkeit und Charakter

12.1.5 Materielles Recht

Gesetzliche Anforderungen an die **Prognose**:

- **StGB 42** und **43** (**bedingter** oder **teilbedingter Vollzug**) → **Fehlen** einer **ungünstigen Prognose** hinsichtlich **weiterer Verbrechen** oder **Vergehen**
→ **bedingter** oder **teilbedingter Vollzug** als **Regel**, **nicht** als **Ausnahme**
- **StGB 56** (Abs. 1 lit. a) → Bestehen einer **Gefahr weiterer Straftaten**.
→ **Anlasstat** hat **prognostische Bedeutung**
 - Grad der **Rückfallgefahr**?
 - **Schwere** der Taten?
- **StGB 59** (Abs. 1 lit. b) → Bestehen einer **Gefahr weiterer Taten**.
→ **Anlasstat** hat **prognostische Bedeutung**

- Grad der **Rückfallgefahr**?
- **Schwere** der Taten?
- **StGB 62a** (Abs. 3) → **ernsthafte Erwartung**, dass der **Täter** eine **Tat** nach **StGB 64 Abs. 1** (Verwahrungsdelikte) begeht.
→ **Anlasstat** hat **prognostische Bedeutung**
- **StGB 64** (Abs. 1) → **ernsthafte Erwartung**, dass der **Täter** eine **weitere Tat** nach **StGB 64 Abs. 1** (Verwahrungsdelikte = Anlasstat) begeht → **Wiederholungsgefahr**
→ **Anlasstat** (Verwahrungsdelikt) hat **prognostische Bedeutung**
- **StGB 64** (Abs. 1^{bis} lit. b) → **sehr hohe Wahrscheinlichkeit**, dass der **Täter** eine **weitere Tat** nach **StGB 64 Abs. 1** (Verwahrungsdelikte = Anlasstat) begeht.
→ **Anlasstat** (Verwahrungsdelikt) hat **prognostische Bedeutung**

Methode zur **Bildung** der **Legalprognose**:

- **StGB 42** und **43** (**bedingter** oder **teilbedingter Vollzug**) → weitgehend «intuitive» und «konkrete» Methode: **Gesamtwürdigung** der
 - Persönlichkeit
 - Kriminelle Vorbelastung
 - Tatumstände (z.B. Hemmungslosigkeit)
 - Verhalten im Strafverfahren
 - voraussichtliche Wirkung des Vollzugs eines Teils der Freiheitsstrafe usw.
- **StGB 56** (Abs. 1 lit. a) → Methode **gesetzlich nicht geregelt**, **wichtig aber BSK Art. 56, N 61 ff., insbesondere N 65a ff.**
- **StGB 59** (Abs. 1 lit. b) → Methode **gesetzlich nicht geregelt**, **wichtig aber BSK Art. 59, N 56 ff., insbesondere N 56a ff.**
- **StGB 62a** (Abs. 3) → Methode **gesetzlich nicht geregelt**
- **StGB 64 Abs. 1 lit. a** → **Legalprognose** anhand
 - Persönlichkeitsmerkmalen
 - Tatumständen
 - gesamten Lebensumständen
- **StGB 64 Abs. 1 lit. b** → **Legalprognose** anhand «**anhaltender** oder **langdauernder psychischer Störung** von **erheblicher Schwere**» → **Gefahr** der **Übersteuerung** via **StGB 64 Abs. 1 lit. a**

12.2 Lehrreicher Entscheid des Bundesgerichts zu StGB 56 und 59

Tatsachengrundlagen für Prognosen, Einsatz des richtigen Prognoseinstruments und Einzelfallanalyse

- beim **Gutachten** besteht **Methodenfreiheit**, aber:
 - **Wahl der Methode** muss **begründet** sein
 - **wissenschaftliche Standards** müssen **eingehalten** sein
 - **Schlussfolgerungen** müssen **transparent** und **nachvollziehbar** sein
 - **Angabe der verwendeten Erkenntnismittel** (Instrumente) und der **verwendeten Methoden**
 - **Prognoseinstrumente dürfen verwendet** werden, **aber** braucht **zusätzlich** noch eine **Einzelfallanalyse** → **nur Ergebnisse vom Prognoseinstrument genügen nicht!**
 - Es dürfen **nur Verhaltensweisen** in **Prognose einfließen**, die **Prozessgegenstand** sind **oder** wegen denen es eine **Verurteilung** gab.
→ wurde der **Täter freigesprochen**, darf das **nicht einfließen**
- **Gutachten** muss **folgendes beantworten** (StGB 56 Abs. 3)
 - **Notwendigkeit & Erfolgsaussichten** einer **Behandlung** (lit. a)
 - **Art & Wahrscheinlichkeit weiterer Straftaten** (lit. b) → **ob und welche Delikte mit wie hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind**
 - und **Möglichkeiten Vollzug** der Massnahme (lit. c)
- **Gericht** muss **Gutachten selbstständig beurteilen**. **Prognoseentscheid** darf **nicht** dem **Sachverständigen überlassen** werden
→ **eigenverantwortlicher Entscheid des Gerichts zur Gefährlichkeit**
- **Richterliche Überprüfung** **nicht nur** auf **Ergebnis** des **Prognose-Gutachtens**, sondern **auch** auf **Qualität** der gesamten **Erstellung** inkl. **verwendete Instrumente**

12.3 Prognoseforschung

12.3.1 Prognostische Vorgehensweise in der Medizin

- Selbst wenn sich ein bestimmtes Krankheitsbild spontan und gleichsam evident aufdrängt, erhebt der Arzt trotzdem **möglichst viele Details** aus der **persönlichen** und **familiären Vorgeschichte** des Patienten (**Anamnese**)
- Präzise **Differentialdiagnose** durch **Anamnese-** und **Erhebungsbefunde** aus den **beigezogenen früheren** und **aktuellen Untersuchungen**
- Differentialdiagnose verbunden mit Ausgangsdiagnose, wie sich das **erkannte Krankheitsbild** bei **diesem Patienten** nach den **generellen Kriterien** und unter den **Bedingungen** den **Einzelfalls**

entwickeln wird (**Prognose**)

- **Auswahl** der **geeigneten Behandlungsmethode** aufgrund der **Diagnose**

→ **Diagnose** stellen aufgrund **rückblickender Anamnese** (Vorgeschichte) und **vorausblickender Prognose** (wie sich Krankheit entwickeln wird)

→ zuerst **Anamnese** machen, dann **aktuelle Untersuchungen** und aufgrund dessen dann **Prognose** machen

12.3.2 Alltagsprognosen & wissenschaftliche Prognosen

- Wir nähern uns der Welt und Menschen **immer** mit **bestimmten Vorstellungen, Voreinstellungen, Vorerfahrungen** und **Vorurteilen** (Voraus-Urteilen).
- **Alltagstheorien** → wir bilden **Erklärungsmuster** aufgrund unserer **persönlichen Erfahrung** oder **aufgrund kollektiver überlieferter Erfahrungen** → sind normalerweise **nicht überprüft**
- **Wissenschaftliche Theorien** sollen ausdrücklich und widerspruchsfrei formuliert sein und haben ausserdem **mind.** die **ersten Stufen kritischer Überprüfung** überstanden. Entweder durch **wiederholte Bestätigung** oder weil alle **bisherigen Versuche** der **Widerlegung gescheitert** sind.
- Alltagstheorien und wissenschaftliche Theorien **wollen beide** natürliche **Erscheinungen erklären** und den objektiven **Sinn von Handlungen verstehen / erklären**.
- **Je präziser** eine **Theorie zurückliegende Ereignisse** und **Erscheinungen erklären** kann, wenn man die konkreten Umstände kennt, **desto besser** kann sie **auch künftige Entscheidungen** und **Entwicklungen prognostizieren**.

Alltagstheorien → aufgrund persönlicher Erfahrungen oder Erfahrungen Dritter (nicht überprüft)

Wissenschaftliche Theorien → überprüft indem Ergebnisse bestätigt wurden, oder man die Theorie nicht widerlegen konnte

→ **Theorien wollen Handlungen und Erscheinungen erklären**

→ **je genauer** eine **Theorie zurückliegende Ereignisse erklären** kann, **desto besser** kann sie auch **zukünftige Ereignisse voraussagen**

12.3.3 Prognosen im Strafrecht

- **Verbindliche Prognosestellung muss** durch das **Gericht gemacht** werden.
- um eine **Grundlage** für die **Meinungsbildung** (Prognosestellung) zu erhalten, **kann** das **Gericht** einen **Sachverständigen** beiziehen. **Manchmal muss** sogar einen **Sachverständigen beigezogen** werden
- **Gesetz** betont **teilweise** das **diagnostische Element** bei der **Prognose**
- Z.B. muss bei der **bedingten Entlassung** von **Lebenslänglichen zwingend** ein **Gutachter beigezogen** werden, und es **muss geprüft** werden, ob die **Gefährlichkeit** des **Täters** wirklich **nicht mehr besteht**.

- bei **psychisch unauffälligen Tätern** kann eine **rein kriminologische Begutachtung** genügen
- bei **vielen** der **Tötungsdelikte** ist schon **von Anfang an klar**, dass sie **nicht** «**Ausdruck einer Gefährlichkeit**» sind, die als **überdauernde Eigenschaft** im **Täter verkörpert** ist (z.B. einmaliger Konfliktmord unter Ehepartnern)

→ **Gericht muss die Prognose** stellen und **kann** (oder muss) dafür einen **Gutachter beiziehen**

→ **teilweise muss geprüft** werden, ob die **Gefährlichkeit** des **Täters** wirklich **nicht mehr besteht**

→ bei einem **Teil** der **Tötungsdelikte** ist **von Anfang an klar**, dass der **Täter nicht dauerhaft gefährlich** ist, weil es eine **einmalige Sache** war

12.3.4 Statistische Prognosen & Tabellenprognosen

- **Statistische Prognosen** = einfache **Tabellenprognosen**
- **gewichtende** Tabellenprognosen → **Punktwertverfahren**
- **Tabellenprognosen** suchen nach **bestimmten Merkmalen**, die in **ausgewählten Straftäterpopulationen** (verglichen mit Allgemeinbevölkerung oder anderen Straftäterpopulationen) **festgestellt** werden können und sich **rückschauend** als **eng verbunden** mit **Rückfällen überhaupt** oder **gehäuften Rückfällen** herausstellen. Daraus werden dann **Prozentwerte errechnet**.
- **Einfache Tabellenprognosen** vergeben für **jedes vorliegende Merkmal** bzw. die **negative Ausprägung** eines Merkmals **einen «Schlechtpunkt»**
- bei **gewichtenden Tabellenprognosen** erhalten **bestimmte Merkmale** den **Punktwert 1** während **andere Merkmale** je nach ihrem **errechneten Gewicht** mit **2 oder 3 Punkten** bewertet werden.
- Am **Ende** erhält **jeder Patient** einen **individuellen Summenwert**, welcher ihn einer **vorher festgelegten Risikogruppe** zuweist, die aus dem **Verhalten** und der **Rückfälligkeit** von **Personen abgeleitet** wurde, die **ähnliche Merkmalskombinationen** aufwiesen
- Wird einem **Patienten** auf diese Weise eine **Rückfallwahrscheinlichkeit** von **80% prognostiziert**, so bedeutet das, dass er einer **Straftätergruppe** angehört, von **deren Mitglieder** in der **Vergangenheit 80 von 100 rückfällig** geworden sind.
- Es wird somit eine **kollektive Wahrscheinlichkeit** festgestellt, aber **nicht** die **genaue Bestimmung** eines **persönlichen** und **individuellen Risikos**.

→ **einfache Tabellenprognosen** → für **negative Merkmale** gibt es einen **«Schlechtpunkt»**

→ **gewichtete Tabellenprognosen (Punktwertsystem)** → je nach **Gewichtung** des **Merkmals**, ist es mit **1, 2 oder sogar 3 Punkten** gewichtet

→ der **individuelle Summenwert** am **Ende** weist den Probanden einer **Risikogruppe** zu, welche aus **Straftätern** besteht, die **ähnliche Merkmalskombinationen** aufwiesen

→ es wird **kollektive Wahrscheinlichkeit** festgestellt, aber **nicht** die **genaue Bestimmung** eines **persönlichen** und **individuellen Risikos** → ist **keine Individualprognose**

12.3.5 Strukturprognosen

- **Strukturprognosen** → stellen ebenfalls **Gruppenwahrscheinlichkeit** fest
- Man **sucht** nach einem **Merkmal**, das die **Gruppe der Auffälligen** von der **Gruppe der Nicht-Auffälligen** am **stärksten trennt**
- dann **verdichtet** man **durch Hinzufügen** von **weiteren Merkmalen** die **Präzision**, sodass sich am Ende zwei Richtungen herauskristallisieren, diejenige mit hoher Rückfallgefahr und diejenige mit niedriger bis gar keiner Rückfallgefahr.

→ man sucht nach **Merkmalen**, das die **Gruppe der Auffälligen** von den **Nicht-Auffälligen** am **stärksten trennt** und fügt dann **weitere Merkmale hinzu**

12.3.6 Intuitive Prognose

- **Intuitive Prognose** → sich auf sein Eindrucksurteil verlassen und auf mehr oder minder implizite Prüfkriterien → **ungenau definierte Prüfkriterien**
- **wissenschaftliche Überprüfung** der **Tabellenprognosen** hat immer wieder **gezeigt**, dass ihre **Treffsicherheit** im **sogenannten Mittelbereich** recht **gering** ist. Allerdings sind bei einer **grossen Menge** der **alltäglichen Kriminalität** die **Merkmale** nur **selten deutlich** und **noch seltener extrem ausgeprägt**, sodass evtl. sogar das **unsichere Mittelfeld dominiert**.
- Allerdings haben **durchschnittliche Praktiker** auch **keine höhere Treffsicherheit** als die **Tabellenprognosen**

→ **Tabellenprognosen haben schlechte Treffsicherheit im Mittelbereich**

→ **Hauptteil der Straftäter** ist aber **im Mittelbereich**, da **nur selten die Merkmale deutlich oder extrem deutlich ausgeprägt** sind → somit **Tabellenprognose** beim **Grossteil nicht treffsicher**

→ **Praktiker** haben aber **keine höhere Treffsicherheit** als **Tabellenprognosen**

12.3.7 Klinische Einzelfallprognose

- ist **meistens** mit einem **Gutachtenauftrag verbunden**
- **enthält** auch **intuitive Elemente**, die sich aus der **unmittelbaren Erfahrung** im **Umgang** mit **Probanden** ergeben.
- **Entscheidender Unterschied** zur **intuitiven Prognose** ist, dass der **Gutachter** ein **objektiviertes Instrumentarium** einsetzt

→ **klinische Einzelfallprognose** enthält auch **intuitive Elemente**, bzgl. **Umgang** mit **Probanden**

→ klinische Einzelfallprognose setzt im **Gegensatz** zur **intuitiven Prognose** aber **objektivierte Instrumente** ein, nicht reines Bauchgefühl

13 Aussagepsychologie (Klinikbesuch)

13.1 Was beinhaltet die Aussagepsychologie?

13.1.1 Abgrenzung Aussagefähigkeit / -tüchtigkeit

Aussagefähigkeit / -tüchtigkeit = **Fähigkeit** einer **Person** zu eine **spezifischen Sachverhalt** eine **Aussage** machen zu **können** → **kann** man überhaupt **Aussagen** zu einem **SV machen?** (z.B. Blinder kann nichts zur Farbe T-Shirt des Täters sagen)

Voraussetzungen:

- **zuverlässige Wahrnehmung** des **Sachverhalts**
- **Speicherung** des **Sachverhalts** in der **Zeit** zwischen dem **Geschehen** und der **Befragung**
→ man muss sich erinnern können
- Angemessene **Abrufbarkeit** des **Geschehnisses**
- **verbale Wiedergabe** des Geschehnisses → man muss verbal kommunizieren können
- **Unterscheidung** zw. **real Erlebtem** und **anderweitigen Vorstellungen** (z.B. Fantasien)

→ **Aussagefähigkeit / -tüchtigkeit** i.d.R. **erhalten**

→ **Entwicklungs-** oder **psychopathologisch** bedingte **Einschränkungen**

→ **Aufhebung dauerhaft** (z.B. Tathandlung unter Einfluss von Substanzen, man kann sich deshalb nicht mehr daran erinnern, auch nachdem die Wirkung weg ist)

oder **vorübergehend** (z.B. unter Einfluss von Substanzen stehen, sobald die Wirkung weg ist, kann man wieder normal Aussagen machen) möglich

13.1.2 Beurteilung der Glaubhaftigkeit

Könnte diese Person:

- mit den **gegebenen individuellen Voraussetzungen**
- unter den **gegebenen Umständen** der **Befragung**
- und unter **Berücksichtigung** der im **konkreten Fall möglichen Einflüsse Dritter** diese **spezifischen Aussagen** machen, **ohne** dass sie auf einem **realen Erlebnishintergrund** basiert?

→ d.h. man **sucht** nach **Anzeichen**, dass die **Aussage nicht wahr** ist und nicht umgekehrt

→ **findet** man **keine** solchen **Anzeichen** (z.B. für Pseudoerinnerungen oder Lügen), dann geht man davon aus, dass die **Aussage wahr** ist

Gegenhypothese zur Annahme der Wahrheit, z.B.:

- **Pseudoerinnerungen** (Suggestionshypothese) → **Scheinerinnerungen** sind **unbewusst**
- Intentionale (**absichtliche**) **Falschaussage** (**Lügenhypothese**) → **Lügen** ist immer **bewusst/absichtlich**

→ **Wahrscheinlichkeitsaussage** über das **Zutreffen** der im Einzelfall **in Betracht** gezogenen **Hypothesen**

(Wie wahrscheinlich ist es, dass die Person lügt?) z.B. es ist sehr wahrscheinlich, dass die Person lügt, weil die entsprechenden Anzeichen vorliegen

13.1.3 Aussage-gegen-Aussage Konstellation

- **Fehlen** von **objektivierbaren Beweisen** (z.B. Videos, DNA, etc.)
- häufig **hoher Leidensdruck** des «Opfers» vs. **Schutz** des **Verdächtigen** vor **Justizirrtum**

→ in solchen Fällen kann **Aussagepsychologie** **hilfreich** sein, weil die **Aussagen** von Täter und Opfer **alles ist, was man hat**

13.2 Was sind falsche Erinnerungen?

13.2.1 Gedächtniskrieg (Höhepunkt 90er Jahre)

Es liegt ein zeitlich verzögerter Traumabericht vor

- **Zurückerlangte** Erinnerung → genuine (**echte**) **Erinnerung** an ein **Ereignis** wurde **unterdrückt** und mit **zeitlichem Abstand wiedererinnert**
- **Falsche** Erinnerung (**Scheinerinnerung**) → **Ereignis** hat **nie stattgefunden** und wird nun **fälschlicherweise** als **erlebnisbasiert** (**echt / wahr**) **erinnert**

Scheinerinnerungen → z.B. Geschichten aus der Kindheit sind oft keine eigenen Erinnerungen, sondern Erinnerungen an Erzählungen der Eltern oder Grosseltern

→ **Erinnerungen verändern** sich mit **jedem Abruf** oder **Erzählen**

Fallbeispiele

Fälle von vermeintlichem (satanistischen) Missbräuchen von Kindern durch Aufsichtspersonen:

- 🇩🇪 Wormser-Prozesse
- 🇩🇪 Montessori-Prozesse
- 🇺🇸 Kelly Michaels
- 🇺🇸 McMartin-Vorschule
- 🇩🇪 Anneli Auer
- 🇳🇱 Oude Pekela
- 🇮🇹 Galileo



→ die **Anschuldigungen** der **Kinder** waren wahrscheinlich **nicht** auf **realem Erlebnishintergrund** begründet (somit **Scheinerinnerungen**)

→ **alle Prozesse** sind **geplatzt**, weil man **nichts finden** konnte, obwohl man etwas **hätte finden müssen** (z.B. ganzes Tunnelsystem kann man nicht spurlos wieder verschwinden lassen)

13.2.2 Fehleranfälligkeit des Gedächtnisses

Empirische Untersuchungen (relevante Meta-Analysen)

Fokus auf Erwachsene:

Deffenbacher, Bornstein, & Penrod 2006
 Fitzgerald, Price, Oriet, & Chaman 2013
 Sporer, Penrod, Read, & Cutler 1995


Entwicklungsstudien:


Blank & Launay 2014
 Deffenbacher, Bornstein, Penrod, & McGorty 2004
 Fitzgerald & Price 2015
 Köhnken, Milne, Memon, & Bull 2008
 Memon, Meissner, & Fraser 2010
 Pozzulo & Lindsay 1998
 Shapiro & Penrod 1986
 Steblay, Dysart, Fulero, & Lindsay 2001

→ aber keine/ wenige Vergleiche mit Jugendlichen


13.2.3 Kernthema der Aussagepsychologie

Ist eine Aussage eine *akkurate Reflektion* dessen, was jemand *persönlich* erlebt hat?

 «Es gibt nichts, was es nicht gibt» (Wahrheit)

 Erinnerungen können verzerrt sein (Fehlerinnerung)

Falsche Erinnerungen/ Scheinerinnerungen = das Erinnern von Details bis hin zu elaborierten Ereignissen, die nicht erlebt wurden

 Zeugen können bewusst und willentlich täuschen (Lüge)

→ Erinnerungen können **wahr**, **verzerrt**, oder **willentlich falsch** (Lüge) sein

13.2.4 Fehleranfälligkeit des Gedächtnisses – «suggerierte» falsche Erinnerungen

Empirische Studien

- Fehlinformation
- Implantation
- Konformität
- Gerüchte

Loftus, Miller, & Burns 1978
 Wade, Garry, Read, & Lindsay 2002
 Gabbert, Memon, & Allan 2003
 Principe & Schindelwolf 2012

suggerierte falsche Erinnerung → Information kommt **von Aussen** (Gespräche mit Dritten, social Media, anatomisch korrekte Puppe etc.) → jemand redet einem das ein

spontane falsche Erinnerung → man füllt **selber** die **Erinnerungslücken** mit **Erfahrungswissen** auf (z.B. Sportwagen sind oft rot wegen Ferrari)

→ **Quellendiffusion** → d.h. man weiss nicht mehr, ob man es in der Zeitung gelesen, im Radio gehört oder selber erlebt hat

→ in **83% der Studien** waren **Jüngere anfälliger** für **suggerierte falsche Erinnerungen** als **Ältere** → weil Kinder gehen davon aus, dass Erwachsene alles wissen

Untersuchungen zu suggerierten Ereignissen – Implantationsparadigma

1. **Befragung** der **Eltern** zu **Kindheitserlebnissen** des nun erwachsenen Kindes
 2. **Coverstory** → Untersuchung zu autobiographischen Erinnerungen. **Untersucher** geben **Hinweise** auf **Kindheitserinnerungen**, die **Versuchsperson** erinnern soll
 3. **Manche Ereignisse wahr** (von den Eltern berichtet) **andere** wurden von den Untersuchern **erfunden** (unwahr)
- ➔ **Falsche Erinnerungen** bei **30.4 %** der Versuchspersonen
- 11.1 % robust → **Scheinerinnerungen bildlich vorhanden und voll ausgebildet**
 - 10.8 % voll → **voll ausgebildet, aber nicht bildlich**
 - 8.5 % partiell (**teilweise**)
- ➔ **Zustimmungsrate** (ohne ausgebildete falsche Erinnerung) bei **23%** → d.h. sie haben keine Erinnerung ausgebildet, aber meinten «ja das kann schon sein»

Suggestion in der Therapie?

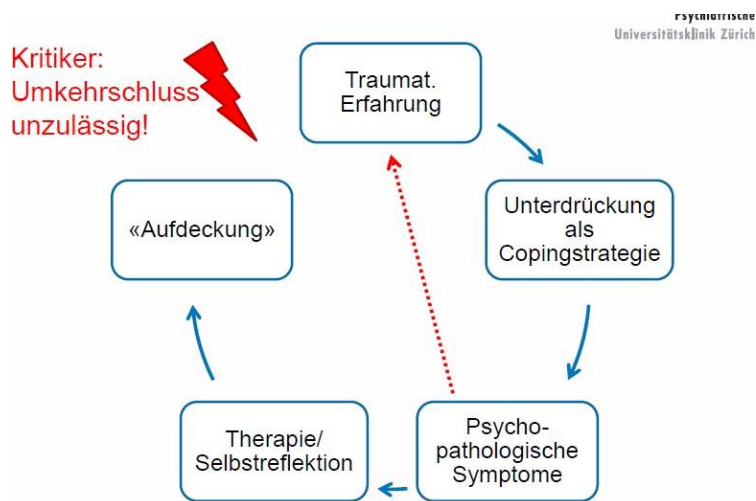
Studie mit 2'326 US-Amerikanern

davon **46.5 %** mit **Therapie- / Beratungserfahrung**

- **20%** (bzw. **9%** der Gesamtstichprobe) haben die **Möglichkeit** des **verdrängten Missbrauchs** mit dem **Therapeuten diskutiert**
- **11%** (bzw. **5%** der Gesamtstichprobe) hatten «**Wiedererinnern**» von **Missbrauch** in der Kindheit, **obwohl** dieser **vor der Therapie nicht erinnert** wurde
- **20 mal häufigeres Wiedererinnern** von **Missbrauch**, wenn der **Therapeut** die **Möglichkeit** der **Verdrängung diskutiert** hatte

- **höchste Wiedererinnerungsrate**, wenn **Therapie** in den **90er Jahren gestartet** wurde (**17.9 %**), **heute** noch immer bei **ca. 9%**

Postulierte Annahme



→ **Trauma führt** zu psychopathologischen **Symptomen** (z.B. PTBS), **aber** psychopathologische **Symptome bedeuten nicht** automatisch, dass ein **Trauma stattfand**, kann auch **andere Ursachen** haben (z.B. Drogen, oder genetische Faktoren usw.)

Therapie = falsche Erinnerung?

Klagen in den **USA gegen Therapeuten** wegen **induzierten Erinnerungen** → **Vorwurf**, die **Therapeuten hätten** falsche Erinnerungen ausgelöst

→ **Empfehlungen** für Patienten von der **APA** (American Psychological Association)

→ **Psychotherapie** per se **beeinträchtigt** die **Glaubhaftigkeit** von **Zeugenaussagen nicht**, **vor allem** wenn **bestimmte Vorkehrungen** getroffen werden

13.2.5 Fehleranfälligkeit des Gedächtnisses – «spontane» falsche Erinnerungen

→ **unklare Erinnerungsspuren** (Fuzzy-Trace Theory)

→ **Assoziationsnetzwerke** (Associative-Activation Theory)

→ auf **Erfahrungswissen** **basierte** falsche Erinnerungen **seltener** bei **Jüngeren** als bei **Älteren**

→ weil **Jüngere** noch nicht so viel **Erfahrungswissen** haben, mit welchem sie die **Erinnerungslücken** auffüllen können

13.2.6 Zwischenfazit

Ausbildung von falschen Erinnerungen **abhängig** von:

- spezifische «**Mangelsituation**» → z.B. Blackout wegen Alkohol oder weil es jemandem psychisch schlecht geht sind «Mangelsituationen»
- **Plausibilität** für **Ereignis** und **Nicht-erinnern** → **wie plausibel** erscheint es dem Betroffenen, dass ihm **das tatsächlich passiert** ist und **macht es Sinn**, dass er sich **nicht daran erinnern** kann (z.B. wenn man sehr betrunken war und Kollegen am nächsten Tag erzählen, man habe auf dem Tisch getanzt, dann ist das relativ plausibel und es ist auch logisch, dass man sich nicht daran erinnern kann, denn man war ja sehr betrunken)
- **bildhafte Vorstellung** → je öfter man darüber redet und sich daran erinnert, desto bildhafter wird die Erinnerung
- **unkritische Annahme** (Quellenverwechslungsgefahr) → wenn man sich daran erinnert, dann muss es auch so stattgefunden haben

→ **suggerierte** und **spontane falsche Erinnerungen** sind **normalpsychologische** Phänomene

→ **falsche Erinnerungen** fühlen sich genau **gleich** wie **echte Erinnerungen** an und können von echten Erinnerungen auch **nicht unterschieden** werden

13.2.7 zeitlich verzögerter Bericht = falsche Erinnerung?

Alternativerklärungen:

- **Ereignis** wurde **nicht** als **traumatisch** empfunden → z.B. Kinder empfinden sexuelle Übergriffe durch Familie etc. oft gar nicht als traumatisch und realisieren erst später, dass es nicht ok war, was damals passiert ist
- **fehlende Erinnerungsauslöser** (z.B. durch Umzug) → wenn man z.B. wieder an Tatort zurückkehrt, kommt die Erinnerung auch zurück wegen Gerüchen, Geräuschen, visuellen Reizen usw.
- **Nicht-darüber Nachdenken wollen** (Erinnerung bei Nachfrage wäre möglich gewesen)
 - Befragung durchschnittlich **13 Jahre nach Missbrauch / Prozess**
 - **15% zwischenzeitliches** Nicht-erinnern,
 - **4%** auch bei **Nachfrage nicht erinnert**
- zwischenzeitliches **Erinnern vergessen** → d.h. man hat sich zwischendurch daran erinnert, aber hat vergessen, dass man sich zwischendurch erinnert hat

→ **überraschende** und **spontane** genuine (**echte**) **Erinnerung ohne** vorherige **Erinnerungsbemühungen** möglich

13.2.8 Psychopathologie / Widersprüche = falsche Erinnerung?

Fallbeispiel → Marc O'Leary (USA)

→ Umkehrschluss, dass wenn **Psychopathologie** (Störung) oder **Widersprüche vorliegen**, dann **muss** es eine **falsche Erinnerung** sein, ist **unzulässig** und **stimmt nicht**

13.2.9 Trauma-Erinnerungen

Postulat / Behauptung → Traumaerinnerungen seien «anders» als normale Erinnerungen, seien z.B. **fragmentiert** bzw. **können verdrängt** werden

Untersuchungen mit **objektivierbaren Traumatisierungen** (Kriegseinsätze, Gewalt- / Sexualdelikte, Holocaust-Überlebende, Unfälle usw.)

- i.d.R. **keine Erinnerungsbeeinträchtigung** → **teilweise desorganisierter (chaotischer)**, aber **keine Hinweise** auf **Fragmentierung, Verdrängung**
- **Stress** führt zu **besseren Erinnerungskonsolidierungen (Einprägung)** → d.h. unter Stress prägen sich die Erinnerungen besser / tiefer ein
- häufig **Intrusionen** (Flashbacks, Wiedererleben)
- **Vermeidungsverhalten** → Hinweisreize werden umgangen, **damit die Erinnerungen nicht ausgelöst werden**

→ **Problem** des «zu gut»-Erinnerns → d.h. die Patienten würden gerne vergessen, aber können nicht

→ **PTBS-Diagnose** ist allerdings **kein Beweis** für **Traumatisierung** (Zirkelargumentation) → man kann auch **PTBS-Symptome** aufgrund **falscher Erinnerungen** bekommen, weil sich die falschen Erinnerungen genau gleich anfühlen wie die echten Erinnerungen

13.2.10 Hinweise auf falsche Erinnerungen

- **Psychisches Leiden, Suche nach Erklärungen**
- **Annahme** der **Person selber** oder des **Umfelds**, dass **Traumatisierung ursächlich** sein könnte → «**Missbrauchssyndrom**»
- **Glaube** an **Dissoziation / Verdrängung** von **traumatischen Erinnerungen** → weit verbreitet, **ca. 58%**
- **Erinnerungsbemühungen** (mit oder ohne therapeutische Hilfe) → man versucht sich **aktiv zu erinnern**
- **Erinnerung** erst nach **wiederholten Erinnerungsbemühungen**
- **Erinnerung** aus den **ersten beiden Lebensjahren** (infantile Amnesie) → **niemand erinnert sich an seine ersten beiden Lebensjahre**, ist gar **nicht möglich** daran **Erinnerungen** zu haben
- **immer mehr** traumatische **Erinnerungen** tauchen im **Laufe der Zeit** auf

Dissoziation → Ablösung von sich selber, z.B. über seinem Körper schweben und von aussen zuschauen was

passiert

13.3 (Wie) können Lügen erkannt werden?

13.3.1 Prüfung der Lügen-Hypothese

Lüge = intentionale (**absichtliche**) Falschaussage

Lügen → komplexe kognitive Leistung (d.h. man muss sich **mental anstrengen**, wenn man lügt)

Voraussetzungen fürs **Lügen**:

- **Motivation**
- **Fähigkeit**
 - andere zu täuschen
 - plausible Aussagen zu erfinden
 - erfundene Aussagen konstant wiederzugeben
- **Relevantes Wissen**

Lügen erkennen an:

- **Verhalten**
- **Non-verbale Zeichen**
- **keine Hinweise auf falsche Erinnerungen**

→ **Non-verbale Marker** zur **Lügendetektion** im Einzelfall **nicht reliabel** (verlässlich), denn es gibt **diverse Alternativerklärungen** für **Auffälligkeiten** (z.B. Nervosität)

→ diese **Methode funktioniert nur**, wenn man **genau weiss**, wie sich die **Person im Normalzustand verhält**

→ wenn **Hinweise auf falsche Erinnerungen** bestehen, dann kann man sich **weitere Abklärungen sparen**, weil die **Person glaubt** natürlich an ihre **Scheinerinnerung** und **hält diese für wahr**, auch wenn sie falsch ist, daher **lügt sie nicht**

13.3.2 Merkmale für Glaubhaftigkeit

→ **nur wenn kein Verdacht auf falsche Erinnerung besteht!**

Hypothese → **wahre Aussagen** weisen im Vergleich zu erfundenen Darstellungen eine **höhere Aussagequalität** auf

Qualitätsmerkmale der Aussage → **Realkennzeichen** / inhaltliche **Glaubhaftigkeitsmerkmale**

→ **Realkennzeichen** = was **spricht dafür**, dass die **Wahrheit gesagt** wird?

- **Episodische Erinnerung**
 - Detailreichtum
 - Kontextuelle Einbettung

- Interaktion & Gespräche
- Eigen- / Fremdpsychisches
- **Schemaabweichung**
 - Handlungskomplikationen
 - Ungewöhnliches & Nebensächliches
 - phänomengemässe Darstellung unverstandener Details
- **Fehlen von strategischer Selbstrepräsentation**
 - Chronologisch unstrukturierte Darstellung
 - spontane Präzisierung und Korrekturen
 - Zugeben von Lücken und Unsicherheiten
 - Einwände gegen die eigene Person und Aussage
 - Selbstbelastungen &
 - Inschutznahme des Beschuldigten

Realkennzeichen sind keine Methode zur Aufdeckung von Täuschung

→ **Merkmale** können auch **fehlen** wegen:

- **geringer Komplexität** des Ereignisses
- mangelnder Aussagebereitschaft
- ungeeignetem Befragungsstil
- erlebte Skepsis des Gegenübers
- Erinnerungsschwächen

→ wenn **Realkennzeichen vorhanden**, dann basiert die Aussage **vermutlich** auf **realen Ereignissen**, **ABER** man kann sich auch **Lügen so lange selber einreden**, bis man sie **wirklich selber glaubt** (falsche Erinnerung)

→ wenn **keine Realkennzeichen** vorhanden sind, **kann** die **Aussage trotzdem wahr sein**

Ablauf → **zuerst schauen** ob **Hinweise** auf **falsche Erinnerung** vorhanden, wenn nicht, **dann** schauen ob **Lüge** oder die **Wahrheit**

13.4 Exkurs: Was kann helfen, um eine umfangreiche Aussage zu erhalten?

13.4.1 Zeugenaussagen

Erzählen Zeugen / Auskunftspersonen **alles**, was sie **erinnern**?

→ **Nein**, Zeugen **lassen Informationen** weg

13.4.2 Bemühungen, den Erinnerungsabruf zu verbessern

→ je **jünger die Erinnerung ist**, desto **weniger Details** hat die Erinnerung beim **selbständigen Abruf**

→ **selbständiger Abruf** liefert die **akkuratesten (genauesten) Informationen**

Ziel → mehr mit weniger erhalten, d.h. **weniger Details**, aber dafür **genauer / richtiger**

13.4.3 Standardisierung der Befragungstechnik

Fragetypen

- **neutrale Ermunterung** («ok», «mh», usw.)
- **offene Einladung / Aufforderung** («Erzähl mit bitte alles, von Anfang bis Ende», «Erzähl weiter», «Erzähl mit mehr darüber»)
- **Einladung / Aufforderungen mit Stichwort** («Du hast ... erwähnt. Erzähl mir mehr davon. / Was ist danach passiert?»)
- **Direkte Fragen** (Wer, wie, was, wann, wo, usw.)
- **Vorgabe von Antwortmöglichkeiten** («Wart ihr im Schlaf- oder Kinderzimmer?»);
Besser wäre «in welchem Raum wart ihr?»)
- **Geschlossene Frage** → mit ja oder nein beantwortbar
- **Einbettung von Suggestion** → Verwendung von Information, welche noch nicht vom Kind geäußert wurde

13.5 Was bedeutet dies für die Beurteilung der Glaubhaftigkeit?

13.5.1 Konsequenzen für die Beurteilung der Glaubhaftigkeit

- **Einzelfallbeurteilung** → Beurteilung der **Glaubhaftigkeit** in Bezug auf die **Aussage**, nicht der Glaubwürdigkeit der **Person selber**
- **Aussageentstehung, -entwicklung, -genese**
 - Hinweise auf **suggestive Einflüsse**?
 - **Motivation** zur **Falschbezeichnung**?
 - **Täuschungsfähigkeit**?
 - **Wissensstand**?
 - **Vorerfahrungen**?

13.5.2 Leitfragen

Könnte diese Person:

- mit den **gegebenen individuellen Voraussetzungen**
- unter den **gegebenen Umständen** der **Befragung**

- und unter **Berücksichtigung** der im **konkreten Fall möglichen Einflüsse Dritter** diese **spezifischen Aussagen** machen, **ohne** dass sie auf einem **realen Erlebnishintergrund** basiert?

→ d.h. man **sucht** nach **Anzeichen**, dass die **Aussage nicht wahr** ist und nicht umgekehrt

→ **findet** man **keine** solchen **Anzeichen** (z.B. für Pseudoerinnerungen oder Lügen), dann geht man davon aus, dass die **Aussage wahr** ist

Gegenhypothese zur Annahme der Wahrheit, z.B.:

- **Pseudoerinnerungen** (Suggestionshypothese) → **Scheinerinnerungen sind unbewusst**
- Intentionale (**absichtliche**) **Falschaussage** (**Lügenhypothese**) → **Lügen** ist immer **bewusst/absichtlich**

→ **Wahrscheinlichkeitsaussage** über das **Zutreffen** der im Einzelfall **in Betracht** gezogenen **Hypothesen** (Wie **wahrscheinlich** ist es, dass die Person lügt?) z.B. es ist **sehr wahrscheinlich**, dass die Person lügt, weil die **entsprechenden Anzeichen vorliegen**

13.5.3 Fazit

«Es gibt **nichts**, was es **nicht gibt**, aber **manchmal** ist **Unwahrscheinliches** auch **unwahrscheinlich**, jedoch **nicht unmöglich**»

Aussagepsychologische Begutachtung kann **Wahrscheinlichkeitsaussagen** über die **untersuchten Hypothesen** machen → **Prüfung von Alternativen** zur **Wahrnehmung**, d.h. **wie wahrscheinlich** ist es, dass die **Aussage wahr / gelogen** ist?

Aussagepsychologische **Begutachtung** kann auch bei **anderen Fragestellungen** möglich / sinnvoll sein (z.B. **falsche Geständnisse**)

Aussagepsychologische **Begutachtung** ist **nicht nur** bei **Kindern**, sondern auch bei **Erwachsenen möglich** und **sinnvoll**.

Insbesondere wenn:

- grosser Zeitabstand
- «bizarre» Angaben
- Psychopathologie
- Intelligenzminderung
- fragliche Befragungsumstände
- Suggestion
- etc.

14 Beispielfragen für die Prüfung

1. **Was zählt zu den Aufgaben der forensischen Psychiatrie?**
 - a) Diagnose & Therapie psychischer Störungen → **richtig**
 - b) Sanktion von Fehlverhalten → **falsch**
 - c) Anordnung von Massnahmen → **falsch**
 - d) Gefahrenabwehr & Prävention von Straftaten → **richtig**

2. **Welche Aussagen zu Diagnosen und dem diagnostischen Prozess in der Psychiatrie sind korrekt?**
 - a) Definition von psychischen Krankheiten → **richtig**
 - b) 2 Klassifikationssysteme ICD und DSM → **richtig**
 - c) Instrument zur Befunderhebung befasst sich mit Symptomen bzw. Zeichen → **falsch, weil Symptome ≠ Zeichen**
 - Zeichen = von aussen beobachtbar
 - Symptome = was der Patient selber berichtet
 - d) Bei Befunderhebung sind Erscheinungsbild und Art der Kontaktaufnahme nicht relevant → **???**

3. **Welche Aussagen zu Grundsätzen des Massnahmenrechts sind korrekt?**
 - a) Gericht kann Massnahmen & Strafen gleichzeitig anordnen, Vollzug der Massnahme wird aber vorgezogen → **richtig**
 - b) 2 Zwecke werden verfolgt, Therapie / Besserung sowie Isolation / Sicherung / Abschreckung → **richtig**
 - c) Strafrechtlicher Massnahmen dienen dem Schuldausgleich → **falsch**
 - d) Massnahmen können auch bei Schuldunfähigkeit angeordnet werden → **richtig**

4. **Nennen Sie mögliche Gesetzesbestimmungen auf die sich ihre Antworten in Frage 3 stützen.**
 - a) **Dualistisches System, StGB 57 Abs. 1-2**
 - b) **Massnahmenzweck, StGB 56 Abs. 1 lit. b**
 - c) **Schuldausgleich, StGB 56 Abs. 1 lit. a**
 - d) **Schuldunfähigkeit, StGB 56 Abs. 1 lit. c**

15 Prüfschema Freiheitsstrafe und / oder Massnahme

1. **Schuldfähigkeit** vorhanden? → davon hängt ab, ob eine **Freiheitsstrafe** möglich ist oder nicht
 - Schuldfähigkeit **vorhanden** → **Freiheitsstrafe** möglich, **evtl.** auch **Massnahme**, siehe Punkt 2 & 3
 - Schuldfähigkeit **nicht** vorhanden → **nur Massnahme** möglich, **keine Freiheitsstrafe** möglich

2. **Legalprognose / Rückfallgefahr** → davon hängt ab, ob eine **Massnahme** möglich ist oder nicht
 - **Rückfallgefahr** vorhanden → **Massnahme** möglich
 - **keine** Rückfallgefahr → **keine Massnahme** möglich

3. **Massnahmebedürftigkeit / Therapiefähigkeit** → davon hängt ab, ob eine **Massnahme** oder die **Verwahrung** angeordnet wird
 - Therapiefähigkeit **nicht** vorhanden → **Verwahrung** (StGB 64 ff.)
 - Therapiefähigkeit **vorhanden** → **Therapie stationär** oder **ambulant**
 - **stationär** (StGB 59-60) → wenn Täter für Gesellschaft **gefährlich**
 - **ambulant** (StGB 63) → wenn Täter **nicht gefährlich** für Gesellschaft