

Sitzung vom 17. Dezember 2008

2044. Anfrage (Zielsetzung der Gewalt- und Sexualstraftätertherapie)

Die Kantonsräte Hans Egli, Steinmaur, Hans Peter Häring, Wettswil a. A., und Michael Welz, Oberembrach, haben am 29. September 2008 folgende Anfrage eingereicht:

Bereits im Zusammenhang mit der Diskussion über die lebenslange Verwahrung von gefährlichen Gewalt- und Sexualstraftätern hat die Öffentlichkeit ein gewisses Misstrauen gegenüber Psychiatern, Therapeuten und Psychotherapeuten geäussert.

Die forensische Psychiatrie befasst sich mit der Schuldfähigkeit und der Einschätzung der Gefährlichkeit von Straftätern. Sie behandelt Menschen mit psychischen Störungen, welche zu strafbarem Verhalten geführt haben. Gemäss neuem Strafgesetzbuch besteht ein Rechtsanspruch auf solche hoch spezialisierte Therapieplätze.

In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen:

1. Wie lauten die Indikatoren einer erfolgreichen Tätertherapie?
2. Gibt es verlässliche Studien über erfolgreiche Therapien (Erfolgs- bzw. langfristige und Rückfallquote)?
3. Wann gilt ein Gewalt- und Sexualstraftäter als nicht therapierbar?
4. Welche Ziele verfolgt die Regierung mit hoch gefährlichen unresozialisierbaren Straftätern?
5. Wie ist die Verantwortlichkeit der Verfasser von Gutachten geregelt?
6. Gibt es Erkenntnisse über die Ursache der Zunahme von hoch rückfallgefährdeten Gewalt- und Sexualstraftätern? Was unternimmt die Regierung dagegen?

Auf Antrag der Direktion der Justiz und des Innern

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Hans Egli, Steinmaur, Hans Peter Häring, Wettswil a. A., und Michael Welz, Oberembrach, wird wie folgt beantwortet:

Die therapeutische Aufgabe der forensischen Psychiatrie besteht nicht nur darin, psychische Störungen im Sinne diagnostizierter Erkrankungen zu behandeln, die Ursache von Straftaten waren. Vielmehr sollen mit deliktpräventiven Therapieangeboten Täter behandelt werden,

bei denen ein erhebliches Rückfallrisiko besteht. Solche Personen weisen sogenannten risikorelevante Problembereiche in ihrer Persönlichkeit auf. Diese müssen allerdings nicht unbedingt deckungsgleich mit diagnostisch relevanten Problembereichen sein. Es gibt mit anderen Worten rückfallgefährdete Gewalt- und Sexualstraftäter, die aufgrund dieses Risikos behandlungsbedürftig sind, bei denen jedoch nicht zwingend eine psychiatrische Erkrankung nach diagnostischen Kategorien vorliegt.

In rechtlicher Hinsicht hatten die Strafgerichte bereits gestützt auf das bis Ende 2006 geltende Strafgesetzbuch die Möglichkeit, ambulante und stationäre Therapiemassnahmen anzuordnen. Neu ist hingegen, dass eine stationäre Therapiemassnahme zur Behandlung von psychischen Störungen nicht wie bisher ausschliesslich in einer geeigneten psychiatrischen Einrichtung oder Massnahmenvollzugseinrichtung vollzogen werden kann, sondern unter gewissen Voraussetzungen auch in einer geschlossenen Strafanstalt, sofern dort die nötige therapeutische Behandlung durch Fachpersonal gewährleistet ist (Art. 59 Abs. 3 Strafgesetzbuch [StGB; SR 311.0]). Ein impliziter Therapieanspruch ergibt sich zudem für therapiebereite und therapiefähige Verwahrte. Nach neuem Recht ist zwar zunächst die ausgesprochene Freiheitsstrafe zu vollziehen, bevor die angeordnete Verwahrung angetreten wird. Erstmals vor Antritt der Verwahrung und danach mindestens alle zwei Jahre ist dann aber von Amtes wegen zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine stationäre therapeutische Behandlung gegeben sind und beim zuständigen Gericht entsprechend Antrag gestellt werden soll (Art. 64b Abs. 1 lit. b StGB). Therapiert werden sollten aber nach Möglichkeit auch Täter, die nur zu endlichen Freiheitsstrafen verurteilt worden sind, wenn bei ihnen eine hohe Rückfallgefahr und Aussicht besteht, dass diese durch eine gezielte, deliktpräventive Therapie gesenkt werden kann.

Mit dem neuen Strafgesetzbuch wurde der Stellenwert stationärer Massnahmen gestärkt. Dies zeigt auch die angestiegene Zahl entsprechender gerichtlicher Anordnungen. Hingegen besteht derzeit gesamtschweizerisch ein beträchtlicher Mangel an geschlossenen Massnahmenvollzugsplätzen für Gewalt- und Sexualstraftäter mit hoher Rückfall- und/oder Fluchtgefahr. Im Rahmen des Ostschweizer Strafvollzugskonkordats wird deshalb mit einem spezialisierten Massnahmenvollzug in der Strafanstalt Pöschwies auf diesen Notstand reagiert (vgl. Beantwortung der Interpellation KR-Nr. 243/2008 betreffend neue Klinik für Tätertherapien in der Pöschwies).

Zu Frage 1:

Es gibt keine allgemein auf alle Täter in gleicher Weise zutreffenden Indikatoren für eine erfolgreiche Therapie. Diese sind jeweils besonders auf den Einzelfall, das dort bestehende spezifische Rückfallrisiko und auf den dem Risiko zugrunde liegenden Deliktmechanismus abzustimmen. Es gibt heute verschiedene prognostische Ansätze, die eine Evaluation möglicher Therapieerfolge zulassen. Sie beziehen sich auf die allgemeine Behandelbarkeit des Störungsbildes, die Therapiemotivation des Täters, seine Einsicht in seine Störung, die deliktrelevanten Abläufe, seine Offenheit und das allgemeine Veränderungspotenzial. Ein klares Kriterium bildet die konkrete Behandelbarkeit. So sind z. B. schizophrene Straftäter mit einer klar ersichtlichen deliktrelevanten psychischen Erkrankung besser behandelbar als z. B. persönlichkeitsgestörte Straftäter, bei denen die Einschätzung des Rückfallrisikos vom Gutachter bedeutend mehr Erfahrung abverlangt.

Zur strukturierten und messbaren Einschätzung der Erfolgsaussicht einer Therapie besteht mit FOTRES (Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System) ein standardisiertes Verfahren. Es unterscheidet zwischen Kriterien der «allgemeinen Erfolgsaussicht» wie z. B. Klarheit, Vermittelbarkeit und Beeinflussbarkeit des Veränderungsfokus, erfolgsförderndes Potenzial, Veränderungsresistenz u. Ä. und individuellen «Ressourcen». Um Letztere zu beurteilen, wird eine Analyse des Aussageverhaltens vorgenommen, die Offenheit, das Veränderungspotenzial und andere veränderungsfördernde Faktoren sowie Ergebnisse aus früheren Therapien bewertet.

Zu Frage 2:

Aus verschiedenen internationalen Studien, aber auch eigenen Untersuchungen des Amtes für Justizvollzug ist ersichtlich, dass spezialisierte forensische Therapien vor allem auf dem Gebiet der verhaltenstherapeutischen Interventionen in Gruppen- und Einzeltherapien grundsätzlich geeignet sind, Rückfallraten von psychisch kranken Straftätern zu senken. Die Rückfallprävention hängt wiederum von der bisherigen deliktischen Vorgeschichte, der Therapiemotivation und insbesondere der deliktrelevanten psychischen Störung ab. Vor allem im stationären Massnahmenvollzug gemäss Art. 59 StGB, wie er etwa in der Forensik-Abteilung des Psychiatriezentrums Rheinau und in der geplanten Abteilung der Strafanstalt Pöschwies durchgeführt wird, hat sich gezeigt, dass ein auf verschiedenen Ebenen ansetzendes Konzept, bestehend aus einer klar deliktpräventiv ausgerichteten Milieuthherapie sowie deliktorientierten Gruppen- und Einzeltherapien, am ehesten geeignet ist, eine rückfallpräventive Wirkung aufzuweisen. Wie gross sie ist, hängt stark vom Aus-

gangsrisiko der jeweils untersuchten Population und zudem von den jeweils verwendeten Methoden ab. Bessere Ergebnisse zeigten spezialisierte, konsequent auf das Ziel der Rückfallprävention ausgerichtete Therapieangebote. Dabei scheint für die meisten Gewalt- und Sexualstraftäter die sogenannte deliktorientierte Therapiemethode das wirksamste Vorgehen.

Beispielhaft kann auf zwei Studien verwiesen werden. Für Kanada stellte Paul Gendreau 1996 in einer Übersichtsarbeit eine rückfallsenkende Wirkung in der Grössenordnung von 25–30% für die Therapie von Gewalt- und Sexualstraftätern fest (Gendreau P., Goggin C. [1996]: Principles of effective correctional programming. Secondary Principles of effective correctional programming: Forum on Corrections Research). Im Kanton Zürich hat sich der Psychiatrisch-Psychologische Dienst (PPD) des Amtes für Justizvollzug auf die Behandlung hoch rückfallgefährdeter Gewalt- und Sexualstraftäter spezialisiert. Er behandelt derzeit mehr als 200 Verurteilte, von denen sich viele auch in Freiheit befinden. In einer ersten, vom Bundesamt für Justiz geförderten Studie zeigten die vom PPD behandelten Täter eine geringere Rückfallquote als nicht oder andernorts therapierte Personen (Endrass J., Rossegger A., Urbaniok F. [2007]. Zürcher Forensik-Studie. www.zurichforensic.org). Erste Trends einer erweiterten Evaluationsstudie scheinen diese Ergebnisse zu bestätigen, wenngleich zu beachten ist, dass Studien zur Evaluation der Therapiewirksamkeit vielfache methodische Herausforderungen bewältigen müssen und weitere langfristige Untersuchungen wünschenswert sind.

Zu Frage 3:

Die Grundlage der Beurteilung einer Nichttherapierbarkeit ist die möglichst genaue Abklärung des psychiatrischen Störungsbildes, die Einschätzung des Rückfallrisikos und die möglichst spezifische Abbildung des individuellen Deliktmechanismus. Im Rahmen dieser Beurteilung sind bisherige Therapiefortschritte, Krankheitseinsicht und Therapiemotivation ebenfalls wichtige Einflussfaktoren. Ein weiteres Hindernis für eine erfolgreiche Therapie kann ein fehlendes Schuldgeständnis sein. Zusätzlich werden, wie oben kurz skizziert, die Erfolgsaussichten einer deliktpräventiven Massnahme eingeschätzt.

Untherapierbarkeit ist kein statisches Ergebnis, sondern eine Relation zwischen Risiko (quantitative Grösse), Gefährlichkeit (Qualität einer zu erwartenden Straftat) und Erfolgsaussichten einer Therapie. Nichttherapierbarkeit liegt dann vor, wenn Chancen und Risiken in einem sehr ungünstigen Verhältnis zueinander stehen, also strukturelles Rückfallrisiko und Gefährlichkeit sehr hohe Ausprägungen und die

Erfolgsaussicht einer Therapie eine sehr geringe Ausprägung erreichen. Bei der «Unbehandelbarkeit» empfiehlt es sich, zwischen vier verschiedenen Stufen zu unterscheiden (siehe dazu auch Urbaniok, 2002: Gibt es unbehandelbare Täter? in Dittmann Volker, Kuhn André, Maag Renie, Wiprächtiger Hans [Hrsg.]: Zwischen Mediation und lebenslang, neue Wege in der Kriminalitätsbekämpfung. Verlag Rüegger, Chur/Zürich):

a. Unsichere Behandelbarkeit

Eine Behandlung ist möglich, die Erfolgsaussicht und die Perspektive sind aber unsicher.

b. Aktuelle Unbehandelbarkeit

Grundsätzlich ist eine Behandlung möglich, aber es besteht ein aktuelles Hindernis, das die Behandlung derzeit unmöglich macht. Es ist unsicher, ob und wann das Hindernis zu beseitigen ist. Gründe können z. B. fehlende Motivation für eine Therapie, ein fehlendes Schuldeingeständnis oder ein psychisches Hindernis wie eine schwerwiegende akute psychiatrische Symptomatik sein.

c. Langfristige Unbehandelbarkeit

Es besteht allgemein Unbehandelbarkeit. Eine später eintretende Behandelbarkeit ist bei einschneidender Änderung nicht völlig auszuschliessen. Eine Behandlungs- und Vollzugslockerungsperspektive ist aber nicht vorhanden und absehbar.

d. Dauerhafte Unbehandelbarkeit

Es besteht dauerhafte Unbehandelbarkeit. Die Gefährlichkeit ist tief in der Persönlichkeit verankert, die Erfolgsaussichten für eine Therapie sind in Relation hierzu verschwindend gering. Eine ausreichende Reduzierung der Gefährlichkeit ist ausser bei Invalidisierung (in der Regel krankheits- oder altersbedingte Abbauprozesse, durch die eine Tatausführung aufgrund des körperlich-geistigen Zustandes nicht mehr möglich ist wie z. B. bei grosser Gebrechlichkeit) nicht zu erreichen.

Zu Frage 4:

Diese Personenkategorie ist langfristig, in Einzelfällen auch lebenslang zu sichern. Das Hauptziel besteht dabei in der Gewährleistung eines humanitären Justizvollzugs unter Gewährung gewisser Freiräume innerhalb der Einrichtung bei möglichst hoher Aussensicherung. Diese Sicherungsmöglichkeit ist von der gerichtlich verhängten Sanktion abhängig. Wurde eine bestimmte Freiheitsstrafe verhängt, endet die Sicherung spätestens mit Ablauf der Strafdauer. Hier besteht allenfalls die Möglichkeit einer nachträglichen Umwandlung der Freiheitsstrafe in eine stationäre therapeutische Massnahme, solange die Freiheitsstrafe noch nicht vollständig verbüsst ist und sofern beim Verurteilten

eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert wird, für deren Behandlung eine Therapiefähigkeit und -willigkeit besteht. Die Vollzugsbehörde kann diesfalls Antrag an das zuständige Gericht stellen (Art. 65 Abs. 1 StGB). Sind diese oder auch nur eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, so kann wohl die Möglichkeit einer nachträglichen Verwahrung geprüft werden, doch sind die Hürden dafür ausgesprochen hoch (Art. 65 Abs. 2 StGB), zumal es sich um eine nachträgliche Änderung eines rechtskräftigen Urteils zu Ungunsten des Verurteilten handelt. Anders verhält es sich grundsätzlich, wenn das Gericht eine lebenslange Freiheitsstrafe, eine Verwahrung oder eine stationäre therapeutische Massnahme verhängte, da diesen Sanktionen die zeitliche Unbefristetheit bzw. unbeschränkte Verlängerbarkeit gemeinsam ist.

Zu Frage 5:

Gutachten können Grundlagen einer Entscheidung bilden, diese aber nicht ersetzen. Entscheidungen sind von den zuständigen Gerichten oder Behörden zu fällen. Während der juristische Entscheidungsträger dafür verantwortlich ist, die Qualität und die Plausibilität der gutachterlichen Schlussfolgerungen zu beurteilen, besteht die Verantwortlichkeit der Gutachterinnen und Gutachter darin, durch ein an den Standards der Lehre und Forschung orientiertes Vorgehen die notwendige Qualität des Gutachtens zu gewährleisten. Eine Gutachterin oder ein Gutachter wird ihrer bzw. seiner fachlichen Verantwortung dann nicht gerecht, wenn sie oder er professionelle Standards missachtet oder ihr bzw. ihm (grob)faehlrlässige oder gar bewusste Fehler anzulasten sind. Art. 307 StGB stellt die vorsätzliche Erstellung eines falschen Gutachtens unter Strafe. Diese Norm schützt die Ermittlung der materiellen Wahrheit im gerichtlichen Verfahren. Ein Gutachten ist aber nicht schon deshalb falsch, weil sich z. B. eine Prognosestellung im Nachhinein als falsch herausgestellt hat, sofern sie im geäusserten Zeitpunkt sachlich vertretbar war. Der Nachweis einer bewusst falschen Begutachtung wird im Bereich der forensischen Psychiatrie schwer zu erbringen sein, zumal es sich dabei nicht um eine exakte Wissenschaft handelt und sich darüber hinaus sowohl Diagnosen als auch Prognosen im Verlauf der Zeit verändern können. Die im Rahmen der Auftragserteilung regelmässig zu eröffnende Strafdrohung zwingt die Sachverständigen aber dazu, nach allen Regeln der Kunst vorzugehen.

Die Verantwortlichkeit im Zusammenhang mit der Aufhebung einer *lebenslänglichen* Verwahrung hat als Folge der angenommenen Volksinitiative Eingang in die Schweizerische Bundesverfassung (BV, SR 101) gefunden. So muss laut Art. 123a Abs. 2 BV für den Fall, dass aufgrund eines neuen Gutachtens eine lebenslängliche Verwahrung aufgehoben

worden ist, die Haftung für einen Rückfall des Täters von derjenigen Behörde übernommen werden, welche die Verwahrung aufgehoben hat. Diese Regelung wurde in Art. 380a Abs. 1 StGB (in Kraft seit 1. August 2008) mit Blick auf die in den Kantonen geltenden Staatshaftungsregelungen insoweit konkretisiert, als für den entstandenen Schaden grundsätzlich das zuständige Gemeinwesen haftet, vorbehaltlich des Rückgriffs auf den Täter sowie die Mitglieder der anordnenden Behörde. Auch hier wird deutlich, dass ein Rückgriff – sofern denn die Voraussetzungen dafür erfüllt sein sollten – stets nur auf die anordnende bzw. entscheidende Behörde oder deren Mitglieder genommen werden kann, nicht aber auf den Gutachter.

Zu Frage 6:

Aus der Anfrage ist nicht ersichtlich, auf welchen Grundlagen die Feststellung einer Zunahme hoch rückfallgefährdeter Gewalt- und Sexualstraftäter beruht. Es trifft allerdings zu, dass im Kanton Zürich infolge seiner Zentrumsfunktion sowie als Folge seiner restriktiven Praxis bei Vollzugslockerungen und Entlassungen eine starke Konzentration von hoch rückfallgefährdeten Gewalt- und Sexualstraftätern festzustellen ist. Dies gilt insbesondere für die Strafanstalt Pöschwies. Zutreffend ist auch, dass sich die Anzahl psychisch auffälliger Insassen in den Justizvollzugseinrichtungen stetig erhöht. Gründe hierfür liegen auch im Wandel der Psychiatrie. Früher wurde die Freiheit von Patientinnen und Patienten stark eingeschränkt. Die Möglichkeiten und Rechte, gegen diese Einschränkungen Beschwerde einzulegen, waren weniger klar formuliert wie heute. Lange, bis sehr lange Aufenthalte waren üblich und eine Wiederherstellung einer weitgehend selbstständigen Lebensführung wurde oft als nicht erreichbar eingeschätzt. Mit der Verbesserung der Behandlungen und den veränderten Wertvorstellungen hat die Psychiatrie heute einen klaren Behandlungsauftrag und ist an die Patientenrechte gebunden. Die Psychiatrie darf Menschen aufgrund der ärztlichen Beurteilung des jeweiligen Zustandes den Austritt verweigern, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Einschränkungen der Freiheit von Patientinnen und Patienten müssen verhältnismässig sein und dürfen nur mit einer Rechtsmittelbelehrung erfolgen. Einschränkungen, die zeitlich über den gegenwärtigen Zustand hinaus gelten sollen, müssen durch eine Behörde – Gericht oder Vormundschaft – entschieden werden. Diese Neuerungen haben wesentlich dazu beigetragen, die Stigmatisierung der Psychiatrie abzubauen. Die Zurückhaltung von tendenziell gefährlichen, aber nicht psychisch kranken Personen zählt heute nicht mehr zu den Aufgaben der Psychiatrie. So erscheinen gewaltbereite Personen, die früher mit entsprechenden

Restriktionen in der Psychiatrie zurückgehalten wurden, nun häufiger in den Strukturen der Justiz. Ob allerdings eine allgemeine Zunahme von hoch rückfallgefährdeten Gewalt- und Sexualstraftätern zu verzeichnen ist, ist in der gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussion umstritten. Dementsprechend können auch keine gesicherten Aussagen über allfällige Gründe gemacht werden. Die vermutete Steigerung kann bisher nur für bestimmte Tätergruppen wie z. B. jugendliche Sexualstraftäter als gesichert gelten. Als Gründe hierfür werden allgemeingesellschaftliche Ursachen, veränderte Sozialisationsbedingungen, aber auch eine vorrangige Zunahme entsprechender Persönlichkeitsdispositionen diskutiert.

Der Kanton Zürich engagiert sich stark für die Prävention von Gewalt- und Sexualstraftaten. Ausdruck dieses Engagements sind z. B. die konsequente Risikoorientierung der Bewährungs- und Vollzugsdienste des Amtes für Justizvollzug, die deliktorientierten Therapieangebote in der Strafanstalt Pöschwies und im Ambulatorium des PPD oder auch die rechtlichen und strukturellen Massnahmen zur Prävention und Ahndung häuslicher Gewalt.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Direktion der Justiz und des Innern.

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi