B. Klinisch orientierte Verfahren

Kriterienliste nach Prof. Dittmann

Herr Prof. Dittmann aus Basel hat in einer Zusammenstellung legalprognostisch bedeutsamer Faktoren der wissenschaftlichen Literatur für die Arbeit der Risikobeurteilung der Fachkommission (KoFaKo), die sogenannte Basler-Liste oder Dittmann-Liste geschaffen[1], die im deutschsprachigen Raum seit mehr als 15 Jahren zur Anwendung kommt.

Die Dittmann Liste (oder Basler Liste) ist dabei bis heute das Arbeitsinstrument geblieben, welches die Fachkommission zur Feststellung der Gefährlichkeit von Straftätern des Nordwest- und Innerschweizer Konkordats regelmässig in ihren Sitzungen bei jeder einzelnen Fallbeurteilung verwendet, um in standardisierter und nachvollziehbarer Weise zu einer Risikobeurteilung zu kommen mit dem Ziel auch, für die Rückfallgefahr bedeutsame Faktoren nicht zu übersehen.

Der Einsatz eines solchen Kriterien geleiteten Prognoseverfahrens wurde dabei für die Arbeit der Fachkommission als unbedingt notwendig erachtet.

Die Liste führt 12 Kriterien an, die gemäss den Ergebnissen der forensischen und kriminologischen Wissenschaften eine Bedeutsamkeit für die Beurteilung des Rückfallrisikos von Gewalt- und Sexualstraftätern haben. Die Kriterienliste enthält ohne Anspruch auf Vollständigkeit prognostische Merkmale, die sich in den letzten Jahren nach der Fachliteratur in der bisherigen Praxis der Fachkommission als anwendbar aussagekräftig erwiesen haben.

Vorliegend wurde die 2. überarbeitete Version (2017) verwendet.

1. **Analyse der Anlasstat**

   Als Indextat ist das Rückfallgeschehen im Jahr 2005 anzusehen. Ungünstig, dass hier unter Waffenandrohung eine (orale) Vergewaltigung vollzogen wurde, diesmal erstmals beim Expl. unter Einsatz eines Messers. Dabei soll er das Messer mehrmals vor dem Hals des Opfers hin und her bewegt haben. Ungünstig weiter, dass das Tatgeschehen gemäss gerichtlicher Feststellung 3-phasig abgelaufen ist, wobei nach Vergewaltigung und Abwehr durch das Opfer, er erneut zur Frau zurückging und versuchte, auf sie einzustechen und in der 3. Phase, so im Urteil, diese wurde,

[1] V. Dittmann (2000)

weil nicht angeklagt, nicht gerichtlich beurteilt, soll er das Opfer eine Treppe hinuntergestossen haben, wobei sie angab, wochenlang Schmerzen gehabt zu haben.
Es handelte sich um eine Verknüpfung von massiver Sexual- mit Gewaltdelinquenz. Dem Opfererleben ist zu entnehmen, dass sie angab, sie wäre wohl tot, wenn sie nicht den Pfefferspray dabei gehabt hätte und dass ihr Eindruck war, dass ihre Angst den Expl. besonders erregt hat.

Sehr ungünstig.

2. **Bisherige Kriminalitätsentwicklung**
Hier stellt sich ein ungemein ungünstiges Bild dar, wie man es selten einmal findet. So wurde der Expl. wiederholt während laufender Strafuntersuchung, in Lockerungsphasen oder während laufender Behandlungs- oder Verwahrungsvollzug rückfällig.
Er zeigt ein breites Spektrum von sexueller Gewalt und andersartiger Delinquenz mit Beginn in der Jugend. Die Sexualdelinquenz lässt sich nicht als Ausdruck eines schicksalhaften Konfliktes oder einer lebensphasischen Veränderung sehen, sondern imponiert als über jahrzehnte gezeigtes fest eingeschliffenes Verhaltensmuster. Es kam es zu mehreren Deliktserien. Erkennbar kommt es mal zu sehr impulsiven Handlungen, mal zu eher geplanten Taten.
Neben mehreren Serien mit Angriffen auf Frauen und vollzogene Vergewaltigungen gibt es mehrere pädosexuelle Übergriffe auf präpubertäre Mädchen im Alter von 5 bis 8 (allenfalls bis 10) Jahren. Auch unter Triebdämpfung mit Testosteron senkender Androcur-Medikation kam es sowohl zu erneuten pädosexuellen Übergriffen als auch zu erneuten Vergewaltigungen, auch wenn die Frenquenz abgenommen zu haben scheint. In der Schwere scheinen die Taten sich hingegen immer mehr zu steigern, bei der 3. Vergewaltigung wird das Opfer durch seinen Hund sehr eingeschüchtert, bei der 4. kommt nun erstmals auch ein Messer zum Einsatz und dies nicht nur zum Drohen.

Sehr ungünstig.

3. **Persönlichkeit, vorhandene psychische Störung**
Es besteht eine sehr ungünstige Kombination von schwerer Persönlichkeitsstörung, Psychopathy, Misogynie und multipler sexueller Devianz (zeitweise lag auch ein Suchtproblem vor). Die Problematiken sind hoch

deliktrelevant, chronifiziert und haben sich als weitgehend nicht ansprechbar auf Therapien gezeigt.

Sehr ungünstig.

4. **Einsicht des Täters in seine Krankheit oder Störung**
   Der Expl. negiert weitgehend, psychisch gestört zu sein, er bagatellisiert und er hat auch kein realistisches Erkennen und Beschreiben von seinem eigenen psychischen Erleben.

   Sehr ungünstig.

5. **Soziale Kompetenz**
   Bereits im beruflichen Bereich zeigen sich wiederholte Arbeitsplatzwechsel, berichtet er aber darüber, hier immer recht tüchtig gewesen zu sein. In vielen anderen wichtigen sozialen Bereichen zeigen sich grosse Probleme. Es gibt keine intakten partnerschaftlichen Beziehungen, es gibt auch keine stabilen Partnerschaften in der Vorgeschichte. Es zeigen sich immer wieder Hinweise auf Instrumentalisierung von sozialen Kompetenzen und Ressourcen.

   Ungünstig.

6. **Spezifisches Konfliktverhalten**
   Es ist deutlich erkennbar, dass der Expl. immer wieder Tatsituationen herbeiführt und in ganz unterschiedlichen Lebensphasen in stereotyper Weise mit delinquentem Verhalten reagiert. Zu erkennen ist auch eine geringe Frustrationstoleranz und eine deutlich erhöhte Impulsivität.

   Sehr ungünstig.

7. **Auseinandersetzung mit der Tat**
   Jahrelang leugnete er das Indexdelikt, 2014 gesteht er seine Täterschaft ein, schildert aber bis heute eine andere, sein Handeln bagatellisierende und zum Teil ganz in Abrede stellende Tatversion (ohne versuchte schwere KV), als vom Opfer geschildert und vom Gericht festgestellt wurde. Bezüglich früherer Delikte gibt er wiederholt an, sich gar nicht mehr erinnern zu können. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Deliktgeschehen

hat nicht stattfinden können trotz intensiver, langjähriger Bemühungen.

Sehr ungünstig.

8. Allgemeine Therapiemöglichkeiten

Im gegenwärtigen Stand der psychiatrischen, psycho- und sozialtherapeutischen und pädagogischen Verfahren, muss die Kombination der vorliegenden Störungen als nicht behandelbar angesehen werden. Bei eher deliktferneren Bereichen wie z.B. aktuelle emotionale Stabilität haben sich die „Fortschritte" als wenig stabil erwiesen.

Sehr ungünstig.

9. Reale Therapiemöglichkeiten

Es gibt keine Institution zu nennen, wo erwartet werden kann, dass der Expl. erfolgversprechend behandelt werden kann.

Sehr ungünstig.

10. Therapiebereitschaft

Der Expl. nimmt zuverlässig die Therapietermine wahr und zeigt sich auch heute weiterhin therapiewillig. Es erscheint allerdings fraglich, ob die geäusserte Therapiebereitschaft auf eine innere Motivation zurückgeführt werden kann, oder vielmehr Ausdruck eines angepasst berechnenden Wohlverhaltens und auch einfach Gewohnheit ist, steht er doch seit der Jugend nahezu ununterbrochen in Therapie. Seine Offenheit erscheint jedenfalls eingeschränkt. Seine manipulative Kompetenz ist deutlich.
Man gewinnt dann aber auch den Eindruck, dass die Störungen einfach zu schwer sind und dabei die deliktspezifischen Verdrängungsprozesse sehr ausgeprägt, als dass es ihm hier selbst mit Bemühen gelingen kann, sich mit den Problematiken wirklich auseinandersetzen zu können.

Sehr ungünstig.

11. Sozialer Empfangsraum bei Lockerung, Urlaub, Entlassung

Seine Mutter ist hochbetagt, es gibt sonst keine tragfähigen Partnerschaften oder feste Freundschaften, keine Wohnung, keine Arbeitsstelle, keine finanzielle Absicherung. Die Kontrollmöglichkeiten (lebenslang), die es allenfalls bei Entlassung bei seinem Risikoprofil bräuchte (wie z.B. eine

dauerhafte Rund-um-die-Uhr-Überwachung!), lassen sich praktisch gar nicht umsetzen.

Sehr ungünstig.

12. Bisheriger Verlauf nach der Tat

Nach der Anlasstat gab es weitere Institutions- und Therapeutenwechsel. Zum einen der Wechsel in die JVA Thorberg, dann der Wechsel auf die FPA der Anstalt Pöschwies. Während er zunächst noch jahrelang seine Täterschaft bei der Anlasstat noch leugnete, gestand er diese in 2014 ein, jedoch nur in Teilbereichen.
Bedeutsame Fortschritte in der Therapie sind bis heute nicht zu erkennen. Zu erkennen ist auch eine Überangepasstheit in der Institution und Sekundärschäden durch die lange Institutionalisierung.
Eine erhöhte Frustrationstoleranz kann nicht festgestellt werden. In wesentlichen deliktrelevanten Bereichen wurden keine Fortschritte gemacht. Die chemische, zuletzt chirurgische Kastration ist bei ihm nur gering zur Risikominderung geeignet.

Sehr ungünstig.

Dittmann Sexualstraftäter Kriterien

(Anhang 2)
Hierzu heisst es, dass neben den allgemeinen Kriterien folgende Merkmale für eine erhöhte Rückfallgefahr sprechen. Bei den insgesamt 14 in der Liste genannten Merkmale lässt sich folgendes beim Expl. feststellen:

1. fixierte sexuelle Devianz:
   sehr deutlich
2. sexuelle Seriendelikte, besonders hohe Tatfrequenz:
   als Jugendlicher und junger Erwachsener sehr deutlich, später, unter Androcur-Behandlung, tiefere Frequenz
3. Progredienz devianter Fantasien und Handlungen:
   Zu einer allfälligen Progredienz von devianten Fantasien lässt sich nichts sagen, wurden diese doch früher nicht erfasst, bzw. vom Expl. explizit verneint. Bezüglich allfälliger Progredienz erscheint die letzte Vergewaltigung insofern besonders schwer, als zum ersten Mal ein Messer zum

Einsatz kam und zum ersten Mal auch in einer zweiten Phase versucht wurde, nach der Vergewaltigung auf das Opfer einzustechen.

4. Ständige gedankliche Beschäftigung / Absorbiertsein von sexuellen Inhalten:
   Hat früher vielleicht vorgelegen, dürfte heute unter deutlicher Testosteronsenkung nicht mehr gleichermassen vorhanden sein.
5. In der Fantasie oder konkret lang vorgeplante Handlungen:
   Gibt der Expl. heute für die Vergewaltigung/en z.T. an, lässt sich aber nicht verifizieren.
6. Massive Gewaltanwendung bei der Tat, Verletzung des Opfers, Waffengebrauch:
   Wiederholt Todesdrohungen, wir wissen weiter von Einschlagen, an den Hals fassen und in den Schwitzkasten-Nehmen von weiblichen Opfern; beim letzten Opfer Waffengebrauch, Hin- und Herbewegungen vor dem Hals, später Versuch auf sie einzustechen.
7. Früher Beginn sexueller Delinquenz:
   Eindeutig zu bejahen.
8. Verschiedenartige Sexualdelikte:
   Eindeutig zu bejahen.
9. Fremde Opfer (24 Stunden-Regel):
   Eindeutig zu bejahen.
10. Projektion des Fehlverhaltens auf die Opfer:
    Lässt sich nicht sichern.
11. Geltend gemachte Berechtigung zur sexuellen Befriedigung ohne Einwilligung:
    Lässt sich so nicht sichern.
12. Deliktfördernde Grundhaltung:
    Lässt sich ansatzweise dort erkennen, wo der Expl. davon spricht Frauen früher allein als Sexualobjekt angesehen zu haben.
13. Unfähigkeit, angemessene stabile, im besten Fall symmetrische und gleichberechtigte Partnerschaft einzugehen:
    Eindeutig zu belegen.
14. Falsche Selbsteinschätzung bezüglich Risikosituationen:
    Eindeutig festzustellen.
    Zeigte sich z.B. vor dem letzten Anlassdelikt dort, wo er wiederholt zu Prostituierten ging und auch begann, wieder Substanzen zu konsumieren und darunter Prostituierte aufzusuchen (Risiko-Suche/ sensation-seeking des Psychopathen?). Zeigt sich aber in den heutigen Angaben des Expl. zur eigenen Risikoeinschätzung.

Zusammenfassende legalprognostische Überlegungen

Angesichts der deliktischen Vorgeschichte und der Art und Ausprägung der vorliegenden, unheilbaren Störungen ist der Expl. der kleinen Gruppe von Wiederholungstäten mit einem besonders hohen Rückfallrisiko zuzuordnen.

In dieser Gruppe wird er voraussichtlich auch sein Leben lang bleiben.

Schon die Fotres Beurteilung der Gutachter in 2013 spiegelt das anschaulich wieder, mit Maximalwert im Bereich strukturelles Risiko und (fast) Minimalwert im Bereich Behandelbarkeit.

Momentan wird das Risiko durch das Absenken des Testosteronspiegels durch die Kastration, regelmässiges Überprüfen der Testosteronwerte (Risiko exogener Zufuhr) sowie natürlich die gesicherte Unterbringung begrenzt.

Wieweit der therapeutischen Bindung eine rückfallsenkende Bedeutung zufällt, ist schon weniger gut zu sagen. Der Expl. ist in seiner Bindungsfähigkeit erheblich gestört und bei Therapien in der Vergangenheit schon wiederholt zweigleisig gefahren – einerseits vordergründig „gute" Mitarbeit in der Therapie, andererseits Ausnutzen aller Gelegenheiten und Lockerungen zum Regelbruch (z.B. Prostituierten Besuche von St. Johannsen aus, wdh. Alkoholkonsum etc.); und ohne dass er dies in die Therapie getragen hätte. Heute diskreditiert er zum Teil die Bemühungen früherer Therapeuten (z.B. mit Angabe bei dem wenigen was er überhaupt als erinnert angibt, sie hätten über das Wetter geredet).

Auffällig in der bisherigen Vollzugsgeschichte ist weiter, dass wiederholt auf der einen Seite klare und deutlich negative Beurteilungen von externen Gutachtern zur Rückfallgefahr des Expl. und auf der anderen Seite hohes Engagement der Behandler (es fiel schon früher einmal der Begriff „helferischer Overkill" (1997) im Sinne, dass sich die Therapeuten extrem bemühen, nicht aber der Expl.) und positive Einschätzungen der Behandler als auch eine hohe Bereitschaft von Seiten der Behandler und der Vollzugsbehörde Risiken einzugehen, sich gegenüberstanden.

Dies ist bemerkenswert und scheint bis heute so geblieben zu sein. Wenn man nach den Gründen fragt, so lässt sich dies auf einer übergeordneten Ebene gut erklären mit der Psychopathy des Expl., der „Maske des Gesun-

den", als auch dem Umstand, dass wiederholt und offenbar unbeirrbar Faktoren als prognoserelevant angesehen worden, wie freundliches Auftreten und gutes Arbeitsverhalten, die es bei ihm nun einfach nicht sind.

Schon der Gutachter Herr Dr. Kaufmann in 2001 sprach davon, es sei bemerkenswert, dass jeweils die „Beurteilung des Behandlungserfolges durch die Experten völlig unrelevant!" war. Er warf erstmals die Frage der grundsätzlichen Behandlungsfähigkeit des Expl. auf, die bis heute nichts an Aktualität verloren hat.

Zu sehen ist im langjährigen, man kann fast sagen lebenslangen Verlauf dann auch eine jeweils gute Anpassungsleistung des Expl., an das was Institutionen im Alltag von ihm fordern, auch wenn es doch immer nur gerade so weit ging, wie es z.B. für den Erhalt weiterer Lockerungen oder Entlassung nötig war.

Bei solchen Konstellationen spricht man in der Regel von einer hohen manipulativen Kompetenz. Diese zeigt sich dann auch an vielen Stellen.

Es lässt sich heute bezüglich allfälligen Therapieerfolg beim Expl. zusammenfassend feststellen:

1. Störungseinsicht und Störungswissen sind ganz ungenügend.
2. Die Auseinandersetzung mit der gezeigten Delinquenz und Wissen um die Deliktmechanismen ist ganz ungenügend.
3. Das Wissen um das eigene Risikoprofil ist ganz ungenügend bzw. falsch.
4. Der Expl. verfügt nicht über die nötigen Risikomanagement-Strategien und Wissen.
5. Die hohe manipuliative Kompetenz des Expl. (Psychopathy) lässt in Zusammenhang mit der ausserordentlich hohen Rückfallgefahr auch kein Risikomanagement „von aussen" sinnvoll vorstellbar sein.

Die schon im Gutachten Vettiger angesprochene bedeutsame Problematik, dass eine Deliktarbeit ja gar nicht stattfinden kann, wenn die Delikte als nicht erinnert angegeben werden, zeigt sich in heute weiterhin dort, wo es die pädosexuellen Taten und die Gewaltdelinquenz betrifft, auch wenn der Expl. immerhin inzwischen nicht mehr die Täterschaft beim 2005-er Sexual-Delikt leugnet, die schwere versuchte KV aber nicht eingesteht bzw. nicht erinnert.

Er berichtet weiter auf Frage über zwei Übergriffe auf Mädchen in der Garage des Elternhauses als junger Mann zu erinnern, ohne aber irgendwelche Details wiedergeben zu können.

Wir wissen weiter aus den Akten von einem versuchen Übergriff auf ein Mädchen als 16-jähriger („Versuch ein Schulmädchen in einem Versteck zu entkleiden") und wir wissen um sexuelle und versuchte sexuelle Handlungen an einem 5- und ein anders Mal an einem 7-jährigen Mädchen im Jahr 1991, also 24-jährig, für das er heute völliges Nichterinnern geltend macht , sowie eine Tat aus 1995 (Campingplatz) wo es ein 8- (oder 10-jähriges) Mädchen traf.

Im vorliegenden Fall wird die grundsätzliche Möglichkeit einer Bearbeitung der Tatbereitschaft jedenfalls dadurch zusätzlich erschwert, dass wir nicht mehr über alle Akten verfügen, die uns näheres zu den Tatmerkmalen erkennen lassen und damit auch keine Konfrontation mehr zum Versuch des Wiederauffrischens der Erinnerung erlauben.

Es ist auch nicht zu erkennen, dass auch nur ansatzweise an der Problematik pädosexueller Tatbereitschaft als wichtiger Teil seines Delinquenz Spektrums gearbeitet wurde bzw. werden konnte. Dies findet in den Berichten jedenfalls nie einmal therapeutisch oder prognostisch Erwähnung.

Dass allerdings selbst in hochprofessionellen Therapien prognostisch wichtige Bereiche nicht ausreichend erkannt und bearbeitet werden, wie hier die Psychopathy, der Narzissmus und die pädophilen Anteile, kann als Ausdruck der besonderen Schwere und Breite sowohl der Störung, als auch der gezeigten Delinquenz gesehen werden. Auch ergibt sich für die Therapie zwingend die Notwendigkeit, Schwerpunkte setzen zu müssen und können Therapeuten nicht gleichermassen wie ein Gutachter - in Fällen wie vorliegend schnell einmal bis zu 100 Stunden Arbeit - für Aktenstudium und Fallanalyse investieren.

Wenn man aber heute die Kastration als wichtigsten „Schutzfaktor" erneuter Delinquenz ansieht und darunter nicht mehr die üblicher Weise sonst eingeforderten Therapiefortschritte als bedeutsam erachtet, hiesse das, alles auf eine Karte zu setzen. Eine Karte, die schon früher keinen Rückfallschutz bot. So hat der Expl. auch unter einer in der Abgabe eng kontrollierten chemischen Kastration mit Androcur weiter rezidiviert, bei einem im Übrigen angepassten Verhalten und freundlichem Auftreten (s. z.B. dazu Bericht Bewährungshilfe von 1997, hier im GA S. 32).

Im Vergleich mit einem nicht triebgedämpften Zustand früher hat allenfalls die Frequenz der Delikte abgenommen (früher Serien von monatlich mehreren Angriffen auf Frauen), allerdings nicht die Schwere.

Eine Karte, die zudem, worauf schon in den früheren Gutachten hingewiesen wurde, in kurzer Zeit ganz zum Verschwinden gebracht werden kann, nämlich dann, wenn sich der Expl. entschliesst, sich Testosteron zu spritzen. Dies könnte dann der Fall sein, wenn er eine neue Beziehung eingeht oder dann, wenn er wieder Sexualität erleben möchte oder auch aus anderen Beweggründen z.B. in Zusammenhang mit seinem Selbstbild.

So wissen wir, dass er früher einmal (GA 2000) zur triebdämpfenden Therapie angegeben hatte, sie habe ihn „einfach psychologisch belastet, indem er sich als minderwertiger Mann gefühlt (habe)".

Und - das darf auch nicht vergessen werden -, ergibt sich die Disposition zu Sexualdelikten eben nur zum Teil aus einem hormonell unterstützten sexuellen Verlangen heraus. Misogyne Grundhaltung und Persönlichkeitsproblematik sind deliktdynamisch mindestens genauso bedeutsam und werden diese durch einen tiefen Testosteronwert nicht zum Verschwinden gebracht (!).

Zur Frage von Lockerungsmöglichkeiten

Die Anzahl, die Schwere und das gezeigte Spektrum der Delinquenz sind eindrücklich und die vorhandenen psychischen Störungen sind als chronisch anzusprechen und können nicht geheilt werden.

Wir sehen im Expl. einen Hochrisikotäter. Errechnete Rückfallwerte der statistischen Verfahren wie im SORAG (hier 89% Wahrscheinlichkeit erneuter Anklagen in 10 Jahren) entsprechen im vorliegenden Fall weitgehend der individualprognostischen Einschätzung.

Wir wissen weiter, es gibt Studien die davon sprechen, dass forensische Therapien bei Sexualstraftäter das Rückfallrisiko durchschnittlich um ¼ senken können (also z.B. von 40% auf 30%). Zu beachten ist aber der Einzelfall. Als Hochrisikotäter müsste der Expl. ganz überdurchschnittlich hohe Therapieerfolge zeigen, damit man in einen „vertretbaren" Risikobereich kommen kann.

Vorliegend zeigt sich aber ein ganz unterdurchschnittliches Ansprechen auf die intensiven Therapiebemühungen. Damit dürfte das individuelle Rückfallrisiko weiter im Bereich der oben angegebenen Ausgangslage liegen. Vor diesem Hintergrund muss erwogen werden, mit welchem Ziel und Zweck Lockerungen eingesetzt werden.

Hier ist insbesondere zu sagen, dass „Testosteron" nur einer der die Sexualität bestimmender und die Delinquenz begünstigender Faktor ist. Auch mit der Kastration kann der Expl. onanieren und er wird damit auch vergewaltigen können (ganz zu schweigen von der Möglichkeit des Einsatzes von Hilfsmitteln wie Viagra). Wir wissen bei ihm aus der Vergangenheit auch, dass er unter Trieb dämpfender, Testosteron senkender Wirkung des Androcurs mit verminderter Erektionsfähigkeit trotzdem weiter mit Sexualdelinquenz in Erscheinung getreten ist, allerdings zunächst nicht mehr mit Vergewaltigung, sondern mit pädosexuellen Handlungen an präpubertären jungen Mädchen (2 Mal bei einer 5- und 7-jährigen 1991; Belästigung einer vermutlich 8- oder 10-jährigen 1995), wie er es schon in seiner Jugend gezeigt hatte. Später kam es dann auch wieder zu Vergewaltigungen (1996 und 1997).

Die Haltung seines früheren Therapeuten Herrn Dr. Aschwanden, er sei jetzt „asexuell" und könne er gar nicht mehr mit einem Sexualdelikt rezidivieren, so jedenfalls die Wiedergabe im Gerichtsprotokoll aus 2008, muss in beiden Aussagebereichen als klar falsch angesehen werden.

Nicht nur ist zu sagen, dass der Kastrationseffekt durch externe Testosteronzufuhr sehr rasch wieder aufgehoben werden kann. Auch die dokumentierte Angabe des Expl., er werde sich kein Testosteron zuführen, weil er kein Lust mehr habe, lässt erkennen, dass er Wesentliches seiner Deliktdynamik und der Kastrationswirkung nicht verstanden hat. Fakt ist, wenn er wieder Testosteron zu sich nimmt, und zu solche einer Entscheidung können ganz unterschiedliche Punkte wie z.B. eine neue Partnerschaft beitragen, dann ist die „sexuelle Lust" auch schnell wieder da und bei ihm ist sie eben auch deviant.

Die Vergangenheit hat jedenfalls gezeigt, dass der Expl. unter (wiederholter) medikamentöser triebdämpfender Behandlung mit Androcur pädosexuelle und Vergewaltigungshandlungen beging und während einer spezialisierten milieu- und psychotherapeutischen forensischen Therapie in St. Johannsen massiven Lockerungsmissbrauch (mehrmals, nicht nur bei der Tat), wie dann auch das schwere Rückfallgeschehen zeigte.

Damals fing er im Verwahrungsvollzug und im Wissen der Anstalt an, Prostituierte aufzusuchen und auch an die Abstinenzauflagen hielt er sich wiederholt nicht. Einerseits ging er also regelmässig in die Psychotherapie, wo es vordergründig sich auf das Ziel einliess, sich vertieft mit seinen deliktrelevanten Problembereichen zu beschäftigen, und auf der anderen Seite nutzte er offenbar jede der sich ihm bietenden Möglichkeiten, um seine sexuellen und anderen Konsumwünsche auszuleben.

Die tatsächlich gutachterlich „abfragbare" Zielerreichung der aktuellen Therapie ist jedenfalls ausgesprochen ernüchternd und die ihm heute schon wieder gewährten „Lockerungen" (einzelbegleitete Ausgänge) lassen sich mit dem bislang in der Therapie Erreichten angesichts des Risikoprofils meines Erachtens überhaupt nicht rechtfertigen.

Zur Frage der Behandelbarkeit

Psychotherapien haben meist Wirksamkeit. Damit zeigen sie, wie bei anderen Therapieformen auch, bei einem Teil der Behandelten eine Wirkung in die richtige Richtung, d.h. sie hilft. Ein weiterer Teil der Behandelten spricht nicht auf die Therapie an und bei einem weiteren Teil geht die Wirkung in eine ungünstige Richtung.

Aus der allgemeinen Psychotherapieforschung wissen wir, dass in 10% der indizierten und lege artis durchgeführten Therapien sie mehr schaden statt nutzen. Untersuchungen spezifisch über forensische Psychotherapie sind mir nicht bekannt.

Das Rückfallgeschehen in 2005 geschah während einer Therapie in einem stationären Massnahmensetting und nach jahrelanger (bzw. jahrzehntelanger) intensiver und zeitweise medikamentös unterstützter Therapie und zeigte einige Auffälligkeiten im Sinne einer Progression gewalttätiger Verhaltensbereitschaften.

So kam zum ersten Mal bei einer Vergewaltigung des Expl. eine Waffe, konkret ein Messer zum Einsatz, ein Hin-und-her-Führen vor dem Hals des Opfers, zum weiteren kam es nach der sexuellen Handlung zu einem Angriff auf die Prostituierte mit einem Messer und postdeliktisch entschied sich der Expl.

In dieser Situation drängt sich die Frage auf, ob es allenfalls hier auf den ersten Blick sich nicht unmittelbar offenbare ungünstige Zusammenhänge zwischen den intensiven Therapiebemühungen und der Tatbereitschaft gibt.

Es zeigen sich mir nun nach Durchsicht auch der therapeutischen Krankengeschichte keine Hinweise, die einen engeren Zusammenhang zwischen den Therapiebemühungen und in der Tat zu Tage getretenen erhöhten Gewaltbereitschaft irgend herstellen lassen.

Wenn man zudem bedenkt, dass der Expl. auch schon als jugendlicher Intensivsexualstraftäter und mit erst kurzer Therapieerfahrung nicht nur Delikte die mit einem sexuellen Erleben eng verbundenen waren beging, sondern wir hier auch von recht massiven Angriffen z.B. auf den Hals von Frau wissen, worin sich die misogynen Faktoren deutlich offenbaren, so lässt sich m.E. zusammenfassend kein schädigender, d.h. das Rückfallrisiko unmittelbar erhöhender Einfluss der Therapie erkennen, sondern muss vielmehr davon gesprochen werden, dass seine Störungen und Tatbereitschaften sehr ausgeprägt sind, sich überdauernd zeigen und nicht auf Psychotherapie ansprechen.

Weiter ist zu sagen, dass, wie auch sonst in der Medizin, unterschiedliche Störungen eine unterschiedlich gute Behandelbarkeit zeigen. So sprechen Angststörungen im Allgemeinen gut auf Psychotherapie an, für die kriminogene Psychopathy gibt es bislang jedoch keinen wissenschaftlichen Nachweis einer Behandelbarkeit und die Wirkung von Therapie bei Sexualstraftätern scheint gemäss neuster Studien doch recht begrenzt zu sein (bei allerdings im allgemeinen eher deutliche Überschätzung des Rückfallrisikos).

Der Kastrationsbehandlung kam beim Expl. nun in einer Situation die Bedeutung zu, in einem an sich therapeutisch hoffnungslosen Fall doch noch eine letzte Möglichkeit für einen letzten erneuten Psychotherapieversuch zu öffnen, auch wenn heute die Akten klar erkennen lassen, dass schon zuvor jahrelang eine Psychotherapie unter gleichzeitiger Testosteronsenkung mit Androcur in Bezug auf Rückfälligkeit weitgehend erfolglos war.

Es hat sich nun erwiesen, dass die psychotherapeutische Behandelbarkeit auch durch Absenkung des Testosterons, nun sicher auf „Kastrationsniveau", des Expl. sich nicht bedeutsam verbessert hat und wo bei gegebener Risiko-

konstellation sehr grosse Sprünge gefordert werden müssten, wurden allenfalls minime Fortschritte erreicht.

Zur Diskussion um die Thematik des Nutzens einer wie auch immer gearteten Kastration bei Sexualstraftätern ist schliesslich abschliessend zu sagen, dass in den indizierten Fällen dies eine die Psychotherapie und das Rückfallmanagement gut unterstützende Therapieform sein kann, sie ist aber keineswegs für alle Täter und Störungen gleichermassen geeignet.

Das Senken des Testosteronspiegels ist kein „Wundermittel" bei ansonsten untherapierbaren Tätern, sondern vielmehr oft eine sinnvolle und hilfreiche Ergänzung bei denen, mit denen auch psychotherapeutisch gut an ihren (meist unheilbaren) Störungen gearbeitet werden kann. Der Expl. gehört aber nun eindeutig nicht zu dieser Gruppe.

Zu sehen ist vielmehr das Gegenteil, dass er die Kastration instrumentalisierend nutzt, gegen die psychotherapeutischen Bemühungen und gegen das Arbeiten an üblichen Zielsetzungen, wenn er z.B. angibt, er sei jetzt „asexuell" oder er habe wegen der Kastration kein Rückfallrisiko mehr.

Diese Problematik wurde schon vor Jahren in der Therapie auf der TAT des Thorbergs erkannt und aufgegriffen und ohne dass sich hier in den Bemühungen der letzten Jahre irgend günstige Veränderungen erkennen lassen.

FRAGENBEANTWORTUNG

Behandlung der psychischen Störung

1. *Wie beurteilen Sie die therapeutische Entwicklung von Daniel Seewer seit der Erstellung des letzten Gutachtens vom 10. September 2013? Welche weitere Entwicklung ist zu erwarten?*

Es lassen sich seit der letzten Begutachtung vom 10.09.2013 keine therapeutischen Fortschritte in den für die Prognose wesentlichen Bereichen feststellen.

Das in den Therapieberichten so positiv Hervorgehobene muss in seine Bedeutung für die Legalprognose in der Sicht des Gutachters stark relativiert

werden. Zur besseren Veranschaulichung und Verständnis dieser Beurteilung möchte ich hier die im dem letzten Bericht 2017 angeführten Angaben zu angeblichen Therapiefortschritten (jeweils eingerückt mit Punkt und kursiv) aktuellen Angaben, Akteninformationen oder Interpretation des Gutachters gegenüberstellen:

- *Offenlegung des Anlassdeliktes vor 2 ½ Jahren*

Es erfolgte tatsächlich nur eine rudimentäre, bagatellisierende Offenlegung des Deliktgeschehens 2005, die dann auch in deutlichem Widerspruch zu dem vom Gericht festgestellten Tathandels steht

- *Integration in die verschiedenen therapeutischen Angebote der FPA; soziale Rückzug, welcher vor Jahresfrist noch häufig beobachtet wurde, hat sich nicht wieder gezeigt.*

Der Expl. berichtet aktuell hingegen über ausgeprägtes Einzelgängertum und wenig Interesse an gemeinschaftlichen Aktivitäten auf der FPA

- *Lehre als Metallbauschlosser*

Eine bedeutsame rückfallrelevante Bedeutung durch weitere beruflichen Ausbildung (hier Anlehre) oder einer Tüchtigkeit im Arbeitsbereich vermag ich beim bestehenden Störungsbild auch nicht ansatzweise erkennen. Er berichtet, schon immer ein guter Arbeiter gewesen zu sein. Man sieht schon für die Jugendzeit ein gutes Verhältnis zum Arbeitsmeister erwähnt (bei allerdings Problemen des Legasthenikers in der Gewerbeschule) und gleichzeitig stattfindenden Deliktserien.

- *Erlebnis- und Verhaltensweisen emotional stabiler*

Wenn von den Therapeuten im September 2017 noch die Zunahme an psychischer Stabilität herausgehoben wurde, musste im Februar 2018 schon wieder berichtet werden, dass er im Monat zuvor während zwei Wochen in einem Stimmungstief geriet und welches allein durch „mannigfaltige Alltagssituationen" angestossen worden sei. Weiter heisst es: „Eine gereizte, zum Teil rechthaberische, fordernde Haltung war beim Klienten zu beobachten".
In Bezug auf die Stimmungsschwankungen ist zu ergänzen, dass diese schon lange vorbeschrieben sind, sprachen auch in 2000 die Gutachter von einer emotional-instabilen Persönlichkeit.

Sehr auffällig zudem heute, dass er in der Begutachtung sich an einen solchen, passageren Stimmungseinbruch wie gar nicht mehr erinnert, auch wenn es nur einige Wochen zuvor war, oder es eben selbst gar nie wahrgenommen hat, an anderer Stelle aber festgehalten ist, dass die Therapeuten eine gute Introspektionsfähigkeit des Expl. annehmen.
Eindrücklich insbesondere auch, dass der Expl. in solchen Phasen nicht nur einfach bedrückt ist, sondern gleich auch wieder mit einem auffälligen (hier genannt gereizt, rechthaberisch-fordernden) Verhalten in Erscheinung tritt.
Auffällig auch, dass es zu solch einem Stimmungsproblem gerade dann kommt, wo ihm neu einzelbegleitete Ausgänge genehmigt wurden. Ohne dass die Zusammenhänge geklärt werden können, muss man daraus den Schluss ziehen, dass solche Stimmungseinbrüche wenig von aussen zu verstehen und nicht intuitiv zu erfassen sind, was wiederum Bedeutung hat zur Frage eines möglichen Risikomanagements von aussen

- *im Verhalten adäquater, sozial kompetenter; in Konfliktsituationen gelassener*

Wird ebenfalls im Bericht vom Febr. 2018 aber auch in seinen aktuellen Darstellungen relativiert. Zu sehen ist aber vor allem in den Akten, dass er hier schon früher gute Kompetenzen gezeigt hat, und als ein geschätzter Mitarbeiter erlebt wurde. Dem kam aber schon früher keine wesentliche rückfallrelevante Bedeutung zu.

- *in therapeutischen Situationen offener und umgänglicher*

Ein Abgleich zwischen seinen Angaben zur Delinquenz und den Akten, aber auch das völlig Ausklammern der pädosexuellen Delinquenz, aber auch seine Tatbeschreibung des Geschehens von 2005 werfen grosse Fragezeichen zur „Offenheit" des Expl. auf. (Allerdings kann man einwenden, dass hier nur gesagt wird, dass er „offener" ist, also offener als früher, nicht aber, dass er absolut „offen" ist). Während in 2015 noch geschrieben wurde, dass „deliktbezogene Daten als schlecht erinnerbar" angegeben werden, taucht diese Thematik in späteren Berichten einfach nicht mehr auf, ist sie aber in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung immer noch sehr präsent.

- *dissozialen Erlebnis- und Verhaltensweisen traten in den Hintergrund*

Anders als die Behandler und Vorgutachter sehe ich nicht, dass alltägliche Dissozialität jemals im Vordergrund seiner Problematik gestanden hätte! Er

wurde in den früheren Einrichtungen dann auch nie als dissozialer oder verwahrloster Mensch erlebt oder beschrieben (siehe z.B. dazu auch die Berichte aus St. Joh.). Sein manipulatives Potential erscheint hingegen nicht unbeträchtlich, wird dies aber in den Berichten nie einmal angesprochen und ist sie als Teil einer ausgeprägte „Psychopathy" zu erfassen.
Die weitere Beschreibung seiner Problematik im Therapiebericht liest sich im Übrigen ganz so ähnlich wie die oben gezeigt gutachterliche Beschreibung seines (hoch deliktrelevanten!) Narzissmus, ohne dass allerdings einmal dieser Begriff fällt. Festzustellen ist jedenfalls, dass es hier nicht zu wesentlichen Entwicklungen gekommen ist.
„Es zeigte sich ein Herr Seewer, der sich als selbstunsicherer, im Selbstkonzept fragiler, im Selbsterleben oft leicht erschütterbarer Mensch fühlte"

- *zusehends Selbstsicherheit und soziale Kompetenzen, Copingstrategien in Konfliktsituationen sowie Nachsicht und Geduld entwickelte*

Dies lässt sich in seinen Angaben nicht unbedingt wiederfinden, ganz abgesehen von der Frage, wie deliktrelevant solche Anpassungsleistungen in einer geschlossenen hoch strukturierten Institution sind.

- *Herr Seewer konnte Dunkelfeldinformationen in der Therapie einbringen*

Weder werden diese im Bericht genannt, noch hat er sie dem Gutachter offen gelegt sondern entsprechendes klar verneint. Ich vermag damit hier keinen Therapiefortschritt erkennen.

- *Zusammenhang zwischen seiner Persönlichkeitsstörung und der Vergewaltigungsdisposition wurde erkannt*

Zum einen ist zu sagen, dass ich dies in der Untersuchung nicht replizieren konnte: Hier konnte der Expl. weder zu seiner Persönlichkeitsstörung angemessen Stellung nehmen, noch so etwas wie eine „Vergewaltigungsdisposition" verbalisieren, geschweige denn einen Zusammenhang zwischen beiden herstellen.
Zum anderen stellt sich die Frage, ob überhaupt von Seiten der Therapie hier immer mit einem passenden Deliktmodell gearbeitet wird. Anders als bei nicht schwerer psychiatrisch auffälligen Vergewaltigern, wo persönlichkeitsinhärente und externe Faktoren sich allenfalls als entscheidende Faktoren der Tat erfassen lassen, und wo man im Falle einer günstigen Entwicklung der Per-

sönlichkeit sich eine Rückfallrisikominderung erhoffen kann, liegt beim Expl. ja gerade eine (naturgemäss überdauernde und hier schwere und komplexe) sexuelle Präferenzstörung vor.
Sie ist m.E. entscheidend für die Tatbereitschaft, sowohl für die sexuellen Übergriffe auf Kinder, als auch für die sexuellen Angriffe auf Frauen, als auch für den Voyeurismus. Für diesen Bereich ist nun aber keinerlei Verständnis oder Einsicht beim Expl. festzustellen (und selbst wenn dieses Verständnis oder Erkenntnis da wäre, reicht die Erkenntnis allein erfahrungsgemäss nicht aus, Rückfälle zu verhindern).
Zu all den üblichen Therapiezielen, die man bei einem solchen Täter fordern muss, wie Störungseinsicht, Deliktarbeit, Risikomanagement etc. habe ich oben detailliert Stellung genommen und kann zusammengefasst werden:

Insgesamt sind die Therapieerfolge in allen entscheidenden Bereichen sehr gering und für das, was eigentlich bei einem Hochrisikotäter, der gelockert werden möchte, erwartet werden muss, viel zu klein.

Man gewinnt auch den Eindruck, dass die mit der Zeit immer positiver klingenden Therapieberichte der FPA nicht wirklich eine (günstige) Entwicklung beim Expl. zeigen, sondern eher ein Ausser-Blick-Geraten deliktrelevanter Punkte bei den Therapeuten widerspiegelt.

Dazu würde auch passen, dass im ersten Bericht 2015 noch an erster Stelle eine „Vergewaltigungsdisposition" diagnostiziert und als besonders relevanter Faktor identifiziert wurde, diese Diagnose im Bericht 2017 dann kommentarlos einfach wegfällt (auch wenn sie später bei der, anders als früher viel günstigeren Risikobeurteilung, wieder kurz auftaucht).

Vor allem wird nicht deutlich, dass das tatsächliche Deliktgeschehen bei der Indextat erkannt geschweige denn mit dem Expl. durchgearbeitet wurde. An einer einzigen Stelle ist in all den Berichten (in 2015) kurz, dann aber fehlerhaft (!) das Urteil zitiert, demnach die Indextat eine „versuchte Vergewaltigung mit Messer" gewesen sei (ungefähr so ja auch Version, die der Expl. 2015 den Therapeuten darlegte).

Zukunftsperspektive

Ob beim Expl. noch bedeutsame Fortschritte erreicht werden können, ist sehr zu bezweifeln. Oder andres gesagt: Das Ende der Fahnenstange ist schon sehr lange erreicht.

Der Expl. ist mehr oder weniger durchgängig seit Kindheit in ein fachtherapeutisches Therapieangebot eingebunden. In 1997 wieder inhaftiert ist er nach zunächst haftbegleitender Therapie seit dem Jahr 2000 (erneut) in Einrichtungen untergebracht, die multiprofessionell Therapien im Sinne eines intensiven stationären Settings anbieten.

Gemessen an den eingesetzten Ressourcen ist der heutige Stand des therapeutisch Erreichten mehr als ernüchternd.

Es kann allerdings darauf verwiesen werden, dass schon in der Theorie einerseits Paraphilien als nicht heilbar anzusehen sind, bedeutsame narzisstische Problematiken als besonders schwer, wenn nicht sogar als unbehandelbar gelten, und es keine bekannten Therapieverfahren gibt, die bei Psychopathy nachweislich Erfolg zeigen können. Die Kombination diverser schwerer Problembereiche verkomplizieren zudem jede Therapie ganz bedeutsam.

Wir haben hier also einen Straftäter mit komplexen und schweren psychischen Störungen, wo ein Scheitern der Therapien wie zu erwarten ist und alles andere eine Überraschung wäre. Ungewöhnlich ist hier also nicht das Scheitern der Therapie, ungewöhnlich ist eher, dass man es so lange und immer noch versucht.

Es gibt heute keinerlei Hinweise, die erhoffen lassen, dass mit einer Therapie über weitere 5 bis 10 Jahre bedeutsame Fortschritte zu erwarten sind und die Prognose bedeutsam verbessert werden könnte.

Aus gutachterlicher Sicht werden damit die gesetzlichen Vorgaben für die Anordnung bzw. Weiterführung einer therapeutischen Massnahme nach Art. 59 StGB nicht erfüllt.

Die bisherige Erfolglosigkeit aller bisherigen intensiven Bemühungen trotz hochspezifischer, stationärer und jahrelanger Therapie mit unterschiedlichen Therapeuten in unterschiedlichen Einrichtungen lässt die ungemein ungünsti-

einem Ersttäter oder einer Therapie-naiven Person könnten (hier also besonders hohe Sicherheit der ungünstigen Therapieprognose).

Nicht zuletzt ist zu sehen: Mit immer weiterem zeitlichem Abstand zu den Taten, die ja heute schon zum Teil als nicht mehr erinnerbar angegeben wird, wird die Möglichkeit einer vertieften Deliktarbeit immer mehr abnehmen müssen.

Weitere therapierelevante Punkte wie Misstrauen, allg. „soziopathische" Feindseligkeit mit Einzelgängertum und Verbitterung sowie Einnahme einer Opferposition, wie es alles schon heute beim Expl. deutlich zu erkennen ist, werden vielmehr mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit weiter zunehmen und sind sie der Therapierbarkeit weiter abträglich.

Vor diesem Hintergrund aller Informationen muss schon lange von einer sehr deutlich gescheiterten stationären Therapiemassnahme gesprochen werden.

Eine bedeutsame Verbesserung der Legalprognose konnte nicht erreicht werden und kann dies auch für die Zukunft nicht mehr erwartet werden.

Eine Weiterführung der Massnahme macht damit aus ärztlich-gutachterlicher Sicht keinen Sinn.

Bei einem derartig ungünstigen Risikoprofil wie im vorliegenden Fall drängt sich damit die Anordnung einer sichernden Massnahme (nach Art. 64 StGB) auf. Deren Eingangskriterien, soweit sie psychiatrisch beurteilt werden können, sind klar erfüllt.

2. *Hat sich die psychiatrische Diagnose seit der Erstellung des letzten Gutachtens verändert? Wenn ja, inwiefern?*

Die wesentlichen Problembereiche des Expl. bestehen seit seiner Jugend und sie betreffen vor allem die Persönlichkeit, die erheblich schwer gestört ist und wozu auch eine tiefgehende Frauenfeindlicheit zu zählen ist, sie betreffen weiter die Sexualität, die von einer komplexen und schweren Paraphilie gekennzeichnet ist mit Pädophilie, Voyeurismus und Drang zu sexuell übergriffigen/gewalttätigen Handlungen.

In späteren Jahren ist noch eine Suchterkrankung, konkret eine Abhängigkeitserkrankung für Alkohol und Cannabis hinzugekommen. Letzterer fällt im ganzen Deliktgeschehen m.E. eine nur untergeordnete Rolle zu. So hat er schon als Jugendlicher pädosexuelle Handlungen, sexuell übergriffiges Verhalten und eine Vergewaltigung ohne jegliche Suchterkrankung oder z.B. Alkoholisierung gezeigt gehabt.

Die Suchterkrankung spielt auch für die Deliktmotivation überhaupt keine Rolle. Akuter Alkoholkonsum ist allerdings geeignet, Hemmungen, soweit überhaupt vorhanden, noch weiter herabzusetzen.

Bedeutsam ist vielmehr die schwere Störung der Sexualität und die narzisstische Persönlichkeitsproblematik mit deutlicher Psychopathy, welche aufgrund von der Störung inhärenten Faktoren wie hohe Selbstbezogenheit, komplexe, pathologische Selbstwertproblematik, ausgeprägter Empathiemangel, ja wohl auch Sensation-Seeking Anteilen, ganz entscheidend zum Tathandeln sowohl als motivierender, als auch als übliche Hemmungen überwindender Faktor beigetragen haben dürfte.

Es ist nun nicht zu sehen, dass über die Jahrzehnte hinweg, trotz intensiver Therapie, sich diese für die Delinquenz entscheidenden Problematiken beim Expl. bedeutsam verändert hätten.

Die wesentlichen Problematiken waren dabei schon früh und auch im ersten Gutachten schon klar erkannt und benannt worden.

Allein ganz ausser Blick geraten erscheint zuletzt die pädophile Komponente, die der Expl. im letzten Gutachten (2013) mit Verweis, die Opfer seien „14- oder 15-jährig" und „voll entwickelt" gewesen, - und ohne diesbezügliche genaue Sichtung der Akten und Konfrontation des Expl. mit den Akten durch die Gutachter -, zur Seite gewischt hatte.

3. *Zeigt sich Daniel Seewer betreffend seine psychische Störung einsichtig? Ist er motiviert, seine Therapie fortzusetzen?*

Die Störungseinsicht bei Herrn Seewer erscheint mir in allen wesentlichen Bereichen ganz ungenügend, wie oben dargestellt.

Bezüglich der Therapie zeigt er sich motiviert, diese fortzusetzen, erscheint er hier aber doch überwiegend extrinsisch motiviert – nimmt er sich ja selbst auch gar nicht als gestört wahr.

4. *Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der deliktorientierten Therapie? Hat sich Daniel Seewer eine Strategie oder ein Verhalten erarbeitet, um mit Risikosituationen umzugehen bzw. das Rückfallrisiko zu senken? Falls ja: Um was für eine Strategie/ein Verhalten handelt es sich?*

Meines Erachtens ist der aktuelle Stand der deliktorientierten Therapie ganz und gar ungenügend. Hierzu habe ich weiter oben detailliert Ausführungen gemacht.

Dies zusammen mit der geringen Störungseinsicht erlaubt es dann dem Expl. dann auch nicht, sich eine angemessene Strategie und Verhalten zu erarbeiten, um mit Risikosituationen umzugehen. Stattdessen überschätzt er, wie auch schon früher, völlig seine Situation und den Stand seiner Therapie, spricht davon, dass die Störungen weg seien, dass das Rückfallrisiko nicht mehr existiert bzw. gering sei, und sieht er sich dann auch auf dem Punkt, heute in ein betreutes Wohnen entlassen werden zu können.

In dieser Situation ist klar, dass er selbst nicht zu einem angemessenen Risikomanagement in der Lage ist.

Kommt man dann auf die Frage, wieweit dieses Risikomanagement allein von aussen gewährleistet werden könnte, so fällt auch diese Beurteilung sehr ungünstig aus. In den letzten Jahrzehnten wurde regelmässig von den mit ihm betrauten Fachpersonen (nicht von allen, aber von vielen) das Risikoprofil völlig unterschätzt. Es gibt geplante und hoch impulsive Taten und vermag ich auch keine und erst recht keine verlässlichen „Warnzeichen" herauszuarbeiten, die im Vorfeld einer Tat rechtzeitig von aussen erkannt werden könnten.

Die Neigung des Expl. zum Verdrängen, Vergessen, Verschleiern und zur Manipulation ist ganz aussergewöhnlich und hat sie bis heute nicht an Bedeutung verloren!

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang noch die diesbezüglich konträre, sehr viel positivere Beurteilung der Fachtherapeuten im spezialisierten Sexu-

alstraftätergruppenprogramm ASAT in 2010 (ganz zu schweigen von seiner optimalen Selbsteinschätzung). Wie ist dies nun zu interpretieren?
Hier kommt als Antwort in Frage, dass sich entweder die Therapeuten täuschen liessen und ihn hier viel zu positiv beurteilten (wie es sich ja sonst auch schon wiederholt in den Akten zeigt, ganz abgesehen davon, dass die Beurteilung vor dem Hintergrund, dass er zu diesem Zeitpunkt ja noch die Indextat leugnete erst recht sehr überrascht), oder, falls die Beurteilung doch tendenziell zutreffend war, sich in der Zwischenzeit wieder eine Verschlechterung ergeben hat, d.h., dass der Expl. einmal erkannte Deliktmechanismen und Risikomanagementstrategien nicht wirklich integrierte und sie in den letzten Jahre wieder vergessen hat (für partiell schlechte Gedächtnisleistungen haben wir ja auch sonst mehrere Hinweise), oder aber eine Kombination aus beidem vorliegt.

5. *Wie beurteilen Sie die Sexualität von Daniel Seewer zum heutigen Zeitpunkt? Wie steht es um allfällige Vergewaltigungsfantasien?*

Dies ist eine wichtige Frage. Dass sie aus den Therapieberichten allein sich nicht beantworten lässt, oder die Angaben hierzu widersprüchlich erscheinen, mag zunächst überraschen (mal heisst „asexuell", mal wird von Onanie alle 2 bis 4 Wochen gesprochen, aber dann keinerlei Angaben, wieweit diese „erfolgreich" ist und angegeben ist auch nie, was er dazu fantasiert, ausser, dass er selbst Vergewaltigungsfantasien verneine), passt aber in das Gesamtbild eines deliktisch intensiven Sexualstraftäters, dem man - auch noch nach jahrzehntelanger Therapie - jede Angabe zu sexuellen Thematiken auch heute noch sehr geduldig erfragen muss.

Ich gehe davon aus, dass aufgrund der Kastration und des dadurch bedingten sehr tiefen Testosteronspiegels die Libido und die Fantasietätigkeit beim Expl. abgenommen hat. Die psychopatische Kernpersönlichkeit erscheint mir aber unverändert und wissen wir auch, dass durch eine solche Behandlung die Paraphilien nicht geheilt werden können, auch wenn das sexuelle Interesse im Moment reduziert sein dürfte. Dies kann sich aber rasch ändern, sollte sich der Expl. externes Testosteron zuführen.

Wie weit ihn der Vergewaltigungsfantasien beschäftigen, er hier auch allenfalls neu durch Reize von aussen durch die Ausgänge getriggert wird und er dies beim Onanieren einbaut, lässt sich nicht von aussen irgendwie bestimmen.

Ich erlebe den Expl. jedenfalls als manipulativ und er ist nicht durchgängig offen.

6. *Wie steht es aktuell um Daniel Seewer's Alkohol- und Betäubungsmittelabhängigkeit? Wie schätzen Sie deren Entwicklung in einem allfälligen offeneren Vollzugsrahmen ein?*

Der Expl. konsumiert seit vielen Jahren nicht mehr und hat eine günstige Haltung in Bezug zum Konsum von Alkohol und insbesondere Cannabis angenommen. Wenn irgendwo Therapiefortschritte zu verzeichnen sind, dann hier. Wie er dies aber in Zukunft handhaben würde, wenn ihm keine Auflagen gemacht werden und er sich in einem offenen und freien Rahmen bewegt, lässt sich angesichts des Gesamtbildes nicht gut einschätzen. In der Vergangenheit hat er jedenfalls gezeigt, dass er den strukturierenden Rahmen und klare Regeln immer wieder unterlaufen hat.

Rückfallrisiko

7. *Wie beurteilen Sie die aktuelle Einstellung von Daniel Seewer bezüglich seiner Straftaten?*

Intensiv gefragt, gibt er etwas mehr von den Straftaten preis, als auch schon. besonders offen erscheint er aber nicht.

Wie auch schon früher festgestellt, kontrastieren ganz detaillierte Erinnerungen zu Ereignissen jenseits der Straffälligkeit, z.B. die Flucht aus dem Jugendheim Tessenberg als 18-Jähriger, oder ein starkes Unwohl sein nach Cannabiskonsum als junger Mann, zu den erheblichen Erinnerungslücken in Bezug auf sein deliktisches Verhalten (und auch zu den Behandlungen).

So berichtet er z.B., als Jugendlicher zweimal schon vorpubertäre Mädchen in die Garage seines Hauses gelockt und sich an ihnen vergangen zu haben, erinnert aber nicht, was er dort gemacht hat und was dort passiert ist.

Bezüglich der Tat 1991 gab er dem Gutachter 2013 an, die Mädchen seien 14- und 15-jährig gewesen, gemäss Akten waren sie tatsächlich 5- und 7-jährig und gefragt nach Details, gibt er an, hier überhaupt nichts mehr zu erinnern.

Bezüglich einer Androcur-Behandlung erinnert er die offenbar erste schon im Jugendalter nicht mehr und bezüglich der späteren, über die er früher einmal angegeben hatte, sie sei über 9 Jahre mit gemäss Akten monatlichen später 2-wöchentlichen Spritzen gegangen, weiss er heute nicht zu sagen, ob er überhaupt jemals eine Spritze erhalten habe.

Er zeigt im Übrigen auch sonst in seinen Darlegungen keine innere Distanzierung, keine Reue und unter anderem wird auch hier sehr deutlich, dass sein Empathievermögen sehr gering ist.

8. *Besteht bei Daniel Seewer zum heutigen Zeitpunkt das Risiko, erneut Straftaten zu begehen? Wenn ja, welche Straftaten sind mit welcher Wahrscheinlichkeit zu erwarten? Wie beurteilen Sie die diesbezügliche Entwicklung seit der Erstellung des letzten Gutachtens?*

Die legalprognostische Diskussion habe ich oben in aller Ausführlichkeit dargelegt.

Zusammengefasst besteht m.E. mittel- und langfristig unverändert ein sehr hohes Rückfallrisiko erneuter Straftaten gegen die sexuelle Integrität von Frauen und der von Kindern (Mädchen).

Ich sehe auch ein mindestens mittelhohes Rückfallrisiko für schwere, nicht sexuelle Gewalt gegenüber Frauen.

Neben Verweis auf die bisher gezeigte Delinquenz ist daran zu erinnern, dass der Gedanke, allenfalls auch einmal eine Frau zu töten, schon sein Leben lang ein Thema ist. Es scheint in den Jahren nicht an Aktualität verloren zu haben. Das Gewaltgeschehen in 2005 muss diesbezüglich zu grossen Sorgen Anlass geben. Wir wissen immerhin von zwei Vergewaltigungsopfern, die davon sprachen den Eindruck gehabt zu haben, der Expl. habe sie töten wollen (1996 und 2005) und ein drittes (1997) sprach von der Angst, zu ersticken, die re durch seine Art der Tatbegehung auslöste.

Ein massives Gewalthandeln gegenüber einer Frau muss dabei gar nicht der Kumulus einer länger geplanten Tat sein, sondern kann sich beim Expl. eine entsprechende Bereitschaft vermutlich recht schnell entwickeln, wenn Belastungsfaktoren wie Frustration und Zurückweisungen zusammenfallen. Seine

hohe Impulsivität wurde jedenfalls schon wiederholt als besonders relevant erkannt. Hier könnte es dann auch nur wenig äusserlich erkennbare Warnzeichen geben und dies macht dieses Risiko dann auch so besonders problematisch.

Weiter sehen wir in der Vergangenheit, dass unter Triebdämpfung die Frequenz von Angriffen auf Frauen abnahm (als junger Erwachsener zeitweise mehrmals monatlich, in 1996/1997 noch 2 Vergewaltigungen in 7 Monaten), nicht aber die Schwere der Taten. Ob nun für die Zukunft ein eher höheres Risiko für erneute sexuelle Übergriffe auf Kinder besteht, als für Vergewaltigungen erwachsener Frauen, lässt sich m.E. nicht näher bestimmen.

Zusammengefasst halte ich es für wahrscheinlicher, dass der Expl. im Falle bedeutsamer Lockerung oder Entlassung wieder mit einem schweren Gewalt- oder Sexualdelikt in Erscheinung tritt, als dass er dies nicht tut (das entsprechende Rückfallrisiko ist also höher als 50%).

Ein solches Risiko kann im Vergleich mit dem Risiko anderer Sexual- und Gewaltstraftäter als weit überdurchschnittlich hoch bezeichnet werden.

Die Meinung einer deutlichen Verbesserung der Legalprognose, wie es der PPD nun in den letzten 3 Jahren der (zuvor jahrzehntelang aussichtlosen) Therapie als erreicht ansieht, kann ich auch nicht ansatzweise teilen.

Weder der klinische Befund und Bewertung, noch die üblichen legalprognostischen Instrumente weisen in eine solche Richtung.

Erkennbar ergibt sich die hier fälschlich zu günstige Einschätzung aus mehreren Faktoren wie:

Wichtige Risikorelevante Bereiche wie das Vorliegen von Psychopathy und Pädophile wurden nicht gesehen, die früherer Delinquenz wurde nicht hinreichend erfasst und manche Risikobereiche wie pädosexuelle Delinquenz und allg. Gewaltdelinquenz wurden dann auch prognostisch gar nicht näher beurteilt. Nicht zuletzt wurden Faktoren als risikorelevant gesehen, wie angepasstes Vollzugsverhalten und gute Arbeitsleistung, die es klar nicht sind.

Es besteht zudem weiterhin ein hohes Rückfallrisiko für voyeuristische Taten.

Ich gehe nicht zuletzt aufgrund der stark dissozialen Persönlichkeitsanteile und hohen Impulsivität bei handkehrum gewisser Minderung durch Alterseffekte von einem heute mittelgradigen Risiko anders gelagerter Delinquenz wie Eigentums- und Verkehrsdelinquenz aus.

9. *Inwiefern hat Daniel Seewer's Alkohol- und Betäubungsmittelabhängigkeit einen Einfluss auf das Rückfallrisiko?*

Eine Abhängigkeitserkrankung lässt sich beim Expl. nicht diagnostizieren.

Auch ohne Abhängigkeitsstörung kann ein Konsum von Alkohol bei der gegebenen Verbreitung und Verfügbarkeit wie unserer Gesellschaft jederzeit wieder stattfinden. Erneuter Konsum, insbesondere von Alkohol, kann über seine enthemmende Wirkung in bestimmten Konstellationen das Rückfallrisiko weiter verschärfen.

Weiterer Massnahmenvollzug

10. *Sind aus Ihrer Sicht zum aktuellen Zeitpunkt weitere Vollzugslockerungen angezeigt? Wenn ja, welche Rahmenbedingungen müssten dabei unbedingt eingehalten werden?*

Der heutige Stand der Ergebnisse der - man kann fast sagen lebenslangen (!) - therapeutischen Bemühungen (wie nachzuzeichnen war, kam der Expl. ab 10-jährig in Abklärung und war er in Folge ohne erkennbar längere Unterbrüche immer in Behandlung) ist in meinen Augen sehr ernüchternd.

Gerade auch in den Bereichen der psychopathischen und manipulatorischen Persönlichkeitsanteile erscheinen keinerlei bedeutsamen Fortschritte eingetreten.

Die legalprognostischen Feststellungen im Gutachten von 2013, die gut begründet und nachvollziehbar sind, können weiter bestätigt werden und sie werden ergänzt durch die oben gemachten Überlegungen.

Dabei kontrastieren diese Feststellungen zu den heute schon wieder gewährten Lockerungen und zu den überaus positiven Beurteilungen der Therapeuten unter Ausklammerung hier notwendiger delikt- und störungsspezifischer Ziele.

Aktueller Stand ist jedenfalls der, dass 8-stündige nur noch von einer engen Bezugsperson einzeln begleitete milieutherapeutische Ausgänge erfolgen. Allerdings stellt sich die Frage, welches Ziel und diagnostische Wertigkeit ihnen zukommt oder welche legalprognostische Bedeutung diese Ausgänge denn überhaupt haben können und wieviel Risiko mit solchen Ausgängen in Kauf genommen wird.

Immerhin wissen, wir, dass der Expl. auch schon im MZ St. Johannsen ab 2003 sehr grosszügig gelockert war und es während eines bewilligten begleiteten Sachurlaubs zur schweren Rückfalltat in 2005 kam, neu diesmal sogar noch mit der Steigerung eines bedeutsamen nicht sexuellen Gewalthandelns.

Dort, wo er heute innerhalb der Anstaltsmauern in einem therapeutischen Milieu an seiner Frustrations- und Auseinandersetzungsfähigkeit täglich arbeiten könnte und müsste, macht er es aber eher nicht, sondern zieht sich jeweils nach der Arbeit auf seine Zelle zurück um TV zu schauen, so seine Angabe.

Dabei gleichen seine Schilderungen des Alltags dann auch sehr dem, wie man es sonst von Häftlingen mit allenfalls begleitender ambulanter Therapie kennt, und ohne dass erkennbar wird, dass er das spezifische Angebot einer FPA (jenseits der von ihm sehr geschätzten monatlichen Ausgänge) überhaupt vertieft wahrnimmt, daran interessiert wäre und es wertschätzt.

Auffällig, dass ihm anscheinend dies von Seiten der Therapieteams gestattet wird und anstatt ihn hier zu mehr Mitarbeit zu motivieren, werden mehr Ausgänge ausserhalb der Klinik beantragt, inzwischen einmal monatlich über 8 Stunden (der wünschenswerte Weg wäre üblicher Weise der, dass erst wenn sich der Klient sich in der Gemeinschaft aktiv und prosozial bewährt, im nächsten Schritt geübt wird, wieweit ihm das auch ausserhalb der Anstaltsmauern gelingt. Bei seinem Störungs- und Risikoprofil erscheint mir allerdings der Sinn und der Zweck dieser Ausgänge sowieso ganz und gar fraglich).

Fazit ist jedenfalls, dass nicht zu erkennen ist, dass er von den milieutherapeutischen soziopädagogischen Bemühungen gross profitieren kann. Im Vergleich mit vor 20 Jahren scheint sich sein Einzelgängertum eher noch verfestigt zu haben, was handkehrum eine häufig zu beobachtende Entwicklung bei Langzeitinhaftierten ist.

Genauso wenig wie der neuste erfolgreiche Lehrabschluss irgendwie bedeutsam zur Risikosenkung beitragen kann - gearbeitet hat der Expl. gemäss seiner Darstellungen schon immer recht tüchtig -, genauso wenig erscheinen jedenfalls solche Ausgänge geeignet, Bedeutsames zur Rückfallsenkung beizutragen. Den Akten entnehmen wir auch eine neuere Einschätzung des Teams, dass er selbst eine falsche Vorstellung vom Sinn und Zweck der mtA hat.

Ganz konkret stellt sich nicht zuletzt auch die Frage, wie es mit dem Fluchtrisiko aussieht, grundsätzlich und erst recht in dem Moment, wenn der Expl. die ungünstige Beurteilung dieses Gutachtens zur Kenntnis nimmt und er damit seine aktuellen Zukunftspläne voll und ganz infrage gestellt sieht.

In der Vergangenheit ist er jedenfalls wiederholt aus Institutionen heraus auf Flucht gegangen und hat er viele Male während Therapie und aus Vollzugssituationen heraus delinquiert.

Es wird aus den Akten nicht klar, ob der aktuellen Vollzugseinrichtung überhaupt die Intensität des Flucht- und Rückfallverhalten, das der Expl. in der Vergangenheit über Jahrzehnte aus der Vollzug heraus wiederholt gezeigt hat, bekannt ist, noch ist erkennbar, dass seine pädosexuelle Delinquenz zur Kenntnis genommen wurde (was bei den Ausgängen dann ja auch den Blick auf andere Dinge leiten würde), weder erscheinen die Störungen umfassend erfasst, noch erscheint das Rückfallrisiko angemessen beurteilt („geringen Rückfallrisiko für Sexualdelikte"). Und wenn er auf Nachfrage nach Fluchtgefahr gegenüber dem Therapeuten von „Ehrenkodex gegenüber Staatsangestellten" spricht, so wird angesichts dessen, was er in der Vergangenheit im und aus dem Vollzug heraus gezeigt hat, nicht einmal klar, ob es hier um eine ernste oder eine ironische Bemerkung handelte (es ist in den Akten auch nicht zu sehen, wie es der Therapeut in diesem Moment verstand, es kam ihm aber suspekt vor). Wir wissen aber demgegenüber aus den Akten und seinen Angaben, dass er enge Bezugspersonen, Betreuer und Therapeuten bezüglich seiner gezeigten Delinquenz und seiner Risikobereitschaft wiederholt hat täuschen und für sich gewinnen lassen.

11. *Wie beurteilen Sie einen allfälligen Übertritt in den offenen Massnahmenvollzug? Falls dieser in Frage kommt, welche Institutionen des offenen Massnahmenvollzugs wären besonders geeignet, Daniel Seewer aufzunehmen und weiter zu behandeln? Welche Rahmenbedingungen müssten*

dabei unbedingt eingehalten werden? Falls dieser nicht in Frage kommt, welche weitere Behandlung von Daniel Seewer empfehlen Sie? Welche Rahmenbedingungen müssten diesbezüglich unbedingt eingehalten werden?

Aus den oben getätigten Überlegungen über die bisherigen Therapiefortschritte und über das Risikoprofil des Expl. heraus verbietet sich aus psychiatrisch forensischer Sicht ein Übertritt in einen offenen Massnahmenvollzug.

Allerdings, als forensischer Psychiater kann ich etwas zur Rückfallwahrscheinlichkeit sagen, die Frage aber, wieviel Risiko in Kauf genommen werden muss, ist keine ärztlich, sondern nur normativ zu entscheidende.

Irgendwelche weiteren spezifischen Empfehlungen zur Behandlung ergeben sich mir nicht, ausser, wie oben schon dargelegt, dass m.E. von Behördenseite ernsthaft geprüft werden müsste, ob die Behandlung nicht einzustellen und die therapeutische in eine sichernde Massnahme umzuwandeln ist, sowohl angesichts des bisher Erreichten als auch angesichts der sehr ungünstigen Behandlungsprognose auch für die Zukunft.

In meinen Augen gehört der Expl. zu den wenigen tatsächlich unbehandelbaren schweren Sexual- und Gewaltstraftätern mit weiterhin sehr hohem Risikopotential.

12. *In der JVA Pöschwies besteht die Möglichkeit der Gewährung von unbegleiteten Zeitfenstern von wenigen Stunden während begleiteter Urlaube. Kann Daniel Seewer Ihrer Meinung nach diese Vollzugslockerung gewährt werden? Wie beurteilen Sie die Gewährung von mehrstündigen unbegleiteten Urlauben (die nicht im Rahmen eines begleiteten Urlaubs stattfinden)? Welche Rahmenbedingungen müssten für diese beiden Modalitäten jeweils unbedingt eingehalten werden? Braucht es gewisse Sicherheitsleistungen bzw. eine gewisse Struktur, die eingehalten werden müssten?*

Auf das oben Dargelegte kann verwiesen werden und erneut muss benannt werden, dass die Frage, wieweit Hochrisikotätern ohne bedeutsame Therapiefortschritte, Lockerungen und Freiräume gewährt werden sollen, hier könnten zum Beispiel humanitäre Überlegungen eine Rolle spielen, nicht ärztlich entschieden werden kann.

13. Ist zum heutigen Zeitpunkt absehbar, ob eine Entlassung von Daniel Seewer aus dem strafrechtlichen Rahmen zukünftig möglich sein wird?

Der Expl. ist und bleibt ein Hochrisiko-Täter.

Es ist nicht zu sehen, dass er jemals zum Risikomanagement in der Lage ist und es ist auch nicht zu sehen, dass dies von aussen ausreichend sicher gewährt werden kann.

Wieviel Risiko nun aber der Gesellschaft zugemutet werden darf, ist eine normative Frage und unterliegt sie einem ständigen Wandel, der weitgehend losgelöst ist von forensisch-ärztlichem Wissen.

Weiteres

14. Haben Sie weitere Bemerkungen?

Wir sehen ein extrem ungünstiges Risikoprofil des Expl., aber auch die Ungereimtheiten, Widersprüche und Lücken der Akten und in den Therapieberichten. In Fällen wie dem Vorliegenden ist die externe Risikoüberprüfung, wie sie auch durch die Fachkommission geschieht, von besonderer Wichtigkeit.
Für eine gute Risikoeinschätzung bei Straftätern bedarf es zunächst immer einer soliden Kenntnis über die bislang gezeigte Delinquenz und ein systematisiertes Vorgehen in der Risikobeurteilung. Man weiss heute, gestützt auf die wissenschaftliche Prognoseforschung, dass eine unstrukturierte Prognostik, auch „intuitive" Verfahren, zu einer unbefriedigenden Qualität der prognostischen Beurteilung führt.

Der Zusammenschluss der Kantone erlaubt beispielsweise der Fachkommission der Nord-West und Zentralschweiz mit angemessenen personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet allen jeweiligen Mitgliedern, insbesondere auch an den psychiatrischen Experten, alle Akten zur Verfügung zu stellen, sowie in der Fallbeurteilung ein strukturierendes Risikoinstrument zu benutzen (derzeit die für diesen Zweck schon 1999 geschaffene „Dittmannliste") und diese in ihrer Beurteilung auch offenzulegen, um so den prognosewissenschaftlichen Erkenntnissen der bedeutung systematischer Vorgehensweise als auch Ansprüchen nach Nachvollziehbarkeit Genüge zu tun.

Das gründliche Aktenstudium aller Beteiligten führt erfahrungsgemäss nicht selten zu kritischen Rückfragen. Die prägnante Zusammenfassung der bisher gezeigten Delinquenz und Aufzeigen der aktuellen Risikofaktoren hilft, Wesentliches nicht zu übersehen und kommt dies einer angemessenen Fallführung und oft auch den Therapien durchaus zu gute.

Ich erlaube mir auch den Hinweis, dass es allgemein aus forensisch-ärztlicher aber auch juristischer Sicht als sehr bedeutsam angesehen wird, dass die Mitglieder der Fachkommissionen unbefangen und mit dem Fall unbelastet sind. Im Fall des Expl. ist aber den Akten zu entnehmen, dass wiederholt bei den FK Sitzungen die frühere Therapeutin des Expl. aus dem MZ St. Johannsen (bis zum Rückfall in 2005) Frau lic. phil. Mühlemann teilnehmendes Mitglied der Kommission war.

Als weiteren Punkt möchte ich hier nochmals auf die in meinen Augen ungenügende Osteoporose Kontrolle hinweisen. Hier weist der Expl. ein besonderes Risiko auf, weil sich ungünstige Faktoren wie Kastrationseffekt, Bewegungsmangel und die Folgen des Hyperparathyroidismus in 2010 addieren.

Die Therapieberichte der Psychologen erwecken den Eindruck, man geht davon aus, dass dies mit Blutkontrollen kontrolliert werden kann, was aber ungenügend bzw. untauglich ist, hier braucht es radiologische Kontrollen (und wie wichtig diese Kontrollen sind, hielt schon das GA 2009 ausdrücklich fest!).

Tatsächlich verweigert der Expl. die notwendigen radiologischen Kontrollen schon seit Eintritt in die JVA Pöschwies (und nota bene ohne dass den (positiven) Berichten der Anstaltsleitung sicher zu entnehmen ist, dass ihr dies bekannt ist). Im ungünstigen Fall besteht aber ein deutlich erhöhtes Frakturrisiko schon bei Bagatellunfällen, was auch Auswirkungen auf die Vollzugsfähigkeit haben kann. Offenbar wird dies bei der Frage angedachter externer Arbeitseinsätze mit dann vermutlich auch erhöhter (Bagatell-) Unfallgefahr, jenseits anderer Risikoüberlegungen, offenbar gar nicht bedacht.

Auf das besondere Risiko in seinem Falle und der Wichtigkeit von Knochendichtemessungen habe ich den Expl. zum Abschluss der Begutachtung erneut und explizit aufgeklärt. Er erklärte, dies verstanden zu haben und stellt noch-

mals dar, dass er eine solche Untersuchung derzeit sich nur in einer Art Urlaubsstatus und ohne Sicherheitsbeamte für sich vorstellen könne.

Als letzter Punkt soll darauf hingewiesen werden, dass der Expl. Anfang April gemäss Pflegeeinträgen in der Kunsttherapie suizidnahe Äusserungen gemacht hat und die Differenz zwischen seinen geäusserten Erwartungen an das Gutachten und dem Ergebnis einen weiteren Stimmungseinbruch gut vorstellen lassen, so dass auf diese Thematik und bei bekannter Belastung mit zwei ernsten Suizidversuchen in der Vorgeschichte verstärkt beachtet und therapeutisch angesprochen werden sollte.

Weitere Ergänzungsfragen

Mit Schreiben vom 11.01.2018 wurde ich um die Beantwortung weiterer Fragen gebeten. Sie lauten wie folgt:

„Daniel Seewer unterzog sich am 21. Dezember 2009 einer klinischen Kastration:

- *Wie wirkt sich dieser Eingriff auf seine Persönlichkeit und seine Identität aus?*
- *Ergeben sich aufgrund des Eingriffes Veränderungen in Bezug auf die sexuelle Ansprechbarkeit, das sexuelle Erleben und das sexuelle Verhalten von Daniel Seewer?*
- *Welche Wirkung erzeugt die klinische Kastration hinsichtlich des Rückfallrisikos für die Begehung weiterer Sexualdelikte an Erwachsenen?“*

Zu der Frage nach einer allfälligen Veränderung der Persönlichkeit des Expl. durch die Kastration ist zum einen zu sagen, dass zunächst nicht erwartet werden kann, dass sich der Expl. in grundlegenden Persönlichkeitsbereichen durch Absenkung des Testosterons wesentlich verändert.

Auch blicken wir heute auf zwei längere Zeiträume, in denen das Testosteron gesenkt wurde, in den 90er Jahren und erneut ab 2007.

Es ist weiter zu sagen, dass wenn wir nach Veränderungen in einem jahrelangen Verlauf fragen, hier natürlich viele Einflussgrössen in ihrer Wirkung zu-

sammenfallen und damit gar nicht näher bestimmt werden kann, falls Entwicklungen festgestellt werden, was nun wodurch bedingt wurde.

Als Wirkfaktoren der letzten Jahre können beim Expl. der natürliche Alterspro-zess, die hochgesicherte geschlossene Unterbringung und eine geradezu lebenslange ununterbrochene psychotherapeutische Behandlung angesehen werden.

Dem immerwährenden Bemühen in der Psychotherapie in Richtung einer positiven Persönlichkeitsentwicklung stehen nun nicht nur die erwähnte eindrückliche Therapieresistenz sondern auch die negativen Auswirkungen durch die hochstrukturierte geschlossene Unterbringung im Sinne von Prisonierungseffekten gegenüber. Handkehrum schützt die Unterbringung den Expl. natürlich auch vor weiterer Delinquenz, die ihrerseits letztlich eine immer wiederkehrende Erfahrung auch des eigenen Scheiterns darstellt.

Im eigenen Erleben führt der Expl. als Kastrationsfolge u.a. eine heute viel grössere Offenheit als früher an. Allerdings stellt sich in den frühen Gutachten nicht unbedingt dar, dass es ihm an Offenheit mangelte, sondern manipulatives Auftreten (wie heute noch) und eher „technische" Probleme, so dort, wenn er gar nicht zu wichtigen Dingen befragt oder auf (vollständige) Akteneinsicht verzichtet wurde.

Explizit macht er hingegen fehlende Offenheit für die Begutachtung in 2013 geltend, wobei vor allem auffällt, dass er die unzureichenden Aktenkenntnisse der Gutachter in Bezug auf die pädosexuellen Taten ausnutzte, wobei ihm heute bei der aktuellen Begutachtung früh eine gute Aktenkenntnis des Gutachters signalisiert wurde.

Schon die Untersuchung in 2013 fand viele Jahre nach erneuter, erst chemischer dann chirurgischer Kastration statt, so dass man auch nicht von höherer Offenheit als „automatische" Folge der Kastration sprechen kann, sondern von einem sich hier an die jeweilige Situation anpassendem Auftreten bei letztlich unveränderter psychopathischer Persönlichkeitsstruktur.

Auch allfällige Laienvorstellungen, er müsse nur offen und ehrlich sein, dann gehe es wohl, missachten völlig die Art und Schwere und Chronizität der vorliegenden Störungen, die naturgemäss auch mit vielen kognitiven Verzerrungen und dysfunktionalen unbewussten Prozessen einhergeht und wo fehlende

Störungseinsicht einen Teil einer Problematik darstellt, die auch mit vermehrter Anstrengung von ihm oder von aussen nicht überwunden werden kann.

Bezüglich der weiteren Fragen kann auf die obigen Ausführungen verwiesen werden.



Dr. med. Lutz-Peter Hiersemenzel, MBA
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Zertifizierter Forensischer Psychiater SGFP