habe Herr Seewer auch Garderobendiebstähle begangen und zweimal habe er ein Motorrad entwendet. Ein Motorrad habe er aus Frust darüber, dass das Strassenverkehrsamt zur Erteilung der Motorradprüfung ein psychiatrisches Gutachten von ihm verlangt habe, gestohlen. Im Haus St. Martin habe Herr Seewer wiederholt ein Auto zum Gebrauch entwendet und sei damit nach Bern gefahren. Einen Führerschein habe er nie besessen. Autofahren gelernt habe er während eines „Ferienjobs" bei einem Bekannten seines Vaters.

2.4.1 Angaben zur Vergewaltigung vom 16.07.1984

Herr Seewer gab an, sich nicht genau an die Vergewaltigung vom 16.07.1984 zu erinnern. Es sei schon lange her und nicht angenehm für ihn, darüber zu sprechen. Er habe auf einem Waldweg auf ein mögliches Opfer gewartet. Beim ersten Explorationsgespräch gab er an, zu diesem Zeitpunkt keine Vergewaltigungsfantasien und keine Vergewaltigung vorgehabt zu haben. Er habe nur gewusst, dass er „etwas" mit der Frau machen werde. Es hätte genauso gut sein können, dass er ihr „bloss" an die Brüste gefasst hätte. Auch als er die Geschädigte erblickt habe, habe er nicht gewusst, was er mit ihr machen werde. Als sie an ihm vorbeigefahren sei, habe er sie vom Fahrrad gerissen und dann sei es „aus heiterem Himmel" zur Vergewaltigung gekommen.

Nachdem Herrn Seewer seitens der Gutachter mitgeteilt wurde, dass dies nicht sehr plausibel tönt, gab er beim zweiten Explorationsgespräch an, bereits im Vorfeld der Vergewaltigung vom 16.07.1984 entsprechende Gedanken gehabt zu haben. Herr Seewer habe die Vergewaltigung „ein Stück weit" vorgehabt. Er könne aber nicht sagen, wie lange im Voraus, wie detailliert, was die Motivation dazu gewesen sei und ob es spezielle Auslöser gegeben habe. Herr Seewer habe Vergewaltigungsfantasien nie aktiv aufgesucht. Sie seien von alleine gekommen und nicht drängend gewesen. Es könne sein, dass der Explorand wegen einer Frau frustriert gewesen sei.

Herr Seewer sei betrunken gewesen – wie bei all seinen Vergewaltigungen – und könne deshalb nicht mehr zu diesem Delikt sagen. Der Explorand wisse z.B. nicht, wann im Tatablauf er eine Erektion bekommen, ob er ein Kondom benutzt und ob er einen Orgasmus gehabt habe. Nach der Tat sei er mit seinem Mofa nach Hause gefahren und habe sich ins Bett gelegt. Noch in der gleichen Nacht sei er verhaftet worden. Die Geschädigte sei auf eine Strasse gelaufen und habe einen Autofahrer über die Geschehnisse informiert. Dieser habe Herrn Seewer verfolgt und die Nummer auf dem Schild des Mofas aufgeschrieben.

2.4.2 Angaben zur Disziplinierung am 11.03.2008

Herr Seewer sei wegen „Drohung/Angriff auf die körperliche Integrität gegenüber dem Personal der Vollzugseinrichtung" mit fünf Tagen Arrest diszipliniert worden. Er habe zu einem Betreuer gesagt, dass dieser besser gehen sollte und als dieser nicht gegangen sei, habe er ihm gedroht, einen Schemel nach ihm zu werfen. Es habe Streit wegen einer Arbeit gegeben, welche der Betreuer für sich privat habe machen lassen. Herr Seewer wisse, dass ein solches Verhalten seitens der Anstalten Thorberg nicht akzeptiert werden könne. Es sei jedoch nicht grundlos passiert und dazu komme, dass der Explorand gerade zu dieser Zeit von Lucrin® auf Zoladex® umgestellt worden sei.

2.5 Angaben des Exploranden zu den Anlassdelikten

2.5.1 Angaben zur Vergewaltigung vom 02.07.1996

Vor der Tat habe Herr Seewer Bier und Cannabis konsumiert. Er sei in einem Restaurant in Kerzers gewesen, in welchem er die spätere Geschädigte kennengelernt habe. Sie sei taubstumm gewesen und habe mit Hilfe von „Tafeln" kommuniziert. Er habe sie zum Reiten eingeladen und sie habe zugestimmt. Als sie auf dem Pferd geritten seien, habe er ihr von hinten an die Brüste gefasst, wogegen sie sich nicht gewehrt habe. Herr Seewer sei plötzlich stark sexuell erregt worden und so sei es dann gekommen, dass er die Geschädigte vergewaltigt habe. An die Details könne er sich nicht erinnern. Im Restaurant habe er noch keine Gedanken gehabt, die Geschädigte zu vergewaltigen. Es könne jedoch sein, dass er zu diesem Zeitpunkt sexuell an ihr interessiert gewesen sei. Mit Bestimmtheit könne er dies aber nicht sagen, weil er betrunken gewesen sei. Es sei ihm bewusst gewesen, dass er etwas getan habe, was nicht rechtens gewesen sei. Aus Angst vor den strafrechtlichen Folgen habe er sich jedoch nicht bei der Polizei gemeldet.

2.5.2 Angaben zur Vergewaltigung vom 06.01.1997

Herr Seewer habe im Vorfeld der Vergewaltigung vom 06.01.1997 Alkohol, Cannabis und Kokain konsumiert. Er habe eine Bekannte von ihm aufgesucht, mit welcher er Geschlechtsverkehr gewollt habe. Nachdem sie abgelehnt habe, sei er frustriert gewesen und in diesem Zustand sei er der Geschädigten begegnet. Sie sei vor ihm gegangen und plötzlich sei er stark erregt gewesen. Er könne nicht sagen, wann im Tatablauf er eine

Erektion bekommen habe. Er wisse auch nicht, ob er zum Orgasmus gekommen sei. Er habe ein Kondom benutzt, damit er weniger Spuren am Opfer hinterlasse. Nachdem er fertig gewesen sei – es komme bei den Vergewaltigungen zu einem speziellen Punkt der Befriedigung, welcher ihm anzeige, dass „genug" sei, unabhängig davon, ob er einen Orgasmus habe oder nicht – sei er Alkohol trinken gegangen.

Alle Vergewaltigungen seien aus Sicht des Exploranden mehr oder weniger nach dem gleichen Schema abgelaufen:

Er sei einerseits frustriert gewesen und andererseits habe er grosse Lust auf Sex gehabt. Unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss habe sich seine Lust auf Sex immer mehr gesteigert, bis sie schliesslich an einen Punkt gelangt sei, an welchem er sich gesagt habe: *„Jetzt nehme ich mir das, was ich will, ohne Rücksicht auf Verluste"*. Herr Seewer nehme sich nicht vor, eine Vergewaltigung zu begehen und konsumiere dann extra Alkohol oder Drogen, um Hemmungen zur Tatbegehung zu verlieren.

2.5.3 Angaben zur qualifizierten sexuellen Nötigung und versuchten schweren Körperverletzung vom 08.05.2005

Herr Seewer habe die ihm zur Last gelegten Delikte vom 08.05.2005 nicht begangen. Er wolle dazu nicht mehr sagen, jedoch die Gutachter daran erinnern, dass gemäss Bundesgerichtsentscheid vom Täter nicht gestandene Delikte bei der Erstellung der Legalprognose nicht berücksichtigt werden dürften!

(Bem. der Gutachter: Auf die Delikte vom 08.05.2005 angesprochen wurde der Explorand unruhig, nestelte an seiner Kleidung herum und wich dem Blick aus.)

Herr Seewer sei am 07.05.2005 an die Hochzeit einer Bekannten gegangen. Er habe sich sexuell für diese Frau interessiert und sei enttäuscht gewesen, dass sie geheiratet habe. Es sei ihm im Voraus bewusst gewesen, dass dieser Anlass nicht angenehm für ihn sein würde. Trotzdem habe er sich entschieden hinzugehen, weil er es wie „ein Mann" habe durchstehen wollen. Nach der Hochzeit sei er frustriert gewesen und sei deshalb nach Bern gefahren, um Alkohol zu trinken. Seiner Mutter habe er nicht gesagt, dass ihm dies nicht erlaubt gewesen sei. In den frühen Morgenstunden sei er auf dem Weg zurück zu seiner Mutter ausgeraubt

und dabei mit einem Pfefferspray angegriffen worden. Er sei später noch in ein Spital gegangen und habe seine Augen behandeln lassen. An dieser Stelle der Exploration bemerkte Herr Seewer, dass er dies wohl kaum getan hätte, wenn er – wie ihm vorgeworfen werde – eine Frau attackiert hätte, welche sich mit einem Pfefferspray verteidigt hätte.

Später habe man seine diesbezüglichen Aussagen als Irreführung der Rechtspflege ausgelegt und ihn dem entsprechend verurteilt, obwohl keine Beweise gegen ihn vorgelegen hätten. Herr Seewer sei bezüglich der Delikte vom 08.05.2005 das Opfer eines Justizirrtums.

3 Befunde

3.1 Körperlicher Untersuchungsbefund

Auf eine eingehende körperlich-neurologische Untersuchung wurde verzichtet, da sich keine Anhaltspunkte dafür ergaben, dass eine körperliche Erkrankung in relevantem Zusammenhang zur Legalprognose stehen könnte. Zudem befindet sich Herr Seewer seit mehreren Jahren in einer geschlossenen Einrichtung mit adäquater ärztlicher Versorgung und er klagte gemäss den zur Verfügung stehenden Berichten nie über körperliche Nebenwirkungen der chirurgischen Kastration.

3.2 Psychopathologischer Befund vom 24.07.2013

Spontan gab der Explorand an, sich im Grossen und Ganzen wohl zu fühlen. Er habe zurzeit keine psychischen Beschwerden im engeren Sinne aufzuweisen. Seit der chemischen Kastration erlebe er sich etwas „dünnhäutig", müsse öfters weinen und könne Tränen nicht unterdrücken. Im Laufe des Gesprächs wurde dies von den Gutachtern auch zeitweise beobachtet, v.a. dann, wenn der Explorand über seine Mutter und seine Zukunft sprach.

Die aktuelle Situation mit der laufenden Begutachtung belaste Herrn Seewer insofern, dass er oft daran denken müsse und deshalb etwas Mühe habe, am Abend einzuschlafen. Wie oben erwähnt sei er aber seit der chirurgischen Kastration im Allgemeinen ausgeglichener und habe kein Verlangen nach Konsum von Alkohol und/oder Drogen.

Der Explorand ist gross gewachsen und von schlanker Statur. Er trug saubere Anstaltskleidung und machte einen körperlich gepflegten Eindruck. Zwischendurch nahm er eine leicht gebückte Haltung ein.

Herr Seewer war zeitlich, örtlich, situativ und über die eigene Person vollständig orientiert. Er zeigte keine Bewusstseinsstörungen. Gedächtnis, Konzentration und Merkfähigkeit waren zu jeder Zeit erhalten. Herr Seewer antwortete zeitweise etwas verzögert, was den Gesprächsfluss jedoch nicht behinderte. Formale Denkstörungen im engeren Sinne konnten keine eruiert werden.

Der affektive Rapport zum Exploranden war jederzeit gut herstellbar. Er imponierte z.T. leicht dysphorisch und etwas affektstarr, ohne dabei aber je gereizt oder aggressiv auf die

Gutachter zu wirken. Die Stimmungslage war die meiste Zeit über euthym (ausgeglichen). Es wurden keine suizidalen Gedanken festgestellt. Antrieb und Psychomotorik waren unauffällig.

Es gab keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Zwänge. Dem Exploranden erschien seine Umwelt vertraut und sein Verhältnis zum eigenen Körper unverändert. Er litt nicht unter dem Eindruck, dass andere seine Gedanken kennen würden bzw. hören könnten und er fühlte sich in keiner Weise fremdbestimmt.

3.3 Testpsychologische Untersuchungen

Auf die Durchführung testpsychologischer Untersuchungen wurde verzichtet, weil beim Exploranden keine klinisch bedeutsamen kognitiven Auffälligkeiten festgestellt wurden und die diagnostische Einordung seiner Persönlichkeit und sonstigen Auffälligkeiten aufgrund rein klinischer Methoden mit ausreichender Sicherheit erfolgen kann.

3.4 Forensische Prognoseinstrumente

3.4.1 Psychopathy-Checklist Revised (PCL-R) vom 11.08.2013

Aufgrund der wiederholt regelwidrigen Verhaltensweisen des Exploranden führten die Gutachter die PCL-R nach Hare durch. Diese bezieht sich auf den nordamerikanischen Psychopathie-Begriff. Demgemäss zeigen Psychopathen Auffälligkeiten in den Bereichen der interpersonellen Beziehungsgestaltung, des affektiven Erlebens und des Verhaltens. Psychopathen sind oft nicht gut behandelbar und weisen hohe Rückfallraten bei der Begehung von Straftaten auf.

Die PCL-R umfasst 20 Items (= Merkmale). Dabei werden Items wie z.B. mangelnde Empathiefähigkeit, impulsives/manipulatives Verhalten, übersteigertes Selbstwertgefühl oder Verantwortungslosigkeit auf einer 3-Punkte-Skala von 0 bis 2 beurteilt. Somit ergibt sich bei der PCL-R ein maximal möglicher Punktwert von 40. Vom Vorliegen einer Psychopathie wird nach Hare ab einem Wert von 30 Punkten ausgegangen. Neuere Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass es keinen eigentlichen Cut-off-Wert gibt, sondern dass die Rückfallgefahr für Gewalt- und Sexualdelikte steigt, je höher der erreichte Punktwert liegt.

Die Items werden nach zwei Faktoren unterschieden. Faktor 1 umfasst Items zu zwischenmenschlichen und affektiven Facetten wie z.B. täuschendes/manipulatives

Verhalten oder Rücksichts- und Gefühllosigkeit. Faktor 2 ergibt sich aus den Items zu grundsätzlichen Verhaltensweisen bzw. dem Ausmass an antisozialem Lebensstil einer Person (unverantwortliche und impulsive Lebensweise).

Ergebnis der PCL-R bei Herrn Seewer:

Item 1	Oberflächlicher Charme	0 Punkte
Item 2	Übersteigertes Selbstwertgefühl	0 Punkte
Item 3	Stimulationsbedürfnis/Neigung zu Langeweile	1 Punkt
Item 4	Pathologisches Lügen	1 Punkt
Item 5	Betrügerisches, manipulatives Verhalten	1 Punkt
Item 6	Fehlendes Schuldbewusstsein	1 Punkt
Item 7	Oberflächlicher Affekt	1 Punkt
Item 8	Fehlen von Empathie	1 Punkt
Item 9	Parasitärer Lebensstil	0 Punkte
Item 10	Unzureichende Verhaltenskontrolle	0 Punkte
Item 11	Promiskuitives Verhalten	2 Punkte
Item 12	Frühe Verhaltensauffälligkeiten	0 Punkte
Item 13	Fehlen von langfristigen realistischen Zielen	0 Punkte
Item 14	Impulsivität	1 Punkt
Item 15	Verantwortungslosigkeit	1 Punkt
Item 16	Übernimmt keine Verantwortung für eigene Handlungen	1 Punkt
Item 17	Viele kurze eheähnliche Beziehungen	0 Punkte

Item 18	Jugendliche Delinquenz	2 Punkte
Item 19	Widerruf bei bedingter Entlassung	2 Punkte
Item 20	Polymorphe Kriminalität	2 Punkte

In der PCL-R erreicht Herr Seewer einen Rohwert von 17 Punkten. Da alle Items gewertet werden konnten, musste kein Korrekturfaktor (Omit) eingefügt werden, was auch **einen Gesamtscore von 17 Punkten** ergibt.

Damit wird ein Wert erreicht, der im Vergleich zur Normalbevölkerung etwas erhöht, aber gegenüber einer Straftäterpopulation im deutschsprachigen Raum durchschnittlich ist und die Diagnoseschwelle von 30 Punkten nach Hare nicht erreicht. Unter der Annahme eines Cut-off-Wertes von 30 Punkten besteht beim Exploranden somit **keine Psychopathie**.

Beim Faktor 1 kommt Herr Seewer auf 6 Punkte und beim Faktor 2 auf 9 Punkte. Diese Werte repräsentieren gut die ausgeprägten, klinisch beobachtbaren antisozialen Verhaltensweisen des Exploranden bei etwas geringer ausgeprägtem manipulativem und täuschendem Verhalten.

3.4.2 Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) vom 11.08.2013

Der von Quincy, Harris und Rice in Kanada entwickelte Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) gehört zur Gruppe der empirisch ermittelten Prognoseinstrumente. Der SORAG ist spezifisch zur Vorhersage von Rückfälligkeit bei Sexualstraftätern entwickelt worden und enthält 14 Items, die unterschiedlich gewichtet werden. Anhand des Summenwertes kann der Sexualstraftäter einer von neun Risikokategorien zugeordnet werden. Für die Risikokategorien liegen durchschnittliche Rückfallraten für Gewaltdelikte (inklusive Sexualdelikte) innerhalb eines Zeitraumes von 7 respektive 10 Jahren vor. Der SORAG zeigt eine gute statistische Genauigkeit für die Vorhersage von Rückfällen bezüglich Sexualstraftaten.

Wenngleich die Validität des SORAG auch für Europa und die Schweiz aufgezeigt werden konnte, so gilt es zu berücksichtigen, dass die für jede Risikokategorie angegebenen Rückfallraten sich auf eine kanadische Stichprobe beziehen und bislang nicht für den deutschsprachigen Raum repliziert werden konnten.

Ergebnis bei Herrn Seewer:

Herr Seewer erreicht einen Summenwert von 22 Punkten, womit er in die **Risikoklasse 7** der insgesamt 9 Risikoklassen fällt. Für die Risikoklasse 7 wurde **eine Rückfallwahrscheinlichkeit für Gewaltdelikte (einschliesslich Sexualdelikte) von 58 % in 7 Jahren und 80 % innerhalb von 10 Jahren ermittelt**. Mit 22 Punkten erreicht Herr Seewer im Vergleich zur Entwicklungsstichprobe des SORAG **Prozentrang 88**, was bedeutet, dass lediglich 12 % einen höheren Summenwert als der Explorand erzielten.

3.4.3 Static-2002 vom 11.08.2013

Vorbemerkungen: Der Static-2002 stellt ein statistisches Verfahren dar, mit dem die Wahrscheinlichkeit der Begehung weiterer Sexualdelikte eruiert werden kann. Insgesamt können im Static-2002 14 Punkte vergeben werden. Es existieren 5 Risikoklassen, wobei ein Score von 0 bis 2 einem geringen, ein Score von 3 bis 4 einem geringen bis moderaten, ein Score von 5 bis 6 einem moderaten, ein Score von 7 bis 8 einem moderaten bis hohen und ein Score von 9 und höher einem hohen Rückfallrisiko entsprechen.

Ergebnis bei Herrn Seewer:

Der Explorand erreichte im Static-2002 einen Score von 10 Punkten. Er fällt somit in die Risikokategorie mit **hohem Rückfallrisiko**.

3.4.4 Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System (FOTRES) vom 06.09.2013

Das Forensische Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System (FOTRES) ist ein operationalisiertes, auf den Einzelfall bezogenes, forensisches Dokumentations- und Qualitätsmanagement-System zur Beurteilung und zur standardisierten Dokumentation

- des Rückfallrisikos eines Straftäters,
- der Beeinflussbarkeit (einer Risikodisposition z.B. durch Therapie) und
- des Therapieverlaufs deliktpräventiver Behandlungen (oder auch des allgemeinen Verlaufs, wenn keine Therapie durchgeführt wird).

Durch die Verwendung von FOTRES wird die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht, dass relevante Informationen nicht übersehen und dass sie kohärent und angemessen bewertet werden. Zudem werden weitere Qualitätsaspekte wie z.B. Transparenz, Standardisierung, Nachvollziehbarkeit und Korrigierbarkeit des Beurteilungsprozesses und der Schlussfolgerungen verbessert.

Im Aufbau des FOTRES werden das Risk-Needs-Assessment (RNA) und das Risk-Management (RM) unterschieden.

Risk-Needs-Assessment (RNA)

Das RNA setzt sich aus zwei Beurteilungsebenen zusammen:

- RNA Ebene 1: Das >Strukturelle Rückfallrisiko (ST-R)<
- RNA Ebene 2: Die >Beeinflussbarkeit (BEE)<

Das Strukturelle Rückfallrisiko (ST-R) repräsentiert eine langfristig bestehende Disposition des Täters, erneut mit dem Zieldelikt (= Tatverhalten, für das das Rückfallrisiko eingeschätzt wird) in Erscheinung zu treten.

Die Beeinflussbarkeit (BEE) ist eine Einschätzung darüber, wie gut und inwieweit das Strukturelle Rückfallrisiko (ST-R) durch Veränderungsprozesse risikosenkend beeinflusst werden kann.

Risk-Management (RM)

Das RM setzt sich aus vier Beurteilungsebenen zusammen:

- RM Ebene 1: Das >Strukturelle Rückfallrisiko Aktuell Simuliert (ST-R-AS)<
- RM Ebene 2: Die >Dynamische Risikoverminderung (DY-R)<
- RM Ebene 3: Die >Aktuelle Dynamische Risikoverminderung (DY-R-A)<
- RM Ebene 4: Die >Aktuelle Beeinflussbarkeit (BEE-A)<

Grundsätzlich gibt es zwei Ansatzpunkte für die Verminderung von Rückfallrisiken. Die Ausprägung risikorelevanter Persönlichkeitsmerkmale kann sich verringern, d. h. es findet eine Persönlichkeitsveränderung statt (abgebildet über ST-R-AS). Die andere Möglichkeit ist, dass ein Täter Fähigkeiten zur Kompensation des bestehenden Risikos entwickelt - ähnlich

einer Person, die zwar alkoholkrank ist, sich aber Strategien aneignet, um abstinent leben zu können (abgebildet über DY-R).

Beim Risikomanagement (RM) geht es also um folgende Fragen:

- RM Ebene 1: Sind Veränderungen persönlicher Risikomerkmale im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung eingetreten?
  → >Strukturelles Rückfallrisiko Aktuell Simuliert (ST-R-AS)<
- RM Ebene 2: In welcher Ausprägung lassen sich risikosenkende Kompensationsfähigkeiten feststellen?
  → >Dynamische Risikoverminderung (DY-R)<

Geprüft wird auch, ob die vorhandenen Kompensationsfähigkeiten durch instabile Überlagerungseffekte aktuell verändert werden:

- RM Ebene 3: Sind die risikosenkenden Kompensationsfähigkeiten durch aktuelle, allerdings instabile Überlagerungseffekte abgeschwächt oder gesteigert?
  → >Aktuelle Dynamische Risikoverminderung (DY-R-A)<

Daneben wird bewertet, ob sich an der ursprünglichen Einschätzung der Beeinflussbarkeit etwas geändert hat:

- RM Ebene 4: Wie ist ausgeprägt ist die aktuelle Beeinflussbarkeit?
  → >Aktuelle Beeinflussbarkeit (BEE-A)<

Eine ausführliche Beschreibung der Konzeption von FOTRES und der im vorliegenden Fall erzielten Ergebnisse findet sich im Anhang dieses Gutachtens.

FOTRES-Wertung bei Herrn Seewer:

Es wurde entsprechend der weiter unten diskutierten Deliktdynamik eine FOTRES-Wertung für das Zieldelikt „Sexualdelikte an Erwachsenen" vorgenommen. Es wurden die drei Problembereiche „dissoziale Persönlichkeitsstörung", „chronifizierte Vergewaltigungsdisposition" und „Suchtproblematik" bewertet. Die chirurgische Kastration wurde innerhalb des Risk-Managements als dominierender Einzelfaktor berücksichtigt.

RISK-NEEDS-ASSESSMENT für das Zieldelikt „Sexualdelikte an Erwachsenen“

Strukturelles Rückfallrisiko (ST-R) = 4.0 (sehr hoch)

Delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition = 3.5 (deutlich - sehr hoch)

Spezifische Problembereiche mit Tatrelevanz = 4.0 (sehr hoch)

Im Einzelnen lagen folgende relevanten Problembereiche vor: Dissoziale Persönlichkeitsstörung = 3.0 (deutlich), chronifizierte Vergewaltigungsdisposition = 4.0 (sehr hoch), Suchtproblematik = 2.0 (moderat), Relevanz des Problemprofils = 4.0 (sehr hoch).

Tatmuster = 4.0 (sehr hoch)

Im Einzelnen: Tatausgestaltung im Zieldelikt = 3.0 (deutlich), Bereitschaft für den Einsatz von Waffen = 3.0 (deutlich), Bereitschaft für den Einsatz von Gewalt = 4.0 (sehr hoch), Sadistische Tatelemente = 2.0 (moderat), Bereitschaft für tötungsnahe Handlungen = 3.0 (deutlich), Entschlossenheit im Zieldelikt = 3.0 (deutlich), Überdauernde Tatbereitschaft für das Zieldelikt = 4.0 (sehr hoch), Eskalationspotential im Zieldelikt = 3.0 (deutlich), Mangel an Beeinflussbarkeit = 3.0 (deutlich), Progrediente Entwicklung = 3.0 (deutlich).

Beeinflussbarkeit (BEE) = 0.5 (nicht - gering)

Allgemeine Erfolgsaussicht = 0.5 (nicht - gering)

Ressourcen = 0.5 (nicht - gering)

Im Einzelnen: Verantwortungsübernahme für das Zieldelikt = 0.0 (nicht/sehr gering), Ehrlichkeit und Offenheit ohne notwendige Tatrelevanz = 2.0 (moderat), Veränderungsfördernde Motivation = 0.0 (nicht/sehr gering), Veränderungsfördernde Fähigkeiten = 1.0 (gering), frühere Therapien = 0.0 (nicht/sehr gering).

RISK-MANAGEMENT für das Zieldelikt „Sexualdelikte an Erwachsenen“

Strukturelles Rückfallrisiko Aktuell Simuliert (ST-R-AS) = 3.5 (deutlich - sehr hoch)

Delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition = 3.5 (deutlich - sehr hoch)

Spezifische Problembereiche mit Tatrelevanz = 3.5 (deutlich - sehr hoch)

Im Einzelnen lagen folgende relevanten Problembereiche vor: Dissoziale Persönlichkeitsstörung = 3.0 (deutlich), chronifizierte Vergewaltigungsdisposition = 4.0 (sehr hoch), Suchtproblematik = 1.0 (gering), Relevanz des Problemprofils = 3.5 (deutlich - sehr hoch).

Aktuelle Beeinflussbarkeit (BEE-A) = 1.0 (gering)

Allgemeine Erfolgsaussicht = 1.0 (gering)

Ressourcen = 0.5 (nicht - gering)

Im Einzelnen: Verantwortungsübernahme für das Zieldelikt = 0.0 (nicht/sehr gering), Ehrlichkeit und Offenheit ohne notwendige Tatrelevanz = 2.0 (moderat), Veränderungsfördernde Motivation = 1.0 (gering), Veränderungsfördernde Fähigkeiten = 1.0 (gering), frühere Therapien = 0.0 (nicht/sehr gering).

Dynamische Risikoverminderung (DY-R) = 1.0 (gering)

Verlaufsvariablen im Einzelnen: Therapiemotivation = 2.0 (moderat), Beziehung zur Therapie = 3.0 (deutlich), Verhaltensrelevanz = 1.0 (gering), Ehrlichkeit und Offenheit = 1.0 (gering), Deliktbewusstsein = 0.0 (nicht/sehr gering), Risikomanagement = 1.0 (gering), Realisierungsfördernde Faktoren = 1.0 (gering), Veränderungsfördernde Faktoren = 1.0 (gering).

Zusammenfassung:

Beim Explorand bestand tatzeitnah eine sehr hohe strukturelle Rückfallgefahr für die erneute Begehung von Sexualdelikten an erwachsenen Frauen. Ohne jegliche Veränderung bzw. ohne Therapie oder andere risikosenkende Massnahmen war langfristige Rückfallfreiheit sehr unwahrscheinlich. Die Behandlungsaussichten waren aufgrund der nicht vorhandenen bis geringen Beeinflussbarkeit schlecht. Eine deliktpräventive Behandlungsmassnahme konnte bei entsprechender Risikokonstellation versuchsweise erfolgen, allerdings mit dem Hinweis, dass die Erfolgsaussichten überaus unsicher waren.

Aktuell besteht eine **deutliche bis sehr hohe strukturelle Rückfallgefahr für die erneute Begehung von Sexualdelikten an erwachsenen Frauen**. Ohne jegliche Veränderung bzw. ohne Therapie oder andere risikosenkende Massnahmen ist langfristige Rückfallfreiheit unwahrscheinlich. **Es besteht langfristig ein ausgeprägtes Rückfallrisiko.** Die Behandlungsaussichten sind bei gering ausgeprägter aktueller Beeinflussbarkeit ungünstig. **Die deliktpräventiven Effekte sind unzureichend ausgeprägt**. Es ist nicht von einer relevanten deliktpräventiven Wirkung auf das strukturelle Rückfallrisiko auszugehen.

4 Beurteilung und Diskussion

4.1 Persönlichkeit und Diagnosen

Entwicklung der Persönlichkeit

Herr Seewer wuchs in geordneten Verhältnissen zusammen mit seinen Eltern und seinen beiden Schwestern auf. In der Primarschule wies er bis auf eine Legasthenie und schlechte schulische Leistungen keine Auffälligkeiten auf.

Ab etwa seinem 14. Lebensjahr entwickelte er eine starke Vorliebe für das Beobachten nackter Frauen und beging seine ersten voyeuristisch motivierten Sexualdelikte. Mit der Zeit reichte dem Exploranden das blosse Betrachten nackter Frauen nicht mehr aus und er begann, Geschädigte beim Vorbeifahren anzufassen. Der direkte körperliche Kontakt, die Ungewissheit, erwischt zu werden und die Flucht vom Tatort wurden von Herrn Seewer als besonders aufregend erlebt.

Trotz Interventionen seitens der Schulbehörde und der Eltern setzte der Explorand das sexuell deviante Verhalten fort, bis er im Jahr 1984 seine erste Vergewaltigung beging. Diesbezüglich machte er nur vage und z.T. sich widersprechende Angaben. Tatbegünstigend habe sich der Konsum von Alkohol, bei den späteren Vergewaltigungen auch der Konsum von Cannabis und Kokain ausgewirkt. Körperlich abhängig habe sich Herr Seewer von diesen Substanzen aber nie gefühlt und auch keine Entzugserscheinungen gehabt, wenn er diese Substanzen nicht konsumiert habe. Obwohl der Alkohol- und Drogenkonsum in den zahlreichen Therapien als tatbegünstigender Faktor identifiziert wurde, setzte Herr Seewer den Konsum dieser Substanzen über viele Jahre fort. Er verstiess damit wiederholt gegen das Gesetz, die Regeln von Justizvollzugsanstalten und Auflagen bei bedingten Entlassungen aus dem Strafvollzug. Seit der Durchführung der chirurgischen Kastration im Jahr 2009 konsumierte er keinen Alkohol und keine Drogen mehr.

Diagnostik der sexuellen Auffälligkeiten

Gemäss der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10) treten bei Störungen der Sexualpräferenz über einen längeren Zeitraum (mindestens 6 Monate) ungewöhnliche sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen auf, die sich erstens auf ungewöhnliche nichtmenschliche Objekte, zweitens auf Leiden oder Demütigung von sich selbst oder anderen Menschen oder drittens

auf Kinder oder andere Personen beziehen, die nicht einwilligungsfähig oder -willig sind. Diese Fantasien, Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in unterschiedlichen Funktionsbereichen Leiden und Beeinträchtigungen bei den Betroffenen oder ihren Objekten.

Voyeurismus ist eine Form von Störung der Sexualpräferenz, bei welcher wiederholt auftretender oder ständiger Drang besteht, anderen Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder Intimitäten wie z.B. beim Entkleiden zuzusehen. Dies geschieht in der Regel heimlich und führt zu sexueller Erregung und Masturbation. Herr Seewer erfüllt die geforderten Kriterien für die **Diagnose eines Voyeurismus (F65.3 gemäss ICD-10)**.

Gemäss ICD-10 lässt sich sexueller Sadismus manchmal schwer unterscheiden von Grausamkeit in sexuellen Situationen oder Wut, die nichts mit Erotik zu tun haben. Wenn Gewalt zur Stimulation erotischer Gefühle notwendig ist, ist die Diagnose eines sexuellen Sadismus zu stellen. Der Explorand ist glaubhaft auch durch übliche sexuelle Handlungen, Darstellungen sowie Fantasien erregbar, weshalb wir nicht von einer Fixierung auf gewalttätige Sexualpraktiken ausgehen und deshalb keinen sexuellen Sadismus (F65.5 gemäss ICD-10) diagnostizieren.

Für nicht sexuell motivierten Sadismus und das Begehen von Vergewaltigung bestehen in den gängigen psychiatrischen Klassifikationssystemen keine Diagnosekategorien. Diese klinischen und in Bezug auf das Rückfallrisiko dennoch wichtigen Phänomene werden von verschiedenen Autoren etwas unterschiedlich definiert. Die Gutachter übernehmen der Verständlichkeit wegen die in FOTRES angewandten Definitionen. Gemäss diesen ist unter „Sadismus" eine Handlung des Erniedrigens, Quälens oder sonstigen Schädigens zu verstehen, welches beim Opfer eine Reaktion auslöst, die beim Täter eine subjektiv positiv erlebte affektive Resonanz hervorruft. Der Täter handelt nach dem Schema: Aktion – Reaktion – Emotion.

Unter „Vergewaltigungsdisposition" versteht man Wünsche und Handlungsimpulse, sexuelle Handlungen gegen oder unabhängig vom Willen des Opfers zu erzwingen. Gewaltsam herbeigeführte Sexualkontakte werden als attraktiv erlebt oder als legitime Strategie der eigenen Bedürfnisbefriedigung angesehen.

Herr Seewer beschreibt im Vorfeld der von ihm begangenen Vergewaltigungen ein starkes Verlangen nach sexuellen Handlungen zur Bedürfnisbefriedigung. Bezüglich der Attraktivität des Erzwingens der sexuellen Handlungen gegen den Willen des Opfers hingegen hält er sich bedeckt. Einmal bestreitet er, Vergewaltigungsfantasien gehabt zu haben, ein anderes

Mal gibt er – auf Konfrontation hin - an, diese doch gehabt zu haben. Aufgrund der wiederholt verübten Vergewaltigungen und den auffällig inkonstanten Angaben zu Vergewaltigungsfantasien muss klinisch davon ausgegangen werden, dass **Herr Seewer Vergewaltigungsfantasien im Sinne einer chronifizierten Vergewaltigungsdisposition aufweist**. Damit besteht ein in der Persönlichkeit verankertes, konstantes, deliktförderliches Persönlichkeitsmerkmal, auch wenn dafür keine diagnostischen Kriterien in psychiatrischen Diagnosemanualen vorliegen.

Das mögliche Vorliegen eines Sadismus wurde bereits im Gutachten von Dr. Weisert und Prof. Dittmann vom 16.06.2009 diskutiert. Die Geschädigte der Delikte vom 08.05.2005 gab an, dass in ihrer Wahrnehmung das Auslösen von Angst Herrn Seewer stärker erregt habe als die sexuellen Handlungen an sich. Dies ist ein klassisches Beispiel für das oben erwähnte Schema von Aktion (Bedrohung mit dem Messer) – Reaktion (Angst beim Opfer) – Emotion (starke Erregung beim Täter). Aufgrund der Nicht-Geständigkeit und der fehlenden therapeutischen Aufarbeitung des letzten Anlassdeliktes lässt sich das Ausmass der sadistischen Tatelemente jedoch nicht bestimmen. Es kann dennoch mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass zumindest für die letzte Sexualstraftat des Exploranden neben der Vergewaltigungsdisposition auch sadistische Tatmotive vorgelegen haben. Die Gutachter stellen **bei Herrn Seewer einen fraglichen Sadismus fest**.

Im Gegensatz zur Vergewaltigungsdisposition, welche wir als chronifiziert beurteilen, lässt sich unter den gegeben Umständen das Ausmass des wahrscheinlich vorliegenden Sadismus nicht weiter quantifizieren, was in Anbetracht der langjährigen therapeutischen Bemühungen als Zeichen mangelnder Offenheit von Herrn Seewer zu werten ist.

Diagnostik des Konsums psychotroper Substanzen

Gemäss ICD-10 liegt ein Abhängigkeitssyndrom von einem Suchtstoff vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden sind:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom 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.

4. Nachweis einer Toleranz. Um die Ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanzen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkohol- und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmass der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Herr Seewer erfüllt in Bezug auf den Konsum von Alkohol und Cannabis lediglich die Kriterien Nr. 1 und Nr. 2 vollständig, weshalb wir kein Abhängigkeitssyndrom bei ihm feststellen. Dazu passt, dass auch er selbst sein Konsummuster nie als Sucht erlebte.

Gemäss ICD-10 liegt ein schädlicher Gebrauch einer Substanz vor, wenn dadurch eine tatsächliche schädliche Wirkung auf die physische oder psychische Gesundheit entsteht. Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Gutachter sind der Meinung, dass vor allem die psychischen Auswirkungen des Konsums von Alkohol und Cannabis dieses Kriterium erfüllen und stellen deshalb bei Herrn Seewer die Diagnose eines **schädlichen Gebrauchs von Alkohol und Cannabis, gegenwärtig abstinent (F11.1 und F12.1 gemäss ICD-10)**.

Bezüglich Kokain und Heroin stellen wir kein Abhängigkeitssyndrom bei Status nach wiederholtem Konsum dieser Substanzen fest.

Diagnostische Einordnung der Persönlichkeit

Herr Seewer fiel bereits in seiner Jugendzeit durch sein wiederholt delinquentes Verhalten auf. Im Jugendheim Tessenberg hatte er Mühe, sich an die dort geltenden Regeln zu halten. Ausserhalb des Strafvollzugs wurde er jeweils innert kürzester Zeit mit Sexualdelikten und anderen Straftaten rückfällig. Antabus® setzte er ohne Rücksprache mit seinem Therapeuten ab und er trank mit seiner Mutter zusammen Alkohol während eines begleiteten Ausgangs. Wiederholte Haftstrafen und therapeutische Massnahmen konnten ihn nicht von erneuter einschlägiger Delinquenz abhalten. Dabei wies und weist der Explorand die deutliche Tendenz auf, Verantwortung anderen zu delegieren.

Persönlichkeitsstörungen stellen ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigungen führt.

Gemäss ICD-10 fällt die dissoziale Persönlichkeitsstörung durch eine grosse Diskrepanz zwischen dem Verhalten einer Person und den geltenden sozialen Normen auf. Sie wird diagnostiziert, wenn die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung und mindestens drei der folgenden spezifischen Kriterien erfüllt werden:

1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer.
2. Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen.
3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen.
4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten.
5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen aus Erfahrung besonders aus Bestrafung.
6. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.

Anhaltende Reizbarkeit kann ein zusätzliches Merkmal sein. Eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Jugend stützt die Diagnose, muss aber nicht vorgelegen haben. Die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung schliesst die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung aus.

Herr Seewer erfüllt die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung und die spezifischen Kriterien Nr. 2, Nr. 3, Nr. 5 und Nr. 6 einer dissozialen Persönlichkeitsstörung. Wir stellen deshalb bei Herrn Seewer die Diagnose **einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2 gemäss ICD-10)**. Kriterium Nr. 4 war gemäss älteren Beobachtungen und entsprechenden Dokumentationen früher merklich ausgeprägt vorhanden. Aktuell ist es klinisch nicht beobachtbar, was vermutlich auf die störungsspezifisch erreichten Therapieeffekte zurückzuführen ist. Herr Seewer erscheint nicht gänzlich unempathisch zu sein (dieses Kriterium wurde auf der PCL-R deshalb auch mit 1 Punkt und nicht mit 2 Punkten bewertet), sodass er Kriterium Nr. 1 nicht erfüllt.

Zusammenfassung der Diagnosen

- Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2)
- Voyeurismus (ICD-10: F65.3)
- Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Cannabis (ICD-10: F10.1 und F12.1)

4.2 Beurteilung der Deliktdynamik

Die Deliktdynamik beschreibt den Deliktablauf und die Zusammenhänge zwischen Deliktverhalten und relevanten Persönlichkeitsmerkmalen aus forensisch-psychiatrischer Sicht. Dabei stellt sich jeweils die Frage, inwieweit das Tatverhalten Ausdruck spezifischer Persönlichkeitsmerkmale eines Täters oder persönlichkeitsunabhängiger, spezifischer Tatumstände ist. Für die Beantwortung dieser Frage soll geklärt werden, ob sich anhand der Analyse aller bekannten Informationen ein plausibler Deliktmechanismus identifizieren lässt. Dieser bildet die Grundlage zur Beschreibung der deliktrelevanten Problembereiche, also jener Persönlichkeitsmerkmale und deren verhaltensrelevante Ausprägungen, die mit der Rückfallgefahr für neuerliche Straftaten in Zusammenhang stehen. Im Folgenden beschränken sich die Ausführungen der Gutachter zur Deliktdynamik bezüglich der von Herrn Seewer begangenen Vergewaltigungen:

Der Explorand weist eine dissoziale Persönlichkeitsstörung auf. Gesellschaftliche Normen und Regeln sind für ihn viel weniger bindend als für die meisten anderen Menschen. Er neigt zu impulsivem Handeln, ist vor allem auf seine eigenen Bedürfnisse bedacht und nimmt auf die Bedürfnisse anderer wenig Rücksicht. Das Erzwingen von sexuellen Handlungen stellt

für ihn aufgrund der Dissozialität kein Hindernis dar. Ausserdem werden erzwungene sexuelle Handlungen von ihm im Rahmen einer chronifizierten Vergewaltigungsdisposition als besonders erregend erlebt. Dies lässt sich anhand des Tatmusters beschreiben, wobei die dazugehörigen Fantasien vom Exploranden bisher nie detailliert offen gelegt wurden und somit einer Beurteilung nicht zugänglich sind. Durch den schädlichen Gebrauch von Alkohol und Cannabis kommt es bei entsprechender Möglichkeit zu gehäuft auftretendem Konsum dieser Substanzen.

Die Gutachter gehen trotz der bestehenden Unklarheiten aufgrund der Analyse des Tatmusters davon aus, dass Herr Seewer innerlich häufig mit sexuell-abenteuerlichen und zumindest z.T. auch mit sexuell-gewalttätigen Fantasien beschäftigt war. Diese Fantasien trug er lange Zeit in sich und stellte sich entsprechende Delikte wiederholt beim Masturbieren vor. Diese Annahme wird gestützt durch die Tatmusteranalyse, die darauf hindeutet, dass Herr Seewer seine Delikte jeweils zielstrebig realisierte. Die Vorgehensweisen sind durch ein eingeschliffenes, durchdachtes Handlungsmuster gekennzeichnet.

Die Deliktmotivation nahm im zeitlichen Verlauf immer mehr zu und der Explorand schritt bei einer ihm günstig erscheinenden Gelegenheit zur Tat. Retrospektiv betrachtet war im Tatvorlauf wahrscheinlich tatsächlich stets ein gewisser Konsum von Alkohol und/oder Drogen vorhanden, welcher sich jedoch nur modulierend auf die Steuerungsfähigkeit des Exploranden auswirkte. Ebenso kann es sein, dass den vom Exploranden angegebenen „Frustrationen" eine gewisse tatauslösende Bedeutung zukommt. Insgesamt kommt den situativen Faktoren jedoch nur eine kleine Bedeutung zu, da derartige Frustrationen im Alltag immer wieder auftreten und Herr Seewer in Freiheit praktisch täglich genannte Substanzen konsumierte.

Zusammengefasst erklärt sich der Deliktmechanismus im Wesentlichen aus der **chronifizierten Vergewaltigungsdisposition** und der **dissozialen Persönlichkeitsstörung** des Exploranden. Das Tatverhalten ist somit zum Grossteil als Ausdruck der Persönlichkeitsmerkmale von Herrn Seewer zu verstehen, und nicht speziellen situativen Tatumständen wie Substanzkonsum oder Frustrationserlebnissen zuzuschreiben.

Inwiefern sadistische Tatmotive vorlagen und welche Bedeutung diesen bei der Tatbegehung zukommt, kann nicht abschliessend beurteilt werden, weil Herr Seewer nach wie vor nicht dazu bereit ist, über sein letztes Delikt, in welchem sadistische Tatelemente am

deutlichsten zutage traten, zu sprechen. Ebenso kann eine detailliertere Deliktdynamik nicht erstellt werden, da sich Herr Seewer an keine der von ihm begangenen Vergewaltigungen detailliert erinnern konnte. Zum letzten Anlassdelikt machte er überhaupt keine diesbezüglich brauchbaren Angaben.

4.3 Legalprognose

4.3.1 Ausgangslage zum Zeitpunkt der letztmaligen Tatbegehung im Jahr 2005

Zur Beurteilung der Legalprognose verwendeten die Gutachter neben der klinischen forensisch-psychiatrischen Einschätzung die oben genannten Prognoseinstrumente. FOTRES erlaubt eine qualitätssichernde Einzelfallbeurteilung aufgrund der klinischen Daten, während die PCL-R spezifisch psychopathische Persönlichkeitsmerkmale erfasst, welche bei höherer Ausprägung mit tieferer Beeinflussbarkeit und erhöhten Rückfallraten verbunden sind. Der SORAG dient als aktuarisches Prognoseinstrument der statistischen Risikoklassenzuteilung für die Begehung von Gewalt- und Sexualstraftaten, der Static-2002 der statistischen Risikoklassenzuteilung für die Begehung von Sexualstraftaten.

Der erreichte Punktwert auf der PCL-R ist im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht und in etwa vergleichbar mit einer durchschnittlichen Straftäterpopulation. Er weist somit auf ein allgemein erhöhtes Rückfallrisiko hin. Herr Seewer befindet sich jedoch relativ weit weg vom Cut-off-Wert und kann somit nicht als Psychopath nach Hare angesehen werden.

Mittels FOTRES wurde tatzeitnah für das Zieldelikt „Sexualdelikte an Erwachsenen" eine sehr hohe strukturelle Rückfallgefahr (ST-R) und eine lediglich geringe dynamische Risikoverminderung (DY-R) eruiert.

Im SORAG erreichte Herr Seewer die Risikoklasse 7, welche eine mindestens deutlich erhöhte Rückfallgefahr aufweist.

Im Static-2002 erreicht der Explorand die höchste Risikoklasse und weist demnach ein hohes Rückfallrisiko auf.

Zusammengefasst wurde somit gemäss den angewandten Prognoseinstrumenten eine deutliche bis hohe Rückfallgefahr festgestellt.

Bei der klinischen Beurteilung der Rückfallgefahr werden die legalprognostisch günstigen und ungünstigen Faktoren gewichtet und einer integrierten Bewertung zugeführt.

Beim Exploranden sind das Vorliegen einer chronifizierten Vergewaltigungsdisposition sowie einer dissozialen Persönlichkeitsstörung als wichtigste prognostisch ungünstige, in der Persönlichkeit verankerte Faktoren auszumachen. Zusätzlich liegen eine weitere Störung der sexuellen Präferenz (Voyeurismus) und ein fraglicher Sadismus vor. Der schädliche Gebrauch von Alkohol und Cannabis, die Nicht-Geständigkeit (zumindest in Bezug auf das letzte Anlassdelikt) und die für die restlichen Delikte angegebenen Erinnerungslücken, welche ein lückenloses Erstellen einer Deliktdynamik verhindern, sind ebenfalls als prognostisch belastend einzustufen. Auch die Tendenz, Verantwortung nicht zu übernehmen und anderen zuzuschieben, die Rückfälligkeit trotz wiederholten Straf- und Massnahmenvollzugs und die Progredienz der Delikte (Einsatz einer Waffe, sadistische Tatelemente und Tatbegehung während einer laufenden Massnahme am 08.05.2005), die früheren Aussagen des Täters, dass es unter Umständen auch zu einer Tötung kommen könnte und die geringe Bedeutung situativer Faktoren sind als weitere wichtige prognostisch ungünstige Faktoren einzustufen.

Als prognostisch günstige Merkmale können das Fehlen einer Psychopathie nach Hare, die tiefe allgemeine Gewaltbereitschaft, die fehlende Waffenaffinität, das Fehlen einer Bagatellisierung des Deliktgeschehens, die vorhandenen familiären Bindungen, die Berufstätigkeit und die adäquate Freizeitgestaltung genannt werden.

Insgesamt überwiegen in der klinischen Beurteilung die ungünstigen Merkmale sehr deutlich, woraus tatzeitnah eine hohe Rückfallgefahr für Sexualdelikte abgeleitet werden kann. Die klinische Einschätzung der Rückfallgefahr für einschlägige Delikte korreliert somit sehr gut mit derjenigen der angewandten Prognoseinstrumente.

Zusammengefasst stellen die Gutachter tatzeitnah, gestützt auf die Anwendung von Prognoseinstrumenten und ihre klinische Einschätzung, bei Herrn Seewer **ein hohes bis sehr hohes Rückfallrisiko für die Begehung von Sexualstraftaten oder anderen sexuell motivierten Gewaltstraftaten** fest.

4.3.2 Aktuelle Risikobeurteilung

Herr Seewer wird nunmehr seit bald 30 Jahren therapeutisch behandelt. Trotz der mehrfach bei ihm gestellten psychiatrischen Diagnosen und dem damit absehbar längerdauernden Therapieprozess ist die bisherige Therapiedauer ausserordentlich lang. Man muss auch konstatieren, dass die therapeutischen Bemühungen bis zum Zeitpunkt des Anlassdeliktes

im Jahr 2005 offensichtlich keine Wirkung zeigten. Im Folgenden gehen wir auf die Veränderungen ein, die sich im Verlauf der Behandlung seit dem Jahr 2005 ergeben haben.

Veränderungen der deliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmale

Die dissoziale Persönlichkeitsstörung wurde im Rahmen der Behandlung durch den FPD Bern thematisiert. Es wurde Herrn Seewer bescheinigt, in der Gruppe beim Erlernen prosozialen Verhaltens und von Problemlösestrategien gut mitgearbeitet zu haben. Im selben Therapiebericht wurden ihm auch eine verbesserte Frustrationstoleranz und Impulskontrolle attestiert, wobei er allerdings einmalig wegen Drohung/Angriff auf das Personal mit fünf Tagen Arrest sanktioniert wurde. Auch im folgenden Therapiebericht wurde von einer weiteren Bearbeitung der Dissozialität berichtet, allerdings ohne inhaltliche Angaben dazu zu machen. Andererseits wurde dem Exploranden insbesondere im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Übertrittes auf die BEOT des MSTJ ein manchmal überhebliches und misstrauisches Verhalten attestiert. Gemäss letztem Therapiebericht könne er auch nach wie vor ein abwertendes und wenig empathisches Verhalten zeigen. Dem entsprechend wurde die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung vom FPD Bern in jedem Behandlungsbericht weiterhin gestellt.

Positiv zu vermerken sind allerdings die fehlenden Disziplinierungen von Herrn Seewer seit 2008 und auch die gelungene Alkohol- und Cannabisabstinenz. Dabei gilt es aber zu bedenken, dass dem Exploranden bereits früher verschiedentlich therapeutische Fortschritte attestiert wurden, welche sich vor allem auf störungsspezifische Symptome wie z.B. reduzierte Frustrationstoleranz bezogen. Anlässlich unserer Explorationsgespräche präsentierte sich Herr Seewer in Bezug auf seine Delinquenz nach wie vor externalisierend und wenig empathisch gegenüber seinen Opfern. Zusammenfassend ist demnach trotz leichten Fortschritten (v.a. verbesserte Fristrationstoleranz, weitgehend angemessenes Vollzugsverhalten) davon auszugehen, dass die dissoziale Persönlichkeitsstörung weiterhin besteht.

Am schwierigsten zu beurteilen ist das gegenwärtige Vorliegen einer chronifizierten Vergewaltigungsdisposition beim Exploranden. Er selbst gab an, seit der Durchführung der chirurgischen Kastration keine sexuellen Fantasien mehr aufzuweisen und schon gar nicht Vergewaltigungsfantasien. Diese Aussage wurde von Dr. Aschwanden als glaubhaft eingestuft und wird im letzten Bericht des FPD Bern von den aktuellen Therapeuten

bestätigt. Auf den Zusammenhang zwischen chirurgischer Kastration und Vergewaltigungsfantasien werden wir später genauer eingehen.

Es stellt sich nun die Frage, ob die Vergewaltigungsdisposition deliktorientiert therapeutisch angegangen wurde. Eine solche Auseinandersetzung ist nicht dokumentiert. Aktuell stellen die Gutachter lediglich fest, dass Herr Seewer in seinen Schilderungen Vergewaltigungsfantasien z.T. erwähnt, diese aber nicht in Zusammenhang mit der Deliktdynamik bringen kann. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesen Fantasien und der anzunehmenden Vergewaltigungsdisposition fand somit nicht statt, wodurch sich keine Veränderung dieses Problembereichs im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung feststellen lässt. Eine allfällige Veränderung diesbezüglich kann demnach ausschliesslich durch die chirurgische Kastration eingetreten sein.

Der Missbrauch von Alkohol und Cannabis war in Freiheit bis zu einem gewissen Masse deliktrelevant, da Herr Seewer bei sich ihm günstig erscheinenden Situationen seine Steuerungsfähigkeit wissentlich durch die Einnahme dieser Substanzen herabsetzte. Dieser Problematik kommt aber wie oben erwähnt eine geringere Bedeutung zu als den beiden zuvor diskutierten Problembereichen. Dennoch ist die gegenwärtige Abstinenz von Suchtstoffen als Therapiefortschritt zu werten, weshalb wir diese Problematik auch im FOTRES inzwischen günstiger einschätzen.

Effekte der deliktorientierten Psychotherapie

Aus deliktorientierter Sicht konnten keine relevanten rückfallrisikosenkenden Effekte erzielt werden. Im letzten diesbezüglich erstellten Gutachten von Dr. Weisert und Prof. Dittmann vom 16.06.2009 wurde bereits darauf hingewiesen, dass auch nach rund eineinhalb Jahren Therapie unter chemischer Kastration keine deutlichen deliktpräventiven therapeutischen Effekte erreicht werden konnten.

Eingehende Deliktrekonstruktionen waren nicht möglich, weil sich Herr Seewer an die Tatvorläufe und die Taten selbst nicht erinnern kann. Auch die Bearbeitung des jeweiligen Deliktvorlaufs scheiterte an dem fehlenden Eingeständnis von deliktrelevanten Fantasien im Vorfeld der Tat. Eine deliktorientierte Bearbeitung des letzten Anlassdeliktes kam überhaupt nicht zustande. Somit konnten weder die progrediente Entwicklung im Tatgeschehen noch die sadistischen Tatelemente im Deliktmechanismus ausreichend analysiert werden. Es war Herrn Seewer somit weitgehend nicht möglich, seine Deliktdynamiken kennenzulernen und daraus wesentliche rückfallpräventive Strategien abzuleiten. Es sind aber genau diese

deliktorientierte Therapieformen/-inhalte, bei denen gemäss verschiedenen Meta-Analysen (z.B. Lösel und Schmucker 2005) anhand ausreichender Daten ein rückfallrisikosenkender Effekt als erwiesen gelten kann.

Die wenigen situativen tatbegünstigenden Faktoren wie z.B. der Umgang mit Frustrationen und Suchtmittelkonsum wurden über viele Jahre hinweg psychotherapeutisch behandelt. Trotz Kenntnis dieser situativen Risikofaktoren konsumierte Herr Seewer z.B. aber weiterhin Alkohol im Urlaub.

Zusammengefasst ist die Deliktmotivation des Exploranden nach wie vor nicht geklärt, weshalb sowohl aus klinischer Sicht als auch instrumentengestützt **maximal gering ausgeprägte deliktpräventive Effekte durch deliktorientierte Behandlungselemente** festgestellt werden können.

Zusammenfassung

Störungsspezifische Therapieerfolge können nach wie vor weiter erzielt werden. Es ist jedoch festzuhalten, dass Herr Seewer diesbezüglich schon Fortschritte gemacht hat und im aktuellen Zustand wenig dissoziale Symptome zeigt sowie auf den Konsum von Alkohol und/oder Cannabis verzichtet. In der Risikobeurteilung dürfen die bisher störungsspezifisch erreichten Therapieerfolge jedoch nicht überbewertet werden. Dissoziale Straftäter können sich oft sehr gut im Strafvollzug anpassen, wenn es ihren Zielen dient. Genauso ist die Alkohol- und Cannabisabstinenz kein Marker für einen positiven Verlauf in Bezug auf das Rückfallrisiko für Sexualstraftaten.

Die deliktorientierte Therapie basiert im Wesentlichen einerseits auf einer Reduktion der Deliktmotivation und andererseits auf der Erhöhung der Steuerungsfähigkeit. Da die Deliktmotivation unklar ist, können diesbezüglich keine stabile therapeutisch erzielte rückfallrisikosenkende Effekte identifiziert werden. Bei Nicht-Geständigkeit und sich wiedersprechenden Angaben bezüglich der anzunehmenden Vergewaltigungsdisposition ist sogar anzunehmen, dass Herr Seewer wichtige Informationen über das Tatgeschehen nicht preisgibt und sich entsprechend nicht wirklich auf einen deliktpräventiven Therapieprozess eingelassen hat. Dies könnte auch die wissentlich selbst herbeigeführte Reduktion der Steuerungsfähigkeit bei den Anlassdelikten erklären.

Die deliktorientierte Therapie ist somit auch nach bald sechs Jahren in kastriertem Zustand als weitgehend gescheitert anzusehen. Es bestehen unter den gegebenen

Umständen keine Aussichten auf eine Erfolg versprechende deliktorientierte Therapie in Bezug auf das Rückfallrisiko für einschlägige Sexualstraftaten.

4.3.3 Diskussion des risikosenkenden Effektes der chirurgischen Kastration

Bezüglich der vorhandenen Literatur zur chirurgischen Kastration möchten die Gutachter zuerst im Rahmen eines kleinen Exkurses die wesentlichen Erkenntnisse widergeben:

Im Jahr 2005 fassten L. E. Weinberger et al. sämtliche relevanten Studien zur chirurgischen Kastration in Bezug auf Sexualstraftäter zusammen und erstellten eine Übersichtsarbeit. Seither wurden keine vergleichbaren wissenschaftlichen Arbeiten publiziert, sodass man die Arbeit von L. E. Weinberger als derzeit gültigen Wissenstand betrachten kann. Dabei wurden mehrere Studien aus den Vereinigten Staaten und verschiedenen Ländern Europas analysiert. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- Chirurgisch kastrierte Sexualstraftäter weisen geringe Rückfallraten (0 bis 10 %) auf;
- Die Rückfallraten chirurgisch kastrierter Sexualstraftäter sind tiefer als die Rückfallraten von Sexualstraftätern, welche lediglich mit Psychotherapie behandelt wurden;
- Chirurgisch kastrierte Sexualstraftäter können mit gleichen Delikten wie früher rückfällig werden oder andere gewalttätige/sexuelle Delikte begehen;
- Rückfälle können lange Zeit nach der chirurgischen Kastration (> 20 Jahre danach) auftreten;
- Chirurgisch kastrierte Sexualstraftäter können erektionsfähig bleiben;
- Chirurgisch kastrierte Sexualstraftäter geben an, nach dem Eingriff weniger sexuelle Appetenz zu haben;
- Methodisch korrekte Studien zu veränderten Sexualfunktionen nach chirurgischer Kastration stammen vor allem von Krebspatienten und nicht von Sexualstraftätern;
- Der Testosteronspiegel ist nur einer von vielen Faktoren bei der Sexualität eines Straftäters;
- Die chirurgische Kastration könnte bei der Einschätzung des Rückfallrisikos ein zu beachtender Faktor sein;
- Die vermutlich rückfallpräventiven Effekte einer chirurgischen Kastration werden bereits durch kleine Mengen extern zugeführten Testosterons aufgehoben;

- Chirurgische Kastrationen werden nur bei sehr wenigen Sexualstraftätern durchgeführt;
- Chirurgische Kastrationen stellen keine Standardmethode zur Rückfallprävention dar;
- Aus vielen Studien geht nicht klar hervor, welche Sexualstraftäter chirurgisch kastriert wurden und welche von der chirurgischen Kastration am ehesten profitieren;
- Anekdotisch gehe man davon aus, dass vor allem diejenigen Sexualstraftäter sich chirurgisch kastrieren lassen, welche diesen Eingriff als letzte Chance einer Entlassung aus dem Gefängnis oder aus einer Verwahrung ansehen oder andere Therapieformen wie z.B. Psychotherapie oder chemische Kastration kategorisch ablehnen;
- Der Zusammenhang zwischen tiefen Testosteronwerten und sexueller Aktivität bleibt unklar;
- Viele Studien weisen Mängel auf, indem keine präoperativen Basisraten vorliegen, keine Vergleichsgruppen untersucht werden, einzelne Deliktarten nicht unterschieden werden und nur kleine Stichproben vorhanden sind.

Herr Seewer wurde im Dezember 2009 chirurgisch kastriert. Anlässlich unserer Explorationen führte er aus, dass er zufrieden mit dem Eingriff sei, sich seither ausgeglichener erlebe und der Drang nach Sexualität und Konsum von Alkohol und/oder Cannabis deutlich abgenommen habe. Von den behandelnden Therapeuten wurden korrespondierende Beobachtungen gemacht. Der Eingriff habe sich auch tendenziell positiv auf die störungsspezifische Therapie der Dissozialität und der Substanzproblematik ausgewirkt.

Die chirurgische Kastration lässt unabhängig von der als weitgehend gescheitert zu beurteilenden deliktorientierten Therapie aufgrund der zur Verfügung stehenden Literatur eine gewisse rückfallrisikosenkende Wirkung vermuten. Da keine konkreten Zahlen oder Empfehlungen bezüglich der Risikoeinschätzung bei chirurgischer Kastration vorliegen, kann jedoch eine Quantifizierung der risikosenkenden Wirkung mit genügender Sicherheit nicht vorgenommen werden. Die Einschätzung der Rückfallgefahr anhand dieses Einzelfaktors muss vorsichtig erfolgen und unter dem Vorbehalt, ein Stück weit spekulativ zu sein:

Es ist nicht bekannt, ob Herr Seewer zu denjenigen Sexualstraftätern gehört, welche potenziell von einer chirurgischen Kastration profitieren. Der positive Effekt dieses Eingriffs kann durch das Zuführen von Testosteron oder Anabolika rasch zunichte gemacht werden.

Im vorliegenden Fall ist zu bedenken, dass sich Herr Seewer bezüglich seinen Möglichkeiten zur Einflussnahme auf seine Steuerungsfähigkeit wiederholt als nicht zuverlässig erwiesen hat.

Der Explorand gab in der Vergangenheit immer wieder an, nie handlungsrelevante Vergewaltigungsfantasien aufgewiesen zu haben. Auf Konfrontation hin gab er kurzzeitig an, früher solche Fantasien aufgewiesen zu haben, ohne jedoch näher darauf eingehen zu wollen.

Dieser Punkt ist von zentraler Bedeutung und bedarf einer eingehenden Untersuchung, da genau diese Frage im Raum steht und kontrovers diskutiert werden kann: Stimmen die Aussagen, wonach nie deliktrelevante Fantasien vorlagen oder nicht mehr vorliegen oder verschweigt der Explorand weiterbestehende deliktrelevante Fantasien? Selbstverständlich ist man bei deliktrelevanten Fantasien in starkem Masse auf die Aussagen der betroffenen Person angewiesen. Hier bleibt immer eine gewisse Unsicherheit, weil sich Aussagen über das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein sexueller Fantasien nicht direkt überprüfen lassen. Im vorliegenden Fall wurden vom Exploranden sich widersprechende Angaben gemacht, was gegen einen offenen und ehrlichen Umgang mit diesem wichtigen Problembereich spricht. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Frage nach dem Vorhandensein deliktrelevanter Fantasien letztlich um eine Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Exploranden bzw. um konkrete Sachverhaltsbewertungen handelt. Diese fallen naturgemäss in die Kompetenz des Gerichtes.

Hinzu kommt, dass in den verfügbaren Studien zur chirurgischen Kastration kein eindeutiges Ergebnis zur Frage, ob deliktrelevante sexuelle Fantasien verschwinden, vorliegt. Auf der einen Seite ist es unwahrscheinlich, dass ausgestaltete sexuelle Fantasien, die über einen längeren Zeitraum vorherrschend waren und zu Handlungen führten, völlig und für alle Zeit verschwinden. Zudem ist es nicht wenig plausibel anzunehmen, dass Herr Seewer bei Mitteilungen rund um das Thema Fantasien aufgrund seiner Erfahrungen vorsichtig geworden ist, was durch die festgestellte Dissozialität noch wahrscheinlicher ist.

Die Rückfallzahlen der Studien zu chirurgischer Kastration lassen einen hohen deliktpräventiven Effekt dieser Intervention vermuten. Rückfallzahlen von 0 bis 10 % sind als sehr gut zu bezeichnen, aber es liegen zu wenig Daten vor, als dass von einem gesicherten bzw. aus wissenschaftlicher Sicht signifikanten Effekt bei Herrn Seewer auszugehen ist; oder um es anders zu sagen: falls sich die bisher erhobenen Rückfallraten in grösseren, methodisch korrekten Studien belegen liessen, hätte die chirurgische Kastration bei Sexualstraftätern im Vergleich mit anderen risikosenkenden Interventionen einen starken risikosenkenden Effekt.

Exkurs zur Behandlung mittels LHRH-Analoga

Herr Seewer wurde lange Zeit mit antiandrogenen Medikamenten behandelt, zuletzt mit LHRH-Analoga, welche den Testosteronspiegel verglichen mit anderen triebdämpfenden Substanzen sehr stark zu senken vermögen. Deshalb ist anzunehmen, dass einige der erzielten Effekte auch bei chirurgischen Kastrationen auftreten können. Die Gutachter möchten deshalb analog zur chirurgischen Kastration noch einen kurzen Exkurs zur Behandlung mit antiandrogenen Medikamenten machen. Dabei ist auch hier besonderes Augenmerk auf die Qualität und die Aussagekraft der Studien zu richten:

Bei Sexualstraftätern werden antiandrogene Behandlungen relativ selten angewandt. Dabei stellen LHRH-Agonisten eine von mehreren medikamentösen Möglichkeiten dar. Dem entsprechend gibt es verglichen mit psychotherapeutischen Verfahren und anderen pharmakologischen Interventionen nur wenig wissenschaftlich erforschte Erfahrungen mit diesen Substanzen.

In einer Metaanalyse stellten Briken, Kafka et al. im Jahr 2007 fest, dass mehrere bis dahin publizierte Studien zu diesem Thema methodisch eindeutig ungenügend und wissenschaftlich kaum verwertbar seien. Daneben werden jedoch zwei Studien erwähnt, welche einen positiven Effekt einer triebdämpfenden Medikation festgestellt hätten:

- Maletzky et al. hätten im Jahr 2006 festgestellt, dass eine Gruppe von Sexualstraftätern, welche mit einer antiandrogenen Medikation behandelt worden sei, in einer 4-Jahres-Untersuchung weniger häufig einschlägig rückfällig geworden sei. Briken et al. wiesen allerdings darauf hin, dass auch diese Studie methodisch nicht vollständig wissenschaftlichem Anspruch genügt habe. Zudem seien die Fallzahlen sehr klein gewesen, weshalb statistisch gesehen fundierte Aussagen kaum möglich seien.
- In einer Studie von Schober et al. aus dem Jahr 2005 seien Täter, welche lediglich eine Psychotherapie erhalten hätten, mit solchen Tätern, welche sowohl eine Psychotherapie als auch eine Therapie mit einem LHRH-Agonisten erhalten hätten, verglichen worden. Es habe sich bei letzteren um fünf Fälle gehandelt, bei welchen die Testosteronspiegel gemessen, die sexuelle Präferenz untersucht und die sexuellen Fantasien alle drei Monate mittels einer polygrafischen Untersuchung erfasst worden seien. Als Ergebnis dieser Studie sei bei allen fünf Probanden eine Senkung des Testosteronspiegels, der sexuellen Erregbarkeit und der devianten Fantasien erreicht worden. Briken et al. waren der Ansicht, dass aufgrund dieser Ergebnisse jedoch nicht generell auf einen signifikant positiven Effekt auf das

Rückfallrisiko geschlossen werden könne. Die Kombination einer deliktorientierten Psychotherapie mit einer triebdämpfenden Medikation scheine aber Erfolg versprechend zu sein.

In einer anderen Metaanalyse zu diesem Thema ebenfalls aus dem Jahr 2007 stellten Eher, Gnoth et al. fest, dass es keinen Beweis dafür gebe, dass eine antiandrogene Medikation die Rückfallgefahr bei Sexualstraftätern senken könne. Es gebe keine wissenschaftlich valide Studie zur triebdämpfenden Medikation:

- In der oben erwähnten Studie von Schober et al. aus dem Jahr 2005, welche als „kontrollierte Fallserie" bezeichnet worden sei, sei z.B. die Rückfälligkeit gar nicht untersucht worden. Dasselbe Problem bestehe z.B. auch in der Studie von Saleh et al. aus dem Jahr 2004. Dort habe man sechs Fälle untersucht und sei zum Schluss gekommen, dass die beste Indikation (= Grund für die Anwendung einer Therapie) für eine triebdämpfende Medikation eine Hypersexualität sei.
- McConaghy et al. seien in einer Studie aus dem 1988 dazu gekommen, dass eine triebdämpfende Medikation einen positiven Effekt habe. Allerdings habe der damalige Beobachtungszeitraum bezüglich Rückfälligkeit lediglich zwei Jahre betragen. Sowohl die behandelte als auch die unbehandelte Gruppe hätten tiefe Rückfallraten aufgewiesen und die Ergebnisse hätten sich nicht signifikant unterschieden. Zudem seien beide untersuchten Gruppen nicht randomisiert gewesen.
- Im Jahr 1992 habe Fedoroff eine Studie mit 46 Probanden durchgeführt. Die Probanden seien in zwei Gruppen eingeteilt worden. 19 Probanden habe man mit Psychotherapie in Kombination mit Medroxy-Progesteron-Acetat (MPA), 27 Probanden nur mit Psychotherapie behandelt. Nach sieben Jahren seien 15 % der mit MPA behandelten, aber 68 % der nicht mit MPA behandelten Täter rückfällig geworden. Es handle sich um eindeutig signifikante Ergebnisse. Eher et al. bemerkten jedoch kritisch, dass die beiden Gruppen nicht gut miteinander vergleichbar gewesen seien: in der Kontrollgruppe habe es mehr Täter mit der Diagnose einer Pädophilie gegeben und man habe keine Angaben zu allfälligen Vorstrafen gemacht.
- Langevin et al. hätten in einer Studie aus dem Jahr 1979 mit Exhibitionisten, welche ähnlich der Studie von Fedoroff in zwei Gruppen (mit und ohne Behandlung mit MPA) eingeteilt worden seien, keine Unterschiede in Bezug auf die Rückfälligkeit gefunden.

- Maletzky et al. hätten in einer Studie aus dem Jahr 2006 Straftäter in drei Gruppen eingeteilt. Von den Straftätern, welchen MPA empfohlen und von denen es auch eingenommen worden sei, seien 0 von 79 Tätern (0 %) rückfällig geworden. Letztgenannte Täter hätten alle eine Psychotherapie erhalten. In einer zweiten Gruppe, bei welcher die Einnahme MPA empfohlen, aber vom Täter abgelehnt worden sei, seien 10 von 55 Tätern rückfällig (18,2 %) geworden. Diese Täter hätten jedoch keine Psychotherapie erhalten. In einer dritten Gruppe, bei welcher die Einnahme von MPA nicht empfohlen worden sei, seien 21 von 141 Tätern (14,9 %) rückfällig geworden. Diese Ergebnisse würden auf einen positiven Effekt der antiandrogenen Therapie hinweisen. Die Studie sei aber bezüglich Vorstrafen und Alter nicht randomisiert gewesen und zudem sei es gemäss Eher et al. problematisch, die Verweigerer der antiandrogenen Medikation als Kontrollgruppe zu verwenden, da Therapieverweigerer nachgewiesenermassen allgemein eine höhere Rückfälligkeit aufwiesen als behandelte Täter. Nach wissenschaftlichen Kriterien liefere deshalb auch diese Studie keinen Beweis für die Wirksamkeit einer triebdämpfenden Medikation auf das Rückfallrisiko.

Positive Ergebnisse ihrer Metaanalyse seien gemäss Eher et al., dass es durchaus Indikationen für eine antiandrogene Medikation gebe, welche aber immer von einer Psychotherapie begleitet werden müsse. Triebdämpfende Pharmakotherapie sei jedoch lediglich bei Hochrisikotätern indiziert und die vorhandenen Fallstudien würden darauf hinweisen, dass eine antiandrogene Medikation vor allem bei Tätern mit drängenden Deliktfantasien sinnvoll sei.

Zusammengefasst kann zur Therapie mit LHRH-Analoga gemäss heutigem Stand des Wissens gesagt werden, dass diese Therapieform eine derzeit noch besser zu untersuchende Methode zur Rückfallprävention bei Sexualstraftätern darstellt. Wissenschaftlich bewiesen ist die Wirksamkeit dieser Methode nicht. Es gibt jedoch Hinweise, welche auf einen möglichen positiven Effekt hindeuten. Bei welchen Sexualstraftätern (abhängig von Alter, psychiatrischen Diagnosen, Deliktarten etc.) dieser mögliche positive Effekt am ehesten zu erwarten ist, ist unbekannt.

Herr Seewer gab an, keine drängenden Deliktfantasien gehabt zu haben. Wenn man den Hinweisen der Fallstudien folgt, ist eher davon auszugehen, dass Herr Seewer nicht zu denjenigen Hochrisikotätern gehört, welche von einer solchen Therapie in Bezug auf das Rückfallrisiko profitieren.

4.4 Empfehlung zum weiteren Vorgehen

Die Massnahmenempfehlung richtet sich aus forensisch-psychiatrischer Sicht nach dem Vorhandensein psychiatrischer Diagnosen oder anderer risikorelevanter Persönlichkeitsmerkmale, deren Zusammenhang mit der Deliktbegehung und der Höhe der Rückfallgefahr für einschlägige Delinquenz, im vorliegenden Fall für Vergewaltigungen bzw. Sexualdelikten an Erwachsenen.

Beim Exploranden stellen wir eine dissoziale Persönlichkeitsstörung fest, die Deliktrelevanz aufweist und zur Rückfallgefahr beiträgt. Die Therapie einer Persönlichkeitsstörung dauert im Allgemeinen und bei gutem Verlauf etwa drei bis fünf Jahre. Sie besteht im Wesentlichen in einer intensiven Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting. Je nach psychischem Zustandsbild kann ergänzend dazu auch eine medikamentöse Behandlung etabliert werden. Oft geht es nicht um die Behebung der Störung, sondern um eine Modifikation der Symptome, die mit der Rückfallgefahr in Zusammenhang stehen.

Zusätzlich stellen wir als deliktrelevantes Persönlichkeitsmerkmal eine chronifizierte Vergewaltigungsdisposition bei Herrn Seewer fest, die sehr stark mit den begangenen Delikten und damit der Rückfallgefahr in Zusammenhang steht. Störungen der Sexualpräferenz – hierzu zählen wir die vorliegende Vergewaltigungsdisposition – werden in der Regel psychotherapeutisch behandelt und bei Bedarf mit allgemeinen psychiatrischen oder spezifischen, die Sexualhormone beeinflussenden Medikamenten, ergänzt. Dabei haben sich ausschliesslich deliktfokussierte Therapien als deliktpräventiv wirksam erwiesen.

Suchtspezifische Therapien erfolgen im Allgemeinen abstinenzorientiert und in der Regel, abgesehen von der Entgiftungsphase, ohne Medikamente. Da Herr Seewer seit längerer Zeit abstinent von Alkohol und Cannabis ist und der festgestellte Missbrauch dieser Substanzen bezüglich Rückfallprävention nicht so wichtig ist wie die vorher genannten Auffälligkeiten, wird die Substanzproblematik des Exploranden erst im Falle der Gewährung weitergehender Lockerungen (mehrtägige Urlaube, bedingte Entlassung) wieder von grösserer Relevanz sein.

Die festgestellten deliktrelevanten Störungen und Persönlichkeitsmerkmale einerseits und die weiterhin hohe Rückfallgefahr für Vergewaltigung und andere Sexualdelikte an erwachsenen Frauen andererseits lassen eine therapeutische Massnahme grundsätzlich sinnvoll erscheinen.

Die Therapiefähigkeit bzw. Beeinflussbarkeit wurde durch den FPD Bern in dessen letztem Bericht aufgrund der konstruktiven therapeutischen Zusammenarbeit, der beobachteten Frustrationstoleranz, der als authentisch erlebten Beziehungsgestaltung in therapeutischen Kontakten, der Suchtmittelabstinenz und der konstanten Adhärenz in Bezug auf das Thema der chirurgischen Kastration als gut beurteilt, wobei bereits die Akzeptanz der chirurgischen Kastration als starker Hinweis auf die Bereitschaft, deliktisches Verhalten einzustellen, gelte.

Herr Seewer ist jedoch bis heute bezüglich des Deliktes vom 08.05.2005 nicht geständig. Dieser Umstand wird in mehreren Gutachten und Berichten erwähnt, jedoch nicht ausführlich diskutiert. Geht man gemäss rechtskräftiger Verurteilung davon aus, dass er das Delikt begangen hat, steht fest, dass diese Tat bis heute therapeutisch nicht bearbeitet werden konnte. Eine tiefgründige Bearbeitung wäre jedoch für das therapeutische Erreichen relevanter risikosenkender Effekte unabdingbar, da das letzte Anlassdelikt im Vergleich zu den drei gestandenen Vergewaltigungen eine progrediente Entwicklung sichtbar werden lässt. Zusätzlich stellen sich wegen dieses Deliktes auch Fragen zum Vorhandensein sadistischer Tatelemente, die ebenfalls nicht geklärt sind. Wir möchten dezidiert darauf hinweisen, dass durch Nicht-Geständigkeit nicht das Rückfallrisiko grösser wird, sondern die Therapierbarkeit in Bezug auf eine deliktorientierte Behandlung und damit auch auf die daraus ableitbaren deliktpräventiven Effekte als vermindert zu beurteilen sind.

Zusammenfassend besteht **aktuell eine geringe und damit im Vergleich mit der Ausgangslage kaum veränderte Beeinflussbarkeit**.

Empfehlung ohne Berücksichtigung der Studienergebnisse zur chirurgischen Kastration

Bezüglich der bisher erreichten deliktpräventiven Effekte möchten wir zuerst anmerken, dass bereits Dr. Caduff in seinem Gutachten vom 16.05.2004 feststellte, dass Herr Seewer reifer und einsichtiger geworden und kritikfähiger sei sowie in seinen Zielsetzungen realistischer gewirkt habe. Aufgrund dieser Feststellungen wurden Herrn Seewer regelmässige unbegleitete Urlaube gewährt. Nicht ganz ein Jahr später kam es zum befürchteten einschlägigen Rückfall. Retrospektiv betrachtet muss deshalb noch einmal darauf hingewiesen werden, dass diese Art von Therapiefortschritten (Therapieteilnahme, adäquates Vollzugsverhalten) kein Massstab für die Beurteilung des Rückfallrisikos sind. Es sind im vorliegenden Fall die klassischen, deliktpräventiven Therapieeffekte, welche eine solche Wirkung aufzeigen. Diese wurden auch nach mehrjähriger Therapie in kastriertem Zustand nicht erreicht. **Wenn man Progressionsschritte im Vollzug abhängig macht von relevanten rückfallrisikosenkenden, durch deliktfokussierte Behandlungsmethoden**

erreichten Therapiefortschritten, sollten Herrn Seewer keine weiteren Vollzugslockerungen gewährt werden.

Aufgrund des Therapieverlaufs empfehlen die Gutachter keine Unterbringung des Exploranden in einer offenen Anstalt. Ausgänge und Urlaube sollten immer nur durch Anstaltspersonal erfolgen. Die Mutter des Exploranden zeigte in der Vergangenheit zu wenig Verantwortung bei der Begleitung ihres Sohnes, als dass sie mit ihm alleine Zeit ausserhalb einer Strafanstalt verbringen sollte. Herr Seewer weist eine kurze Anlaufzeit bei der Deliktbegehung auf und es sollte vermieden werden, ihm die Möglichkeiten dazu zu verschaffen. Die Gutachter kommen zum Schluss, dass im vorliegenden Fall die Chancen auf eine erfolgreiche deliktorientierte Psychotherapie unter den gegebenen Umständen nahezu aussichtslos sind und mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass keine derart günstigen Veränderungen je erreicht werden können, als dass unbegleitete Urlaube aus einer geschlossenen Anstalt heraus mit genügend hoher Sicherheit verantwortet werden könnten.

Empfehlung unter Miteinbezug der Studienergebnisse zur chirurgischen Kastration

Die Studienergebnisse zur chirurgischen Kastration sind zwar als hoffnungsvoll zu bezeichnen (vgl. Kapitel Legalprognose), aufgrund der tiefen Fallzahlen und der erwähnten methodischen Schwächen aber nicht aussagekräftig genug, um eine zuverlässige Aussage zur prognostischen Relevanz der chirurgischen Kastration zu machen.

Dazu kommt, dass man sich mit dem spezifischen Mechanismus der Risikosenkung beim Exploranden auseinandersetzen muss. Er gab mehrfach an, dass seine sexuelle Lust, die Fantasietätigkeit und auch das Onanieren – bei Anorgasmie – deutlich abgenommen hätten. Es ist aber nach wie vor unklar, welche Fantasien bei Herrn Seewer anlässlich der Begehungen von schweren Sexualdelikten in welcher Form relevant waren. Dennoch hängt die Wirkung der chirurgischen Kastration wesentlich von der Wirkung auf die deliktrelevante Fantasietätigkeit und den sexuellen Triebdruck ab. Selbstverständlich ist man bei deliktrelevanten Fantasien in starkem Masse auf die Aussagen der betroffenen Person angewiesen. Hier bleibt immer eine gewisse Unsicherheit, weil sich Aussagen über das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein sexueller Fantasien nicht direkt überprüfen lassen. Es ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass es sich letztlich um die Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Exploranden und damit eine juristische Fragestellung handelt.

In FOTRES haben wir dennoch die Wirkung der chirurgischen Kastration hypothetisch mittels eines dominierenden Einzelfaktors als moderat gewichtet. Dies entspricht in etwa der Gewichtung einer antipsychotischen Medikation bei einem Schizophreniekranken. Dadurch wären die deliktpräventiven Effekte der bisherigen Behandlung als gering bis moderat zu beurteilen (und damit höher als ohne Einbezug der chirurgischen Kastration), was bedeutet, dass zwar relevante, aber für weitergehende Lockerungen immer noch ungenügende deliktpräventive Effekte bestünden. Aufgrund dieses Therapieeffektes wäre jedoch die Weiterführung der stationären Massnahme nach Art. 59 StGB aus forensisch-psychiatrischer Sicht als empfehlenswert zu beurteilen.

Wenn man Herrn Seewer unter den gegebenen Umständen weitere Progressionsschritte und damit auch die Weiterführung der stationären Massnahme zugestehen würde, würde dies lediglich aufgrund der chirurgischen Kastration an sich und den tendenziell zu vermutenden rückfallrisikosenkenden Effekte dieser Intervention geschehen können. Ein solcher Entscheid ist prinzipieller Natur und sollte nicht durch einen forensisch-psychiatrischen Gutachter, sondern durch eine Fachkommission oder gerichtlich gefällt werden.

Massnahmenempfehlung

Zur Beantwortung der Frage, ob eher die Weiterführung der stationären Massnahme nach Art. 59 StGB oder eine Verwahrung nach Art. 64 StGB angeordnet werden soll, möchten wir auf ein Bundesgerichtsurteil vom 10.10.2008 hinweisen, in welchem dargelegt wurde, dass in Bezug auf die Frage nach der Anordnung einer stationären Massnahme diese angeordnet werden kann, *„wenn im Zeitpunkt des Entscheids die hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dadurch lasse sich die Gefahr weiterer Straftaten deutlich verringern. Somit reichen einerseits die blosse vage Möglichkeit einer Verringerung der Gefahr und andererseits die Erwartung einer lediglich minimalen Verringerung nicht aus. Bezogen auf den Zeitraum ist davon auszugehen, dass gemäss Art. 59 Abs. 4 Satz 1 StGB die (Dauer der) stationären therapeutischen Massnahme in der Regel höchstens 5 Jahre beträgt. Daher muss grundsätzlich im Zeitpunkt des Entscheids die hinreichende Wahrscheinlichkeit bestehen, dass sich durch eine stationäre Behandlung über die Dauer von 5 Jahren die Gefahr weiterer mit der psychischen Störung in Zusammenhang stehender Taten deutlich verringern lässt. Es ist indessen nicht die hinreichende Wahrscheinlichkeit erforderlich, dass nach einer stationären Behandlung von 5 Jahren die Voraussetzungen für eine bedingte Entlassung aus der stationären Massnahme erfüllt sind, dass mithin ein Zustand erreicht wird, der es*

rechtfertigt, dass dem Täter die Gelegenheit gegeben wird, sich in der Freiheit zu bewähren. Eine deutliche Verringerung der Gefahr weiterer Taten genügt."

Für eine Weiterführung der stationären Massnahme sprechen die Akzeptanz der Behandlung durch den Exploranden, seine aktive Mitarbeit und die chirurgische Kastration. Zudem sind die Fortschritte in der Suchtbehandlung als Indiz für eine zumindest teilweise bestehende Therapiefähigkeit anzusehen.

Gegen die Weiterführung der stationären Massnahme sprechen die sehr geringen Fortschritte in Bezug auf die dissoziale Persönlichkeitsstörung, die Unklarheiten in Bezug auf die Vergewaltigungsdisposition und die Deliktdynamik sämtlicher Sexualdelikte und die gesamthaft betrachtet nach bald fünf Jahren stationäre Massnahme und insgesamt fast 30 Jahren Therapie lediglich geringen Fortschritte im Rahmen der deliktorientierten Behandlung.

Beim Exploranden sind – falls die chirurgische Kastration unbeachtet bleibt – aus forensisch-psychiatrischer Sicht infolge der vorhandenen schweren psychischen Störung und der hohen Rückfallgefahr für Sexualdelikte die Eingangskriterien für eine Verwahrung gemäss Art. 64 StGB gegeben. Die vermutlich zeitlebens fortzuführende Therapie des Exploranden kann auch im Rahmen einer Verwahrung durchgeführt werden und im Falle einer nicht zu erwartenden Verbesserung der Therapiefähigkeit in eine stationäre Massnahme umgewandelt werden.

Mit dem Verweis auf die zu erwartende langjährige Behandlung möchten wir in Anbetracht der hohen Rückfallgefahr, der weiterhin bestehenden deliktrelevanten Problembereiche, den Unklarheiten in Bezug auf die Deliktdynamik und der geringen Therapiefortschritte auf der einen sowie der weiterhin vorhandenen Therapiebereitschaft, der Besserung in Bezug auf die Suchtmittelproblematik und der chirurgischen Kastration auf der anderen Seite die Feststellung, in welchem Rahmen diese Behandlung stattfinden soll, dem Gericht überlassen. Sowohl die Anordnung einer stationären Massnahme gemäss Art. 59 StGB als auch die Anordnung einer Verwahrung gemäss Art. 64 StGB würden der Gesamtsituation in befriedigender Weise Rechnung tragen.

5 Beantwortung der Fragen

1. *Wie beurteilen Sie den aktuellen physischen und psychischen Zustand von Daniel Seewer? Falls eine physische oder psychische Krankheit bzw. Störung vorliegt:*

   1.1 Ist diese Krankheit bzw. Störung behandelbar?

   Herr Seewer leidet an einer **dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2 gemäss ICD-10)** und einem **Voyeurismus (F65.3 gemäss ICD-10).** Früher zeigte er einen **schädlichen Gebrauch von Alkohol und Cannabis (F10.1 und F12.1 gemäss ICD-10)**, ist bezüglich dieser Substanzen jedoch seit ca. vier Jahren glaubhaft abstinent.

   Die Therapie einer dissozialen Persönlichkeitsstörung dauert im Allgemeinen und bei gutem Verlauf etwa drei bis fünf Jahre. Sie besteht im Wesentlichen in einer intensiven Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting. Je nach psychischem Zustandsbild kann ergänzend dazu auch eine medikamentöse Behandlung etabliert werden.

   Der diagnostizierte Voyeurismus ist im Gegensatz zur ebenfalls festgestellten Vergewaltigungsdisposition (entspricht keiner klassifizierten Störung) bezüglich der zu den nachfolgend zu beantwortenden Fragen von untergeordneter Bedeutung. Beide Störungen werden mittels deliktorientierter Psychotherapiemethoden behandelt. Zudem stellen wir einen fraglichen Sadismus fest, der sich aber aufgrund der fehlenden Geständigkeit betreffend letztes Anlassdelikt einer Beurteilung und somit auch der therapeutischen Beeinflussung entzieht.

   Störungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum werden mittels störungsspezifischer Therapieprogramme behandelt. Es ist aktuell von einer mehrjährigen Substanzabstinenz auszugehen, was in Bezug auf diese Störung für eine erfolgversprechende Behandlung spricht.

   Therapieerfolge müssen bei sämtlichen psychischen Störungen jedoch auch bei fachlich korrekt durchgeführten Therapien nicht zwingend eintreten. Diese sind von der Therapiemotivation und der Therapiefähigkeit sowie insbesondere der Offenheit des Betroffenen abhängig.

1.2 Zeigt Daniel Seewer Einsicht in die Krankheit bzw. Störung?

Herr Seewer zeigt sich bezüglich des schädlichen Gebrauchs von Alkohol und Cannabis sowie des Voyeurismus einsichtig. Bezüglich der dissozialen Persönlichkeitsstörung besteht nur teilweise eine Einsicht, da sich der Explorand zwar als Straftäter betrachtet, aber die darüber hinausgehenden Dimensionen der festgestellten Persönlichkeitsstörung bisher nicht richtig konzeptionalisieren konnte.

Eine chronifizierte Vergewaltigungsdisposition, wie sie die Gutachter im vorliegenden Fall annehmen, streitet er weitgehend ab – und zwar auch für den Zeitraum vor Beginn der triebdämpfenden Behandlungen (mittels LHRH-Analoga, chirurgische Kastration). Dies-bezüglich besteht demnach keine Einsicht. Da Herr Seewer betreffend sein letztes Anlassdelikt nicht geständig ist, konnte auch der fragliche Sadismus nicht weiter geklärt werden.

1.3 Wird eine therapeutische Arbeit hinsichtlich Delinquenz und Persönlichkeitsstörung durchgeführt?

Die derzeitigen therapeutischen Bemühungen richten sich v.a. auf die dissoziale Persönlichkeitsstörung. Diese Arbeit ist zumindest teilweise erfolgreich, da Herrn Seewer eine verbesserte Frustrationstoleranz und reduzierte Impulsivität bescheinigt werden kann. Eine Integration der Störung ins Selbstbild konnte jedoch nicht festgestellt werden. Bezüglich Vergewaltigungsdisposition ist keine vertiefte Auseinandersetzung erkennbar.

Deliktrelevante Fantasien seien gemäss FPD Bern aufgrund der chirurgischen Kastration nicht mehr vorhanden, wurden jedoch nie im Sinne einer deliktorientierten Behandlung angegangen. Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Bearbeitung nicht möglich ist, solange Herr Seewer relevante Fantasietätigkeiten in ausreichendem Masse nicht offenlegt und bezüglich des letzten Anlassdeliktes nicht geständig ist.

1.4 Seit wann genau lässt sich Daniel Seewer durch eine (auf seine Delikte und seine psychiatrische Störung bezogene) Psychotherapie behandeln?

Herr Seewer nimmt regelmässig an den ihm angebotenen Therapien teil. Dies war bereits vor bald 30 Jahren der Fall. Da er den Gutachtern gegenüber zu einem so wichtigen Thema wie z.B. Vergewaltigungsfantasien sehr unterschiedliche Angaben machte und trotz intensiver therapeutischer Arbeit keine ausreichend detaillierte Deliktrekonstruktion möglich ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich Herr Seewer auf seine Delikte bezogen in einem ausreichend hohen Masse behandeln lässt. Bezüglich der festgestellten psychiatrisch klassifizierbaren Störungen lässt sich Herr Seewer besser behandeln, wobei er angibt, die aktuell erzielten Therapieerfolge weniger der jahrelangen Psychotherapie als der testosteronsenkenden Wirkung durch chemische und chirurgische Kastration zu verdanken.

1.5 Welche deliktrelevanten Themen wurden in der Therapie bearbeitet?

Die Dissozialität wird wie oben beschrieben bearbeitet, wobei die Störung aber weiterhin besteht. Die Substanzproblematik wurde in Anbetracht der inzwischen mehrjährigen Alkohol- und Cannabisabstinenz erfolgversprechend behandelt.

Die Vergewaltigungsdisposition wird nicht in relevanter Weise mittels deliktorientierter Psychotherapie behandelt. Bezüglich den Auswirkungen der chirurgischen Kastration verweisen wir auf die Fragenbeantwortung zu dieser Thematik.

1.6 In welcher Frequenz erfolgten/erfolgen die Sitzungen

Herr Seewer geht aktuell einmal pro Woche zu Dr. Claussen vom FPD Bern in Einzeltherapie. Eine Gruppentherapie findet derzeit nicht statt.

1.7 Wurde gruppentherapeutisch gearbeitet? Wenn ja, mit welchen Resultaten?

Herr Seewer absolvierte eine Sexualstraftätergruppe, eine Antiaggressionsgruppe und eine Suchtbehandlungsgruppe. Alle Gruppentherapien habe er engagiert und erfolgreich abgeschlossen. Im Alltag erscheint Herr Seewer kaum aggressiv zu sein und weist neben den bekannten Straftaten kein eigentliches gewalttätiges Verhalten auf. Eine Erfolgskontrolle kann diesbezüglich also kaum erfolgen. Seit der chirurgischen Kastration habe Herr Seewer kein Verlangen mehr nach Alkohol und/oder Drogen und schreibe vor allem diesem operativen Eingriff seine Abstinenz zu. Der Besuch der Suchttherapiegruppe wird sich zusätzlich in einem nicht weiter bestimmbaren positiven Ausmass ausgewirkt haben. Zum Besuch der Sexualstraftätergruppe gab es in den uns zur Verfügung gestellten Therapieberichten keine Hinweise auf relevante rückfallrisikosenkende Effekte.

1.8 War/ist eine Behandlung mit Medikamenten nötig?

Herr Seewer nimmt aktuell nur somatische Medikamente ein. Eine Psychopharmakotherapie erscheint nicht notwendig.

2. *Betreffend eine allfällige Fortsetzung der therapeutischen Behandlung:*

2.1 Wie beurteilen Sie den aktuellen therapeutischen Zustand bei Daniel Seewer?

Herr Seewer nimmt zuverlässig an den ihm angebotenen Therapien teil. Er zeigt Fortschritte in Bezug auf dissoziale Verhaltensweisen, was vor allem die Interaktion und das alltägliche Zusammenleben mit anderen verbessert. In Bezug auf den Konsum von Alkohol und Cannabis konnte Abstinenz erreicht werden. Die auf Sexualstraftaten ausgerichtete deliktorientierte Therapie konnte in wesentlichen Bereichen auch bei erfolgter chemischer und chirurgischer Kastration nicht die gewünschten Behandlungseffekte erzielen.

2.2 Ist es angezeigt, dass sich Daniel Seewer weiterhin einer therapeutischen Behandlung unterzieht? Wenn ja, wie lange noch und welcher Art von Behandlung?

Ja, es ist angezeigt, dass sich Herr Seewer weiterhin einer therapeutischen Behandlung unterzieht. Diese sollte weiterhin längerfristig störungsspezifisch und zeitlebens begleitend bei Status nach chirurgischer Kastration erfolgen. Die deliktorientierte Therapie sollte im Rahmen einer Massnahmenüberprüfung eingehend evaluiert werden. Massgebliche rückfallrisikosenkende Effekte sind derzeit nicht zu erwarten.

Detaillierte Ausführungen zu dieser Frage finden sich im Kapitel „4.4. Empfehlungen für das weitere Vorgehen, Massnahmenempfehlung".

2.3 Was ist aus therapeutischer Sicht bei Daniel Seewer noch zu erreichen, bzw. welche Behandlungsziele sind noch realistisch?

Aus therapeutischer Sicht wurde eine leichte Verbesserung von dissozialen Symptomen erreicht. Seine Reaktion auf die beabsichtigte Verlegung auf die BEOT zeigt jedoch, dass auch bei längerfristig unauffälligem klinischem Verlauf die dissoziale Symptomatik nach wie vor im Hintergrund vorhanden ist. Realistische Therapieziele sind eine weitere Stabilisierung der erreichten Therapieeffekte, eine verbesserte Kontrolle impulsiven Verhaltens, weniger häufig gekränkte Reaktionen auf Unpässlichkeiten und verringertes Zuschieben der Schuld eigenen Versagens auf andere. Ebenso ist eine erfolgreiche Behandlung der Substanzproblematik anzunehmen.

Die sexuelle Problematik – die wir als chronifizierte Vergewaltigungsdisposition bezeichnen und die deliktdynamisch die grösste Relevanz aufweist – hat sich hingegen einer deliktorientierten Therapie als nicht zugänglich erwiesen. Veränderungen in diesem Bereich könnten lediglich durch die chirurgische Kastration eingetreten sein, wobei es hierfür in Anbetracht der gegenwärtigen Studienlage aus unserer Sicht keine ausreichenden Belege gibt.

3. *Zur Wirkung der chirurgischen Kastration:*

3.1 Wie sind die Konsequenzen der chirurgischen Kastration (Entfernung der beiden Hoden) in Bezug auf das Rückfallrisiko aus heutiger Sicht einzuschätzen?

Da diese Frage nicht in Kurzform beantwortet werden kann, verweisen wir auf unsere ausführliche Diskussion zu den Effekten der chirurgischen Kastration im Kapitel 4.3.3, Seiten 67-69.

3.2 Sind wesentliche prognostische Veränderungen seit, bzw. als Folge der chirurgischen Kastration zu beobachten?

Die Bewertung der Studienergebnisse führen nicht zu eindeutigen Ergebnissen, insbesondere weil sich in diesem Zusammenhang auch Fragen zur Glaubwürdigkeit des Exploranden bezüglich deliktrelevanter Fantasien stellen. Aus unserer Sicht sind keine gesicherten wesentlichen prognostisch günstigen Effekte festzustellen.

3.3 Wie steht Daniel Seewer heute zu seinem Entscheid, sich chirurgisch kastrieren zu lassen?

Herr Seewer ist glaubhaft davon überzeugt, den richtigen Entscheid gefällt zu haben, unabhängig von allfälligen Progressionsschritten.

3.4 Ist er sich weiterhin bewusst, dass dieser Eingriff alleine keine Garantie für ein deliktfreies Leben bedeutet?

Grundsätzlich ja, da Herr Seewer anlässlich der gutachterlichen Gespräche und der Therapie keinen Zusammenhang zwischen der chirurgischen Kastration und einer möglichen Entlassung aus dem Strafvollzug machte. Er ist jedoch fest davon überzeugt, durch diesen Eingriff keine Gefahr mehr für andere Menschen darzustellen, obschon er von der Möglichkeit der Einnahme von Testosteron, um den Effekt der chirurgischen Kastration zu umgehen,

weiss. Damit ist ihm bewusst, dass der Eingriff für sich alleine keine Garantie für ein deliktfreies Leben bedeutet.

4. *Betreffend die Rückfallgefahr:*

4.1 Ist Daniel Seewer (weiterhin) bereit und motiviert, sich behandeln zu lassen?

Ja, Herr Seewer ist bereit, sich behandeln zu lassen. Bezüglich seiner Motivation bestehen allerdings Zweifel, nachdem er in der Begutachtungssituation widersprüchliche Angaben machte und keinen schlüssigen Deliktmechanismus beschreiben konnte.

4.2 Wie ist die Haltung von Daniel Seewer heute gegenüber seinen Delikten?

Herr Seewer war und ist sich bewusst, Unrechtes getan und den von ihm Geschädigten Leid zugefügt zu haben. Er schreibt die Delikte einer durch Alkohol- und/oder Drogen getriggerten Lust auf Sex nach Frustrationserlebnissen mit Frauen zu. Eine chronifizierte Vergewaltigungsdisposition bzw. deliktrelevante Fantasietätigkeit im Vorfeld der Taten streitet er weitgehend ab. Die Begehung des letzten Anlassdeliktes wird von ihm ebenso weiterhin bestritten.

4.3 Sind seit dem letzten psychiatrischen Gutachten Veränderungen betreffend Diagnose und Rückfallgefahr eingetreten? Falls ja, welche?

Nein, es sind keine wesentlichen Veränderungen betreffend Diagnose und Rückfallgefahr eingetreten.

4.4 Besteht aus Ihrer Sicht heute ein Risiko, dass Daniel Seewer erneut eine Straftat begeht? Falls ja: In Bezug auf welche Delikte besteht ein solches Risiko? Wie hoch schätzen Sie das konkrete Deliktrisiko ein?

Ja, es besteht aus unserer Sicht ein Risiko, dass Herr Seewer erneut eine Straftat begeht. Das Risiko für das Begehen einer sexuell motivierten Gewaltstraftat erachten wir in Anbetracht der hohen bis sehr hohen Rückfallgefahr und des lediglich geringen risikosenkenden Effektes der deliktorientierten Behandlung als hoch. Ein allfälliger risikosenkender Effekt der chirurgischen Kastration führt aus unserer Sicht maximal zu einer geringen bis moderaten Risikoverminderung, wodurch immer noch von einer mindestens moderaten bis deutlichen Rückfallgefahr auszugehen wäre; dies aber nur, falls die Veränderungen der Fantasietätigkeit als glaubhaft eingestuft werden.

Das Rückfallrisiko bezüglich eines Vergehens gegen das BetmG erachten wir in Anbetracht der mehrjährigen Abstinenz als moderat.

5. *Betreffend den weiteren Vollzug der Massnahme:*

5.1 Sind aus Ihrer Sicht heute Vollzugslockerungsschritte, insbesondere der Übertritt in den offenen Massnahmenvollzug, angezeigt?

Nein, aus unserer Sicht sind aufgrund der Risikobeurteilung heute keine Vollzugslockerungsschritte, insbesondere der Übertritt in den offenen Massnahmenvollzug angezeigt.

5.2 Wenn ja, welche Rahmenbedingungen müssten dabei unbedingt eingehalten werden?

Entfällt.

5.3 Wenn ja, welche Institutionen des offenen Massnahmenvollzugs wären besonders geeignet, Daniel Seewer aufzunehmen und weiter zu behandeln?

Entfällt.

5.4 Wären nebst der Versetzung in den offenen Massnahmenvollzug aus Ihrer Sicht auch Beurlaubungen denkbar?

Beurlaubungen sollten nur durch Anstaltspersonal oder andere Justizvollzugsangestellte begleitet erfolgen. Die alleinige Begleitung durch die Mutter soll vermieden werden.

5.5 Ist zum jetzigen Zeitpunkt absehbar, wann und mit welchen Auflagen die bedingte Entlassung von Daniel Seewer zu verantworten ist?

Nein, zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht absehbar, wann und mit welchen Auflagen die bedingte Entlassung von Herrn Seewer zu verantworten ist. Bei der nächsten Massnahmenüberprüfung sollte aufgrund der ausbleibenden und nicht zu erwartenden relevanten risikosenkenden Therapieeffekte überdacht werden, ob die aktuell durchgeführte therapeutische Massnahme noch Erfolg versprechend durchzuführen oder ob diese nicht besser in eine Verwahrung gemäss Art. 64 StGB überzuführen ist.

6. Geben Ihnen Ihre Untersuchungen oder die beigelegten Akten zu weiteren Bemerkungen Anlass?

Nein.

Vis.: Med. pract. Ramon Vettiger

Dr. med. Martin Johansson

Anhang: FOTRES-Wertung vom 06.09.2013