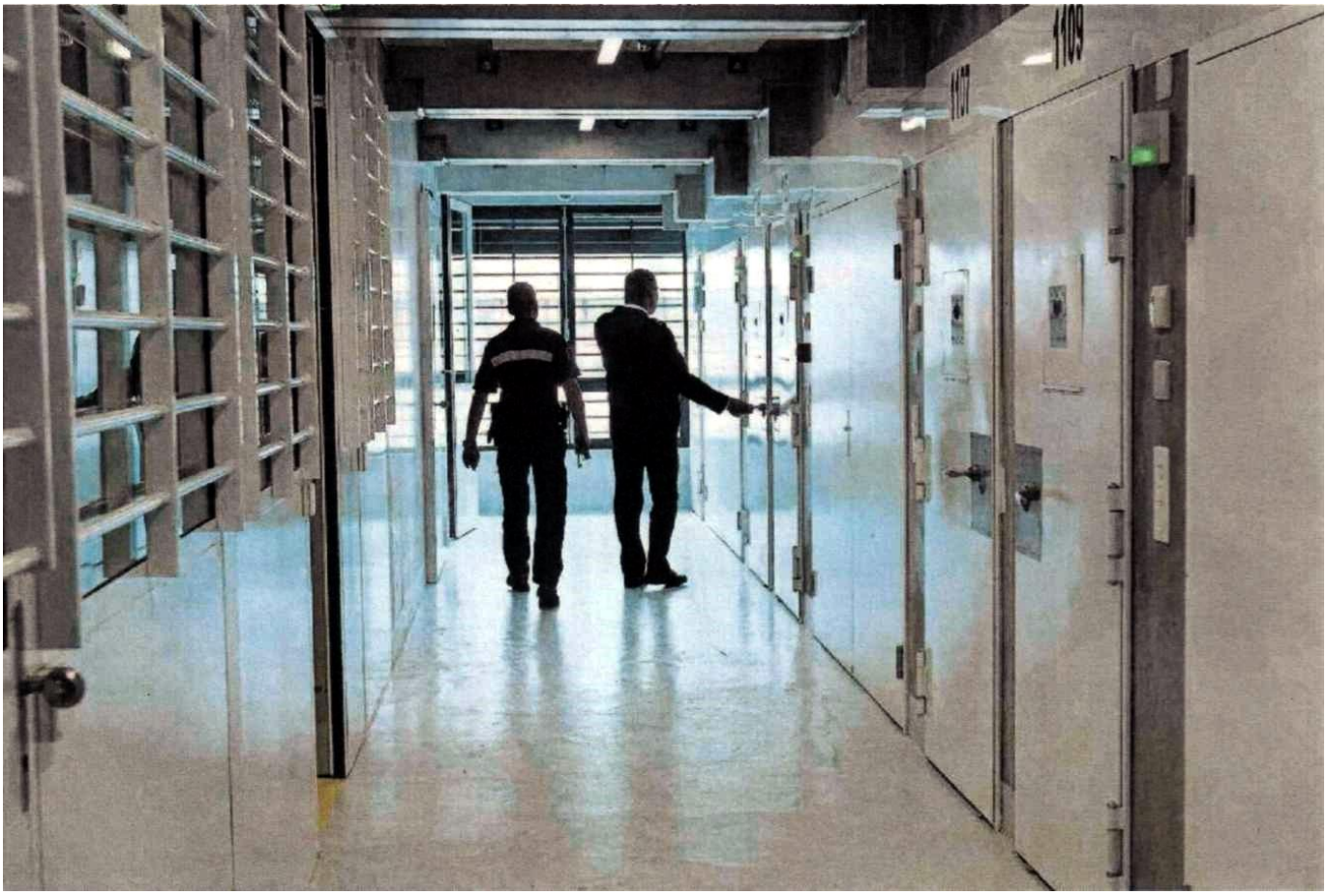
Datum: 15.04.2018

NZZ am Sonntag

Wann ist ein Täter gefährlich?

Die Strafjustiz muss Rückfälle von Tätern verhindern und so mögliche Opfer schützen. Dies gilt auch für Delinquenten, die zwar psychisch gesund sind, aber trotzdem weiterhin eine Gefahr darstellen. Die Mittel und Therapien dafür gibt es. Man muss sie nur anwenden, **schreibt Frank Urbaniok**



Nur Einsperren bannt die Rückfallgefahr nicht. Dafür sind auch geeignete Therapien nötig: Das Gefängnis Champ-Dollon im Kanton Genf. (25. Juli 2011) Foto: Salvatore Di Nolfi / Keystone

Am Neujahrstag 2015 erstickte eine Mutter in Flaach ihre zwei schlafenden Kinder, weil die Behörden entschieden hatten, die Kinder in ihre Obhut zu nehmen. Um dieses Verbrechen zu erklären, war eine Eigenschaft der Täterin entscheidend: der sogenannte instabile Realitätsbezug. Das heisst: Wahr ist aus Sicht der Täterin, was sich gut anfühlt. Ihre Gefühle, Gedanken und Wahrnehmungen sind von der Realität völlig unabhängig. Betroffene empfinden keinen Widerspruch zwischen der Realität und frei erfundenen Geschichten.

Nur so konnte ein Gedanke zur Tat reifen, den andere Menschen sofort verwerfen würden: Besser, die eigenen Kinder töten, als sie - vorübergehend - der Obhut der Behörde zu überlassen. Der Fall zeigt, dass Straftaten, und damit die Gefährlichkeit eines Menschen, sehr oft nicht durch eine psychiatrische Erkrankung zu erklären sind: Der instabile Realitätsbezug ist in keinem psychiatrischen Diagnosesystem zu finden. Verdeutlichen wir uns zunächst eine simple Tatsache: Ob ein Mensch gefährlich oder im psychiatrischen Sinne krank ist, sind zwei völlig unterschiedliche Phänomene

Wenn ein fundamentalistischer Selbstmordattentäter entschlossen ist, Menschen in die Luft zu sprengen, dann ist er gefährlich. Psychiatrisch krank ist er deswegen nicht. Er ist ein ideologisch verpeilter und gewaltbereiter Fundamentalist. Umgekehrt gibt es sehr viele Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die in keiner Weise gefährlich sind.

Geht es heute darum, psychiatrische Krankheiten zu diagnostizieren, so sind die beiden wichtigsten Handbücher das fünfte Kapitel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) sowie der Diagnostische und Statistische Leitfaden psychischer Störungen (DSM). Sie wurden aber beide nicht geschaffen, um Risiken bei Menschen zu erkennen. Es sind vielmehr unscharfe Konsensprodukte, die dadurch zustande kommen, dass weltweit Psychologen und Psychiater zusammentreffen und sich auf Kategorien und Kriterien einigen. Ich stimme mit vielen Kritikern überein, dass da ein Wildwuchs stattgefunden hat. Jedenfalls gilt: ICD und DSM sind weder dafür geschaffen, noch dazu geeignet, um Risiken bei Menschen zu erfassen und zu beschreiben.

Zwei meiner Mitarbeiter haben jüngst in den Medien darauf hingewiesen, dass die Anordnung von Therapien bei Straftätern nicht von einer psychiatrischen Erkrankung abhängen sollte, sondern von der Gefährlichkeit eines Täters. Ein Psychiater, ein Anwalt und eine Richterin haben sofort widersprochen. Ohne eine Diagnose gemäss den psychiatrischen Diagnosesystemen dürfe keine Therapie angeordnet werden. Man würde sonst «rechtsstaatliche und medizinisch-diagnostische Standards preisgeben».

Das klingt nach einem akademischen Streit. Aber es geht um viel mehr. Denn die Fixierung auf psychiatrische Diagnosen hat fatale Folgen für die Sicherheit unserer Bevölkerung. Darauf weise ich seit mehr als 20 Jahren hin.

Gefahr droht auch von Gesunden

Das Gesetz verlangt für die Anordnung einer Therapie bei Straftätern, dass eine «erhebliche psychische Störung» vorliegt. In der Tat könnte man meinen, das sei gleichbedeutend mit den Kategorien von ICD oder DSM. Das ist aber falsch.

Auch das Bundesgericht hat jüngst festgehalten, dass «die psychische Störung» im Gesetz ein rechtlicher Begriff ist. Der psychiatrische Gutachter soll sich zwar dazu äussern. Aber er soll den Begriff nicht auf die Kategorien von ICD und DSM einengen. Hätte der Gesetzgeber das gewollt, dann hätte er nicht allgemein von einer «psychischen Störung» gesprochen, sondern von den Kategorien des ICD und DSM. Das hat er aber zu Recht nicht getan. Das Parlament verzichtet bis heute auf eindeutige Klärung und lehnte es bei der Umsetzung der Verwahrungsinitiative ab, den Begriff «psychische Störung» zu präzisieren. So bleibt er missverständlich und wird von vielen Psychiatern viel zu eng ausgelegt.

Aus meiner Sicht ist der Begriff so zu beschreiben: Eine Person hat erstens stark ausgeprägte risikorelevante Persönlichkeitsmerkmale (sogenannte Risiko-Eigenschaften), sie führen zweitens zu erheblichen Risiken für die Bevölkerung und unterscheiden diese Person drittens sehr stark von der durchschnittlichen Normalbevölkerung.

Risiko-Eigenschaften: Was ist das? Die zwei Diagnosesysteme ICD und DSM beschreiben keine Risiko-Eigenschaften zur Erfassung der Gefährlichkeit, sondern lediglich Kriterien für die Diagnose einer Erkrankung.

Ein risikoorientiertes Diagnosesystem hingegen ist das Forensische Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System (Fotres). Es besteht aus knapp 100 solcher Risiko-Eigenschaften. Mir geht es hier nicht um dieses von mir entwickelte System. Ich möchte aber einige seiner Risiko-Eigenschaften skizzieren und zeigen, was es konkret bedeutet.

Der instabile Realitätsbezug wurde bereits erwähnt. Weiter gibt es die Vergewaltigungsdisposition. Das ist eine sexuelle Grundausrichtung, bei der sexuelle Gewalt besonders attraktiv und erregend erlebt wird. Darum gibt es häufige Wünsche und Handlungsimpulse, Sexualität zu erzwingen. Sexuelle Gewalt wird als legitime Form der eigenen Bedürfnisbefriedigung angesehen. Eine andere Risiko-Eigenschaft ist die chronifizierte Gewaltbereitschaft, im Kern eine positive Grundeinstellung gegenüber Gewalt.

Diese wird ohne Hemmung eingesetzt, wenn sie subjektiv nützlich erscheint, und sie wird in vielen Situationen als legitimes Mittel angesehen. Diese Eigenschaft zeigt sich in der leichten Auslösbarkeit, der Häufigkeit oder im Schweregrad von Gewalttaten.

Personen mit einer Dominanzproblematik wiederum empfinden das Gefühl eigener Überlegenheit und die Unterlegenheit anderer Menschen als sehr attraktiv. Sie wollen andere Menschen beherrschen und neigen stark dazu, Personen und Situationen zu kontrollieren. Die Bedürfnisse anderer Menschen werden oft ignoriert.

Kennzeichen der gesteigerten Eifersucht schliesslich ist eine extrem ausgeprägte Eifersucht in Beziehungen zu nahen Bezugspersonen. Betroffene sind schnell und in vielen Situationen sehr eifersüchtig. Sie zeigen im Alltag ein ausgeprägt misstrauisches und kontrollierendes Verhalten.

Geht es nach den Befürwortern der psychiatrischen Diagnosen, sässen Täter mit solchen Eigenschaften lediglich eine Haftstrafe ab, ohne sich gezielt mit ihrer Problematik auseinanderzusetzen. Die Haftzeit verstreicht ungenutzt. Ohne eine therapeutische Nachbetreuung mit aktuellen Risikoeinschätzungen bewegen sie sich nach ihrer Entlassung unter uns. Allein das Absitzen der Freiheitsstrafe hat nichts an ihrer Problematik und ihrem Rückfallrisiko geändert. Manchmal ist es danach sogar höher als vor der Haft. Werden sie nun aufgrund ihrer Vergewaltigungsdisposition, ihrer chronifizierten Gewaltbereitschaft, ihrer Dominanzproblematik oder ihrer gesteigerten Eifersucht rückfallig, beginnt das Spiel ganz einfach von vorn. Laut den Dogmatikern der Psychiatrie muss es so sein, weil all diese Täter im psychiatrischen Sinne nicht krank sind.

Was zählt, sind weniger Opfer

Für eine Frau, die vergewaltigt oder für einen Passanten, der spitalreif geschlagen wird, ist es aber belanglos, ob der Täter in irgendeinem psychiatrischen Diagnosesystem als krank oder als gesund gilt. Darum sollten sich Justiz und Psychiatrie vor allem an der Gefährlichkeit und an den Risiko-Eigenschaften einer Person orientieren.

Das nützt auch den Tätern. Denn ein Rückfall hat auch für Täter oft sehr negative Folgen. Im Übrigen sind die meisten Therapien, die durch Gerichte angeordnet werden, keine stationären Massnahmen. Sie werden zunächst während des Strafvollzugs (etwa mit einer bis zwei Wochenstunden) und dann als Nachbetreuung nach einer Entlassung ambulant durchgeführt. Täter sitzen also wegen dieser Therapien nicht einen Tag länger als ohne diese Therapien.

Ich kenne viele Fälle, die falsch begutachtet wurden. Oft ist die einseitige Ausrichtung auf die krankheitsorientierten Diagnosesysteme die Fehlerquelle. Risiken werden verkannt und risikosenkende Therapien trotz guten Erfolgsaussichten nicht empfohlen.

Nehmen wir an, ein gefährlicher Täter könnte mit grosser Erfolgsaussicht therapiert werden. Seine Risiko-Eigenschaften lassen sich aber nicht in einem krankheitsorientierten Diagnosesystem abbilden. Legt man nun aus formalistischen Gründen den Begriff der «psychischen Störung» eng aus, dann gibt es nur noch zwei schlechte Möglichkeiten. Erstens: Der Täter wird aufgrund seiner aktuellen Gefährlichkeit verwahrt, obwohl er gut zu behandeln wäre. Oder zweitens: Er wird zu einer Freiheitsstrafe ohne Therapie verurteilt. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit wählt der Strafrichter meist die zweite Variante. Das aber heisst: Der Täter wird nach Ablauf der Strafe mit viel höherem Risiko entlassen, als es notwendig wäre. Das kann weder im Interesse des Täters, noch im Interesse möglicher Opfer sein.

Die Fixierung auf psychiatrische Diagnosen hat fatale Folgen für die Sicherheit unserer Bevölkerung.

Demnach sollte eine Therapie bei gefährlichen Tätern dann angeordnet werden, wenn die Gefährlichkeit durch eine Therapie markant verringert werden kann. Ist das nicht der Fall, ist eine Verwahrung angebracht. Ob ein Täter gemäss ICD oder DSM als krank gilt oder nicht, ist in beiden Fällen belanglos. Geht es mir um möglichst viele Therapien und einen Ausbau der sogenannten Therapieindustrie?

Nein, weniger ist mehr. Wir sollten uns auf stark rückfallgefährdete Täter konzentrieren, diese aber richtig therapieren. Wegen falscher Risikoeinschätzungen und mangelnder Therapieintensität versacken heute zu viele Täter in stationären Massnahmen. Das unterstütze ich nicht.

Bin ich der Meinung, jeder sei therapierbar? Das war ich noch nie. Es gibt hochgefährliche untherapierbare Täter. Sie müssen langfristig - zum Teil lebenslang - gesichert werden.

Überschätze ich die Wirksamkeit von Therapien? Viele Studien beweisen, dass sich mit den richtigen Therapien 30 bis 50 Prozent der Rückfälle verhindern lassen. Um allfällige Opfer zu schützen, ist es unsere Pflicht, dieses Potenzial auszuschöpfen.

Worum geht es mir? Ich bin davon überzeugt, dass jeder Mensch das Recht hat, nicht Opfer einer Straftat zu werden. Darum hat der Staat die Pflicht, seine Bürger so gut wie möglich zu schützen. Eine Gesellschaft mit weniger Opfern ist eine gesündere Gesellschaft.

Frank Urbaniok



Frank Urbaniok, 56, ist seit 1997 Chefarzt des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes des Kantons Zürich. Bei seiner Arbeit steht stets die Prävention im Zentrum und die möglichst präzise Abschätzung künftiger Risiken, die von einem Straftäter ausgehen. Urbaniok hat dafür ein eigenes Prognoseinstrument