Andreas Werren
Organisations- & Führungsberatung

Kanton Basel-Stadt
Justiz- und Sicherheitsdepartement
Gesundheitsdepartement

Tötungsdelikt 8. August 2024
Untersuchung

Bericht zuhanden

Dr. Stephanie Eymann, Vorsteherin Justiz- und Sicherheitsdepartement
Dr. Lukas Engelberger, Vorsteher Gesundheitsdepartement

erstellt durch
lic. iur. Andreas Werren (Auftragnehmer) und Prof. Dr. med. Frank Urbaniok (Unterauftragnehmer)

St. Gallerstrasse 57
8400 Winterthur
andreas@werren-beratung.ch
www.werren-beratung.ch
079 623 28 06
052 202 21 81

Inhalt

1. Zur Analyse **4**
1.1. Anlass 4
1.2. Zielsetzungen und Auftrag 4
1.3. Zum Charakter dieser Untersuchung 4
1.4. Vorgehen 5
1.5. Struktur der Analyse und Zusammenspiel der externen Fachpersonen 6

2. Anordnung Stationäre Massnahme Art. 59 Abs. 1 StGB **7**
2.1. Die Delikte vom 3. November 2014 7
2.2. Psychiatrisches Gutachten vom 10. März 2015 7
2.3. Urteil Strafgericht 8. September 2015 8

3. Das Tötungsdelikt vom 8. August 2024 **9**
3.1. Zum Delikt 9
3.2. Psychiatrisches Gutachten vom 19. März 2025 10

4. Analyse des Vollzugsverlaufs **11**
4.1. Eckwerte des Vollzugs 11
4.2. Feststellungen 17
a) Zur Entwicklung der Ausgangstufen 17
b) Zum Verhalten von [redacted] im Vollzug 19
c) Zu den Risikobeurteilungen 21
d) Zur Verfahrensführung und den Bewilligungsentscheidungen des SMV 21
e) Zum Zusammenspiel SMV – UPK 22
4.3. Zwischenfazit 23

5. Forensisch-Psychiatrische Analyse (Auszüge) **25**
5.1. Problematische Aspekte 25
a) Unscharfer Deliktmechanismus 25
b) Risikorelevanz des Tatorts 26
c) Selektive Offenheit und Kooperation 26
d) Bedeutung für den Behandlungsverlauf 27
5.2. Erkenntnisse aus dem psychiatrischen Gutachten vom 19. März 2025 28
5.3. Zur Behandlungs- und Dokumentationsqualität 29
a) Schwachpunkte 29
b) Bewertung 29

6. **Fazit und Empfehlungen** **31**
6.1. Fazit 31
6.2. Empfehlungen 33

Beilage
Forensisch-psychiatrische Analyse von Prof. Dr. med. Frank Urbaniok

Anhänge
Anhang 1: Tabellarische Darstellung des Vollzugsverlaufs
Anhang 2: Vollzugsstufenkonzept UPK
Anhang 3: Entwicklung Vollzugsstufen

Anhang 4: [redacted]
Anhang 5: [redacted]
Anhang 6: [redacted]

1. Zur Untersuchung

1.1. Anlass

Am Donnerstag, 8. August 2024, wurde am Nasenweg [redacted] in Basel eine 75-jährige Frau Opfer eines Tötungsdelikts. Der Täter [redacted] befand sich zu diesem Zeitpunkt im Vollzug einer stationären Massnahme gemäss Art. 59 Abs. 1 StGB in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK). Die behördliche Verantwortung für den Vollzug der genannten Massnahmen liegt bei der Abteilung Straf- und Massnahmenvollzug (SMV) des Amts für Justizvollzug.

1.2. Zielsetzung und Auftrag

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt beauftragte in der Folge das Justiz- und Sicherheitsdepartement und das Gesundheitsdepartement, ein Mandat für eine externe Untersuchung des Vollzugs der stationären Massnahme von [redacted] zu entwickeln. Der entsprechende Auftrag wurde am 30. September 2024 an Andreas Werren, lic. iur, Winterthur (als Auftragnehmer) und an Frank Urbaniok, Prof. Dr. med., Freienbach (Unterauftragnehmer) erteilt.

Die Untersuchung wurde auf den konkreten Fall eingegrenzt. Gegenstand bildet demnach der Verlauf der stationären Massnahme. Namentlich sind gemäss diesem Auftrag zu beurteilen:

- Gesetzmässigkeit und Angemessenheit der Handlungen der involvierten Stellen;
- Fallführung der Vollzugsbehörde im Rahmen des Massnahmenvollzugs, insbesondere hinsichtlich ihrer Entscheide bezüglich der Bewilligung von Vollzugsöffnungen;
- Behandlung und Therapie der UPK und das Monitoring des Therapieverlaufs, insbesondere im Hinblick auf die bewilligten Vollzugsöffnungen;
- Prozessabläufe deren Dokumentation sowie die damit verbundene Qualitätssicherung im konkreten Fall;
- Qualität der Zusammenarbeit der involvierten Stellen;
- Allfälliger Handlungsbedarf und Empfehlungen.

1.3. Zum Charakter dieser Untersuchung

Verschiedentlich wurde diese Untersuchung als «Administrativuntersuchung» bezeichnet. Dazu gilt es festzuhalten, dass der Auftrag zu dieser Arbeit vom 30. September mit «Untersuchung» bezeichnet ist.

Das Verwaltungsrecht des Kantons Basel-Stadt kennt das Instrument der Administrativuntersuchung nicht. Eine Administrativuntersuchung impliziert eine gewisse Formalität des Verfahrens und die Anwendung formaler Verfahrensvorschriften des Verwaltungsrechts. Dafür fehlt es vorliegend an der rechtlichen Grundlage bzw. es wurde keine Administrativuntersuchung mit entsprechend notwendigen Verweisen auf die Anwendung formaler Verfahrensvorschriften in Auftrag gegeben. Damit wird klar, dass es sich vorliegend um eine formlose Untersuchung handelt. Diese gründet in der Aufsichts- und Kontrollfunktion in Bezug auf die Erfüllung der verfassungsmässigen und gesetzlichen Aufgaben und ist Ausfluss des Hierarchieprinzips der Verwaltung.

1.4. Vorgehen

Aktenstudium

- Vollständige Fallakten der Abteilung SMV;
- Vollständige Patientenakten UPK, Klinik für Forensik;
- Akten der Staatsanwaltschaft Basel-Stadt betreffend Strafverfahren Tötungsdelikt vom 8. August 2024 bis zum Verfahrensstand am 30. November 2024;
- Alle für den Vollzug der Massnahme relevanten Rechtsgrundlagen sowie alle relevanten internen Regelungen des Straf- und Massnahmenvollzugs sowie der Klinik für Forensik;
- Gutachten von [redacted] vom 19. März 2025 zuhanden des Strafverfahrens betr. Tötungsdelikt vom 8. August 2024.

Chronologie der Arbeiten

- 30. September 2024: Auftragserteilung durch Vorsteherin Justiz- und Sicherheitsdepartement und Vorsteher Gesundheitsdepartement;
- 14. Oktober 2024: Startsitzung mit Vertretungen des Justiz- und Sicherheitsdepartements, des Gesundheitsdepartements, der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und des Amts für Justizvollzug;
- 18. Oktober 2024. Übermittlung von Vollzugsakten, Organisationsdokumenten und einer Liste der am Fall Beteiligten durch die Abteilung SMV;
- 18. Oktober 2024: Übermittlung einer relevanten Auswahl an QM-Unterlagen durch UPK;
- 18. Oktober 2024: Akteneinsichtsgesuch Justiz- und Sicherheitsdepartement in die Akten der laufenden Strafuntersuchung;
- 23.Oktober 2024. Übermittlung Dokumente zum Rechtsverhältnis Regierung/Departement – UPK durch Kantonsarzt;
- 20. November 2024: Gewährung Akteneinsicht in das Strafverfahren gegen [redacted] durch Staatsanwaltschaft Basel-Stadt;
- 28. November 2024. Verfügung Gesundheitsdepartement betr. Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht für Fachpersonen der UPK;
- 2. Dezember 2024: Übermittlung Akten laufendes Strafverfahren durch Staatsanwaltschaft;
- 5. Dezember 2024: Übermittlung Patientenakten [redacted] durch UKP – ab diesem Datum liegen Akten SMV, UPK zu [redacted] vollständig vor;
- 7. Dezember 2025: Einforderungen ergänzende Unterlagen durch Auftragnehmer;
- 11. Februar 2025: Übermittlung zusätzliche Unterlagen durch UPK und SMV;
- 5. März 2025: Zustellung Entwurf Teilbericht «Forensisch-Psychiatrische Analyse» an [redacted];
- 7. März 2025. Zustellung Tabellarische Darstellung Vollzugsverlauf und Entwicklung Vollzugsstufen (vgl. Anhänge 1 und 3) an [redacted]
- 12. März 2025: Besprechung Entwurf Teilbericht «Forensisch-Psychiatrische Analyse», vgl. Beilage) mit [redacted]
- 14. März 2025. Besprechung Vollzugsablauf und Problemfelder aus dem Teilbericht «Forensisch-Psychiatrische Analyse» mit [redacted]

[redacted];
- 31. März 2025: Gespräch Prof. Dr. Urbaniok mit [redacted];
- 16. April 2025: schriftliche Bestätigung des Vaters betreffend Meldung von Veränderungen bei [redacted] an UPK vom 14.9.23;
- 17. April 2025: Mail an [redacted] mit Bitte um Stellungnahme zur Gesprächsnotiz vom 31.3.25 insbesondere zu den Themen «Tagebuch» und «neurologische Symptomatik»;
- 5. Mai 2025: Eingang Stellungnahme UPK zur Gesprächsnotiz vom 31.3.25;
- 12. Mai 2025: Abgabe Untersuchungsbericht an Auftraggeber.

1.5. Struktur der Analyse und Zusammenspiel der externen Fachpersonen

Die Analysearbeiten und die einzelnem Vorgehensschritte wurden in der Folge jeweils gemeinsam abgesprochen und die erhaltenen Informationen gemeinsam ausgewertet. Die Gespräche mit den Vertretungen der UPK und des SMV wurden gemeinsam geführt. Die beiden Auftragnehmer haben sich entschlossen ihren Bericht in einen Hauptteil und einen spezifischen forensisch-psychiatrischen Teil zu gliedern (= Unteranalyse). Die Unteranalyse «Forensisch-Psychiatrische Analyse» wurde von Prof. Dr. med. Frank Urbaniok erarbeitet und mit dem Hauptauftragnehmer in Bezug auf Feststellungen und Beurteilung diskutiert und abgestimmt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da sich die Hauptfragen zum Vollzug und zum Rückfall in forensisch-psychiatrischen Aspekten abspielen und dadurch einer detaillierten und ausführlicheren Analyse bedürfen. Die Unteranalyse ist dem Hauptbericht als Beilage angefügt. Der Hauptbericht wurde von lic. iur. Andreas Werren erstellt. Der Hauptbericht umfasst das gesamte Vollzugsgeschehen und bindet die Feststellungen und Beurteilungen der Unteranalyse mit ein. Fazit und Empfehlungen des Hauptberichts entsprechen den übereinstimmenden Einschätzungen beider Auftragnehmer.

2. Anordnung Stationäre Massnahme Art. 59 Abs. 1 StGB

2.1. Die Delikte vom 3. November 2014

Mord zum Nachteil von [redacted] *(weiblich,* [redacted]*-jährig) am Nasenweg* [redacted]*, Basel*: Der Vater von [redacted] (wohnhaft Nasenweg [redacted]) hatte Anfang August 2014 wegen des Themas Wäsche und Waschküche einen kleinen Streit mit dem Opfer [redacted]. Diese wohnte in der Nachbarsliegenschaft, Nasenweg [redacted]. Beide Liegenschaften sind Teil eines Reihenhauses und sind im Kellerbereich miteinander verbunden. [redacted] erklärte in der Strafuntersuchung er habe [redacted] aus religiösen Gründen getötet und habe den Entschluss dazu schon vor der Tat getroffen. Er bereitete sich auf die Tat minutiös vor. Unter anderen besorgte er sich am Wohnort des Vaters in der Küche ein Steakmesser, um damit [redacted] zu töten. Er betrat die Wohnung seines Vaters gemäss Anklage einzig, um das Messer zu besorgen. [redacted] begab sich über die Kellerverbindung in die Nachbarsliegenschaft und klingelte bei [redacted]. Als diese nichtsahnend die Türe öffnete, stach [redacted] ohne Vorwarnung zu und verfolgte die fliehende und schreiende [redacted] im Treppenhaus, wobei er weiter auf sie einstach, bis sie keine Gegenwehr mehr leisten konnte. [redacted] hörte erst auf, als sich das Opfer nicht mehr bewegte. Danach schleifte der den toten Körper zurück in ihre Wohnung, wo er sie in der Küche liegen liess. Er wusch sich dort das Blut von seinen Händen und zog sich die mitgebrachten frischen Kleider an. Zudem reinigte er das Tatmesser und liess es in der Küche liegen. Die Blutspuren im Treppenhaus konnte er nicht reinigen, da er befürchtete, die Polizei treffe bei bald ein. Er beabsichtigte sich in der Wohnung seines Vaters am Nasenweg [redacted] zu verstecken. Er änderte diesen Plan, da die Polizei eintraf und beschloss sich an der [redacted], einer Liegenschaft, die er von früher kannte, in einer Mansarde zu verstecken.

Mord zum Nachteil von [redacted] *(weiblich,* [redacted]*-jährig) und versuchter Mord zum Nachteil von* [redacted] *(männlich,* [redacted]*-jährig*): An der [redacted] verschaffte er sich Zutritt, indem er bei einer Bewohnerin klingelte und vorgab, ein neuer Mieter zu sein. Mit einer - vermutlich aus der Wohnung des Opfers AW stammenden – Schere schnitt er sich im Treppenhaus seine Haare, um sein Aussehen zu verändern. Im Trockenraum des Hauses fand er sodann ein Rüstmesser. Er suchte daraufhin die Wohnung von [redacted] auf, den er vermutlich zuvor entweder in der Waschküche oder im Treppenhaus gesehen hatten. In der Wohnung von [redacted] nahm er sich in der Küche ein weiteres Messer. Mit beiden Messern ging er auf [redacted] los, als dieser seine Wohnung betrat. In der Folge verletzte er [redacted] mit mehreren Stichen schwer. Die Nachbarin [redacted] hörte die Hilfeschreie von [redacted] und wollte ihm helfen. [redacted] liess daher von [redacted] ab und ging auf [redacted] los, welche er mit mehreren Stichen tödlich verletzte. [redacted] vermochte in dieser Zeit aus der Wohnung zu fliehen. [redacted] verliess in der Folge das Haus, um sich am Wohnort seiner Mutter zu verstecken, wo er von der Polizei festgenommen wurde.

[redacted] war bis zu diesen Taten ohne Vorstrafen.

2.2. Psychiatrisches Gutachten vom 10. März 2015

Das im Rahmen des Strafverfahrens in Auftrag gegebene Gutachten von [redacted] vom 10. März 2015 kam zu folgenden Schlüssen:

- [redacted] litt zur Tatzeit an einer psychischen Störung. Dabei ist von einer paranoiden Schizophrenie mit hebephrenen Anteilen (ICD-10 F20.0) auszugehen. Es handle sich um eine psychische Störung von ganz erheblicher Schwere. Zudem liegt bei [redacted] ein langjähriger, zum Teil erheblicher Missbrauch von Cannabinoiden vor, der die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms rechtfertigt. Zum Tatzeitpunkt stand [redacted] nicht unter direkter THC-Wirkung, womit ein Zusammenhang mit der Tat wenig plausibel erscheint. Aber es bestehe eine durch den langjährigen Gebrauch bedingte Beeinträchti-

gung der kognitiven und emotionalen Fertigkeiten, die sich jedoch aktuell nicht sicher eingrenzen lässt.

- Aufgrund der Erkrankung war [redacted] zum Tatzeitpunkt aufgrund der mit der Erkrankung verbundenen Einschränkung der psychischen Funktionen nicht fähig und in der Lage, eine Einsicht in das Unrecht seiner Taten zu entwickeln. Die für die Tatzeit festgestellte Störung besteht weiterhin und die Taten stehen damit im Zusammenhang.
- Bei [redacted] besteht aufgrund seiner psychischen, bisher ungenügend behandelten Erkrankung und des schweren Cannabis-Missbrauchs eine erhebliche Gefahr zur Begehung neuer Gewaltdelikte. Die potenziellen Risikosituationen für erneute Straftaten stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit Symptomen der schizophrenen Erkrankung, beispielsweise wahnhaften Personenverkennungen oder psychotischen Erregungszuständen wie auch deutlichen kognitiven Einbussen.
- Aus psychiatrischer Sicht ist einzig die Anordnung einer stationären Massnahme nach Art. 59 StGB zweckmässig. Eine Behandlung bei gleichzeitigem oder vorherigem Strafvollzug wird nicht empfohlen.

2.3. Urteil Strafgericht 8. September 2015

Mit Urteil des Strafgerichts des Kantons Basel-Stadt vom 8. September 2015 wurde in Gutheissung des entsprechenden Antrags der Staatsanwaltschaft Basel-Stadt festgestellt, dass [redacted] die Straftatbestände des mehrfachen Mords und des versuchten Mords erfüllt hatte und er jedoch infolge Schuldunfähigkeit nicht strafbar ist. Beim Verurteilten wurde aufgrund seiner durch das Gutachten vom 10. März 2015 festgestellten psychischen Störung von erheblicher Schwere in Anwendung von Art. 19 Abs. 3 und Art. 59 Abs. 1 StGB eine stationäre psychiatrische Behandlung angeordnet.

Eine stationäre Massnahme gemäss Art. 59 Abs. 1 StGB dauert von Gesetzes wegen fünf Jahre. Sie kann, sofern die Voraussetzungen für eine bedingte Entlassung nach fünf Jahren noch nicht gegeben sind und zu erwarten ist, durch die Fortführung der Massnahme lasse sich die Gefahr weiterer mit der psychischen Störung in Zusammenhang stehenden Delikten begegnen, durch das Gericht um jeweils höchstens fünf Jahre verlängert werden.

3. Das Tötungsdelikt vom 8. August 2024

3.1. Zum Delikt

Vorbemerkung: Die Strafuntersuchung zum Tötungsdelikt ist aktuell noch nicht abgeschlossen. Die folgenden Ausführungen basieren – mit Ausnahme des Gutachtens, vgl. Ziffer 3.2. – auf dem Aktenstand der Strafuntersuchung per Ende November 2024. Sodann konnte das im Rahmen des Strafverfahrens erstellte psychiatrische Gutachten vom 19. März 2025 verwendet werden. Es darf jedoch festgestellt werden, dass [redacted] geständig ist.

Mord zum Nachteil von [redacted] *(weiblich,* [redacted]*-jährig*): [redacted] begab sich im Rahmen seines ordentlichen Ausgangs zum Nasenweg [redacted], dem Wohnort seines Vaters. Ihm war bekannt, dass sein Vater zu diesem Zeitpunkt nicht zu Hause war. [redacted] besorgte sich in der Küche ein Messer. Im Treppenhaus traf er auf [redacted] und begann ohne Vorwarnung auf sie einzustechen. Aufgrund der zahlreichen Stich- und Schnittwunden verstarb das Opfer innert kurzer Zeit. Im Anschluss an die Tat ging [redacted] zurück in die Wohnung seines Vaters. Dort legte er das Messer ins Badezimmerlavabo, wusch sich die Hände und zog sein blutverschmiertes T-Shirt aus. Er verliess die Wohnung und schloss die Türe mit dem Schlüssel ab. In der Folge schaltete er sein Telefon aus und fuhr zum St. Jakobspark, wo er sich in einer öffentlichen Toilette wusch und neue Hosen und Schuhe kaufte, die er sogleich anzog. Seine blutverschmierten Kleider warf er weg. Die Nacht verbrachte er in einem Waldstück und konnte am nächsten Tag von der Polizei festgenommen werden.

Das neue Tötungsdelikt weist verschiedene Ähnlichkeiten mit dem ersten Tötungsdelikt vom 3. November 2014 auf:

- Den ersten Mord am 3. November 2014 hatte [redacted] in unmittelbarer Nähe des neuen Tatorts und in unmittelbarer Nähe zur Wohnung seines Vaters begangen (im gleichen Reihenhausteil). Der Vater hatte seit der ersten Tat den Wohnort nicht gewechselt.
- Sodann ist der Tatablauf am 8. August 2024 fast identisch wie derjenige vom am 3. November 2014. Beide Male besorgte [redacted] sich ein Messer in der Wohnung des Vaters, der beide Male abwesend war. In beiden Fällen handelte es sich um eine gezielte und beabsichtigte Tötung. Er ermordete seine Opfer ohne zu zögern und mit einer erschreckenden Entschlossenheit und Brutalität. In beiden Fällen liess er nicht ab, bis sein Opfer tot war.
- In beiden Fällen ging der Straftat ein Nachbarschaftskonflikt zwischen dem Opfer und dem Vater voraus.
- In beiden Fällen stand [redacted] nicht unter direkter THC-Wirkung. Er hatte 2014 einen Tag vor den Delikten noch konsumiert. Aber es wurde kein tatrelevanter THC-Gehalt im Blut festgestellt. In den ganzen Jahren in der Klinik war [redacted] frei von Konsum, auch in der Zeit unmittelbar vor dem Delikt 2024.
- Das Aussageverhalten von [redacted] ist in beiden Fällen sehr ähnlich.

Es gibt einen wesentlichen Unterschied zwischen den Delikten 2014 und dem Delikt 2024:

- Den Delikten 2014 ging eine längere krisenhafte Zeit und eine für seine Umgebung wahrnehmbare Verschlechterung des Gesamtzustands voraus. Demgegenüber konnten vor dem Delikt 2024 weder seitens der Fachleute in der UPK noch von seinen Eltern, die tags zuvor Kontakt mit ihm hatten, irgendwelche Symptome oder Anzeichen für eine Verschlechterung festgestellt werden. Die letzte diesbezügliche Auffälligkeit lag rund vier Monate zurück.

[redacted] befand sich seit dem 11. Mai 2015 im vorzeitigen und ab 8. September 2015 (Urteil Strafgericht Basel-Stadt) im ordentlichen Massnahmenvollzug in der UPK. Das erneute Delikt – fast eine Kopie des ersten Mords vom 3. November 2014 – macht deutlich, dass fast zehn Jahre Bemühungen im Massnahmenvollzug gescheitert sind. Die wesentliche, im Raum stehende Frage ist, ob dieses erneute massive deliktische Verhalten von [redacted] durch UPK und/oder SMV hätte vorausgesehen und somit verhindert werden können.

3.2. Psychiatrisches Gutachten vom 19. März 2025

Das Gutachten von [redacted] vom 19. März 2025 kommt im Wesentlichen zu folgenden Schlüssen:

- [redacted] litt am 8. August 2024 an einer schwerwiegenden paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Das Tötungsdelikt steht in engem Zusammenhang mit trotz der Medikation fortbestehenden halluzinatorischen und wahnhaften Erlebnisweisen. Die schizophrene Erkrankung ist sowohl für die Delikte als auch für die Tötungshandlung am 8. August 2024 als massgebliche deliktrelevante Störung einzuordnen.
- [redacted] hatte in der Behandlung und gegenüber seinen Angehörigen nicht über seine Wahnsymptome und Halluzinationen berichtet. Diese haben sich auf der Verhaltensebene nicht manifestiert. Psychotische Symptome haben schon lange vor dem 8. August 2024 wiederholt oder sogar kontinuierlich bestanden und waren auch im Tatzeitraum vorhanden. [redacted] ist als therapieresistenter Fall einzuordnen.
- Die Angaben von [redacted] sprechen dafür, dass es für ihn schon 2014 klar gewesen sei, dass er [redacted] zu töten habe und dass er sich daher schon längere Zeit gedanklich mit einer erneute Tötungshandlung auseinandergesetzt hat.
- Es wäre wichtig gewesen, das Wahnsystem von [redacted] zu kennen und auf dieser Basis den Versuch zu unternehmen, die Medikation anzupassen. Aber [redacted] hatte keinen Einblick in dieses Wahnsystem gewährt und hatte die Symptomatik im Sinne einer doppelten Buchführung dissimuliert bzw. vor Aussenstehenden verborgen. Damit blieb die deliktrelevante Symptomatik den Behandlern und den Angehörigen verborgen. Klinik und Angehörige gaben übereinstimmend an, dass der Zustand von [redacted] im Tatzeitraum stabil war. Insofern unterlagen alle mit [redacted] befassten und vertrauten Personen demselben **Beurteilungsfehler**.
- Eine deliktrelevante Substanzabhängigkeit lag am 8. August 2024 nicht vor. Die Nikotinabhängigkeit hatte die medikamentöse Behandlung erschwert. Sie ist jedoch nicht als deliktrelevant einzuordnen.
- Die Erteilung von Ausgangs- und Lockerungsstufen erfolgte zeitlich und in der Graduation lege artis. Es haben sich **keine Anhaltspunkte für ein medizinisch-therapeutisches Fehlverhalten** ergeben.
- Die für die Delikte 2014 und 2024 entscheidende psychische Störung besteht fort. Daher besteht eine einschlägige Rückfallgefahr.

Anmerkung: Das Gutachten vom 19. März 2025 spricht in Bezug auf das Erkennen der doppelten Buchführung von Beurteilungsfehlern der mit [redacted] befassten und vertrauten Personen. Die Folgerung, es hätten sich keine Anhaltspunkte für medizinisch-therapeutisches Fehlverhalten ergeben, wird jedoch nicht näher hergeleitet. Insbesondere sind bei dieser Folgerung nicht berücksichtigt: der unscharfe Deliktmechanismus, die Differenz der im Rahmen des unscharfen Deliktmechanismus verfolgten Fallhypothese und der mit dem Gutachten identifizierten Fallhypothese, die Risikorelevanz des Tatorts und der bewilligten Ausgänge zum Tatort.

4. Analyse des Vollzugsverlaufs

4.1. Eckwerte des Vollzugs

Der detaillierte Verlauf des Vollzugs ist in Anhang 1 in tabellarischer Form dargestellt. Wichtig ist insbesondere das Ausgangsstufenkonzept der UPK, welches in Anhang 2 wiedergegeben ist. Sodann ist die Entwicklung der Ausgangsstufen in Anhang 3 detailliert chronologisch dargestellt. Auf die verschiedenen Stufen wird nachfolgend Bezug genommen.

Die wichtigsten Eckwerte des Vollzugs lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- 11. Mai 2015: Die Staatsanwaltschaft Basel-Stadt bewilligte den vorzeitigen Massnahmenvollzug, welcher in der UPK vollzogen wurde, wo sich [redacted] bereits seit November 2014 befunden hatte. [redacted] wurde innerhalb der UPK in der geschlossenen Abteilung R2 untergebracht. In dieser Abteilung verblieb er während der gesamten Vollzugszeit.
- 30. Juni 2015: Das Strafgericht Basel-Stadt bewilligte Ausgänge in Begleitung von 2 Mitarbeitenden auf dem Klinikareal, d.h. ausserhalb des gesicherten Bereichs. (Stufe 3).
- 8. September 2015: Mit Urteil vom 8. September 2015 wurde der stationäre Massnahmenvollzug definitiv angeordnet und der SMV erliess daraufhin den entsprechenden Vollzugsauftrag an die UPK.
- 4. Juli 2017: Der SMV bewilligt auf Antrag der UPK-Ausgänge in Begleitung von 1 Mitarbeitenden auf dem Klinikareal (Stufe 4). Der nächste Lockerungsschritt (Stufe 5) wurde von einer Beurteilung durch die konkordatliche Fachkommission abhängig gemacht. Der SMV stellte in seinem Entscheid fest, *«dass sich der psychopathologische Zustand von [redacted] stabilisiert hat. Er weist keinerlei produktiv-psychotische Symptomatik und auch keine Störung des formalen Denkens mehr auf. Auch wenn er eine gewisse Ambivalenz bezüglich der Notwendigkeit einer dauerhaften Medikation zeigt, ist er durchgängig medikamentencompliant. [redacted] zeigt sich behandlungsmotiviert und seit Oktober 2016 findet ein deliktorientiertes Arbeiten mit ihm statt. Bezüglich der ihm gewährten 2:1 Vollzugsöffnungen zeigte er sich durchwegs absprachefähig. Zur weiteren Erprobung seiner Absprachefähigkeit und im Hinblick auf weitere Vollzugsöffnungen erachtet die Vollzugsbehörde die Gewährung von 1:1 begleiteten Ausgängen als sinnvoll. Diesbezüglich wird das konkrete Rückfallrisiko aufgrund des positiven Vollzugsverlaufs als vertretbar erachtet.»*
- 30. Oktober 2017: Die konkordatliche Fachkommission beurteilt erstmals den Fall [redacted], den bisherigen Vollzugsverlauf die Behandlungsforstschritte und das Rückfallrisiko hinsichtlich weiterer Vollzugslockerungen über Stufe 4 hinaus. Die Fachkommission hält aufgrund ihrer Gesamtbeurteilung schrittweise Vollzugsöffnungen zwecks Ausbaus weiterer Therapiefortschritte und zur Festigung des bisher Erreichten bis hin zu unbegleiteten Tagesurlauben für möglich und sinnvoll, sofern der Zustand von [redacted] stabil bleibt.
- 9. November 2017: Der SMV bewilligt auf Antrag der UPK begleitete Gruppenausgänge auf dem Klinikareal (Stufe 5). Der SMV stellte in seinem Entscheid fest, *«dass sich der psychopathologische Zustand von [redacted] weitgehend stabilisiert hat. So weist er keinerlei produktiv-psychotische Symptomatik und auch keine Störung des formalen Denkens mehr auf. Auch wenn [redacted] eine gewisse Ambivalenz bezüglich der Notwendigkeit einer dauerhaften Medikation zeigt, ist er durchgängig medikamentencompliant. [redacted] sich behandlungsmotiviert, und seit Oktober 2016 findet ein deliktorientiertes Arbeiten mit ihm statt. Bezüglich der ihm bis anhin gewährten Vollzugsöffnungen hat er sich durchwegs absprachefähig und transparent gezeigt. Zur weiteren Erprobung seiner Absprachefähigkeit und im Hinblick auf die Teilnahme der im Areal der UPK Basel angebotenen Arbeitstherapien erachtet die Vollzugsbehörde Gruppenausgänge auf dem Klinikareal als sinnvoll. Diesbezüglich wird das konkrete Rückfallrisiko aufgrund des positiven Vollzugsverlaufs als vertretbar erachtet. Es sind auch keine*

Äusserungen, Verhaltensweisen oder Handlungen bekannt, die auf ein konkretes Fluchtrisiko schliessen liessen.»

- Dezember 2017: [redacted] erleidet einen Krankheitsrückfall. Er zeigte sich mehr als zwei Wochen lang vermehrt zurückgezogen, wirkte deprimiert, affektarm mit Antriebsmangel und Freudlosigkeit. Da [redacted] mit Rauchen aufgehört und mit einer Diät begonnen hatte, wurden bei ihm eine mittelgradige depressive Symptomatik diagnostiziert, welche bis Ende Dezember 2017 vorüberging. Er verneinte jedoch ausdrücklich produktiv-psychotische Symptomatik (Sinnestäuschungen, Wahn- oder Ich-Störungen). Wie sich erst im Juli 2018 herausstellte, verschwieg er gegenüber der UPK optische Halluzinationen, da er befürchtete seinen Ausgangsstatus zu verlieren.
- 24. April 2018: Der SMV bewilligt auf Antrag der UPK begleitete Einzel- und Gruppenausgänge ausserhalb des Areals der UPK (Stufe 6 und 7). Die begleiteten Einzelausgänge beginnen in der Folge Ende April 2018 und die begleiteten Gruppenausgänge im Juni 2018. Der SMV stellt dabei in seinem Entscheid fest, *«dass der positive Massnahmenverlauf von [redacted] anhaltend ist. So ist das psychotische Zustandsbild von [redacted] stabil remittiert, er ist medikamentencompliant und nimmt motiviert am Therapieprogramm teil. Im Rahmen der ihm gewährten Vollzugsöffnungen zeigt sich [redacted] durchgehend absprachefähig und hält sich an das ihm auferlegte Abstinenzgebot von Alkohol- und Drogen. In Übereinstimmung mit den Behandlern und der konkordatlichen Fachkommission erachtet die Vollzugsbehörde die Gewährung von begleiteten Einzel- und Gruppenausgängen ausserhalb des Klinikareals der UPK Basel zur Steigerung der Belastung und der weiteren Erprobung des in der Therapie Erlernten unter Berücksichtigung des in kontrolliertem Setting geringen Rückfallrisikos für einschlägige Delikte für sinnvoll und vertretbar. Hinsichtlich einer Fluchtgefahr sind keine Äusserungen, Verhaltensweisen oder Handlungen ersichtlich, die auf ein konkretes Fluchtrisiko schliessen lassen.»* Anzufügen ist, dass der SMV zum Zeitpunkt seines Entscheids keine Kenntnis vom Krankheitsrückfall im Dezember 2017 hatte.
- Anfang Juli 2018: Es erfolgt ein zweiter Krankheitsrückfall. Dieser ist im Therapiebericht der UPK vom 21. Dezember 2018 dargestellt. Die UPK stellt bei [redacted] anfangs Juli 2018 ein auffälliges Verhalten mit Verlangsamung, reduziertem Blickkontakt, reduzierter Konzentration, sozialem Rückzug, Ängstlichkeit, Ratlosigkeit und Affektverflachung bis zu Mutismus fest. Sodann gab [redacted] zu, unter optischen Halluzinationen zu leiden, was bereits im Dezember 2017 der Fall gewesen sei. Die aufgetretenen Symptome deklarierte der Beschuldigte erst auf insistierendes Nachfragen durch das Fachpersonal der UPK, denen ein verändertes Verhalten aufgefallen war. Die UPK etablierte mit Einwilligung von [redacted] eine Isolierung verbunden mit medikamentösen Massnahmen. Nach zehn Tagen remittierte die Symptomatik und er stabilisierte sich. Daher konnte er wieder am Programm der Station und den Therapien teilnehmen. [redacted] sei klar geworden, dass das Verbergen seiner Symptomatik ein Fehler im Umgang mit seiner Erkrankung gewesen sei. Die UPK hielt in ihrem Bericht fest, *«dass – trotz der beiden Vorfälle mit psychotischer Dekompensation – «die Behandlung insgesamt zur weitgehenden Remission produktivpsychotischer Symptomatik und weiter anhaltenden kompletten Abwesenheit aggressiven Verhaltens geführt hat. Die Kooperationsbereitschaft des Patienten für die Therapie ist weiterhin vorhanden. Die Deliktarbeit ist abgeschlossen. Die Krankheitseinsicht und das Krankheitsverständnis des Patienten sind noch nicht ausreichend etabliert und er hat Symptome wiederholt verborgen. Protektiv wirken weiterhin die stützenden familiären Beziehungen des Patienten.»*
- 3. Juni 2019: Der SMV bewilligt auf Antrag der UPK unbegleitete Ausgänge auf dem Areal der UPK. Hingegen verweigert der SMV die ebenfalls beantragte Vollzugsstufe 9 (unbegleitete Ausgänge ausserhalb des Areals) mit dem Hinweis, [redacted] müsse sich zunächst in Stufe 8 bewähren. In seinem Entscheid stellt der SMV fest, *«dass [redacted] zu Beginn der Massnahme im Jahr 2015 noch wechselhaft motiviert und passiv gewirkt hat. Seit zwei Jahren jedoch zeigt er sich offen und nimmt motiviert an den therapeutischen Behandlungen und dem Stationsalltag teil. Ebenso befindet er sich seit über 10 Monaten in einem psychopathologisch stabilen Zustand. So sind unter der dauerhaften neuroleptischen Medikation keine produktiv-psychotischen Halluzinationen mehr erkennbar. Im*

Rahmen des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Erkrankte konnte mit [redacted] ein Krankheitsverständnis erarbeitet werden, indem er unter anderem gelernt hat, Frühwarnzeichen zu erkennen und sich entsprechende Copingstrategien anzueignen. Des Weiteren ist positiv zu erwähnen, dass [redacted] medikamentencompliant sowie drogen- und alkoholabstinent ist. Im Rahmen der ihm bis anhin gewährten Vollzugsöffnungen 1:1 begleitete Ausgänge in die Stadt sowie begleitete Ausgänge mit einer Gruppe von Mitpatienten hat sich [redacted] durchgehend absprachefähig gezeigt. In Übereinstimmung mit den Behandlern erachtet die Vollzugsbehörde unter Berücksichtigung des stabilen Zustandes des [redacted] die Gewährung von unbegleiteten Ausgängen im Areal der UPK Basel (Ausgangsstufe 8) zur Steigerung der Belastung und der weiteren Erprobung des in der Therapie Erlernten für sinnvoll und vertretbar. Hinsichtlich eines allfälligen Rückfallrisikos ist festzustellen, dass [redacted] an keinerlei produktiv-psychotischen Symptomen mehr leidet und sich in einer eng betreuten Struktur befindet. Bezüglich einer Fluchtgefahr sind keine Äusserungen, Verhaltensweisen oder Handlungen ersichtlich, die auf ein konkretes Fluchtrisiko schliessen lassen.»

- 13. Februar 2020: Der SMV bewilligt auf Antrag der UPK unbegleitete Ausgänge ausserhalb des Areals der UPK (Stufe 9). In einer ersten Phase gilt die Bewilligung für den Arbeitsweg zur Erprobung einer Arbeitsstelle in einer geschützten Werkstatt (vgl. nachstehender Punkt). In einer zweiten Phase gilt die Bewilligung auch für die Erledigung von Angelegenheiten in der Stadt. [redacted] wurde ab Bewilligung von Stufe 9 im automatisierten Polizeifahndungssystem ausgeschrieben. In seinem Entscheid hielt der SMV u.a. fest, «*dass sich [redacted] seit Juli 2018 in einem stabilen psychopathologischen Zustand befindet, sich durchgehend medikamentencompliant und kooperativ verhält. Es ist in letzter Zeit zu keiner weiteren psychotischen Symptomatik und keinen prognoserelevanten Ereignissen mehr gekommen. Die produktive-psychotische Symptomatik ist somit im Rahmen der Behandlung remittiert. Er nahm an dem Integrierten Psychologischen Therapieprogramm teil, welches auf schizophrene Erkrankungen abgestimmt ist. Bei den Einzelgesprächen standen die Krankheitseinsicht, psychoedukative Themen sowie langfristige Abstinenz von Cannabis im Vordergrund. Durch die Therapie hat [redacted] ein tieferes Verständnis und eine bessere Akzeptanz der Grunderkrankung entwickelt. Er hat verinnerlicht, dass er sich bei erneut auftretender Symptomatik sofort an die zuständigen Fachkräfte wenden muss. Weiter kennt er Massnahmen zur Früherkennung von Krankheitsverschlechterungen. Zudem liegt bei [redacted] eine intrinsisch motivierte Abstinenzorientierung bezüglich des Cannabiskonsums vor. Die Notwendigkeit einer langfristigen medikamentösen Behandlung ist [redacted] bewusst. Er hält sich selbständig an die Regeln und an Vereinbarungen mit den behandelnden und betreuenden Personen. Des Weiteren ist positiv zu erwähnen, dass alle bisherigen Ausgänge problemlos, absprachegemäss und ohne Zwischenfälle verlaufen sind. Demnach wird ihm ein Fortschritt in den Bereichen der Krankheits- und Behandlungseinsicht, des Krankheitsverständnisses sowie in seiner sozialen Kompetenz attestiert.»*
- 22. Juni 2020: Die dreiwöchige Schnupperzeit bei [redacted] beginnt. Damit beginnt auch die Umsetzung der bereits im Februar 2020 bewilligten Stufe 9.
- 13. Juli 2020: Aufgrund der guten Rückmeldungen seines Arbeitgebers kann [redacted] eine feste Stelle bei [redacted] antreten. Die Probezeit läuft ab dem 13. Juli 2020. Seit Arbeitspensum beträgt 50%. In der Folge besteht er die Probezeit und kann mit einem Anstellungspensum von 50% bei [redacted] bleiben.
- 24. August 2020: Das Gutachten von [redacted] liegt vor. Dieses wurde im Zusammenhang mit der anstehenden Frage der Verlängerung der stationären Massnahme erstellt. Die Gutachterin bestätigt die Diagnose aus dem ersten Gutachten von [redacted] vom 18. Mai 2015 vollumfänglich. Sie stellt fest, dass seit Juli 2018 keine psychotischen Symptome mehr festgestellt werden konnten. Auch sei [redacted] seit Februar 2015 konsequent abstinent von Cannabioiden. Es sei aber noch verfrüht, von einer vollständigen Remission der Cannabisstörung auszugehen. Aufgrund des Massnahmenverlaufs wies die Gutachterin auf ein problematisches Spielverhalten hin (Computerspiel). Insgesamt schätzte sie den bisherigen Massnahmenverlauf als erfolgreich ein. [redacted] verfüge mittlerweile über ein vertieftes Krankheitsverständnis und eine differenzierte Behandlungsmotivation.

Aufgrund seiner Erkrankung bestehe das Risiko von Überforderung am Arbeitsplatz und im Alltag. Zu rasche Progressionsschritte und die damit verbundenen Überforderungszustände gingen mit einem hohen Risiko für erneute psychotische Dekompensation einher, was mit einer raschen Erhöhung des Rückfallrisikos verbunden sei.

- 1. September 2020: Auf Antrag des SMV verlängert das Strafgericht Basel-Stadt die stationäre Massnahme von [redacted] für weitere fünf Jahre. Der Vollzug erfolgt weiterhin in der UPK. Dabei stellt das Gericht gestützt auf diverse Berichte über den Vollzugs- und Therapieverlauf und auf das aktuelle Gutachten fest, dass [redacted] grundsätzlich ein positiver Vollzugsverlauf attestiert werden könne. Mit zunehmender Massnahmendauer konnten stetige Fortschritte erzielt werden. «*So ist die positive Symptomatik offenbar remittiert,* [redacted] *befindet sich in einem psychopathologischen Zustand und er kann immer mehr Krankheitseinsicht aufbringen. Abgesehen von dem einmaligen Konsum von Cannabis fielen sodann sämtliche Drogen- und Alkoholtests negativ aus. Zudem hat* [redacted] *von Beginn an seine Medikamente jeweils eingenommen. Die ihm gewährten Ausgänge verliefen bislang erfolgreich und problemlos, wobei sich* [redacted] *absprachefähig, pünktlich und kooperativ zeigte.»* Die Fortführung der Massnahmen wurde jedoch beschlossen, weil ebenso klar werde, dass [redacted] hinsichtlich einer bedingten Entlassung noch keine günstige Prognose gestellt werden könne. Eine fehlende Struktur erhöhe die Gefahr, dass er erneut Cannabis konsumiere. Dies könne verbunden mit einer mangelnden Tagesstruktur, mangelnder Therapieadhärenz und Medikamentenincompliance letztlich zu einem erhöhten Deliktrisiko führen.
- 8. Oktober 2020: Der SMV bewilligt auf Antrag der UPK das Arbeitsexternat bei [redacted] (Stufe 9). Die Vollzugsbehörde erachtet es für die langfristige Stabilität und die Entwicklung einer günstigen Legalprognose als unabdingbar, [redacted] weitere Vollzugsöffnungen zu gewähren und dadurch die bisher erreichten Erfolge zu erproben und festigen. Dem Rückfallrisiko, welches sich durch Stress oder eine Überforderungssituation erhöhen könnte, wird dadurch begegnet, dass sich [redacted] ausserhalb der Arbeitszeiten weiterhin in dem engmaschigen Setting der UPK befindet.
- 6. November 2020: Der SMV legt den Fall ein zweites Mal der konkordatlichen Fachkommission vor. Dabei soll diese die Vollzugsplanung beurteilen, welche ab März 2021 12stündige unbegleitete Tagesurlaube, frühestens ab Sommer 2021 Übernachtungsurlaube und bei gutem Verlauf frühestens ab Januar 2022 die Verlegung in ein Wohnheim mit forensisch-psychiatrischer Betreuung vorsieht. In seiner Fallvorlage führt der SMV aus: «*Es kann* [redacted] *insgesamt ein positiver Massnahmenverlauf attestiert werden. Zuletzt hat* [redacted] *im Juli 2018 eine psychotische Krise durchlaufen, welche mit einer paranoid halluzinatorischen und wahnhaften Symptomatik einherging. Seither kam es nicht mehr zu einer psychotischen Dekompensation.* [redacted] *zeigt sich für die Therapie offen und motiviert, die Medikamentencompliance sowie die Absprachefähigkeit sind gegeben und er hält sich an die ihm auferlegte Drogen- und Alkoholabstinenz. Der Eingewiesene setzt sich mit seiner schizophrenen Erkrankung sowie der Cannabiskonsumstörung im Rahmen der störungsspezifischen Therapie intensiv auseinander und übernimmt Verantwortung für sein Delikt.* [redacted] *konnte ein vertieftes Krankheitsverständnis und ein differenziertes Risikomanagement erlangen. So kennt der Eingewiesene Frühwarnsymptome für eine erneute psychotische Dekompensation und kann die Risikofaktoren, welche den Wiederaufritt einer Psychose begünstigen, benennen. Es ist* [redacted] *bewusst, dass er aufgrund seiner schizophrenen Erkrankung auf eine langfristige und höchstwahrscheinlich lebenslange medikamentöse und ärztliche Behandlung angewiesen ist. Ebenfalls kann* [redacted] *die negativen Einflussfaktoren des Cannabiskonsums benennen und sieht ein, dass die langfristige Abstinenz für einen stabilen psychischen Zustand elementar ist. Hinsichtlich der diagnostizierten Spielstörung zeigt er sich jedoch nur beschränkt einsichtig. Die bisher gewährten Vollzugslockerungen erfolgten absprachegemäss und ohne Unregelmässigkeiten. Im Rahmen der Arbeitserprobung konnte* [redacted] *das Arbeitspensum von 50% meistern und es gab keine Hinweise für eine mögliche Überforderung.»*

- 29. November 2020: [redacted] besucht gemäss Akten der UPK erstmals im Rahmen seines Ausgangs seinen Vater am Nasenweg [redacted]. In der Folge besucht er im Rahmen der bewilligten Ausgänge regelmässig seinen Vater an dessen Wohnort.
- 9. Dezember 2020: Die konkordatliche Fachkommission befürwortet aufgrund ihrer Beurteilung der insgesamt günstigen Entwicklung von [redacted] weitere Vollzugsöffnungen bis zur Gewährung von unbegleiteten 12stündigen Tagesurlauben. Weitergehende Öffnungsschritte, wie in der vorgelegten Vollzugsplanung angedacht, erachtete die Fachkommission jedoch aufgrund der schizophrenen Grunderkrankung und dem Risiko von Überforderung als verfrüht. In einer nächsten Phase solle der Fokus auf die Erhaltung der erreichten psychischen Stabilität unter erhöhten Belastungen gelegt werden. Dabei hält sie u.a. fest: «*Problematisch erachtet die Fachkommission, dass unklar ist, ob* [redacted] *infolge seines problematischen Spielverhaltens in der Lage ist, seine Freizeit (z.B. während den Ausgängen und Übernachtungsurlauben) sinnvoll und strukturiert zu gestalten. . .. Die Spielsucht, insbesondere das Spiel "World of Warcraft", erachtet die Fachkommission infolge der darin vorkommenden Fantasiefiguren (u.a. Dämonen) im Zusammenhang mit der bei* [redacted] *vorliegenden Schizophrenie als deliktrelevant (vgl. Ziffer 6.11). Die Fachkommission empfiehlt, den Inhalt der Spiele und die tägliche Spieldauer von* [redacted] *zu beobachten und dies allenfalls in der Therapie zu besprechen. . .. Die Fachkommission stellt eine leichte Besserung der deliktfördernden psychiatrischen Symptomatik und insgesamt eine günstige Entwicklung fest.* [redacted] *zeigt sich absprachefähig und die bisher bezogenen Vollzugsöffnungen verliefen problemlos. Unter den Voraussetzungen eines weiterhin stabilen Massnahmenverlaufs (Ausbleiben von Produktivsymptomatik, regelmässige Abstinenzkontrollen, wirksame Medikation und entsprechende Behandlungscompliance, etc.) und eines engmaschigen Monitorings erachtet die Fachkommission die Gewährung von Vollzugsöffnungen bis hin zu unbegleiteten Tagesurlauben für möglich.»* Weiter hielt die Fachkommission fest, dass [redacted] angesichts des vorliegenden Störungsbildes inklusive Negativsymptomatik langfristig auf eine intensive und durchgehende psychiatrische und medikamentöse Behandlung angewiesen bleiben wird.
- 23. Juni 2021: Die UPK äussert sich in ein einer Stellungnahme u.a. zum Spielverhalten von [redacted]. Sie weist darauf hin, dass eine Verhaltenssucht einen Risikofaktor sowohl für die Psychose als auch für die Legalprognose darstellen könne. Ob aber der Inhalt von Computerspielen deliktfördernd sein könne, sei wissenschaftlich nicht belegt. Weiter führt die UPK aus: *«Gegenwärtige Risikomanagementstrategien im Umgang mit dem problematischen Spielverhalten des Patienten fokussieren auf Verhaltenskontrolle. U. a. führt* [redacted] *einen wöchentlichen «Gameplan», in welchem der Patient seine Spielzeiten einträgt und festhält, welches Spiel gespielt wurde, der von uns gemeinsam mit dem Patienten kontrolliert wird. . .. Aus hiesiger Sicht günstig zu werten ist, dass sich das problematische Spielverhalten seit geraumer Zeit nicht mehr expansiv, unkontrolliert oder mit starker affektiver Beteiligung behaftet darstellt.»*
- 2. August 2021: Die Ausgangsstufe 9 wird durch die UPK auf Stufe 2 zurückgesetzt. Grund dafür ist eine akute Verschlechterung der Psychopathologie von [redacted]. Die Rückstufung erfolgt zur besseren Überwachung und Begleitung und zur Umsetzung der erforderlichen Behandlungs- und Kontrollmassnahmen, wie Anpassung der Medikation und Reizabschirmung. Ein Grund für die Verschlechterung des Zustands, lag darin, dass [redacted] im Juli 2021 begonnen habe, Tabak zu rauchen. Aufgrund der Interaktion von Nikotinkonsum mit dem Wirkstoff Clozapin sei die Blutspiegelkonzentration unterhalb des therapeutischen Bereichs gelegen, weshalb die Dosis habe angepasst werden müssen. Die UPK informiert den SMV über den veränderten Ausgangsstatus und die Gründe dafür. Am 3. September 2021 hebt die UPK die Rückstufung auf, da [redacted] wieder frei ist von psychotischen Symptomen. Ab 6. September 2021 nimmt [redacted] die Arbeit bei [redacted] wieder auf. In einer ersten Phase nach der Aufhebung geht er drei statt fünf Tage pro Woche in das Arbeitsexternat.
- 22. September 2021: Vollzugskoordinationssitzung. Es wird festgestellt, dass die Dekompensation im Sommer 2021 gezeigt, habe, dass er im konkreten Fall die gelernten Inhalte nicht umsetzen könne. So habe er die Positivsymptomatik erneut verschwiegen. Er erkennt seine Zustandsveränderung

erst dann, wenn er darauf angesprochen werde. Aktuell gehe es in der Behandlung darum, wieder eine langfristige Stabilisierung des psychischen Zustands zu erreichen.

- 13.Dezember 2021: Der Ausgang wird seitens der UPK zur Intensivierung der Betreuungsmöglichkeiten im Rahmen der Eindosierung antipsychotischer Zusatzmedikation sistiert. DA [redacted] wieder stabil ist, wird diese Sistierung am 16. Dezember 2021 aufgehoben.
- 5. Februar 2022: Die UPK stellt fest, dass [redacted] während zwei aufeinanderfolgenden Wochen 5 statt 4 Ausgänge bezogen hatte. Als Konsequenz wird der Antrag auf eine weitere Ausweitung der Ausgänge (Stufe 10) zurückgestellt.
- 15. Dezember 2022: Der SMV bewilligt auf Antrag der UPK unbegleitete monatliche Tagesurlaube bis 12 Stunden (Stufe 10). In seinem Entscheid hält der SMV fest: «*Die Vollzugsbehörde stellt zusammenfassend fest, dass sich* [redacted] *seit über acht Jahren in den UPK Basel befindet.* [redacted] *weist eine konsequente Medikamentencompliance aus und er setzt sich mit seinem Störungsbild eingehend auseinander. So verfügt er über eine vertiefte Krankheits- als auch Behandlungseinsicht. Zudem zeigt er sich hinsichtlich der Cannabisabhängigkeit einsichtig und äussert seine Abstinenzabsichten weiterhin klar. So fallen denn diesbezüglich auch alle durchgeführten Kontrollen negativ aus. Was die produktivpsychotische Symptomatik betrifft, ist diese nach erneut erfolgter Exazerbation der schizophrenen Erkrankung im Sommer 2021 unter suffizienter Behandlung mit dem Neuroleptikum Clozapin wieder stabil remittiert. Zudem wurde neben der bestehenden Medikation zusätzlich Paliperidon, zunächst in oraler Form und anschliessend mittels einer Depot-Applikation, eindosiert. Hinsichtlich des Risikomanagements ist in positiver Hinsicht festzustellen, dass* [redacted] *seine Risikofaktoren grösstenteils benennen und die gelernten Copingstrategien grundsätzlich anwenden kann, auch wenn er im weiteren Behandlungsverlauf noch zu verinnerlichen hat, psychische Veränderungen zu erkennen und von sich aus zuverlässig und transparent davon zu berichten. Überdies hat er sich auch im Rahmen seiner externen Arbeitstätigkeit in der geschützten Werkstätte bewährt und wird als zuverlässiger Mitarbeiter geschätzt. Ebenso hat sich* [redacted] *anlässlich der bisherigen Vollzugslockerungen stets absprachefähig gezeigt. Im weiteren Massnahmenverlauf sollen in einem nächsten Schritt mit der Bewilligung von Tagesurlauben neue Bewährungsfelder geschaffen werden, um zu prüfen, ob* [redacted] *die im Rahmen der psychoedukativen Massnahmen erlernten Copingstrategien anzuwenden weiss und jenen behutsam auf ein Leben in Freiheit vorzubereiten. Die Tagesurlaube, welche er vorerst mit seinen Familienangehörigen verbringen wird, sollen zudem ermöglichen, durch zusätzliche Freizeitaktivitäten seine Tagesstruktur auszubauen, dies auch im Hinblick darauf, sein Spielverhalten kritisch zu hinterfragen. Bezüglich eines allfälligen Rückfallrisikos ist festzuhalten, dass die tatkausale produktivpsychotische Symptomatik, wie erwähnt, stabil remittiert ist,* [redacted] *sich in Bezug auf die neuroleptische Medikation konstant compliant verhält, was auch durch regelmässige Medikamentenspiegelkontrollen belegt ist. Ebenso hält* [redacted] *die ihm auferlegte Alkohol- und Drogenabstinenz konsequent ein. Zudem wird das strukturbietende und kontrollierende Setting der UPK Basel aufrechterhalten. Aufgrund des Gesagten schätzt die Vollzugsbehörde das konkrete Rückfallrisiko als gering ein.»*
- 31. Dezember 2022: [redacted] bezieht den ersten 12-stündigen Tagesurlaub. In der Folge bezieht er im Jahre 2023 11 und im Jahre 2024 4 Tagesurlaube, d.h. seit Bewilligung bis zum erneuten Delikt insgesamt 15 12stündige Tagesurlaube. Dabei besucht er gemäss den von ihm jeweils vorgängig eingereichten Urlaubsprogrammen in 11 Urlauben seinen Vater am Nasenweg [redacted].
- 24. April 2023: Die UPK stuft [redacted] auf Ausgangsstufe 2 zurück. Der Grund seien Verhaltensauffälligkeiten und Verdacht auf psychopathologische Veränderungen. Die Rückstufung erfolgte präventiv zur Untersuchung, Verhaltensbeobachtung und Reizabschirmung.
- Juli 2023: Im Arbeitsbericht der [redacted] wird [redacted] eine positive Entwicklung attestiert. Er sei im Verhalten offener geworden und habe sich zu einem freundlichen jungen Mann entwickelt und scheine erwachsener geworden zu sein. Er könne gewisse Arbeiten gut selbständig erledigen, sei flexibel,

pünktlich und sei ein gern gesehener Mitarbeiter und Kollege geworden. Am 24. April 2023 wurde die Rückstufung aufgehoben, da sich die Veränderungen nicht bestätigten.

- 14. September 2023: Krankheitsrückfall. Die UPK stuft [redacted] auf Ausgangsstufe 2 zurück und macht entsprechende Meldung an den SMV. Gründe seien der Clozapin-Spiegel gewesen, der noch nie so niedrig gewesen sei, psychopathologische Zustandsverschlechterung, mangelnde Adhärenz zur antipsychotischen Medikation und damit zur etablierten primären Risikomanagementstrategie. Die Klinik setzt [redacted] auf Stufe 2 zurück. Ab dem 18. Oktober 2023 wurden nach erfolgter Stabilisierung wieder Ausgangsstufe 9 und am 17. Dezember 2023 auch die Tagesurlaube wieder aufgenommen.
- Ab Anfang Januar 2024: [redacted] klagt über Rückenschmerzen. Er kann in der Folge ab dem 29. Januar 2024 nur noch wenige Tage zur Arbeit. Ab Ende Februar 2024 fällt er für längere Zeit aus. Am 16. Mai 2024 wird er in die Bewachungsstation des Inselspitals verlegt. Dort wurde Borreliose diagnostiziert und er wurde antibiotisch behandelt. Am 28. Mai 2024 wurde er in die UPK zurückverlegt. Am 19. Juni nimmt er seine Arbeit bei [redacted] wieder auf.
- 18. Juli 2024: Die UPK setzt nach der Krankheitspause Ausgangstufe 10 wieder um. Am 27. Juli 2024 bezieht er daraufhin seinen nächsten 12-stündigen Tagesurlaub.
- Ab 2. August 2024: [redacted] bezieht an seinem Arbeitsort Ferien. In dieser Woche kann er fünf statt wie gewöhnlich vier zweckgebundene Ausgänge beziehen.
- 8. August 2024: Im Verlaufsjournal sind für diesen Tag wie für die Tage und Wochen zuvor keine Auffälligkeiten vermerkt. [redacted] bezieht absprachegemäss Ausgang.

4.2. Feststellungen

a) Zur Entwicklung der Ausgangsstufen

Das Ausgangsstufenkonzept der UPK umfasst 12. Stufen (vgl. Anhang 2). Die ersten Stufen («Basispaket») regeln die Benutzung des gesicherten Gartenbereichs der geschlossenen Abteilung der Forensischen Klinik. Diese Stufen werden – da es sich um keine Lockerung des geschlossenen Settings handelt – durch die UPK bewilligt. Die Kompetenz zur Entscheidung über alle weiteren Stufen liegt bei der Vollzugsbehörde. Mit den entsprechenden Bewilligungen verband die Vollzugsbehörde regelmässig Auflagen (z.B. [redacted] muss sich den Anweisungen der Behandelnden unterziehen, inkl. Medikation; Drogen- und Alkoholverbot, welches zu kontrollieren ist). Die Entscheidung über die Durchführung und die Ausgestaltung eines einzelnen konkreten Ausgangs liegt bei der UPK. D.h. sie kann dadurch sehr schnell auf ungünstige Entwicklungen eines Patienten reagieren und in Abhängigkeit von der Situation einen Ausgang kurzfristig stoppen. Ausgänge und Tagesurlaube wurden seitens der UPK immer mit [redacted] vorbesprochen. Er musste darlegen, was er in den Ausgängen plante (diese mussten zweckgebunden sein) und für die Tagesurlaube musste er Urlaubsprogramme abgeben. Regelmässig wurden diese Freigänge mit ihm nachbesprochen. Auch wurde vor jedem Ausgang kontrolliert, ob er diesen aufgrund seiner psychischen Verfassung wahrnehmen kann.

- [redacted] befand sich seit dem 11. Mai 2015 im vorzeitigen Massnahmenvollzug in der UPK. Für Vollzugsentscheidungen in der Phase des vorzeitigen Massnahmenvollzug ist das Gericht des Hauptverfahrens zuständig. Daher bewilligte das Strafgericht am 30. Juni 2015 wöchentliche 2:1 begleitete Ausgänge auf dem Klinikareal, d.h. ausserhalb des gesicherten Bereichs (Stufe 3). Bis im April 2018, d.h. während den ersten knapp drei Jahren, erhielt [redacted] nur begleitete Ausgänge auf dem Klinikareal – zuletzt in der Form von Gruppenausgängen (Stufe 5). Ab April 2018 wurden begleitete Ausgänge ausserhalb des Areals bewilligt (Stufen 6, 7).
- Am 3. Juni 2019, d.h. mehr als vier Jahre nach Beginn des Massnahmenvollzugs, wurden erstmals unbegleitete Ausgänge begrenzt auf das Klinikareal bewilligt (Stufe 8).

- Am 13. Februar 2020 wurden unbegleitete Ausgänge zur Arbeitserprobung und für zweckgebundene Ausgänge bewilligt (Stufe 9). Diese begannen am 22. Juni 2020 mit der Aufnahme der Arbeitserprobung bei [redacted], somit mehr als fünf Jahre nach Beginn des Massnahmenvollzugs.
- Der Schritt zwischen Stufe 8 (Ausgang allein Areal) und Stufe 9 (Arbeitserprobung extern, zweckgebundener Ausgang extern) gemäss Konzept Ausgangstufen der UPK erscheint recht gross, da die Arbeitserprobung im Falle von [redacted] täglich von Montag bis Freitag stattfand und somit de facto ein eigentliches Arbeitsexternat darstellt. Gemäss Gutachten vom 24. August 2020 sind rasche Progressionsschritte zu vermeiden, da sie Überforderungszustände mit einem hohen Risiko für erneute psychotische Dekompensationen bewirken können. Üblicherweise wird ein Arbeitsexternat erst gewährt, wenn zuvor eine gewisse Zeit lang Urlaube (auch mit Übernachtung) gut funktioniert haben. Zum Konzept der UPK ist anzumerken, dass es sich bei den Arbeitsstellen nicht wie andernorts im Arbeitsexternat üblich, um reguläre Unternehmen und Organisationen handelt, sondern um geschützte und somit betreute Arbeitsplätze. D.h. der Verurteile geht selbständig von dem betreuten Setting in der Klinik an den geschützten und betreuten Arbeitsplatz und zurück. Verlassen der Klinik, Eintreffen am Arbeitsort werden kontrolliert – ebenso der Rückweg. In diesem Sinne handelt es sich vorliegend nicht um einen mit dem Strafvollzug vergleichbaren Öffnungsschritt, da sich der «Freiheitsgrad» der Öffnung auf den Arbeitsweg beschränkt. Aufgrund der engen Betreuung auch am Arbeitsplatz wäre eine Überforderung schnell zutage getreten. Dieser Öffnungsschritt führte in der Folge zu keinen Problemen. In diesem Sinne liegt bei der Regelung der Ausgangsstufen der UPK kein konzeptioneller Fehler vor.
- [redacted] besucht am 29. November 2020 in Absprache mit der UPK erstmals im Rahmen seines Ausgangs seinen Vater am Nasenweg [redacted]. In der Folge besucht er seinen Vater an dessen Wohnort im Rahmen der bewilligten Ausgänge und Tagesurlaube regelmässig. Dieser Wohnort ist praktisch am Tatort des ersten Mords vom 3. November 2014 (Nasenweg [redacted]), wobei die Wohnung des Vaters Ausgangspunkt auch des damaligen Verbrechens war. Die beiden Hausnummern sind Hausteile eines Reienhauses und im Kellerbereich mit einer Türe verbunden. Der SMV konnte nicht wissen, dass [redacted] zu seinem Vater in den Ausgang ging. Die einzelnen Ausgänge wurden nicht mit dem SMV zusammen geplant oder ihm wurde nicht über jeden einzelnen Ausgang Bericht erstattet. Dies entspricht den üblichen Regelungen zwischen Vollzugsbehörde und Vollzugsinstitution und ist auch vorliegend nicht zu beanstanden. Der SMV erfuhr somit erst mit dem Programm für den Tagesurlaub vom 26. Januar 2023 davon, dass [redacted] seinen Vater besuchen würde. Weder in den Akten der UPK noch des SMV ist dieser Ausgangs- bzw. Urlaubsort thematisiert. Aus den Gesprächen ergibt sich, dass die UPK das Thema «Wohnort des Vaters» unter dem Aspekt der Frage, ob der Ort zu einer Dekompensation von [redacted] führen könnte, reflektiert hatte. Dies sei jedoch nicht eingetreten. Somit sei der Wohnort des Vaters von [redacted] unter dem Aspekt der Pflege der Familienbeziehung und nicht als Tatort im Vordergrund gestanden. Die unproblematisch verlaufenen Ausgänge und Urlaube mit Besuchen beim Vater hätten diese Betrachtungsweise bestärkt.
- Die nächste qualitative Öffnung (12-stündige Tagesurlabe) wurde am 15. Dezember 2022, d.h. 7 ½ Jahre nach Beginn der Massnahme, bewilligt.
- Gewährte Stufen wurden durch die UPK verschiedentlich sistiert oder zurückgestuft. Dabei wird deutlich, dass die UPK auf Veränderungen bei [redacted] stets sehr schnell reagiert hatte – auch dann, wann ein blosser erster Verdacht auf Veränderungen bestand. Die Rückstufungen erfolgten aus folgenden Gründen:
  - In 4 Fällen handelte es sich Krankheitsrückfälle. Zu den Krankheitsrückfällen ist auch derjenige von Dezember 2017 hinzuzurechnen.
  - In 3 Fällen wurde die Stufe sistiert oder reduziert, da jeweils ein Verdacht auf psychopathologische Veränderungen bestand (welche sich nicht bestätigten) und/oder die Medikation neu eingestellt werden musste.

- In 4 Fällen erfolgte die Rückstufung aus disziplinarischen Gründen. Dabei handelte es sich: in einem Fall um Geldgeschäfte mit Mitpatienten und die Aufbewahrung von abgelaufenen Lebensmitteln im Zimmer, in einem Fall, weil er etwas unbefugt vom Frühstückswagen für sich nehmen wollte und eine Schweinerei produzierte, einmal weil er den Ausgang zeitlich leicht überzogen und ihn für einen anderen Zweck benutzt hatte (wegen Rückenschmerzen Besuch Notfall im Spital ohne Rücksprache mit UPK) und einmal, weil er zu spät aus dem Ausgang zurückkehrte und nicht klar sagen wollte, was der Grund war. Angesichts der langen Aufenthaltszeit von [redacted] in der UPK ist die Anzahl der disziplinarischen Regelwidrigkeiten sehr gering. Auch handelte es sich nicht um grobe Verfehlungen.
- Schliesslich gab es zwei allgemeine Rückstufungen (für alle Patienten), bei welchen der Grund nicht bei [redacted] lag (u.a. Situation Corona).

Aus der Entwicklung der Ausgangsstufen zeigt sich, dass

- die UPK bei Zustandsveränderungen von [redacted] bzw. bereits bei einem Verdacht wie auch bei kleinsten Regelwidrigkeiten sofort konsequent reagierte.
- sich die UPK und der SMV bei der Gewährung neuer Stufen nicht durch die begrenzte Massnahmendauer von fünf Jahren drängen liessen. So hatte [redacted] erst nach mehr als vier Jahren unbegleitete Ausgänge auf dem Klinik-Areal bewilligt erhalten und es dauerte fünf Jahre, bis er sich selbständig ausserhalb der Klinik bewegen durfte. Sodann wurde eine Folgestufe und somit eine weitere Lockerung erst nach längerer Bewährung in der jeweils aktuellen Stufe bewilligt.
- [redacted] bis zum 8. August 2024 bereits über vier Jahre extern an einem geschützten Arbeitsplatz ausserhalb der Klinik gearbeitet hatte und in dieser Zeit in der Regel jede Woche von Montag mit Freitag täglich selbständig den Arbeitsplatz aufsuchte und wieder in die Klinik zurückkehrte (ausser bei Ferienbezug und Rückstufungen, vgl. oben). Den Arbeitsweg absolvierte er ausnahmslos ohne Probleme.
- [redacted] ab Juni 2020 (nebst dem Arbeitsexternat) bis zum 8. August 2024 in mehr als vier Jahren weit über hundert Ausgänge und zudem ab Dezember 2022 bis zum 8. August 2024 15 Tagesurlaube beziehen konnte. Abgesehen von den beiden disziplinarisch erfassten Verspätungen bzw. einer Zweckänderung des Ausgangs hatte [redacted] alle ohne Probleme absolviert.
- [redacted] besucht seinen Vater an dessen Wohnort. Dieser ist Tatort des ersten Mords vom 3. November 2014. Dieser Aspekt erscheint unter dem Gesichtspunkt der Risikorelevanz problematisch und wurde als solches zu wenig diskutiert.

b) Zum Verhalten von [redacted] im Vollzug

- In Bezug auf die konkrete Gewährung und die Absolvierung der Ausgänge und Tagesurlaube hatten sich wie in lit. a) beschrieben nur marginale Probleme ergeben. [redacted] hat sich – abgesehen von den dargestellten Einzelfällen – immer an Abmachungen und Auflagen gehalten.
- Das Verhalten von [redacted] in der UPK war stets adäquat, freundlich und ausgeglichen. Er bewegte sich in der Klinik mit einer guten sozialen Verträglichkeit gegenüber seinen Mitpatienten wie auch im Umgang mit dem Behandlungsteam. Er nahm regelmässig und pünktlich an der Therapie teil. Auch zeigte sich zu keinem Zeitpunkt eine verweigernde Haltung gegenüber therapeutischen Angeboten und er zeigte sich im Falle eines Fehlverhaltens einsichtig und akzeptierte die Konsequenzen. Auch wies er eine konsequente Medikamentencompliance aus. Insgesamt verfügte er zunehmend über eine vertiefte Krankheits- und Behandlungseinsicht oder er erweckte zumindest einen entsprechenden Eindruck.
- Er ist während seines gesamten Aufenthalts in der UPK zu keiner Zeit durch irgendwelche Formen von Gewalt auffällig geworden. Es gab keine Flucht- oder Entweichungsversuche oder andere nen-

nenswerte Regelverstösse. Disziplinarisch ist [redacted] – wie in lit. a) beschrieben – in den mehr als neun Jahren seines Aufenthalts nur marginal aufgefallen.

- Sämtliche Abstinenzkontrollen im Rahmen des ordentlichen Massnahmenvollzugs (Drogen, Alkohol) waren negativ.
- An seinem Arbeitsplatz bescheinigte man ihm eine gute Entwicklung, er war als Mitarbeiter und Arbeitskollege geschätzt. Im Rahmen seiner Möglichkeiten erledigte er seine Arbeiten gut. Er habe Durchhaltevermögen und Motivation gezeigt und sei zuverlässig gewesen.
- [redacted] stand stets in einem guten und regelmässigen Kontakt zu seinen (geschiedenen) Eltern sowie zu seinem Bruder. Seine Ausgänge und Urlaube nutzte er mehrheitlich für Treffen und Besuche mit oder bei seiner Mutter, mit der Zeit auch vermehrt bei seinem Vater und seinem Bruder.
- Einschränkungen zeigten sich krankheitsbedingt bei der Erledigung administrativer Angelegenheiten, bei der Generierung eigener Aktivitäten, Ideen oder Anliegen oder bei einer autonomen Alltagsbewältigung. Er blieb stets auf externe Strukturierung und Unterstützung durch Fachpersonen angewiesen. Letztlich blieb er aufgrund seiner Erkrankung in den meisten Lebensbereichen beeinträchtigt.
- Das Spielverhalten von [redacted] blieb in der ganzen Zeit seines Aufenthalts ein Thema. [redacted] konnte darin keine Problematik erkennen. Die UPK thematisierte dies gegenüber [redacted] regelmässig und kontrollierte das Verhalten mit einem entsprechenden «Game-Plan». Die Klinik wies verschiedentlich darauf hin, dass sich das Spielverhalten nicht mehr unkontrolliert darstelle und sich insbesondere nicht im Verhalten im Alltag abbilde.
- Insgesamt sind fünf krankheitsbedingte Rückfälle dokumentiert (2017, 2018, 2021, 2023, 2024). Vier führten zu Rückstufungen bei den Ausgängen. Die fünfte und letzte krankheitsbedingte Auffälligkeit von [redacted] ist für März 2024 dokumentiert. Diese Rückfälle waren wiederholt darauf zurückzuführen, dass [redacted] durch Veränderung seines Rauchverhaltens Schwankungen im Clozapinspiegel hervorgerufen hatte. Seit der letzten Auffälligkeit im März 2024 blieb er – abgesehen von seinem somatischen Rückenleiden – in Bezug auf seinen psychopathologischen Zustand unauffällig. Auch in den Tagen vor dem 8. August 2024 und an diesem Tag sind keinerlei Auffälligkeiten festgestellt worden. In den Gesprächen mit der UPK wird auf seine positive Stimmung am 8. August 2024 hingewiesen. Es sind keinerlei Anzeichen dokumentiert, die auf eine derart schwerwiegende Entwicklung wie dem Rückfall hingedeutet hätten.
- Ein durchgängiges Thema war und blieb die Neigung von [redacted], behandlungsrelevante Aspekte oder Veränderungen nicht anzusprechen oder gar zu verschleiern. So z.B. das Verschweigen optischer Halluzinationen oder der veränderte Nikotinkonsum. Bei den dargestellten Krisen war [redacted] in Bezug auf die eingeleiteten medikamentösen Massnahmen kooperativ. Allerdings war er jeweils nicht in der Lage, den Fachpersonen proaktiv Einblick in seine Verfassung zu geben. Die UPK führte dies nicht auf Absicht zurück, sondern ordnete dies einem krankheitsbedingten Unvermögen zu.

Zum Verhalten lässt sich somit festhalten, dass

- sich [redacted] insgesamt Rahmen der Klinik wie auch im Rahmen seines Arbeitsplatzes sowie in seinen Ausgängen und Urlauben mit sehr wenigen marginalen Ausnahmen konstant regelkonform und absolut sozial verträglich verhalten hatte, sich konstruktiv und motiviert seinen Therapien und der Medikation unterzogen hatte und in Bezug auf Cannabis und Alkohol stets abstinent blieb.
- es jedoch auch klar war, dass er stets auf einen sehr strukturierten Rahmen mit hohem Kontroll- und Behandlungsbedarf angewiesen ist und bleiben wird.
- [redacted] sich in stabilen psychischen Phasen einsichtig und kooperativ zeigte. Jedoch in Phasen mit verstärkten Krankheitssymptomen scheint es so gewesen zu sein, dass er seine Vorsätze in Bezug auf den offenen Umgang mit risikorelevanten Symptomen nicht mehr gleichermassen umsetzen und diese nicht mehr gleichermassen offen ansprechen konnte.

c) zu den Risikobeurteilungen

Das Rückfallrisiko von [redacted] wurde von den beiden Gutachterinnen, durch den SMV in seinen Verfügungen, durch die konkordatliche Fachkomissionen in ihren Beurteilungen sowie durch die UPK in jedem ihrer Vollzugs- und Therapieberichten sowie in ihren internem Standortberichten beurteilt. Die verschiedenen Beurteilungen stützten sich dabei auf verschiedene Instrumente: Psychopathy Checklist (Gutachten [redacted]), VRAG (Violence Risk Appraisal Guide: beide Gutachten), Dittmann-Katalog (UKP, SMV) und FOTRES (Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluationssystem: Gutachten [redacted]).

Die Beurteilungen stimmen im Laufe der Zeit in den wesentlichen Punkten überein. Nämlich, dass

- bei [redacted] bei einer akuten Psychose ohne Behandlung und Monitoring ein hohes Rückfallrisiko für Gewaltdelikte vorliegt. Dabei wurde klar, dass er aufgrund seiner Krankheit in den meisten Lebensbereichen beeinträchtigt ist und auch auf lange Sicht beeinträchtigt bleibt und entsprechende Strukturierung mit Behandlung und Monitoring benötigen wird.
- bei [redacted] unter der Voraussetzung, dass er eng therapeutisch und sozialpädagogisch begleitet wird und ein lückenloses Monitoring und Cannabisabstinenz gewährleistet ist, ein geringes Rückfallrisiko für Gewaltdelikte besteht.
- angesichts des klar strukturierten Behandlungssettings und des engen Monitorings in der UPK das Rückfallrisiko von UPK, SMV und Fachkommission für die gewährten Ausgangsstufen übereinstimmend als gering qualifiziert wurde.

d) Zur Verfahrensführung und den Bewilligungsentscheidungen des SMV

Der SMV ist als Vollzugsbehörde für das übergeordnete Fallmanagement verantwortlich. D.h. er stellt sicher, dass die Massnahme vollzogen wird und trifft dazu alle erforderlichen steuernden Entscheidungen. Dazu gehören insbesondere auch die Entscheidungen über Vollzugslockerungen. Der SMV hat in insgesamt acht Verfügungen Vollzugslockerungen bzw. erweiterte Ausgangsstufen gemäss dem Konzept der UPK bewilligt. Dazu kann festgestellt werden:

- Der Fall [redacted] ist durch den SMV ausführlich und vollständig aktenmässig dokumentiert.
- Die einzelnen Verfügungen sind ausführlich begründet. Der SMV setzte sich jeweils umfassend mit dem Stand der Massnahmenbehandlung von [redacted] und den Berichten der UPK auseinander.
- Sämtliche massgeblichen übergeordneten Vorgaben zur Fallbeurteilung (StGB, Konkordatliche Richtlinien und amtsinterne) wurden jeweils korrekt eingehalten. Auch die amtsinterne Zuständigkeitsregelung in Bezug auf Entscheidungen bei Fällen mit hohem Risiko wurde jederzeit eingehalten.
- Der Fall [redacted] wurde vom SMV nicht in der ROS-Systematik geführt. ROS bedeutet «Risikoorientierter Sanktionenvollzug» und ist eine systematisierte und standardisierte Fallmanagement-Methodik. Die Anwendung dieser Methodik wurde per 1. Januar 2018 für alle Kantone des Nordwest- und Innerschweizerstrafvollzugskonkordat für verbindlich erklärt. Alle neuen Vollzugsfälle – mit Ausnahmen wie z.B. kurze Freiheitsstrafen – sind ab diesem Datum In der ROS-Methodik zu bearbeiten. Der SMV hatte am 18. Februar 2018 den ersten ROS-Schritt «FaST» (Fall-Screening-Tool) auf den Fall von [redacted] angewendet. Dabei wurde der Fall als C-Fall klassifiziert, d.h. es wäre zu klären, ob ein erhöhtes Risiko für erneute Gewaltdelikte besteht. Da der Fall zeitlich deutlich vor dem 1. Januar 2018 aktiv wurde und da die Frage der Rückfallgefahr bei [redacted] bis dahin schon verschiedene Male klar beurteilt und beantwortet wurde, verzichtete der SMV in der Folge darauf, den Fall freiwillig in der ROS-Methodik weiter zu bearbeiten. Dies kann nicht beanstandet werden, da angesichts der umfassend geführten Dokumentation des Falls durch den SMV und der UPK und angesichts der regelmässigen

Berichterstattungen seitens der UPK durch ROS kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn entstanden wäre.

- Der SMV folgte bei seinen Entscheidungen nicht immer vollumfänglich den Anträgen der UPK, welche in zwei Fällen weitere Ausgangsstufen als durch den SMV bewilligt wurden, beantragt hatte. Der SMV wollte immer zunächst sichergestellt sehen, dass die jeweils aktuell bewilligte Ausgangsstufe funktioniert, bevor auf «Vorrat» bereits die nächsthöhere Stufe bewilligt wurde.
- Der SMV hatte die konkordatliche Fachkommission zweimal in die Risikobeurteilung im Zusammenhang mit geplanten Vollzugslockerungen einbezogen. Die entsprechenden Beurteilungen datieren vom 30. Oktober 2017 und 9. Dezember 2020. Die Beurteilung der Fachkommission vom 9. Dezember 2020 deckte alle Lockerungen bis hin zu Tagesurlauben (Stufe 10) ab. Das Vorgehen des SMV entsprach den Vorgaben gemäss Art. 62d in Verbindung mit Art. 75a StGB. Bei der Behandlung schizophrener Patienten ist es stets möglich, dass es zu psychotischen Symptomen und somit zu Krankheitsrückfällen kommen kann. So auch im vorliegenden Fall (vgl. vorne Ziffer 4.1.). Wie dargestellt haben UPK und SMV stets adäquat darauf reagiert. Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass zu keiner Zeit eine Situation entstanden ist, welche eine Pflicht zur erneuten Vorlage des Falles an die Fachkommission gemäss Art. 75a StGB ausgelöst hätte. Ebenso wird klar, dass sich der Vollzug der Massnahme nicht in eine Richtung verändert hatte, welche eine erneute Vorlage an die Fachkommission über die gesetzliche Vorlagepflicht hinaus als opportun hätte erscheinen lassen.

Insgesamt ergibt sich, dass

- Der SMV alle Lockerungsentscheidungen in korrekter Anwendung der geltenden Vorgaben, gestützt auf die vorbestandene und aktuelle Aktenlage und in von den Anträgen der UPK eigenständiger Entscheidungsfindung gefällt hatte.

e) Zum Zusammenspiel SMV – UPK

Der SMV ist die formal verantwortliche Stelle, um Vollzugslockerungen zu entscheiden. Der SMV hat nicht selbst täglich mit Verurteilten direkt zu tun. Er verfügt somit über keine eigenen unmittelbaren Wahrnehmungen über den Stand des Massnahmenverlaufs. Zudem geht es um psychiatrische und medizinische Befunde, für deren abschliessende Interpretation der SMV immer auf Fachpersonen angewiesen ist. Insgesamt ist der SMV hinsichtlich Umfang und Qualität der Informationen stark von der Vollzugseinrichtung und deren Fachpersonen abhängig.

Der Austausch und Informationsfluss wurden vorliegend wie folgt sichergestellt:

- Die Zusammenarbeit von SMV und UPK wird beiderseits als sehr gut bezeichnet, auch wenn der SMV nicht jedem Antrag der Klinik 1:1 entsprochen hatte.
- SMV und UPK führten insgesamt neun gemeinsame Standort- bzw. Vollzugskoordinationssitzungen durch. An diesen Sitzungen waren SMV-seitig die Fallverantwortliche und die zuständigen Vorgesetzten und UPK-seitig eine Vertretung des Behandlungsteam und die zuständigen Vorgesetzten beteiligt. An diesen Sitzungen wurde die Entwicklung und die aktuelle Situation von [redacted] jeweils ausführlich rapportiert und besprochen. Gemeinsam wurden die nächsten möglichen Ziele und Schritte im Vollzug vereinbart und diese auch mit [redacted] besprochen. Diese Absprachen generierten keine Rechtsansprüche, aber waren Grundlage für weitere Entwicklungsschritte. Die Standort- und Koordinationssitzungen wurden protokolliert.
- Die UPK erstellte insgesamt neun ausführliche Vollzugs- und Therapieberichte. In diesen Berichten stellte die Klinik den Massnahmenverlauf und die aktuellen Entwicklungen im Vollzug dar. Auch enthalten die Berichte Risikoeinschätzungen. Diese Berichte waren für den SMV eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der beantragten Ausgangsstufen.

- Darüber hinaus standen SMV und UPK laufend per Telefon und Mail in Kontakt, was entsprechend aktenmässig festgehalten wurde.
- Der SMV war somit meistens über Veränderung zeitnah informiert. Jedoch gilt es anzumerken, dass die UPK nicht jede Rückstufung sofort an den SMV meldete, sondern dies in diesen Fällen erst im Rahmen ihrer ordentlichen Berichterstattung vornahm. Es gilt dazu festzuhalten, dass der SMV im Zeitpunkt seiner Lockerungsentscheidungen immer vollständig über alle relevanten Vorgänge im Vollzug der Massnahme informiert war.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass

- die Zusammenarbeit zwischen SMV und UPK als sehr gut eingeschätzt werden kann. Zu den relevanten Entscheidungszeitpunkten verfügte der SMV über alle notwendigen Informationen. Der gegenseitige Zugang zu den jeweils Verantwortlichen war für beide Seiten jederzeit gewährleistet.

4.3. Zwischenfazit

Im Sinne eines Zwischenfazits lässt sich Folgendes festhalten:

- Die einzelne Ausgangsstufen, d.h. die schrittweise Gewährung grösser Bewegungsmöglichkeiten ausserhalb der geschlossenen Klinikabteilung in der UPK, wurden ausnahmslos alle in korrekter Anwendung der massgeblichen gesetzlichen, konkordatlichen und organisationsinternen (UPK und SMV) Regelungen und Standards bewilligt.
- Die Gewährung der einzelnen Ausgangsstufen erfolgte in professioneller Abwägung aller Entscheidungsgrundlagen. Weder UPK noch SMV liessen sich diesbezüglich in zeitlicher Hinsicht von der begrenzten Massnahmendauer dirigieren, sondern die Gewährung der einzelnen Stufen orientierten sich konsequent an der Entwicklung und den Ressourcen von [redacted]. Die Zusammenarbeit zwischen SMV und UPK kann als sehr gut eingeschätzt werden. Zu den relevanten Entscheidungszeitpunkten verfügte der SMV über alle notwendigen Informationen.
- Die Falldokumentationen bzw. -akten des SMV und auch der UPK sind umfassend und detailliert geführt. D.h. der Fall [redacted] ist aktenmässig sehr gut dokumentiert.
- Die zahlreichen Risikoeinschätzungen in den psychiatrischen Gutachten, den Vollzugs- und Therapieberichten der UPK, in den Beurteilungen der konkordatlichen Fachkommission sowie in den Entscheidungen des SMV machen übereinstimmend deutlich, dass bei [redacted] im Fall einer akuten Psychose ohne Behandlung und Monitoring ein hohes Rückfallrisiko für Gewaltdelikte vorliegt. Aber es wurde daraus auch übereinstimmend klar, dass ein Rückfallrisiko in Bezug auf Öffnungsschritte gering ist, solange [redacted] in einer klaren Struktur eng therapeutisch und sozialpädagogisch begleitet wird und das entsprechende Monitoring sichergestellt ist. Dies war vorliegend stets sichergestellt.
- [redacted] hat sich im Rahmen der Klinik wie auch im Rahmen seines Arbeitsplatzes sowie in seinen Ausgängen und Urlauben mit sehr wenigen marginalen Ausnahmen konstant regelkonform und sozial verträglich verhalten. Insbesondere ist er zu keinem Zeitpunkt gewalttätig aufgefallen. Er hat sich konstruktiv und motiviert seinen Therapien und der Medikation unterzogen und blieb in Bezug auf Cannabis und Alkohol stets abstinent. Es war jedoch stets auch klar, dass er auf einen sehr strukturierten Rahmen mit hohem Kontroll- und Behandlungsbedarf angewiesen ist und bleiben wird. Auf Zustandsveränderungen bzw. bereits bei einem entsprechenden Verdacht wie auch bei kleinsten Regelwidrigkeiten reagierte die UPK stets sofort und konsequent.
- [redacted] hatte bis zum 8. August 2024 bereits über vier Jahre extern an einem geschützten Arbeitsplatz ausserhalb der Klinik gearbeitet und hatte in dieser Zeit in der Regel jede Woche problemlos von Montag mit Freitag täglich selbständig den Arbeitsplatz aufgesucht und war wieder in die Klinik zu-

rückgekehrt. Er konnte sodann bis zum 8. August 2024 in mehr als vier Jahren weit über hundert Ausgänge und zudem ab Dezember 2022 bis zum 8. August 2024 15 Tagesurlaube beziehen. Abgesehen von zwei disziplinarisch erfassten Verspätungen bzw. einer Zweckänderung des Ausgangs hatte [redacted] alle ohne Probleme absolviert.

- [redacted] war in den Tagen vor dem 8. August 2024 und an diesem Tag selbst in keiner Weise auffällig und in guter Stimmung. Seine letzte krankheitsbedingte Auffälligkeit ist für März 2024 dokumentiert. Seither war und blieb er – abgesehen von seinem somatischen Rückenleiden – in Bezug auf seinen psychopathologischen Zustand unauffällig. Der Rückfall kam für die Verantwortlichen der UPK wie aus heiter hellem Himmel – völlig unerwartet.
- Trotz korrekter Bearbeitung des Vollzugsfalls, der umfassenden Dokumentationen und des weitgehend sehr positiven Verhaltens von [redacted] und seiner durchaus positiven Entwicklung bleiben zwei Fragen im Raum: Wie ist die selektive Offenheit von [redacted] in Phasen mit verstärkten Krankheitssymptomen zu verstehen? Welche Bedeutung hat der Wohnort [redacted] als früherer Tatort für das neue Delikt?

5. Forensisch-Psychiatrische Analyse (Auszüge)

Die Hauptfragen zum Anlassdelikt, zum Vollzug der stationären Massnahme und zum Rückfall spielen sich in forensisch-psychiatrischen Aspekten ab. Daher wurde dazu durch Prof. Dr. med. Frank Urbaniok eine ausführliche Unteranalyse erstellt, welche diesen Bericht als Beilage ergänzt. In diesem Kapitel sind die wichtigsten Überlegungen und Feststellungen der Unteranalyse in Auszügen wiedergegeben.

5.1. Problematische Aspekte

Vorbemerkung: Die Ausführungen in dieser Ziffer basieren auf dem Stand vor Vorliegen des psychiatrischen Gutachtens vom 19. März 2025.

Aus der forensisch-psychiatrischen Analyse ergeben sich drei problematische Aspekte:

a) Unscharfer Deliktmechanismus

Im vorliegenden Fall sind die Symptome der Schizophrenie die wesentliche Ursache für die Tötungsdelikte. Unklar ist hingegen, welche Symptome auf welche Weise zu den Tötungsdelikten geführt haben. Diese Unschärfe des Deliktmechanismus ist im Wesentlichen dadurch bedingt, dass [redacted] inkonsistente und sich widersprechende Aussagen zum Tatgeschehen machte. Dabei wurden wechselhaft verschiedene Symptome einer Schizophrenie genannt. Die unterschiedliche Aufzählung von Symptomen machen den Deliktmechanismus nicht präziser. Denn wie diese Symptome konkret zu den Gewalttaten führten und wie zum Beispiel ihre Wechselwirkungen aussahen, bleibt unklar. Die Unschärfe des Deliktmechanismus bedeutet, dass die psychologische Erklärung der Tat, bereits für die früheren Tötungsdelikte nicht klar war. Die dadurch bestehende Unklarheit begleitete den Fall von Anfang an bis zum erneuten Tötungsdelikt 2024. So wurden auch Cannabiskonsum und problematisches Spielverhalten ebenfalls von den Behandlern der UPK als risikorelevante Problembereiche genannt. Der genaue Einfluss beider Elemente auf den Deliktmechanismus blieb aber unbekannt.

Diese Unschärfe kommt verschiedentlich zum Ausdruck. So sagte der Gerichtspräsident am 8. September 2015 bei der Urteilsverkündigung: «Die Tat war offenbar eine Ausgeburt Ihrer Krankheit. Vielleicht sahen Sie in den Opfern Dämonen, die es zu beseitigen galt. Wir werden es leider wohl nie wissen.» Die Unschärfe spiegelt sich auch in der Feststellung der Gutachterin, [redacted] wider, die davon sprach, dass die Schilderungen von Herrn [redacted] «vage» geblieben seien.

Man kann die Ausgangslage mit einer Metapher verdeutlichen. Sie ist vergleichbar mit einer Situation in einem Fussballspiel, bei dem der Spielzug, der zu einem Tor führte, bis zum Strafraum gut sichtbar und klar ist. Wie der Ball dann aber in der Endstrecke vom Strafraum in das Tor gelangte, ist nicht bekannt. Darum bleiben für diese letzte und damit entscheidende Phase der Umsetzung verschiedene Varianten offen, ohne dass der genaue «Mechanismus» geklärt werden könnte. Für den Deliktmechanismus bedeutet diese Unschärfe, dass möglicherweise einige relevante Risikofaktoren nicht bekannt waren.

Es ist insbesondere bei schizophrenen Tätern möglich, dass ein Deliktmechanismus nicht in dem wünschenswerten Konkretisierungs- und Präzisierungsgrad geklärt werden kann. Eine solche Unschärfe hat oft mit Einschränkungen des schizophrenen Täters tun, die auf seine Erkrankung zurückzuführen sind. Ob das im vorliegenden Fall der Grund für die Unschärfe ist, bleibt wie oben dargelegt unklar. Jedenfalls ist die vorliegende Situation der Unschärfe des Deliktmechanismus nicht aussergewöhnlich. Als problematisch ist aber anzusehen, dass die Unschärfe und die damit verbundenen Implikationen und offenen Fragen in den vorliegenden Berichten nicht erwähnt wurden. Es wird zwar während der gesamten Behandlungsdauer zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Zunahme wahnhafter Symptome der Schizo-

phrenie risikoerhöhend ist. Dementsprechend wird – ebenfalls zu Recht – grosser Wert auf die Beobachtung einer entsprechenden Symptomatik, die Sicherstellung der Medikation und ein schnelles Reagieren gelegt (zum Beispiel Ausgangssperre), falls solche Symptome beobachtet werden. Die Unschärfe und die dadurch bestehenden offenen Fragen werden aber an keiner Stelle explizit thematisiert. Das wiederum hat die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht, dass die Frage, ob der Tatort in risikoerhöhender Weise mit dem Wahnsystem von [redacted] verknüpft war, nicht berücksichtigt wurde (vgl. lit. b).

b) Risikorelevanz des Tatorts

Die beschriebene Unschärfe des Deliktmechanismus führt unter anderem auch dazu, dass unklar ist, ob dem Tatort eine spezifische Bedeutung für das Rückfallrisiko zukommt. Für diese Annahme gibt es Hinweise.

Die Tage vor den Gewalttaten 2014 beginnenden Beobachtungen im Vorfeld der Tat konzentrierten sich auf den späteren Tatort. [redacted] selbst sprach davon, noch mehr Personen umbringen zu wollen bzw. zu müssen. Zudem gab es mit dem ersten Opfer einen Konflikt (Waschküche, Brief der Hausverwaltung). [redacted] erklärte klar, dass er mit diesem Opfer gezielt Kontakt aufnehmen wollte, um etwas zu klären. Er machte sich mit dem Tatmesser auf den Weg und hatte Vorbereitungen für die späteren Taten getroffen. Aufgrund der Unschärfe des Deliktmechanismus ist nicht klar, warum [redacted] Opfer wurde und wie sie wahnhaft wahrgenommen und in die wahnhaften Gedanken eingebunden wurde. Schliesslich deuten verschiedene Aussage aus dem den aktuellen Strafverfahren darauf hin, dass es für [redacted] zwischen den Taten 2014 und der Tötung 2024 einen inneren Zusammenhang gibt.

Selbst wenn man von einer denkbaren Risikorelevanz des Tatortes absieht, ist diese fehlende Berücksichtigung auch unter einem anderen Aspekt problematisch. Denn an dem praktisch gleichen Tatort, an dem ein Mensch getötet wurde, könnte es zu Begegnungen mit damaligen Anwohnerinnen und Anwohnern kommen, die Kenntnis von den damaligen Ereignissen hatten. Es könnte zu irritierenden Situationen kommen, wenn solche Personen [redacted] im Umfeld der Liegenschaft sehen oder von seiner Anwesenheit erfahren. Denkbar ist auch, dass bei [redacted] selbst im Kontakt mit dem Tatort Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen an die damalige Tat auftraten und es dadurch psychische Anknüpfungspunkte zum damaligen wahnhaften Erleben geben könnte. Schliesslich sind auf verschiedene Weise Effekte denkbar, die bei einer vulnerablen Person in der einen oder anderen Form zu einer psychischen Destabilisierung oder ungewollten psychischen Prozessen führen können.

Das hat insbesondere im Hinblick auf den zweiten Problembereich Bedeutung. Denn es war nicht gewährleistet, dass [redacted] über solche Dinge dann proaktiv sprechen oder auf Nachfragen Auskunft geben würde. Auch im aktuellen Strafverfahren merkt [redacted] an, dass er über das, was in ihm schon seit einiger Zeit abgelaufen sei, nicht offen kommuniziert habe. Es finden sich in den zur Verfügung gestellten Akten keine Hinweise dafür, dass die hier angesprochene Thematik und die damit verbundenen Implikationen für die Fallkonzeption wahrgenommen und fachlich reflektiert worden wäre. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass Aufenthalte am Nasenweg allein unter dem Aspekt der Besuche und Kontakte zum Vater wahrgenommen wurden.

c) Selektive Offenheit und Kooperation

Es ist bei der Behandlung schizophrener Patienten immer möglich, dass es erneut zu psychotischen Symptomen und damit zu Krankheitsrückfällen kommen kann. [redacted] wurde ausführlich über seine Erkrankung, die Symptome dieser Erkrankung, Risikozeichen und seine Handlungsmöglichkeiten bei negativen Entwicklungen aufgeklärt. In stabilen psychischen Phasen zeigte er sich hier einsichtig und zur Kooperation bereit. Allerdings scheint es vor allem in Phasen mit verstärkten Krankheitssymptomen so gewesen zu sein, dass [redacted] dann seine Vorsätze nicht mehr umsetzen wollte oder nicht umsetzen konnte.

Die therapeutisch verfolgten Ziele, [redacted] für den Umgang mit seiner Erkrankung und sich allenfalls zuspitzenden Symptomen zu sensibilisieren, waren zwar höchst sinnvoll. Wenn es aber so ist, dass diese Ziele

nur in psychisch guten Phasen von [redacted] vertreten werden und sich, sobald Symptome auftreten, eine Verdeckungstendenz mit mangelnder Offenheit und mangelnder Kooperationsbereitschaft zeigt, schränkt das die Belastbarkeit der erarbeiteten Vorsätze markant ein.

Spätestens im Zuge des dritten bekannt gewordenen Krankheitsrückfalls 2021 war klar, dass bei [redacted] nicht mehr davon ausgegangen werden konnte, dass er das Wiederauftreten von risikorelevanten Symptomen proaktiv berichten würde. Im Gegenteil musste spätestens seit 2021 davon ausgegangen werden, dass er Symptome und risikorelevante Entwicklungen verbergen würde. Wie vorangehend dargestellt war das den Behandlern bekannt und wurde auch immer wieder dokumentiert.

Diese Erkenntnis führte dazu, dass die Thematik mit ihm besprochen und das Personal offensichtlich für die Problematik sensibilisiert war. Im konkreten Management mit den Episoden erfolgten unter anderem Rückstufungen von Lockerungen oder Änderungen der Medikation. Das Behandlungsteam kam aufgrund der Problematik auch zu der zutreffenden Schlussfolgerung, dass die Voraussetzungen für eine externe Wohnmöglichkeit nicht gegeben sind. Diese Einschätzung und die getroffenen Massnahmen waren sinnvoll. Zu einem grundsätzlichen Überdenken der Fallkonzeption nach 2021 führte das Bewusstsein über diese Problematik aber nicht. Das ist insofern nachvollziehbar, als eine eingeschränkte Offenheit bei schizophren Patienten nicht selten ist und deshalb zum üblichen Umgang mit einem Teil der Patienten gehört. Das wäre auch in diesem Fall grundsätzlich unproblematisch gewesen, wenn diese Problematik nicht kombiniert mit den beiden anderen Problempunkten aufgetreten wäre.

d) Bedeutung für den Behandlungsverlauf

Es ist die Kombination und die Wechselwirkung der beschriebenen drei problematischen Aspekte, die im vorliegenden Fall als kritisch einzuschätzen ist. Dies würde auch gelten, ohne dass es zu einem Rückfall gekommen wäre.

Da die beschriebene Problematik unzureichend wahrgenommen wurde, konnte sie nicht in die Behandlungsstrategie einfliessen und konnte nicht mit den im Verlauf beobachteten Problemen und Krisen verknüpft werden. Daher führten diese Probleme und Krisen, die ohne diese Verknüpfung als übliche und häufig vorkommende Probleme angesehen wurden, allein nicht zu einem generellen Umdenken. So sind denn auch die in dieser Perspektive gewählten Kriterien nachvollziehbar und sinnvoll. Es wurde auf die grundsätzliche Kooperationsbereitschaft, die langjährige Absprachefähigkeit und Verlässlichkeit von [redacted] verwiesen und vor allem darauf, dass es in all den Jahren nie - auch nicht in Phasen symptomatischer Zuspitzungen - zu Anzeichen für Gewalt gekommen war. Man stützte sich also auf Kriterien, die häufig und üblicherweise zur Beurteilung des Verlaufs aussagekräftig sind.

Das erklärt, warum nach kurzzeitigen Rückstufungen und dem Aussetzen von Ausgängen, die bereits begonnene Lockerungsdynamik wieder aufgenommen und fortgesetzt wurde. Hier ist zu bemerken, dass dies grundsätzlich sinnvoll gewesen wäre, wenn nicht die vorangehend dargestellte Problematik bestanden hätte. Denn es ist üblich und davon auszugehen, dass Behandlungsverläufe nicht linear und ohne Probleme verlaufen. Störungen, Krisen und Symptomzuspitzungen sind übliche Bestandteile erfolgreicher Behandlungen. Sie treten zudem bei zunehmenden Lockerungen, die naturgemäss mit erweiterten Freiräumen und dementsprechend auch mit Belastungen verbunden sind, insbesondere bei sukzessiver Heranführung an grössere Freiheiten häufig im Rahmen sozialer Integrationsprozesse auf. Es wäre nicht sinnvoll, hier jedes Mal abzubrechen und wieder von vorne anzufangen. Die Probleme müssen verstanden und angesprochen werden. Es ist auch so, dass Störungen und Krisen konstruktiv zur Vertiefung von Therapieprozessen oder besseren Risikomanagementstrategien führen können. Es ist also richtig, dass ein einmal eingeschlagener Weg weiterverfolgt wird, solange es nicht neue Erkenntnisse gibt, die zu einem grundsätzlichen Umdenken Anlass geben. Störungen, Krisen und Symptomzuspitzungen sind allein noch kein Anlass für ein solches grundsätzliches Umdenken, sofern dadurch das bisherige Verständnis der Problematik (Deliktmechanismus) oder des Therapiestands nicht essenziell verändert werden. Das war aber aus der Perspektive der Behandler aus nachvollziehbaren Gründen nicht der Fall.

Es kann als eine weitere Schwierigkeit oder Tücke im vorliegenden Fall bezeichnet werden, dass sich das von [redacted] ausgehende Risiko nicht in unmittelbarer Weise in einer Zuspitzung der Symptomatik in Form von Drohungen, Tätlichkeiten oder anderen als aggressiv oder zumindest gespannt einzuschätzenden Reaktionen zeigte. Denn in vielen anderen Fällen ist es so, dass eine Verstärkung der Symptomatik zu auffälligem Verhalten führt, das naturgemäss einfacher zu erkennen ist. Erstaunlich ist allerdings, in welchem Ausmass es [redacted] anscheinend gelingt, Symptome und kritische Entwicklungen zu verbergen. So verhielt sich [redacted] vor dem Rückfall 2024 in der Klinik vollkommen unauffällig.

Angesichts der Tatsache, dass er wenig später das neue Tötungsdelikt verübte, stellen sich folgende Fragen: Ist es denkbar, dass [redacted] unter so massiven Symptomen seiner Schizophrenie gelitten hat, dass er kurze Zeit später ein Tötungsdelikt begeht, es aber gleichzeitig schafft, sich völlig normal und auch in der Kommunikation adäquat zu verhalten? Psychiatrisch auffällig erschien er nach dem Tötungsdelikt. Es stellt sich daher die Frage, ob diese Auffälligkeit nach dem Delikt durch die Symptome der Schizophrenie, die schon seit längerer Zeit bestanden, verursacht waren oder durch die Tatbegehung an sich.

Es ist vermutlich kein Zufall, dass [redacted] das Messer aus der Wohnung seines Vaters nahm, als der Vater abwesend war. Denn es ist unwahrscheinlich, dass es sich um einen Zufall handelte. Wenn es kein Zufall war, dann ist eine Absicht zu vermuten, indem sich [redacted] im Wissen, dass die Wohnung zeitweise nicht bewohnt war, genau in diesem Zeitraum das Messer holte und das Tötungsdelikt verübte. Wie auch schon 2014 wirkt das Vorgehen daher sehr gezielt und geplant. Dieser Ablauf zeigt, wie ausgeprägt [redacted] in der Lage ist, seine Gedanken und Symptome zu verbergen und eine unauffällige Fassade und damit eine doppelte Buchführung aufrechtzuerhalten. Wenn man sich die starke Diskrepanz zwischen seinem unauffälligen Verhalten noch kurz vor dem Tötungsdelikt und den später angegebenen Symptomen vergegenwärtigt, drängt sich die schon voran gehend erwähnte Frage auf, ob tatsächlich ausschliesslich Symptome der Schizophrenie für die ausgeprägte Gewaltbereitschaft ursächlich sind oder ob es nicht zusätzlich begleitend oder kombiniert damit andere psychische Gegebenheiten gibt (verborgene Fantasien, eine persönlichkeitsbedingte - und nur selten aktivierte - Affinität für tötungsnahe Handlungen).

5.2. Erkenntnisse aus dem psychiatrischen Gutachten vom 19. März 2025

Das Gutachten vom 19. März 2025 schliesst eine entscheidende Lücke. Die im Rahmen der Begutachtung von [redacted] gemachten Äusserungen präzisieren den zuvor unklaren Deliktmechanismus. [redacted] schilderte eine mehr oder minder stark ausgeprägte aber vermutlich kontinuierlich vorhandene Nebenrealität. Diese ist ein systemartiges vielgestaltiges wahnhaftes Erleben, das unter anderem von Halluzinationen, Verkennungen, wahnhaftem Bedeutungserleben und wahnhaften Verknüpfungen geprägt ist. Eine Besonderheit ist, dass in diese Nebenrealität in ausgeprägter Weise Elemente aus dem Fantasy- und Spielebereich eingearbeitet sind. Auffällig dabei ist, sind die märchenhaft wirkenden und mit vielen Figuren und Erlebnissen ausgestalteten Wahrnehmungen, die über Jahre dauernde kontinuierliche Existenz dieser Nebenrealität und die ausserordentliche Fähigkeit von [redacted], anderen Personen nur punktuell oder gar nicht Einblick in diese geheime Innenwelt zu geben.

Es wird deutlich, dass es **eine von erkennbar krisenhaft zugespitzten Symptomen unabhängige Nebenrealität gegeben hat und gibt.** Bereits die Delikte von 2014 waren eine direkte Folge des wahnhaften Narrativs. Es ging um eine Art magische Verknüpfung wahnhafter Inhalte. Aus der daraus entstehenden Logik speiste sich die Motivation, gezielt Personen umzubringen, weil damit ein Auftrag erfüllt bzw. eine Lösung eines in der wahnhaften Logik bestehenden Konflikts gewährleistet werden sollte. Das erklärt das gezielte und geplante Vorgehen von [redacted]. Die Delikte von 2014 und das Delikt von 2024 hängen somit zusammen, d.h. **in der beschriebenen Nebenrealität existierte ein konstant vorhandenes Fortsetzungsmotiv.** Dieses hatte sich angedeutet in der Äusserung von [redacted] angedeutet, wonach er noch nicht genügend Menschen getötet habe. Dies wiederholte [redacted] im Rahmen der neuen Begutachtung und präzisierte, er habe 2014 die falsche Person umgebracht. Daher sei ihm klar gewesen, dass er die-

sen Fehler korrigieren müsse. Er habe lediglich auf eine günstige Gelegenheit gewartet. Aufgrund des Fortsetzungsmotivs wird auch deutlich, dass die Risikorelevanz des Tatorts von 2014 kontinuierlich fortbestand.

Der Deliktmechanismus, welcher der Behandlung in der UPK zugrunde lag, könnte so formuliert werden: Die Gewaltdelikte 2014 waren durch eine akute psychotische Krise mit entsprechenden Symptomen verursacht. In der Folge achtete man darauf, erneute psychische Krisen zu verhindern und deren Auftreten frühzeitig zu erkennen und risikomindernd einzugreifen. Der Deliktmechanismus entspricht einem Phasenmodell. Die Gefahr ist bei einer aktuellen psychotischen Phase hoch. Sie ist ausserhalb einer solchen Phase gering. Nun wurde klar, dass der Deliktmechanismus nicht zwingend an eine Phase mit einer akuten Symptomatik gebunden ist. Der Deliktmechanismus basiert auf einer vermutlich kontinuierlich vorhandenen Nebenrealität, die von [redacted] weitgehend abgeschottet und von der Realität getrennt wurde.

5.3. Zur Behandlungs- und Dokumentationsqualität

a) Schwachpunkte

Die beschriebene Problematik wurde unzureichend wahrgenommen und konnte nicht in die Behandlungsstrategie einfliessen. Das Gutachten vom 19. März 2025 spricht im Zusammenhang mit den Erkenntnissen zum Deliktmechanismus von einem Beurteilungsfehler der mit [redacted] befassten Personen. Der Beurteilungsfehler beruhte auf der verfolgten Fallkonzeption. Diese Konzeption und der ihr zugrundeliegende Deliktmechanismus waren unzutreffend. Die UPK war sich unzureichend bewusst bzw. diskutierte nicht explizit, dass der seit 2014 zugrundeliegende Deliktmechanismus unscharf und daher möglicherweise unvollständig war. Die jetzt verifizierte Alternativhypothese, die zu einem Fortsetzungsmotiv führte, wurde daher nicht in die Behandlungsplanung einbezogen. In der Folge der Unschärfe des Deliktmechanismus wurde auch die mögliche Relevanz des Tatorts nicht berücksichtigt. Immerhin gab es in den Aussagen von [redacted] im Verfahren von 2014 einen Hinweis darauf, wonach er an diesem Tatort noch nicht genügend Menschen umgebracht habe. Auch das von der Mutter von [redacted] im Rahmen dieser Untersuchung eingebrachte Tagebuch aus der Zeit vor 2014 stellt eine relevante Informationsquelle über die Innenwelt von [redacted] und über anscheinend über einen längeren Zeitraum bestehenden Symptome dar. Aber dieses lag der Klink nicht vor. Ob das Tagebuch seitens der Mutter gegenüber der Klinik angeboten von dieser aber abgelehnt wurde und oder ob, wie die Klinik festhält, ihr das Tagebuch nicht angeboten worden sei, lässt sich vorliegend nicht klären.

b) Bewertung

Es handelt sich vor allem im Hinblick auf die Unschärfe des Deliktmechanismus und der möglichen Risikorelevanz des Tatorts um Versäumnisse, die einen optimalen Umgang mit dem Fall verhindert haben. Die Beurteilung der Behandlung darf aber nicht durch das Wissen um den Rückfall beeinflusst werden. Es muss die Erkenntnis zu Grunde gelegt werden, die den Fachpersonen vor dem Rückfall zugänglich waren. Die Bewertung muss die in der Praxis üblichen Vorgehensweisen und Standards berücksichtigen und kann sich daher nicht am fatalen und folgenschweren Ausgang orientieren. Der Klinik fehlten die Informationen, die jetzt im neuen Gutachten zur Verfügung stehen. Es kann daher nicht kritisiert werden, dass die Klinik den jetzt erkennbaren Deliktmechanismus nicht gesichert festgestellt hat.

Es könnte der Eindruck entstehen, dass der Umgang mit [redacted] in der UPK vor allem durch Probleme in der Einschätzung und der Behandlung gekennzeichnet war. Dieser Eindruck wäre falsch. Der Fall wurde ausführlich dargestellt und die Problematik im Zusammenhang mit der Schizophrenie zutreffend erfasst. Die Einschätzungen und Behandlungen sind gesamthaft fachlich nachvollziehbar und von guter Qualität. Der Prozess zunehmender Öffnungen wurde sorgfältig über viele Jahre gestaltet. Auch ist in den formalisierten Entscheidungsprozessen und den Verlaufsdokumentationen ein hoher Standard erkennbar. Das

Vorgehen im vorliegenden Fall wäre bei vielen vergleichbaren und gut geführten Institutionen genauso gewesen. Es handelt sich im Vergleich zur gegenwärtigen Praxis und den Standards gut geführter psychiatrischer Einrichtungen um eine naheliegende Vorgehensweise. Dass die Problempunkte im Rahmen der Fokussierung auf die Schizophrenie und ihre Symptome in den dafür üblichen Behandlungs- und Entscheidungsabläufen nicht angemessen in die Beurteilung und das Fallmanagement eingeflossen sind, hätte auch in anderen, gut geführten Institutionen in gleicher Weise geschehen können. Das ist sogar wahrscheinlicher als das Gegenteil. Es hätte vorliegend besonders günstiger Bedingungen bedurft, dass die dargestellten Problempunkte erkannt und umfassend in die Fallkonzeption eingegangen wären.

Die Hauptproblematik dafür, dass es zu diesem schweren und tragischen Rückfall kam, hat vor allem mit den ungewöhnlichen Merkmalen und Schwierigkeiten des Falles selbst zu tun:

- [redacted] hat eine ausserordentliche Fähigkeit, Symptome und risikorelevante Entwicklungen zu verbergen.
- Die vorliegenden Risiken korrelieren nicht mit Beobachtungen, die im Alltag gemacht werden können
- Die Gefährlichkeit schlummerte gewissermassen zehn Jahre und bildete sich im langjährigen sorgfältig gestalten Lockerungsprozess nicht ab.
- Üblicherweise ist bei einem schizophrenen Täter davon auszugehen, dass langjährige sukzessive, gut beobachtete und langsam über einen langen Zeitraum erweiterte Freiräume, in denen es nicht zu sichtbaren Auffälligkeiten gekommen ist, eine solide Basis für die Fortsetzung eines Lockerungsprozesses darstellen.
- So wurde von den Fachpersonen auch zutreffend darauf hingewiesen, dass es auch in Zeiten verstärkter psychotischer Symptome zu keinem Zeitpunkt Drohungen, Tätlichkeiten oder anderweitig nur aggressives Verhalten von Herrn [redacted] beobachtbar waren.

Diese Art von Rückfall hätte sich bei dieser ungewöhnlichen Fallkonstellation nur schwer verhindern lassen. Dies gilt auch, wenn die mit den Problempunkten verbundenen Überlegungen umfassend in die Fallkonzeption eingeflossen wären. Denn selbst wenn die vorangehend ausführlich dargestellten Probleme in den Behandlungsprozess und die Fallkonzeption eingeflossen wären, ist damit nicht gesagt, dass dieser Rückfall hätte verhindert werden können. Die Risiken waren schwer zu erkennen, weil sie sich in den üblichen Prozessen und Beobachtungsräumen nicht durch aussagekräftige Auffälligkeiten abbildeten. Es handelt sich um einen Fall, bei dem ein grosses Risiko bestand, dass die entscheidenden Aspekte seiner Gefährlichkeit unter dem Radar der üblichen Standards und Vorgehensweisen bleiben. Insgesamt handelt es sich nicht um ein erhebliches fachliches Fehlverhalten.

Ein für eine Behandlungseinrichtung tückischer Fall ist im Hinblick auf die dargestellten Problempunkte nicht optimal geführt worden. Es haben sich in dieser Analyse jedenfalls keine systematischen Schwachstellen ergeben. Weitere Konsequenzen ergeben sich aus fachlicher Sicht bei einer grundsätzlich intakten und auf einem guten Qualitätsniveau arbeitenden Klinik aus diesem tragischen Fall aus fachlicher Sicht daher nicht.

6. Fazit und Empfehlungen

6.1. Fazit

Das erneute Tötungsdelikt vom 8. August 2024 – fast eine Kopie des ersten Mords vom 3. November 2014 – macht deutlich, dass fast zehn Jahre Bemühungen im Massnahmenvollzug gescheitert sind. Die wesentliche, im Raum stehende Frage ist, ob dieses erneute massive deliktische Verhalten von [redacted] durch UPK und/oder SMV hätte vorausgesehen und somit verhindert werden können.

Der Fall von [redacted] ist insgesamt als überdurchschnittlich schwieriger und tückischer Fall zu bezeichnen. Tückisch deshalb, weil er problematische Aspekte enthält, die für eine Behandlungseinrichtung nicht leicht erkennbar und für eine Vollzugsbehörde kaum erkennbar und überdies in ihrer Kombination und Wechselwirkung sehr schwierig einzuordnen sind.

Die problematischen Aspekte sind:

- Der unscharfe Deliktmechanismus;
- Die Risikorelevanz des Tatorts;
- Die selektive Offenheit und Kooperation seitens [redacted].

Dazu Folgendes:

- Der Fall wurde in der UPK sowie im SMV ausführlich dargestellt und die Problematik im Zusammenhang mit der Schizophrenie durch Gutachterinnen und Klinik zutreffend erfasst. Auch ist in den formalisierten Entscheidungsprozessen und den Verlaufsdokumentationen ein hoher Standard erkennbar. Die einzelnen Ausgangsstufen wurden ausnahmslos alle in korrekter Anwendung der massgeblichen gesetzlichen, konkordatlichen und organisationsinternen (UPK und SMV) Regelungen und Standards bewilligt. Die Zusammenarbeit zwischen SMV und UPK ist professionell und vorliegend war sie intensiv.
- Der Prozess zunehmender Öffnungen wurde durch die UPK wie durch den SMV sorgfältig über die Jahre gestaltet. Bei erkannten Veränderungen wurde jeweils schnell und konsequent reagiert. Die drei Problemthemen können nicht die Gesamteinschätzung relativieren, dass die Behandlung und der Umgang mit [redacted] in den zentralen Punkten den geltenden Standards und der üblichen Praxis folgten.
- Die Behandlung von [redacted] beruhte auf der Konzeption, dass die Delikte 2014 durch eine akute psychotische Krise mit entsprechenden Symptomen verursacht wurde. In der Folge wurde darauf geachtet, erneute psychische Krisen frühzeitig zu erkennen, zu verhindern und risikomindernd einzugreifen. Es wurde gestützt auf die Begutachtungen 2015 und 2020 sowie auf die klinikeigene Diagnostik davon ausgegangen, dass der Deliktmechanismus auf einem Phasenmodell beruht: bei einer aktuellen psychotischen Phase ist die Rückfallgefahr hoch, ausserhalb gering. Es ist nachvollziehbar, dass die Symptome der diagnostizierten Schizophrenie als wesentliche Ursachen für die Delikte 2014 betrachtet wurden und die Behandlung darauf ausgerichtet wurde. Dennoch blieb unklar, weshalb [redacted] das erste Todesopfer wurde, ob eine spezifische, wahnhafte Motivation bestand, das Tötungsdelikt am Nasenweg zu begehen und ob ein Fortsetzungsmotiv bestand.
- Das Gutachten vom 19. März 2025 präzisiert den zuvor unklaren Deliktmechanismus. Es wird deutlich, dass es eine von erkennbar krisenhaft zugespitzten Symptomen unabhängige Nebenrealität geben hat und gibt. In dieser Nebenrealität existierte ein konstant vorhandenes Fortsetzungsmotiv. Damit wurde klar, dass der Deliktmechanismus nicht zwingend an eine Phase mit einer akuten

Symptomatik gebunden ist. Der Deliktmechanismus basiert auf einer vermutlich kontinuierlich vorhandenen Nebenrealität, die von [redacted] weitgehend abgeschottet und von der Realität getrennt wurde.

- Das Gutachten vom 19. März 2025 spricht im Zusammenhang mit den Erkenntnissen zum Deliktmechanismus von einem Beurteilungsfehler der mit [redacted] befassten Personen. Der Beurteilungsfehler beruhte auf der verfolgten Fallkonzeption. Diese Konzeption und die ihr zugrundeliegende Deliktmechanismus waren unzutreffend. Die UPK war sich unzureichend bewusst bzw. diskutierte nicht explizit, dass der seit 2014 zugrundeliegende Deliktmechanismus unscharf und daher möglicherweise unvollständig war. Die Alternativhypothese, die zu einem Fortsetzungsmotiv führte, wurde daher nicht in die Behandlungsplanung einbezogen. In der Folge der Unschärfe des Deliktmechanismus wurde auch die mögliche Relevanz des Tatorts nicht berücksichtigt. Es handelt sich vor allem im Hinblick auf die Unschärfe des Deliktmechanismus und der möglichen Risikorelevanz des Tatorts um Versäumnisse, die einen optimalen Umgang mit dem Fall verhindert haben.

Hätte die UPK die problematischen Aspekte erkennen müssen?

- Streng genommen wäre es nicht unmöglich gewesen, auf die beschriebenen Problempunkte aufmerksam zu werden. Es gab im Strafverfahren der Delikte 2014 einige wenige Anhaltspunkte, welche Anlass hätten sein können, die verfolgte Fallkonzeption zu diskutieren. Das vorne erwähnte Tagebuch hätte ein weiteres relevantes Element sein können. Es kann aber nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass die Berücksichtigung der Hinweise aus dem früheren Strafverfahren und auch das Tagebuch mit Sicherheit zu einer relevanten Änderung im Umgang mit [redacted] geführt und damit den Massnahmenverlauf verändert hätten. Die Beurteilung der Behandlungskonzeption darf nicht durch das Wissen um den Rückfall beeinflusst werden. Es muss die Erkenntnis zu Grunde gelegt werden, die den Fachpersonen vor dem Rückfall zugänglich waren. Der Klinik fehlten die Informationen, die jetzt aufgrund des neuen Delikts und im neuen Gutachten zur Verfügung stehen. Es kann daher nicht kritisiert werden, dass die Klinik den jetzt erkennbaren Deliktmechanismus nicht gesichert festgestellt hat.
- In Berücksichtigung des Informationsstands der UPK sind die Einschätzungen und Behandlungen gesamthaft fachlich nachvollziehbar und von guter Qualität. Der Prozess zunehmender Öffnungen wurde sorgfältig über viele Jahre gestaltet. Auch ist in den formalisierten Entscheidungsprozessen und den Verlaufsdokumentationen ein hoher Standard erkennbar. Das Vorgehen im vorliegenden Fall wäre bei vielen vergleichbaren und gut geführten Institutionen genauso gewesen. Es handelt sich im Vergleich zur gegenwärtigen Praxis und den Standards gut geführter psychiatrischer Einrichtungen um eine naheliegende Vorgehensweise. Dass die Problempunkte im Rahmen der Fokussierung auf die Schizophrenie und ihre Symptome in den dafür üblichen Behandlungs- und Entscheidungsabläufen nicht angemessen in die Beurteilung und das Fallmanagement eingeflossen sind, hätte auch in anderen, gut geführten Institutionen in gleicher Weise geschehen können.
- Die Problematiken dieses Falls waren schwer zu erkennen, weil sie sich in den üblichen Prozessen und Beobachtungsräumen nicht durch aussagekräftige Auffälligkeiten abbildeten. Es handelt sich um einen Fall, bei dem ein grosses Risiko bestand, dass die entscheidenden Aspekte seiner Gefährlichkeit unter dem Radar der üblichen Standards und Vorgehensweisen bleiben. Die Tücke der letztlich deliktrelevanten Nebenrealität bestand in ihrer sehr schwierigen Erkennbarkeit. Letztlich wurde dies nur möglich, indem [redacted] im Rahmen seiner neuen Begutachtung erstmals klarer hinter diese Kulisse blicken liess. Insgesamt handelt es sich daher nicht um ein erhebliches fachliches Fehlverhalten.

Hätte der SMV die problematischen Aspekte erkennen können?

- Nein. Bei den geschilderten Problempunkten handelt es sich um inhaltliche Feinheiten der psychiatrischen Fachdisziplin, die ausserhalb dessen sind, was eine Vollzugsbehörde feststellen kann. Einzig die Frage der Relevanz des Tatorts hätte aufkommen können. Der SMV hatte erst im Zusammenhang mit dem Programm des ersten unbegleiteten Tagesurlaubs Ende Dezember 2022 aktenkundig Kenntnis davon, dass [redacted] zu seinem Vater nach Hause und somit an einen der Tatorte von

2014 geht. Aber selbst bei einer Beachtung dieses Aspekts durch den SMV ist davon auszugehen, dass dies auf den Verlauf der Massnahme und der Ausgänge kaum einen wesentlichen Einfluss gehabt hätte, da [redacted] im Rahmen seiner Ausgänge schon seit November 2020 regelmässig und ohne Auffälligkeiten seinen Vater besucht hatte.

Hätte der Rückfall verhindert werden können?
Die Hauptproblematik dafür, dass es zu diesem schweren und tragischen Rückfall kam, hat vor allem mit den ungewöhnlichen Merkmalen und Schwierigkeiten des Falles selbst zu tun:

- [redacted] hat eine ausserordentliche Fähigkeit, Symptome und risikorelevante Entwicklungen zu verbergen.
- Die vorliegenden Risiken korrelieren nicht mit Beobachtungen, die im Alltag gemacht werden können
- Die Gefährlichkeit schlummerte gewissermassen zehn Jahre und bildete sich im langjährigen sorgfältig gestalten Lockerungsprozess nicht ab.
- Üblicherweise ist bei einem schizophrenen Täter davon auszugehen, dass langjährige sukzessive, gut beobachtete und langsam über einen langen Zeitraum erweiterte Freiräume, in denen es nicht zu sichtbaren Auffälligkeiten gekommen ist, eine solide Basis für die Fortsetzung eines Lockerungsprozesses darstellen.
- So wurde von den Fachpersonen auch zutreffend darauf hingewiesen, dass es auch in Zeiten verstärkter psychotischer Symptome zu keinem Zeitpunkt Drohungen, Tätlichkeiten oder anderweitig nur aggressives Verhalten von Herrn [redacted] beobachtbar waren.

Es gilt zusammenfassend festzustellen, dass der Rückfall vom 8. August 2024 bei einem Täter wie [redacted] und den bei ihm vorliegenden Merkmalen nur schwer zu verhindern war.

Es haben sich darüber hinaus insgesamt weder in Bezug auf die UPK noch in Bezug auf den SMV systematische Schwachstellen ergeben.

6.2. Empfehlungen

Fälle, wie der vorliegende, führen in der Regel dazu, dass die Regulierungsdichte erhöht wird, Verfahrensabläufe präziser beschrieben werden, Kontrollmechanismen ausgebaut werden, die Berichtserstattung und Informationsweitergabe in Umfang und Kadenz erhöht werden oder gar neue Gremien und Kommissionen geschaffen werden. Auch in diesem Fall könnte man z.B. den Informationstransfer betreffend Ausgänge von UPK zu SMV generell nochmals erhöhen oder es könnten Vorgaben zu Ausgangs- und Urlaubsorten formuliert werden. Von solchen Schritten wird abgeraten. Die dargestellten Problemthemen bekommt man durch zusätzliche Formalien und/oder Einbezugsschlaufen von externen Gremien oder durch andere Regulierungen nicht in den Griff – eher im Gegenteil: mehr vom Selben erhöht die Gefahr, dass die Sicht auf die vorliegenden Schwierigkeiten eher mehr verstellt wird.

Weder UPK noch der SMV «leiden» an einer Unterregulierung. Im vorliegenden Fall ist nicht die geringe Regulierungsdichte oder gar die Verletzung von Normen und anderen Vorgaben ein Problem. Im Gegenteil alles wurde formal korrekt gemacht. Vorliegend zeigt sich eher das Gegenteil: Der Straf- und Massnahmenvollzug hat generell ein hohes Niveau an Bürokratisierung erreicht. Vieles muss – durchaus richtigerweise – aktenmässig (ab)gesichert werden. Aber das führt auch dazu, dass Berichte, Stellungnahmen und Verfügungen viele Redundanzen enthalten. Das ist mit der Gefahr verbunden, dass man vor lauter dicht geregelten Abläufen, Formalien und hohem Begründungsbedarf keine Luft mehr hat, sich gedanklich etwas zu lösen und «out off the box» den Fall zu betrachten.

In diesem Sinne wird empfohlen:

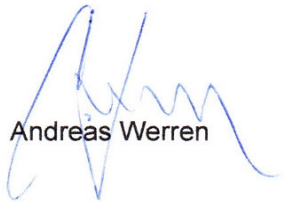
➢ Dieser Fall ist als solitärer Fall zu betrachten. Es braucht keine generellen Regulierungsmassnahmen – solche könnten sogar kontraproduktiv sein.

- Der Fall sollte UPK-intern und SMV-intern genutzt werden, um zu überlegen, wie man auf allfällige blinde Flecken – die gerade auch durch eine hohe Regulierungsdichte entstehen können – aufmerksam werden und sie in die Fallkonzeption einbauen kann.

UPK und SMV arbeiten beide auf einem guten Qualitätsniveau. Weitere Konsequenzen ergeben sich aus der vorliegenden Analyse daher aus diesem tragischen Fall nicht.

Winterthur, 9. Mai 2025

Der Auftragnehmer:



Wollerau, 9. Mai 2025

Der Unterauftragnehmer:



Prof. Dr. med. Frank Urbaniok

Prof. Dr. med. Frank Urbaniok

Forensisch-Psychiatrische Analyse

(Unterauftrag der Untersuchung des Tötungsdelikts vom 8. August 2024)

1 Ausgangslage 3

1.1 Schizophrene Straftäter 4

2 Problematische Aspekte 9

2.1 Unscharfer Deliktmechanismus 9

2.1.1 Auszüge aus den Akten zum Tat– und Aussageverhalten 11
2.1.2 Standortberichte 18
2.1.3 Übersicht der in den Standortberichten dargestellten Symptomatik 21
2.1.4 Folgen der Unschärfe des Deliktmechanismus 24

2.2 Risikorelevanz des Tatorts 27

2.3 Selektive Offenheit und Kooperation 31

2.3.1 Krankheitsrückfälle 2017 und 2018 31
2.3.2 Rückfall 2021 35
2.3.3 Krankheitsrückfall 2023 38
2.3.4 Einordnung der Selektiven Offenheit und Kooperation 40

2.4 Erneutes Tötungsdelikt vom 08.08.2024 44

2.4.1 Einvernahme der Staatsanwaltschaft Basel 48
2.4.2 Verlaufseintrage UPK Basel 57
2.4.3 Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 58

3 Beurteilung ohne Zusatzinformationen 60

3.1 Unscharfer Deliktmechanismus und Risikorelevanz des Tatorts 60

3.2 Bedeutung der Probleme für den Behandlungsverlauf 65

3.3 Einordnung der Probleme 69

3.4 Psychiatrische Gutachten 71

3.5 Behandlungsqualität 75

3.6 Dokumentation 75

4 Gutachten von Prof. [redacted] vom 19.03.2025 77

4.1 Aus der Einleitung 77

4.2 Wahrnehmungen von [redacted] 79

4.3 Angaben zum Delikt 80

4.4 Zum Massnahmenverlauf 86

4.5 Zum Wahn 88

4.6 Verlauf der schizophrenen Erkrankung 89

Prof. Dr. med. Frank Urbaniok | Schwerzistrasse 4 | CH-8807 Freienbach
Affiliation: Universitäten D-Konstanz & CH-Zürich
praxis.urbaniok@gmail.com | www.frankurbaniok.com

4.7 Delikte 2014 ____ 90
4.8 Rückfall 2024 ____ 91
4.9 Bewertung der Delikte ____ 93
4.10 Mangelnde Offenheit ____ 95
4.11 Medikation ____ 96
4.12 Aus der Fragenbeantwortung ____ 97
4.13 Einordnung des Gutachtens von [redacted] ____ 100
4.14 Stellungnahme zur Behandlungsqualität ____ 104
4.15 Zusammenfassung ____ 106
5 Äusserungen von [redacted] und Stellungnahme der Klinik ____ 107
5.1 Borreliose ____ 112
5.2 Tagebuch ____ 113
5.3 Gestörte Kommunikation ____ 114
5.4 Zusammenfassung ____ 114
6 Zusammenfassung und Fazit ____ 116
6.1 Welche Probleme haben sich gezeigt? ____ 116
6.2 Welchen Einfluss hatte die Problematik auf den Behandlungsverlauf ____ 118
6.3 Wie sind die im Bericht dargestellten Schwachpunkte aus fachlicher Sicht zu bewerten? ____ 119
6.4 Hätte sich der Rückfall verhindern lassen? ____ 120
6.5 Haben sich bei meiner Untersuchung generelle Qualitätsprobleme in der UPK gezeigt? ____ 122
6.6 Hätte eine Verwahrung angeordnet werden sollen? ____ 122
6.7 Wie ist Gutachten von [redacted] für die hier zu bearbeitenden Fragestellungen einzuordnen? ____ 123
6.8 Wie sind die Aussagen der Mutter, [redacted] einzuordnen? ____ 124
6.9 Braucht es Massnahmen? ____ 126

1 Ausgangslage

Ein entscheidender Fokus im vorliegenden Fall kommt bereits durch eine Aussage im Gerichtsverfahren im Jahr 2015 zum Ausdruck. So sagte der damalige Gerichtspräsident, [redacted] laut Medienberichten bei der Urteilsverkündigung: «Die Tat war offenbar eine Ausgeburt Ihrer Krankheit. Vielleicht sahen Sie in den Opfern Dämonen, die es zu beseitigen galt. Wir werden es leider wohl nie wissen.»[1] Diese Aussage betrifft den Deliktmechanismus für die Gewalttaten im Jahr 2014.[2]

Der Deliktmechanismus (= psychologische Erklärung der Tat) ist das Verbindungsglied zwischen den risikorelevanten Persönlichkeitsmerkmalen und den Merkmalen des Tatmusters. Er erklärt, in welcher Weise Persönlichkeitsmerkmale bzw. Symptome zum Deliktverhalten führen. Denn wenn Person eine Straftat begeht, dann muss es zwischen den Gedanken, den Gefühlen und den Wahrnehmungen dieser Person und der Tat eine Verbindung und damit einen Zusammenhang geben. Dieser Zusammenhang ist der Deliktmechanismus bzw. die psychologische Erklärung der Tat.

Der Deliktmechanismus ist damit die Basis für das Verständnis des Deliktverhaltens und damit gleichzeitig die Grundlage für die Risikobeurteilung, für eine Therapie und für die Überwachung der Risikofaktoren.

Die Unschärfe des Deliktmechanismus bedeutet, dass die psychologische Erklärung der Tat, bereits bei den früheren Tötungsdelikten nicht klar war. Es war zwar durchaus plausibel anzunehmen, dass Symptome der diagnostizierten Schizophrenie und der seinerzeitige Drogenkonsum ursächlich für die Tötungsdelikte waren. Aber einerseits war nicht klar, wie das Zusammenspiel des Drogenkonsums und der schizophrenen Symptomatik war, die dann zum Tötungsdelikt führte und andererseits welche Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen in welcher Weise konkret das psychologische Motiv für die Tötungsdelikte bildeten. Wie später noch dargelegt werden wird, waren die Aussagen von [redacted] dazu widersprüchlich und diffus.
Die dadurch bestehende Unklarheit begleitete den Fall bis zum erneuten Tötungsdelikt 2024.

---

[1] Andreas Maurer, Aargauer Zeitung: Das Geheimnis des Basler Doppelmörders. 17.08.2024

[2] Anmerkung: Weigehend synonym werden hier auch Begriff wie Deliktdynamik oder Delikthypothese verwendet.

In nachvollziehbarer Weise orientierte sich der gesamte Massnahmenverlauf an dem, was als durchaus plausible Annahme naheliegt. Die Anlassdelikte und damit die Gefährlichkeit hängen mit den Symptomen der diagnostizierten Schizophrenie - vielleicht zusätzlich begünstigt durch eine Drogenproblematik und/oder eine problematisches Spielverhalten - von [redacted] zusammen. Folgerichtig konzentrierte man sich darauf, die Schizophrenie vor allem medikamentös zu behandeln, [redacted] für seine Erkrankungen und deren Symptome zu sensibilisieren, vielfältige sozialpsychologische Defizite zu kompensieren sowie auf Drogenabstinenz zu achten und diese zu kontrollieren. In diesem Sinne wurde u.a. darauf geachtet, ob es zu einer Zunahme der Symptomatik kam, ob die Medikamente zuverlässig eingenommen wurden, ob [redacted] die notwendige Drogenabstinenz einhielt und ein adäquates Sozialverhalten auch im Hinblick auf sein problematisches Spielverhalten pflegte. Im Weiteren achtete man auf damit zusammenhängende indirekte Implikationen wie Absprachefähigkeit, Kontaktverhalten, Zuverlässigkeit etc. Das gewählte Vorgehen ist nachvollziehbar und grundsätzlich auch erfolgversprechend. Gleichzeitig gab es in dem Fall von Anfang an die beschriebene Unklarheit und damit eine Hypothek, die nie beseitigt werden konnte. Erschwerend kam hinzu, dass diese Unklarheit kombiniert bzw. in Wechselwirkung mit zwei weiteren später noch dargelegten Problemen auftrat. Es stellt sich daher die Frage, wie der Fall und der zu beurteilende Massnahmenverlauf vor diesem Hintergrund einzuschätzen sind. Um dies zu beantworten, ist es sinnvoll, zunächst einige grundsätzliche Themen darzustellen, die mit der hier beschriebenen Ausgangslage zusammenhängen.

1.1 Schizophrene Straftäter

Psychiatrische Erkrankungen und Gefährlichkeit sind zwei verschiedene Phänomene. Die grosse Mehrheit der Straftäter ist nicht psychiatrisch krank. Selbst bei denjenigen, die eine psychiatrische Diagnose gemäss den allgemeinpsychiatrischen Diagnosesystemen (ICD oder DSM) haben, hat diese psychiatrische Diagnose in den meisten Fällen nichts mit der Straftat und dem Rückfallrisiko zu tun.
Anders sieht es bei Straftätern aus, die an einer klassischen, sehr schweren psychiatrischen Krankheit leiden, durch die ihre Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen sehr stark beeinflusst werden. Es gibt nur wenige psychiatrische

Erkrankungen, bei denen das so der Fall ist. Die Schizophrenie zählt in der Regel dazu.
Umgekehrt ist es so, dass viele schizophrene Menschen nicht gefährlich sind und keine Straftaten begehen. Richtig ist aber auch, dass die Schizophrenie eine Erkrankung ist, die zu einer erhöhten Gefährlichkeit führen kann. Kann bedeutet: Die meisten Schizophrenen sind nicht gefährlich und begehen keine Straftaten. Kann bedeutet auch, es müssen zur Schizophrenie bestimmte Faktoren hinzukommen oder die Schizophrenie muss eine spezielle Ausprägung haben, damit es zu Straftaten kommt.
Insgesamt bewegt man sich mit dem vorliegenden Fall in einem speziellen Segment von Straftaten. Der schizophrene Straftäter ist einerseits nicht die Regel, sondern die Ausnahme und andererseits ist der Umgang mit einem schizophrenen Straftäter meist ein anderer als der Umgang mit der Mehrheit von Straftätern. Denn bei den meisten schizophrenen Straftätern spielen medikamentöse Behandlungen eine grosse Rolle. Die Behandlungen finden in klassischen psychiatrischen Settings in der Regel mit einer forensisch psychiatrischen Spezialisierung statt. Diese Einordnung ist deswegen bedeutsam, weil der schizophrene Straftäter und der Umgang mit ihm damit ein Sonderfall darstellt. Er ist keine Rarität, er ist aber die Ausnahme.
Wenn bei dem vorliegenden Delikt in der Öffentlichkeit und in den Medien Vergleiche mit anderen schweren Rückfällen von Straftätern gezogen werden, dann wird dieser Unterschied meist übersehen. Der vorliegende Fall ist aber weder mit dem Mord am Zollikerberg 1993 in Zürich zu vergleichen, der durch einen Insassen auf seinem Hafturlaub verübt wurde, noch mit dem Mord eines Täters im Jahr 2013, der im Zentrum «La Pâquerette» in der der Genfer Strafanstalt Champ-Dollon behandelt wurde.
Denn die meisten schweren Rückfälle betreffen Straftäter, die nicht an einer Schizophrenie erkrankt sind und die deswegen auch nicht in einer psychiatrischen Klinik mit Medikamenten und bezogen auf die Schizophrenie behandelt wurden.
Die Forensisch Psychiatrische Abteilung der Universitätsklinik Basel ist eine der in der Schweiz zur Verfügung stehenden psychiatrischen Behandlungseinrichtungen für diese Kategorie von Tätern.
Generell sind die Rückfallraten schizophrener Straftäter geringer als die Rückfallraten der grossen Mehrheit von Straftätern, die nicht an einer Schizophrenie erkrankt sind.

Das lässt sich unter anderem an dem statistischen Risikobeurteilungsinstrument VRAG demonstrieren. In diesem statistischen Instrument wird die Schizophrenie mit einem Punktwert von -3 gewertet. Negative Punktwerte bedeuten, dass das Vorhandensein des entsprechenden Faktors das Risiko senkt und nicht steigert. Das ist bei der Schizophrenie der Fall. Der Grund dafür liegt darin, dass adäquat behandelte schizophrene Straftäter insgesamt niedrige Rückfallraten haben.
Dieser Befund bedeutet übrigens nicht, dass die Schizophrenie nicht mit einem höheren Risiko für Erstdelikte verbunden ist. Wie eingangs erwähnt, ist das der Fall, wenn bestimmte Faktoren hinzukommen oder spezielle Ausprägungen der Schizophrenie vorliegen. Ist es aber zu einer Straftat gekommen und wird der Täter dann einer adäquaten Therapie zugeführt, dann sind die Erfolgsaussichten für Rückfallfreiheit meist günstig. Dieser Effekt liegt im Wesentlichen daran, dass es für die Schizophrenie medikamentöse Behandlungen gibt, mit denen die Symptome der Schizophrenie sich deutlich vermindern lassen oder ganz verschwinden. Das ist eine einfachere Situation als bei der großen Mehrheit der Straftäter. Denn bei schizophrenen Tätern gibt es Symptome, die sich erkennen lassen. Es gibt Medikamente, die auf diese Symptome wirken und man kann anhand der Symptome bzw. der Verminderung der Symptome die Wirksamkeit der Behandlung messen. Soweit die Theorie und das trifft so auch auf viele Behandlungen schizophrener Straftäter zu. Es trifft aber nicht auf alle schizophrenen Straftäter zu und deswegen muss eine Differenzierung angebracht werden. Zum einen kann es schwierig sein, das tatsächliche Ausmass der Symptome und der Verminderung dieser Symptome zu erfassen. Gründe dafür sind, dass die Symptome diffus und schwer fassbar sein können. Ein anderer Grund ist, dass die Symptome durch den Täter bewusst verborgen werden können. Man nennt das eine doppelte Buchführung. Die beiden hier genannten Phänomene schränken bei bestimmten Straftätern die theoretisch günstige Situation in der Praxis ein.
Fehlende Kooperationsbereitschaft bestimmter Täter, eine unzureichende Veränderung der Symptome durch Medikamente (komplette oder partielle Therapieresistenz) kommen als weitere praktische Probleme hinzu.

Es gibt aber noch ein zweites Problem, das praxisrelevant ist. Es gibt Straftaten, die sehr eng mit der Symptomatik der Schizophrenie verknüpft sind. Ein Beispiel ist ein

Täter der als Symptom seiner Schizophrenie (in seinem Kopf) Stimmen hört. Diese Stimmen befehlen ihm, einen Menschen umzubringen. Er kann sich gegen diese innere Stimme, die ihm den Befehl gibt, nicht wehren und verübt darum ein Tötungsdelikt. Solange die Person diese gefährliche Stimme hört, besteht ein hohes Risiko für schwere Straftaten. In dem Moment, in dem es gelingt, die Stimme und damit dieses Symptom seiner Schizophrenie deutlich zu vermindern oder gar ganz zum Verschwinden zu bringen, sinkt das Risiko.
Ein anderer schizophrene Täter entwickelt als Symptome seiner Schizophrenie ausgeprägte paranoide Gedanken. Er ist der Überzeugung, dass ein dunkles von Geheimmächten gesteuertes Netzwerk seine Vernichtung plant. In Verkennung der Realität glaubt er, dass sein Nachbar der Boss dieser gefährlichen Organisation ist. Er hat Angst und wähnt sich in Lebensgefahr. Um sich zu schützen, lauert er dem Nachbarn auf und verletzt ihn schwer. Wenn es mit einer medikamentösen Behandlung gelingt, das Symptom der paranoiden Wahrnehmung zu reduzieren oder zu eliminieren, dann vermindert sich umgehend das Risiko.
Die beiden Beispiele sollen verdeutlichen, dass es bei schizophrene Straftätern Konstellationen gibt, in denen Symptome der Schizophrenie (akustische Halluzinationen im Sinne imperativer Stimmen oder die erwähnten Verfolgungsideen) in direkter und klar fassbarer Kausalität zu Straftaten führen und ebenso direkt das Rückfallrisiko bestimmen. Eine Reduzierung dieser direkt kausal wirksamen Symptome durch Medikamente hat unmittelbaren Einfluss auf die Reduzierung des Risikos.
Solche Fälle gibt es. Es gibt aber eine zweite Kategorie von Fällen. Das sind Fälle, in denen die Symptome der Schizophrenie nicht in gleicher und klar erkennbarer Weise kausal mit dem Delikt und dem Rückfallrisiko verbunden sind. Es gibt zwei Gründe, die zu dieser Situation führen können. Es ist möglich, dass die Symptome nur eine Ausgangslage für das Delikt schaffen, aber weitere Faktoren hinzukommen müssen, damit es zu einer Straftat kommt. Bei diesen weiteren Faktoren kann es sich zum Beispiel um einen Alkohol oder Drogenkonsum handeln, der die Hemmschwellen verringert. Es kann sich aber auch um Persönlichkeitsmerkmale wie eine generell erhöhte Gewaltbereitschaft oder eine leichter auslösbare Wut handeln, die unmittelbar in eine aggressive Handlungsbereitschaft übergeht. In diesen Fällen liegt

somit eine Mischsituation vor, bei der Symptome der Schizophrenie nur eine mögliche Quelle des Risikos darstellen.

Der zweite theoretische Grund besteht darin, dass der innere Prozess, der von den Symptomen der Schizophrenie (vielleicht kombiniert mit weiteren Faktoren) zum Risiko und zu einer Tatbegehung führt, unklar ist. Es geht also um den Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Wahrnehmung des Täters mit dem von ihm gegangen Delikt und die Rolle, die dabei Symptome der Schizophrenie gespielt haben.
Wie später noch erläutert wird, sind das Situationen, in denen der sogenannte Deliktmechanismus nicht präzise herausgearbeitet werden kann. Es ist ein in der Praxis häufig zu beobachtendes Phänomen, dass diese Gruppe sowohl von Gutachtern als auch von Therapeuten in ihrer Unterschiedlichkeit zur einleitend dargestellten Gruppe (klarer kausaler Zusammenhang zwischen Symptomen und Tatbegehung) nicht ausreichend erkannt wird. Denn weil es auch in diesen Fällen die Diagnose einer Schizophrenie und möglicherweise Symptome dieser Schizophrenie gibt, wird angenommen, dass damit das Deliktverhalten und das zukünftige Risiko vollständig erklärt sei. Die Schizophrenie ist in diesen Fällen eine Universalerklärung, obwohl sie das Delikt und das Risiko nur unvollständig oder gar nicht erklärt. Diese Konstellation spielt im vorliegenden Fall eine Rolle.

2 Problematische Aspekte

Bei der Analyse ergaben sich drei problematische Aspekte.

1. Unscharfer Deliktmechanismus
2. Risikorelevanz des Tatorts
3. Selektive Offenheit und Kooperation

Sie werden nachfolgend dargestellt, belegt und diskutiert.

2.1 Unscharfer Deliktmechanismus

Der bereits vorangehend erwähnte Deliktmechanismus (= psychologische Erklärung der Tat) ist das Verbindungsglied zwischen den risikorelevanten Persönlichkeitsmerkmalen und psychischen Auffälligkeiten (zum Beispiel Symptomen) auf der einen und der Tat auf der anderen Seite. Er erklärt, in welcher Weise die vorliegenden Persönlichkeitsmerkmale und psychischen Auffälligkeiten zum Deliktverhalten führen. Der Deliktmechanismus ist damit die Basis für das Verständnis des Deliktverhaltens und damit gleichzeitig die Grundlage für die Risikobeurteilung, für die Therapie und für die Verlaufsbeurteilung. Denn, wenn der Deliktmechanismus präzise bekannt ist, weiss man, woran man in der Therapie arbeiten, was man beobachten und worauf man sich in der Beurteilung des Verlaufs konzentrieren muss.

Im vorliegenden Fall sind die Symptome der Schizophrenie die wesentliche Ursache für die Tötungsdelikte. Unklar ist hingegen, welche Symptome auf welche Weise zu den Tötungsdelikten geführt haben. Diese Unschärfe des Deliktmechanismus ist im Wesentlichen dadurch bedingt, dass [redacted] inkonsistente und sich widersprechende Aussagen zum Tatgeschehen machte. Zu verschiedenen Zeitpunkten gab er zum Beispiel an, sich nicht erinnern zu können oder sich erinnern zu können, aber unter den Erinnerungen zu leiden. Dann wiederum schilderte konkrete Details des Tatvorlaufs und der Tatbegehung. Dabei wurden wechselhaft verschiedene Symptome einer Schizophrenie genannt. Zur Begriffsklärung seien hier zunächst die wesentlichen der dabei erwähnten Symptome erklärt:

Optische Halluzinationen

Bei optischen Halluzinationen werden Dinge, zum Beispiel Personen, gesehen, die nicht existieren. Es handelt sich also um Sinnestäuschungen, bei denen Betroffene visuelle Eindrücke wahrnehmen, die in Wahrheit gar nicht existieren. Sie treten unabhängig von äusseren Reizen auf. Es kann sich um einfache Formen (z. B. Lichtblitze, Schatten, Farben) oder komplexe Szenen (z. B. Menschen, Tiere, Landschaften) handeln.

Akustische Halluzinationen

Akustische Halluzinationen sind vor allem das Hören von Stimmen (im eigenen Kopf). Diese Stimmen können sich unterhalten, Kommentare abgeben (kommentierende Stimmen) oder Befehle geben (imperative Stimmen). Daneben kommen verschiedene andere akustische Phänomene wie Gemurmel oder andere Geräusche vor. Es handelt sich also um Sinnestäuschungen, bei denen Betroffene akustische Phänomene wahrnehmen, die in Wahrheit gar nicht existieren.

Realitätsverkennungen

Anders als bei einer Halluzination, die gewissermassen komplett erfunden ist, ist bei der Realitätsverkennung tatsächlich etwas in der Realität vorhanden (ein Gegenstand, eine Person). Dieses reale Phänomen wird aber verzerrt wahrgenommen oder in einer bestimmten Weise interpretiert. Beispiele sind Überzeugungen, dass Menschen böse, andere Wesen, Dämonen oder Monster sind.

Paranoide Symptome

Paranoide Symptome kommen in vielen unterschiedlichen Formen vor. Es kann sich um Verfolgungsideen handeln (das Gefühl, verfolgt, drangsaliert, an Leib und Leben bedroht zu werden). Paranoide Ideen können sich an realen Personen festmachen. Häufig meint der Betroffene in seiner Umwelt Zeichen zu erkennen, die Ausdruck der Bedrohung sind (Autos, die in auffälliger Weise hinter der Person herfahren, die Überzeugung, abgehört zu werden oder dass Personen in Abwesenheit in der eigenen Wohnung waren).

Bedeutungserleben

Beim Bedeutungserleben wird Ereignissen eine Bedeutung gegeben, die tatsächlich nicht vorhanden ist. Zum Beispiel nehmen die Betroffenen bei einer Fernsehsendung wahr, dass ihnen durch die Schauspieler oder den Moderator geheime Zeichen gemacht werden oder dass ein Glas auf einem Tisch nicht zufällig dort steht, sondern dass Ihnen damit etwas mitgeteilt werden soll.

Im vorliegenden Fall wurden zu verschiedenen Zeiten verschiedene dieser Symptome als Erklärung für die Straftaten angeführt.

So schilderte [redacted] zum Beispiel, dass er Stimmen gehört habe, die ihm die Gewaltdelikte befohlen hätten. Dann wiederum berichtete er von Personen, die er als böse erlebt und sich von ihnen bedroht gefühlt habe. Dadurch habe er grosse Angst gehabt. Stimmenhören kommt bei diesen Schilderungen nicht vor und wird zum Teil explizit verneint (zum Beispiel: «das letzte Mal vor zehn Jahren»).

Geschildert werden auch optische Halluzinationen (zum Beispiel Astralwesen). Die konkreteste Schilderung findet sich auf zwei Notizblättern, auf denen das Delikt vor allem auf ein paranoides Erleben (böse, bedrohliche Menschen) zurückgeführt wird, vor denen [redacted] grosse Angst gehabt habe. Die Tötungsdelikte seien der Versuch gewesen, sich zu befreien. Von Stimmenhören im engeren Sinne ist bei dieser Schilderung keine Rede.

2.1.1 Auszüge aus den Akten zum Tat– und Aussageverhalten

Nachfolgend eine Auswahl der hinsichtlich der Symptome unterschiedlichen Aussagen:

Am 16.12.2014 (Einvernahme der Staatsanwaltschaft Basel) machte [redacted] zunächst keine Angaben zum Grund für die Tötungen und sagte: «Das ist mein Grund. Kein Grund.»[3]

[3] Gutachten [redacted] vom 10.03.2015, Seite 12 (Auszug Einvernahme der Staatsanwaltschaft Basel vom 16.12.2014)

Später führte er wiederholt «religiöse Gründe» an und reagierte auf die Tatvorwürfe teilweise amüsiert.[4]

In der **Verlaufsdokumentation der UPK Basel** fanden sich folgende Angaben[5]:

Am 10.11.2014 äussert [redacted], dass er Stimmen höre, die über ihn lachten.

Am 14.11.2014 sagte [redacted] auf Fragen nach Stimmenhören, dass er das letzte Mal vor zehn Jahren Stimmen gehört habe.

Der Austrittsbericht der Behandlung in der UPK vom 06.11. bis 15.12.2014 berichtet über [redacted]:

«In Bezug auf sein deliktisches Handeln habe er mehrfach angegeben, sich an seine Tat nicht erinnern zu können. Später habe er einmalig geäussert, dass er zur Tat von dritten Personen gezwungen worden sei. Im weiteren Verlauf habe er dann angegeben, er wolle sich zum deliktischen Geschehen nicht äussern, sondern habe dies zunächst mit seinem Anwalt besprechen wollen.» [6]

Aus den Gesprächen mit der Gutachterin, [redacted], sind folgende Aussagen dokumentiert[7]:

Äusserungen zur Anlasstat erfolgten erst in der der dritten und letzten Exploration vom 09.02.2015.

«Er gab zunächst spontan an, dass er sich in dieser Zeit psychisch nicht gut gefühlt und unter dem Einfluss von Stimmen gestanden habe. Er sei zu Frau [redacted] gegangen, weil er etwas habe mit ihr besprechen wollen. Dabei sei es um Lärmbeschwerden gegangen und einen Zettel. Zu diesem Zettel konnte er keine näheren Angaben machen.»

[4] Ebd. Seite 46 (Auszug Einvernahme der Staatsanwaltschaft Basel vom 16.12.2014)

[5] Ebd. Seite 25 ff.

[6] Ebd. Seite 28

[7] Ebd. Seite 32

Er habe mit Frau [redacted] über den Lärm sprechen wollen und dabei bereits das Messer mitgeführt.

«Er habe Stimmen gehört, die ihm befohlen hätten zu töten. Gleichzeitig hätte er grosse Angst gehabt, dennoch habe er auf diese Stimmen hören müssen. Befragt, was genau diese Stimmen sagen würden, blieb [redacted] eine Antwort schuldig. Er wiederholte lediglich, dass ihm diese Stimmen nun grosse Angst gemacht hätten. Zum genauen Tatgeschehen nachgefragt, wich [redacted] zunächst aus.

Er gab lediglich an, schreckliche Bilder von seiner Tat im Kopf zu haben und nicht darüber sprechen zu können.» [8]

Er habe gewusst, «dass er mehr habe töten müssen.» So sei er auf den [redacted] gestossen. «Bei dem habe er sofort gewusst, dass dies ein böser Mensch sei.» Darum habe er ihn später (nach der Ermordung von [redacted]) suchen wollen, um diesen richtig umzubringen.

(…)

«Dieser Tag sei ein schwarzer Tag gewesen, habe er doch erstmals auf die Stimmen gehört. Er gab an, dass die genannten Stimmen seit ca. 2-3 Wochen bestanden hätten. Er wurde gebeten, diese Stimmen zu beschreiben, hatte er doch in einer Befragung angegeben, dass es sich nur um ein Zwitschern gehandelt haben soll. Eine konkrete Antwort war nicht zu erhalten.»

(…)

[redacted] «meinte dann sehr unvermittelt, dass er auch Halluzinationen gehabt habe. So habe er zum Beispiel eine Frau gesehen, diese habe aber nicht geredet. Er habe Menschen gesehen, die gar nicht lebendig gewesen sein sollen, Geister, Astralwesen und auch Drachen.»[9]

Anklageschrift

[8] Ebd. Seite 33

[9] Ebd. Seite 34

In den Wochen vor den Delikten sei [redacted] mehrmals durch das Lehenmattquartier geirrt und sei offensichtlich psychisch schwer krank gewesen. Dabei habe er sich mehrmals an den späteren Tatorten aufgehalten und einen verwirrten Eindruck hinterlassen. Bereits ca. vier Monate vor den Taten, d. h. ca. ab Juli 2014, habe der Beschuldigte weit stärkere Symptome einer Schizophrenie gezeigt. So habe er Totenkreuze auf A4-Blätter gemalt und diese überall in seinem Zimmer aufgehängt. Er habe nach einem Streit mit der Mutter «auf Hochdeutsch zu einer oder mehreren imaginären Frauen gesprochen und erwähnte gegenüber seinem Bruder, dass die Frauen ihn lecken würden, äusserte aber gegenüber seinem Bruder keine weiteren Details, ausser dass sich eine Frau im Raum befinde und dass der Bruder nichts davon verstehen könne.»[10]

Im Verlaufsgutachten von [redacted] wird zusammengefasst:

Der Vater des Beschuldigten sei sich mit dem späteren Opfer über die Waschordnung nicht einig geworden sei. «Der Beschuldigte habe in der Voruntersuchung jedoch erklärt, dass dies nicht der Grund für die Tötung des Opfers gewesen sei. Vielmehr habe er angegeben, den Tatentschluss schon zuvor getroffen zu haben und dass er das Opfer aus religiösen Gründen getötet habe. Gegenüber der Gutachterin habe er angegeben, dass er Stimmen gehört habe, die ihn beängstigt hätten. [redacted] habe berichtet, dass er zu diesem Zeitpunkt erstmals auf diese Stimmen gehört und sich auf die Tat vorbereitet habe. Er habe sich jedoch von den religiösen Gründen distanziert.»

[redacted] habe «angeblich am Morgen des 03.11.2014 beschlossen, [redacted] zu töten.» Er habe sich auf die Tat vorbereitet und sich am Wohnort seines Vaters in der Küche ein Steak-Messer besorgt, um das Opfer damit zu töten.[11]

[redacted] hält fest:

[10] Gutachten [redacted] vom 24.08.2020, Seite 6-7 (Auszug aus der Anklageschrift)

[11] Gutachten [redacted] vom 24.08.2020, Seite 8 (Auszug aus der Anklageschrift)

«Gemäss den Angaben von [redacted] im Rahmen der Begutachtung kam es am Tattag zum Tatentschluss, wobei [redacted] **keine Angaben zu seinem Erleben und Denken zu diesem oder einem späteren Zeitpunkt machen konnte**. Auch vermochte er keine Angaben zu seiner Opferwahl zu machen, es erscheint daher nach wie vor möglich, dass er diese rein zufällig getroffen hat. Ebenso möglich erscheint es, dass diese im Hinblick auf sein erstes Opfer, Frau [redacted], durch eine vorangegangene Auseinandersetzung (zwischen dem Opfer und seinem Vater/Bruder in der unmittelbaren Vergangenheit) mitbestimmt wurde.»[12]

Im Zusammenhang mit seiner ersten Tat habe [redacted] ein zunächst planend anmutendes Verhalten gezeigt, in dem er Sachen zum Wechseln mitgeführt habe. Er habe angegeben, in der Absicht zu töten, zu Frau [redacted] gegangen zu sein, und, damit er nicht entdeckt werde, saubere Kleidung mit sich geführt zu haben.[13]
[redacted] bewertete das Verhalten von [redacted] nicht als gezieltes Flucht- und Vertuschungsverhalten, sondern es müsse viel eher als krankheitsbedingtes bizarres und scheinbar kaum nachvollziehbares Verhalten gewertet werden.[14]

Notiz vom 23.02.2017[15]:
«Ich hatte mehrere Tage Halluzinationen vor der Tat. Diese haben mir panische Angst gemacht. So sehr Angst, dass ich Tatendrang erlitt. Ich dachte, ich müsse etwas machen, dass die teilweise lachenden und oder wütenden Personen weggingen oder nicht mehr böse auf mich sein würden. Deswegen ging ich von meiner Tat oft nach draussen und beobachtete meine Umgebung. Dort sah ich einen Mann, der mir sagte, man sollte meine Opfer töten. Ich war so krank, dass ich dachte, das wäre eine Lösung für meine Probleme. Ein paar Tage danach war für mich klar, ich müsse sie töten. Ich ging zu ihr, klingelte und tötete sie. Danach flüchtete ich zu einem anderen Haus und sah einen alten Mann und dachte, der wäre auch böse. Dann nahm ich ein

[12] Gutachten [redacted], Seite 57

[13] Ebd. Seite 58

[14] Ebd. Seite 58

[15] Ordner 11-Forensik_R2_Altakten, Seite 11

Messer, ging zu seiner Tür und griff auch diesen an. Danach flüchtete ich zu meinem Haus und die Polizei kam und nahm mich fest.»

In den **Behandlungsberichten** finden sich u.a. folgende Informationen:

Seit einigen Monaten gebe der Patient an, in Bezug auf Sinnestäuschungen symptomfrei zu sein. Allerdings wirke er, sobald das Thema Störungsbild aufgeworfen werde, wortkarg und gebe nur wenig Auskunft. Für den Tatzeitpunkt habe er jedoch angegeben, imperative Stimmen gehört zu haben, welche ihm insbesondere Anweisungen gegeben hätten. Ferner habe [redacted] berichtet, dass er auch während des Klinikaufenthaltes akustische Halluzinationen wahrgenommen habe. (Bericht der UPK Basel vom 12.11.2015)[16]

Zum Deliktmechanismus sei festgehalten worden, dass [redacted] unter dem Einfluss von paranoiden Wahnvorstellungen und akustischen Halluzinationen und unter dem Einfluss einer psychotischen Realitätsverkennung gehandelt habe. Er habe sich zunächst nicht an Details erinnern zu können. Mit der Zeit sei es ihm zunehmend besser gelungen, sich an die Tatereignisse zu erinnern. (Bericht der UPK Basel vom 19.09.2017)[17]

Gespräche mit [redacted]

In der Untersuchung durch [redacted] gab [redacted] an, im Vorfeld sei er paranoid gewesen und misstrauisch. Er habe gedacht, dass Leute um ihn herum ihm Böses wollten. Ferner habe er angenommen, dass die Menschen hinter seinem Rücken über ihn sprechen würden. Er sei überzeugt gewesen, dass Leute auf der Strasse und sogar

[16] Gutachten [redacted] vom 24.08.2020, Seite 16 (Auszüge aus Behandlungsberichten)

[17] Ebd. Seite 19ff

seine eigene Familie ihm gefährlich werden wollten. Er habe zudem geglaubt, dass seine Eltern nicht seine leiblichen Eltern seien und er adoptiert sei. Mit der Aktenlage konfrontiert bestätigte [redacted], dass er sich auch gegenüber seinen Eltern aggressiv verhalten habe. Insbesondere sei er mit einer Einweisung nicht einverstanden gewesen und habe angenommen, dass seine Mutter ihn vergiften wolle.

Er habe zwar bemerkt, dass etwas nicht stimme, «doch habe er die Sinnestäuschungen und das Verfolgungserleben als real wahrgenommen und nicht damit umgehen können In den Tagen vor dem Anlassdelikt habe sich der Explorand wiederholt am späteren Tatort aufgehalten, um dort die Leute zu beobachten. Er habe angenommen, dass die Menschen dort ihm Böses wollten und ihn verfolgen würden, obschon er nicht zuletzt auch die späteren Opfer nicht wirklich gekannt habe. „Dann ist es passiert, Scheisse.»

Ein paar Tage vor der Anlasstat habe er sich von zwei Jugendlichen beeinträchtigt gefühlt und diese beschimpft. Ferner habe er ihnen ein Etui entwendet und sei von der Polizei zu seinem Vater zurückgebracht worden. In diesem Zeitraum sei er wildfremden Leuten gefolgt und habe die Absicht gehegt, diese zu verletzen, es dann jedoch kurzfristig wieder aufgegeben.
Am 03.11.2014 habe der Explorand gedacht, dass die späteren Opfer böse Leute und Dämonen seien. Er sei sich sicher gewesen, dass er mit seinen Tathandlungen das Richtige mache. (Anmerkung der Gutachterin: [redacted] ist in sich versunken und hat ein schmerzverzerrtes Gesicht). Der Explorand betonte, dass er sich sehr für seine Taten schäme, das Ganze schrecklich finde. Auch auf mehrmalige Nachfrage konnte der Explorand nicht genauer auf die Frage eingehen, warum er die drei Opfer ausgesucht habe.

Vielmehr **blieben die Ausführungen des Exploranden sehr vage, obschon er auf Nachfrage angab, dass er sich relativ genau das Tatvorgehen erinnern könne.**»[18]

[redacted] **stellt zusammenfassend fest**:

[18] Ebd Seite 41-42 (Exploration)

«Anlässlich der aktuellen Begutachtung war es – wie schon im therapeutischen Prozess – nicht möglich, eine differenzierte Rekonstruktion des Deliktgeschehens vorzunehmen. [redacted] war jedoch problemlos in der Lage, die relevanten Einflussfaktoren seiner paranoid-halluzinatorischen und wahnhaften Symptomatik auf das Tatgeschehen zu benennen und eine differenzierte Fallkonzeption vorzunehmen. Es kann festgehalten werden, dass ein schwerwiegend paranoid-halluzinatorisches und wahnhaftes Zustandsbild, wie es [redacted] tatzeitnah zeigte, häufig mit Erinnerungsstörungen einhergeht.»

Ferner habe sich anlässlich der aktuellen Exploration gezeigt, dass die Erinnerungen an die Anlassdelikte für [redacted] ausgesprochen belastend gewesen und mit starken Schuldgefühlen einhergegangen sei. Aus gutachterlicher Sicht empfehle sich deshalb nicht, die deliktrekonstruktive Arbeit im engeren Sinne fortzuführen, da sich diese auch traumatisierend auswirken könnte und damit nicht zuletzt ein Risiko für weitere psychotische Entwicklungen einherginge. Aus gutachterlicher Sicht sei es nicht zwingend, eine lückenlose Deliktrekonstruktion vorzunehmen.

Es gehe vielmehr darum, dass [redacted] den Zusammenhang zwischen seiner schizophrenen Erkrankung und dem Risiko für Gewaltstraftaten erkennen und daraus entsprechende Risikofaktoren wie auch risikosenkende Massnahmen ableiten könne. Dies sei bei [redacted] der Fall.[19]

2.1.2 Standortberichte

Die in den vorangehend dargestellten Berichten zum Ausdruck kommende Unschärfe des Deliktmechanismus zeigt sich auch in den periodischen Beschreibungen der Standortberichte.

Im **Standortbericht vom 18.11.2015** wird zum Deliktmechanismus (Überschrift «Delikthypothese») Folgendes ausgeführt:

«Infolge Wahn und Stimmenhören Tötung zweier Menschen»

[19] Ebd. 70-71

In einem anderen undatierten Standortbericht heisst es:

«Infolge von psychotischem Erleben (wahrscheinlich Stimmenhören, Beeinflussungserleben) und Konsum von Cannabis.»

Im **Standortbericht vom 27.03.2018** wird zum Deliktmechanismus Folgendes berichtet.

«Unsere aktuelle Delikthypothese lautet wie folgt: Unter dem Einfluss von paranoiden Wahnvorstellungen und von Stimmenhören hat [redacted] zwei Menschen getötet und eine dritte Person schwer verletzt. Zum Tatzeitpunkt hat der Patient unter einer akuten paranoiden Schizophrenie gelitten und er hat bei Tatbegehung unter dem Einfluss einer psychotischen Realitätsverkennung gehandelt.»

Unter der Überschrift «Deliktrelevante Problembereiche» werden folgende zwei Punkte genannt:

- Haltung gegen Cannabiskonsum
- Problematische Tagesstruktur

Diese Darstellung des Deliktmechanismus und der deliktrelevanten Problembereiche bleiben in den fünf folgenden Standortberichten (06.08.2018, 09.01.2019, 07.07.2019, 31.10.2019, 15.10.2020) unverändert.

Im **Standortbericht vom 22.04.2021** erfolgt eine Veränderung der Darstellungen.

Zum Deliktmechanismus und den Deliktrelevanten Problembereichen wird nun Folgendes ausgeführt:

«Im Rahmen einer akuten Exazerbation der schizophrenen Erkrankung tötete der Pat. zwei Menschen und verletzte eine dritte Person schwer. Zum Tatzeitpunkt lag eine akute paranoide Symptomatik mit wahnhaftem Bedrohungserleben und Stimmenhören, psychotisch bedingter Realitätsverkennung und hoher Wahndynamik, Störungen der Mentalisierungsfähigkeit und des formalen Gedankengangs vor.»

Deliktrelevante Problembereiche

- Akute Exazerbation der paranoiden Schizophrenie mit Verkennung, Wahn und Halluzinationen
- komorbider Substanzkonsum (v. a. Cannabis, aber auch zunehmendes Gaming)
- Mentalisierungsstörung
- fehlende Tagesstruktur

Das bleibt im Standortbericht vom 17.08.2021 unverändert.

Im **Standortbericht vom 28.01.2022** wird erstmals das Gutachten von [redacted] vom 24.08.2020 zur Verlängerung der Massnahme erwähnt.

Der Deliktmechanismus wird nun wie folgt beschrieben:

«Zum Tatzeitpunkt litt der Patient unter schweren produktiv-psychotischen Symptomen bei akuter Exazerbation der paranoiden Schizophrenie und handelte im Rahmen eines akuten Verlusts der Realitätskontrolle. Unter dem Einfluss von paranoiden Wahnvorstellungen mit Verfolgungs- und Beziehungsideen, als auch massiver Sinnestäuschungen (insbesondere Stimmenhören und optischen Halluzinationen) verkannte [redacted] seine Opfer als für ihn lebensbedrohlich und tötete in der Folge zwei Menschen und verletzte eine dritte Person schwer. Im Tatzeitraum wird somit ein psychotisch-bedingter Ausnahmezustand angenommen, in welchem verzerrte Realitätswahrnehmung und illusionäre Personenverkennung, Angst-, Wut- und Bedrohungserleben, als auch hochgradige kognitive Instabilität mit Ambivalenz und Ambitendenz, sowie Wehrhaftigkeit vor dem Hintergrund des Bedrohungserlebens, handlungsleitend für die erheblichen Gewaltanwendungen erscheinen.»

Unter der Überschrift Deliktrelevante Problembereiche wird auf die «paranoide Schizophrenie mit akuter halluzinatorischer Symptomatik, Verkennung, affektiver Instabilität und diffuser wahnhafter Verarbeitung von Bedrohungserleben mit hochgradiger Wehrhaftigkeit» hingewiesen. Zudem werden «affektive Instabilität, verminderte Verhaltenskontrolle und defizitäre Stressbewältigungsstrategien als weitere deliktrelevante Problembereiche» und als situative Risikofaktoren «der

Konsum illegaler Substanzen (v. a. Cannabis) und der Wegfall von einer dem Leistungsniveau des Patienten entsprechenden Struktur und Beschäftigung» genannt.

Diese angepasste Darstellung bleibt in den drei Standortberichten 2023 (09.02.2023, 10.07.2023, 14.09.2023) unverändert.

2.1.3 Übersicht der in den Standortberichten dargestellten Symptomatik

Wie erwähnt führen die Inkonsistenz und die fehlende Konkretisierung für die Endstrecke der Tatbegehung zu einer Unschärfe des Deliktmechanismus und in der Folge zu ungeklärten Fragen (siehe nachfolgendes Kapitel). Das zeigt sich in den Standortbestimmungen dadurch, dass zum Teil mit unterschiedlichen Begriffen ein breites Spektrum von Symptomen aufgezählt wird. Nachfolgend dazu eine Übersicht.

Vor 2018

- Wahn
- Stimmenhören
- Beeinflussungserleben
- Konsum von Cannabis

Vom 27.03.2018 bis zum 15.10.2020:

- paranoide Wahnvorstellungen,
- Stimmenhören
- psychotische Realitätsverkennung

Vom 15.10. 2020 bis zum 17.08.2021:

- paranoide Symptomatik mit wahnhaftem Bedrohungserleben
- Stimmenhören,
- psychotisch bedingte Realitätsverkennung und hohe Wahndynamik,
- Störungen der Mentalisierungsfähigkeit[20]

[20] Anmerkung: Die Fähigkeit, eigene psychische Zustände und die anderer Personen wahrzunehmen und angemessen zu interpretieren

- Störungen des formalen Gedankengangs[21]

Nach dem 17.08.2021:

- schwere produktiv-psychotische Symptome bei akuter Exazerbation der Schizophrenie und Verlust der Realitätskontrolle
- paranoiden Wahnvorstellungen mit Verfolgungs- und Beziehungsideen
- massive Sinnestäuschungen (insbesondere Stimmenhören und optische Halluzinationen)
- verzerrte Realitätswahrnehmung
- illusionäre Personenverkennung
- Angst-, Wut- und Bedrohungserleben
- hochgradige kognitive Instabilität
- Ambivalenz und Ambitendenz
- Wehrhaftigkeit aufgrund des Bedrohungserlebens

Durch die Aufzählung einer zunehmenden Anzahl von Symptomen wird der Deliktmechanismus nicht präziser. Denn wie diese Symptome konkret zu den Gewalttaten führten und wie zum Beispiel ihre Wechselwirkungen aussahen, bleibt unklar.

Theoretisch ergeben sich auch Widersprüche hinsichtlich der Kausalität der verschiedenen Symptome für die Tatbegehung. Lag der Gewaltbereitschaft das Motiv zu Grunde, sich gegen eine subjektive empfundene Bedrohung zu Wehr zu setzen? Befahlen die Stimmen, zu töten? Stellten die Stimmen in Aussicht, dass sich die Bedrohung durch eine Tötung auflöst? Spielten Stimmen für die Tatbegehung überhaupt eine Rolle? So erklärte [redacted] beispielsweise 2021 in der ärztlichen Visite im Widerspruch zu anderen Äusserungen in der Vergangenheit, in seiner Vorgeschichte noch nie akustische Halluzinationen gehabt zu haben.[22]

[21] Anmerkung: Formale Denkstörungen betreffen nicht den Inhalt des Denkens (zum Beispiel paranoide Ideen), sondern den formalen Ablauf des Denkens. Formale Denkstörungen können zum Verlust der logischen Struktur des Gedankens (Zerfahrenheit), zu einer Verlangsamung des Denkens oder ständigen Wiederholungen des gleichen Gedankens führen.

[22] Verlaufseintrag vom 09.09.2021, Verlauf PDF Nr. 21, Seite 46

Gab es Angst und Wut oder nur Angst? Wie passen Personenverkennungen zum Vorsatz, das erste Opfer, [redacted] gezielt mit einem Messer aufzusuchen? Denn zum Zeitpunkt dieses Vorsatzes und der getätigten Vorbereitungen kann eine Personenverkennung noch keine Rolle gespielt haben. Bei dem Begriff der Realitätsverkennung könnte man an die von [redacted] in der Notiz vom 23.02.2017 genannten optischen Halluzinationen denken, die nach seinen Angaben einige Tage vor der Tat aufgetreten seien und ihm Angst gemacht hätten. Darum habe er geglaubt, «sie» [redacted] zur Lösung seiner Probleme töten zu müssen. Von Stimmenhören oder einer Personenverkennung ist in dieser Schilderung allerdings keine Rede.

Die Darstellungen zum Deliktmechanismus in den Standortberichten sind insofern nachvollziehbar, als sie das Spektrum von Symptomen nennen, die für Gewalttaten 2014 ursächlich gewesen sein könnten. Ob es ein Zusammenspiel all dieser oder nur einiger dieser Symptome war und wie sich der Tatvorsatz und die Tatdurchführungen konkret daraus ableiteten, blieb unklar. Die damit verbundene Unschärfe des Deliktmechanismus kommt somit naturgemäss auch in den entsprechenden Schilderungen der Standortberichte zum Ausdruck.

Unklar bleibt auch, welche Rolle der Cannabiskonsum hatte. Hatte er eine Auslösefunktion für die Symptome der Psychose? Veränderte er die Symptome der Psychose, indem er sie zuspitzte? Führte der Cannabiskonsum zu einer erhöhten Gefährlichkeit in Kombination mit den Symptomen der Psychose? Diese Unklarheit bestand von Anfang an und auch sie konnte im Verlauf nicht verringert werden.
Unklar blieb auch der genaue Einfluss des problematischen Spielverhaltens. Neben den Einschränkungen für die soziale Funktionsfähigkeit, die mit dem Spielekonsum verbunden war, stellt sich auch hier die Frage, ob Motive aus den Spielen zusammen mit Symptomen der Psychose und/oder dem Cannabiskonsum zu einer besonderen Gefährlichkeit führten, indem zum Beispiel Fantasiewesen (Dämonen) die Wahrnehmungen des Beschuldigten prägten. Werden Figuren aus den Spielen in das wahnhafte Erleben eingebaut? Ist eine stärkere Auseinandersetzung mit virtuellen Welten in diesem Sinne ungünstig und risikorelevant?

Cannabiskonsum und problematisches Spielverhalten wurden ebenfalls von den Behandlern der UPK risikorelevante Problembereiche genannt. Der genaue Einfluss beider Elemente auf den Deliktmechanismus blieb aber unbekannt.

2.1.4 Folgen der Unschärfe des Deliktmechanismus

Im Hinblick auf die Unschärfe des Deliktmechanismus stellt sich die Frage, warum [redacted] zu unterschiedlichen Gelegenheiten verschiedene Symptome angab. Theoretisch können hier verschiedene Erklärungen unterschieden werden.

Es ist möglich, dass [redacted] aufgrund Schizophrenie bedingter Defizite im Denken oder der Wahrnehmung nicht in der Lage ist, konsistent zu schildern, welche Symptome im Tatzeitraum vorhanden waren und welche nicht. Gegen diese Annahme spricht die zuvor erwähnte konkrete Schilderung in der Notiz vom 23.02.2017.
Krankheitsbedingte Defizite sind auch nicht geeignet, um zu erklären, warum sich [redacted] bisweilen erinnern konnte, dann aber wieder angab, sich an gar nichts zu erinnern. Denn ob er Erinnerungen an das Ereignis hat oder nicht, weiss er auch unabhängig von seiner Erkrankung.
Auffallend ist auch, dass er oft auf konkretisierende Nachfragen keine Antwort mehr gab. Als er beispielsweise von Stimmen berichtete und nachgefragt wurde, welche Stimmen es gewesen seien und was diese Stimmen gesagt hätten, schwieg er.
Dann wiederum war bei konkreten Tatschilderungen ein deutliches Unwohlsein (zum Beispiel während des Gutachtens von [redacted]) zu verzeichnen.

Auch in seinen Aussagen 2024 gab [redacted] bestimmte Informationen preis, sagte dann aber bei konkreten Nachfragen nicht mehr aus. Es gibt also ein klares Interesse von [redacted], eine weitergehende Konkretisierung zu vermeiden. Dafür gibt es verschiedene mögliche Erklärungen. So könnte das geschilderte Aussageverhalten etwas mit der Grunderkrankung von [redacted] zu tun haben. Es könnte am anderen Ende des Spektrums aber auch zumindest teilweise um ein taktisches Aussageverhalten sein.
Möglich ist auch, dass die erinnerten Inhalte - wie im Gutachten von [redacted] interpretiert - von [redacted] selbst als Belastung erlebt werden. Diese Belastung könnte mit Schuldgefühlen erklärt werden. Eine andere Erklärung ist, dass eine stärkere

Hinführung und Erinnerung an die durch die Schizophrenie bedingten wahnhaften Inhalte unangenehm oder sogar destabilisierend für ihn sind. Letzteres würde dafür sprechen, dass [redacted] auch in den Phasen, in denen er keine relevanten Symptome zeigte, weiterhin vulnerabel war, sobald das entsprechende Erleben (paranoide Ideen, akustische, optische Halluzinationen) für ihn näher rückte und er sich dann deswegen damit unwohl fühlte. Er wäre dann in diesem Sinne wacklig und anfällig gewesen, psychisch destabilisiert zu werden, wenn er sich gedanklich mit den wahnhaften Inhalten beschäftigte. Das würde für eine weiter bestehende Latenz des psychotischen Erlebens sprechen, das leicht wieder aktiviert werden konnte.

Als weitere Erklärung für die Inkonsistenz kommt auch infrage, dass [redacted] sein wahnhaftes Erleben zum Tatzeitpunkt bewusst gegenüber einer Drittperson nicht näher präzisieren wollte. Würde das zutreffen, gibt es hierfür theoretisch wiederum verschiedene Motivationen. Möglich wäre eine taktische Motivation, seine konkrete Tatmotivation zu verschleiern und die genauen psychischen Abläufe für sich zu behalten. Möglich sind aber auch wahnhafte Loyalitätsaspekte oder magische Verknüpfungen, nicht alles offenzulegen wie zum Beispiel ein geheimes Wissen, nicht mit anderen Personen teilen zu dürfen. Letzteres könnte wiederum für eine zumindest latent weiter existierende wahnhafte Restsymptomatik sprechen, die auch in Zeiten vorhanden war, in denen äusserlich keine Symptome beobachtbar waren. 2014 und auch beim Rückfall 2024 schilderte [redacted] teilweise ausgeprägte optische Halluzinationen. Optische Halluzinationen können bei Schizophrenien vorkommen, sind jedoch seltener als akustische Halluzinationen. So merkte [redacted] schon seinerzeit an, dass die seinerzeitigen optischen Halluzinationen möglicherweise auch eine Folge eines Drogenkonsums sein könnten. Darauf lächelte [redacted].

Die hier skizzierten Überlegungen sind spekulativ. Sie dienen nur dazu zu demonstrieren, welche Fragen mit der bestehenden Unklarheit und Inkonsistenz in den Aussagen verknüpft sind.
Von besonderer Bedeutung ist hierbei aber vor allem eine Frage. Es handelt sich um die Frage, warum [redacted] das erste Todesopfer wurde. Konkret geht es um die Frage, wie [redacted] in das Wahnsystem einging (Eintritt bzw. Einbindung in das Wahnsystem) und dadurch eine auf sie gerichtete Motivation entstand, sie zu töten.

Theoretisch wäre es denkbar, dass sie ein zufälliges Opfer war. Dagegen sprechen aber verschiedene Beobachtungen. So schilderte [redacted] selbst, dass er vorgehabt habe, [redacted] aufzusuchen, um mit ihr etwas zu klären und dabei bereits das Tatmesser mit sich führte. Naheliegend ist, dass der vorangehende Konflikt um die Waschküche und das Schreiben der Hausverwaltung an den Vater, eine Rolle gespielt haben könnten. Das bestätigte [redacted] zwar nicht, machte dazu darüber hinaus aber keine detaillierten Angaben.
Von besonderer Bedeutung ist die damit in Zusammenhang stehende Bemerkung, dass er weiter (bzw. mehr) Menschen habe töten wollen/müssen. Es liegt auf der Hand, dass es für das Rückfallrisiko von grosser Bedeutung ist, ob und inwieweit hier eine spezifische wahnhafte Motivation bestand, an diesem Ort, diese konkrete Person zu töten. Gerade die Äusserung, dass er noch weitere Personen habe töten wollen/müssen, wirft die Frage auf, ob es offensichtlich, subtil oder im Hintergrund aus wahnhaften Gründen ein Fortsetzungsmotiv gab.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Deliktmechanismus von Anfang an unscharf war. Das kommt in folgender Äusserung zum Ausdruck. So sagte der damalige Gerichtspräsident, [redacted], laut Medienberichten bei der Urteilsverkündigung: «Die Tat war offenbar eine Ausgeburt Ihrer Krankheit. Vielleicht sahen Sie in den Opfern Dämonen, die es zu beseitigen galt. Wir werden es leider wohl nie wissen.»[23]
Die Unschärfe spiegelt sich auch in der Feststellung der Gutachterin, [redacted] wider, die davon sprach, dass die Schilderungen von [redacted] «vage» geblieben seien.

Man kann die Ausgangslage mit einer Metapher verdeutlichen. Sie ist vergleichbar mit einer Situation in einem Fussballspiel, bei dem der Spielzug, der zu einem Tor führte, bis zum Strafraum gut sichtbar und klar ist. Wie der Ball dann aber in der Endstrecke vom Strafraum in das Tor gelangte, ist nicht bekannt. Darum bleiben für diese letzte und damit entscheidende Phase der Umsetzung verschiedene Varianten offen, ohne dass der genaue «Mechanismus» geklärt werden könnte.

[23] Andreas Maurer, Aargauer Zeitung: Das Geheimnis des Basler Doppelmörders. 17.08.2024

Für den Deliktmechanismus bedeutet diese Unschärfe, dass möglicherweise einige relevante Risikofaktoren nicht bekannt waren.

Es ist insbesondere bei schizophrenen Tätern möglich, dass ein Deliktmechanismus nicht in dem wünschenswerten Konkretisierungs- und Präzisierungsgrad geklärt werden kann. Eine solche Unschärfe hat oft mit Einschränkungen des schizophrenen Täters tun, die auf seine Erkrankung zurückzuführen sind. Ob das im vorliegenden Fall der Grund für die Unschärfe ist, bleibt wie oben dargelegt unklar. Jedenfalls ist die vorliegende Situation der Unschärfe des Deliktmechanismus nicht aussergewöhnlich.

Als problematisch ist aber anzusehen, dass die Unschärfe und die damit verbundenen Implikationen und offenen Fragen in den vorliegenden Berichten nicht erwähnt wurden. Es wird zwar während der gesamten Behandlungsdauer zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Zunahme wahnhafter Symptome der Schizophrenie risikoerhöhend ist. Dementsprechend wird - ebenfalls zu Recht - grosser Wert auf die Beobachtung einer entsprechenden Symptomatik, die Sicherstellung der Medikation und ein schnelles Reagieren gelegt (zum Beispiel Ausgangssperre), falls solche Symptome beobachtet werden. Die Unschärfe und die dadurch bestehenden offenen Fragen werden aber an keiner Stelle explizit thematisiert. Das wiederum hat die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht, dass die Frage, ob der Tatort in risikoerhöhender Weise mit dem Wahnsystem von [redacted] verknüpft war, nicht berücksichtigt wurde (dieser Aspekt wird unter Punkt 3. gesondert betrachtet).

2.2 Risikorelevanz des Tatorts

Die zweite Schwierigkeit betrifft die Risikorelevanz des Tatortes. Sie ist bedeutsam. Denn die beschriebene Unschärfe des Deliktmechanismus führt unter anderem auch dazu, dass unklar ist, ob dem Tatort eine spezifische Bedeutung für das Rückfallrisiko zukommt. Für diese Annahme gibt es Hinweise.
Die Tage vor den Gewalttaten 2014 beginnenden Beobachtungen im Vorfeld der Tat konzentrierten sich auf den späteren Tatort. [redacted] selbst sprach davon, noch mehr Personen umbringen zu wollen bzw. zu müssen.

So werden im Gutachten von [redacted] folgende Aussagen aus den Einvernahmen von [redacted] wiedergegeben:

- «Im Rahmen der ersten Einvernahme von [redacted] am 04.11.2014 stellte sich dieser als [redacted] vor und wollte persönlich nichts mit der Person des [redacted] zu tun haben. Gemäss Niederschrift im Antrag auf Anordnung von Untersuchungshaft vom 5. November 2014 gab er ferner an, dass er einen [redacted] nicht kenne, dieser ihm aber seine Kleider ausgeliehen habe und auch die Wohnung in der [redacted] als Schlafstelle überlassen habe. Dieser [redacted] sei eine seltsame Person und ein Profi. Deshalb sei er nun hier. Darauf angesprochen, ob er sich im Klaren sei, dass er vermutlich zwei Menschen getötet habe, meint er nur, **das seien zu wenige gewesen**.[24]»

Zudem gab es mit dem ersten Opfer einen Konflikt (Waschküche, Brief der Hausverwaltung). [redacted] erklärte klar, dass er mit diesem Opfer gezielt Kontakt aufnehmen wollte, um etwas zu klären. Er machte sich mit dem Tatmesser auf den Weg und hatte Vorbereitungen für die späteren Taten getroffen.

Aufgrund der Unschärfe des Deliktmechanismus ist nicht klar, warum [redacted] zum Opfer wurde und wie sie wahnhaft wahrgenommen und in die wahnhaften Gedanken eingebunden wurde. Schliesslich deuten verschiedene Aussage aus dem aktuellen Strafverfahren darauf hin, dass es für [redacted] zwischen den Taten 2014 und der Tötung 2024 einen inneren Zusammenhang gibt.
[redacted] spricht davon, dass er damals unschuldige (die falschen?) Personen getötet habe. Das klingt so, als ob es ein Fortsetzungsmotiv gab. Auf die Hinweise darauf aus dem aktuellen Strafverfahren wird später noch genauer eingegangen (siehe Kapitel 2.4, Erneutes Tötungsdelikt vom 08.08.2024, Seite 44 ff.)

Es wurde bei der Unschärfe des Deliktmechanismus darauf hingewiesen, dass diese und ähnliche im Raum stehenden Fragen während der gesamten Behandlungsdauer

[24] Gutachten [redacted], Seite 4

offengeblieben sind. Es gibt aber keine Hinweise darauf, dass diese Fragen bewusst wahrgenommen und in der fachlichen Diskussion berücksichtigt worden wären.

Selbst wenn man von einer denkbaren Risikorelevanz des Tatortes absieht, ist diese fehlende Berücksichtigung auch unter einem anderen Aspekt problematisch. Denn an dem Tatort, an dem zwei Menschen getötet und eine Person schwer verletzt wurden, könnte es zu Begegnungen mit damaligen Anwohnern kommen, die Kenntnis von den damaligen Ereignissen hatten. Es könnte zu irritierenden Situationen kommen, wenn solche Personen [redacted] im Umfeld der Liegenschaft sehen oder von seiner Anwesenheit erfahren. Denkbar ist auch, dass bei [redacted] selbst im Kontakt mit dem Tatort Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen an die damalige Tat auftraten und es dadurch psychische Anknüpfungspunkte zum damaligen wahnhaften Erleben geben könnte. Schliesslich sind auf verschiedene Weise Effekte denkbar, die bei einer vulnerablen Person in der einen oder anderen Form zu einer psychischen Destabilisierung oder ungewollten psychischen Prozessen führen können.
Das hat insbesondere im Hinblick auf den dritten Problembereich Bedeutung. Denn es war nicht gewährleistet, dass [redacted] über solche Dinge dann proaktiv sprechen oder auf Nachfragen Auskunft geben würde. Auch im aktuellen Strafverfahren merkt [redacted] an, dass er über das, was in ihm schon seit einiger Zeit abgelaufen sei, nicht offen kommuniziert habe.
Es finden sich in den zur Verfügung gestellten Akten keine Hinweise dafür, dass die hier angesprochene Thematik wahrgenommen und fachlich reflektiert worden wäre. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass Aufenthalte am Nasenweg allein unter dem Aspekt der Besuche und Kontakte zum Vater wahrgenommen wurden. So ist beispielsweise in den Verläufen ein Angehörigengespräch vom 14.07.2021 dokumentiert. Hier ist lediglich in allgemeiner Form von «der Erweiterung des sozialen Empfangsraums und aktiver Freizeitgestaltung» die Rede.

Die Haltung, den Tatort lediglich als den Wohnort [redacted] wahrzunehmen und darum als einen naheliegenden und häufigen Zielort für Ausgänge zu betrachten, kommt in zahlreichen Dokumentationen zum Ausdruck. Hier eine Auswahl:

- [redacted] pflege zu seiner Mutter eine enge Bindung und die Beziehung werde als stützend erachtet. Es sei jedoch zu beachten, dass die **Mutter trinke und auch**

mit [redacted] die Zeit mit Computerspielen vertreibe. Auch sei sie psychiatrie-kritisch und nicht einsichtig, dass er auf die Medikation angewiesen sei. Sie könne nicht verstehen, dass ihr Sohn schwer krank sei. Daher sei sie nicht als mitkontrollierende Person zu betrachten. Auch habe man versucht, sie von der Notwendigkeit der Medikation der Behandlung zu überzeugen. Sie sei jedoch nicht erreichbar für Argumente in dieser Hinsicht. Ferner sei festgehalten worden, **dass versucht werde, den Vater noch mehr zu integrieren und den Kontakt zu ihm zu stärken**. [25] (Protokoll der VKS vom 06.02.2020)

2022 wird festgestellt, dass [redacted] einen guten und regelmässigen Kontakt zu seinen Eltern pflege. Während ausserklinischer Aktivitäten habe er die ihm zur Verfügung stehende Zeit mehrheitlich für Besuche bei seiner Mutter und **vermehrt auch beim Vater und Bruder benutzt**.
Von erheblicher Prognose- und Behandlungsrelevanz sei die ab Anfang August 2021 aufgetretene Exazerbation der Schizophrenie mit paranoid-psychotischer Symptomatik und Dissimulationstendenz gewesen. Dennoch seien alle Ausgänge problemlos, absprachegemäss und ohne Zwischenfälle verlaufen. [26]

Vor dem Hintergrund der letzten Exazerbation der schizophrenen Erkrankung Mitte 2021 sei zusätzlich zur antipsychotischen Medikation mit Clozapin eine neuroleptische adjunktive Depotmedikation mit Paliperidon eingeführt worden. Die deliktrelevante, akute Symptomatik der schizophrenen Erkrankung sei im Verlauf des letzten Jahres unter dieser konsequenten Pharmakotherapie erneut und vollständig remittiert bis auf leichte Schwankungen im Bereich des formalen Denkens und der Emotionsregulation, auf das zuvor bestehende psychopathologische Zustandsbild.

Zur Förderung der extramuralen Perspektiven, Eigeninitiative, Handlungsplanung, Impulskontrolle, Reizwahrnehmung mit realistischer

[25] Therapie- und Verlaufsbericht der UPK Basel vom 21.12.2018, Gutachten [redacted], Seite 25

[26] Therapiebericht vom 24.08.2022

> Auseinandersetzung mit der Umwelt und Förderung der kognitiven Flexibilität als auch des Ausbaus der Tagesstruktur des sozialen Empfangsraums werde gegenwärtig die **sukzessive Erweiterung der Bewährungsspielräume von [redacted] im Rahmen von Tagesurlauben** weiterhin als sinnvoll und empfehlenswert angesehen.[27] (Therapiebericht vom 24.08.2022)

Auch im Therapiebericht vom 23.11.2023 findet sich unter dem Titel «Soziale Faktoren» die gleiche Aussage zum Kontakt mit den Eltern, wonach [redacted] mit ihnen «in gutem und regelmässigem Kontakt» stehe und vermehrt auch seinen Vater und seinen Bruder besuche.[28]

Es finden sich in den zur Verfügung gestellten Akten keine Hinweise darauf, dass eine mögliche Risikorelevanz des Tatorts und die damit verbundene Implikationen im Fallkonzept berücksichtigt und/oder mit [redacted] besprochen worden wären.

2.3 Selektive Offenheit und Kooperation

Während der Behandlung von [redacted] kam es verschiedentlich zu einem Wiederaufflackern wahnhaft psychotischer Symptome. Solche Phasen werden für das Jahr 2017, 2018, 2021 und für 2023 mit einer Negativsymptomatik beschrieben.

2.3.1 Krankheitsrückfälle 2017 und 2018

[redacted] habe im Dezember 2017 über mehr als zwei Wochen vermehrt deprimiert und affektarm und antriebsgemindert gewirkt. Weil der Patient gleichzeitig mit dem Rauchen aufgehört und mit einer strengen Diät angefangen hatte, wurde eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik im Zusammenhang mit der Negativsymptomatik der psychotischen Erkrankung diagnostiziert. Nach ca. drei Wochen, Ende 2017, sei diese Episode vorübergegangen.

[27] Ebd.

[28] Therapiebericht vom 23.11.2023

Anfang Juli 2018 habe [redacted] innerhalb von 2-3 Tagen ein auffälliges Verhalten mit Verlangsamung, reduziertem Blickkontakt, reduzierter Konzentration, sozialem Rückzug, Ängstlichkeit, Ratlosigkeit und Affektverflachung bis hin zu einem Mutismus aufgewiesen. Auf dezidierte Nachfrage von Seiten der Therapeuten habe er eingeräumt **unter optischen Halluzinationen zu leiden** (Figuren wie Spider-Man, eine Frau mit schwarzen Haaren und böse Dämonen).
Ferner habe ein Beeinträchtigungswahn festgestellt werden können. *«Der Patient empfand, dass er sich bei diesen Figuren wegen eines Vergehens entschuldigen sollte.»*
Er habe hingegen **akustische Halluzinationen verneint** und betont, dass nie eine Gefahr der Fremdgefährdung bestanden habe. Schliesslich habe er **eingeräumt im Dezember 2017 ähnliche Symptome, im Sinne von optischen Halluzinationen und Wahn**, aufgewiesen zu haben. **Er habe diese mit Absicht verborgen**, da er befürchtet habe, dass das Behandlungsteam, die Vollzugsbehörde und insbesondere die KoFako seinen Ausgangsstatus begrenzen würden und allenfalls eine Verwahrung angeordnet würde.
[redacted] habe innerhalb von 10 Tagen eine Remission der produktiv-psychotischen Symptomatik aufgewiesen.
Grundsätzlich sei die Kooperationsbereitschaft des Patienten für die Therapie weiterhin vorhanden. Die Deliktarbeit könne als abgeschlossen gewertet werden.[29]
(Therapie- und Verlaufsbericht der UPK Basel vom 21.12.2018)

Im **Gutachten von** [redacted] heisst es:

[redacted] habe «2017 und 2018, zwei Rückfälle erlitten. Damals habe er wiederum Halluzinationen und Wahnsymptome entwickelt. Im Jahr 2017 habe er die psychotische Symptomatik verschwiegen, um negative Konsequenzen verhindern zu können. Im Jahr 2018 habe er die Symptome jedoch offengelegt und habe mittlerweile aus den beiden Krisen gelernt.»[30]

[29] Therapie- und Verlaufsbericht der UPK Basel vom 21.12.2018, aus dem Gutachten [redacted], Seite 22 ff.

[30] Ebd. Seite 38 (Exploration)

[redacted] **hält zusammenfassend fest**:

«Trotz adäquater neuroleptischer Behandlung mittels Clozapin ist es nicht gelungen, [redacted] einer vollständigen Remission seiner schizophrenen Erkrankung zuzuführen. Vielmehr ist festzuhalten, dass [redacted] im Dezember 2017 wie auch im Juli 2018 **unter adäquat dosierter neuroleptischer Medikation** psychotische Krisen durchlief habe, welche mit einer paranoid-halluzinatorischen und wahnhaften Symptomatik einhergingen. Obschon [redacted] von den behandelnden Therapeuten und Ärzten mehrfach auf sein verändertes Zustandsbild angesprochen wurde, verneinte er im Dezember 2017 jegliche psychotische Symptomatik, aus Angst vor negativen Konsequenzen. Insbesondere befürchtete der Explorand, dass ihm die in Aussicht gestellten Vollzugslockerungen nicht gewährt würden. Erst im Juli 2018 räumte er die psychotische Symptomatik ein.»[31]

Die Rückfälle 2017 und 2018 wurden durch die UPK ernstgenommen und mit [redacted] ausführlich besprochen. Dass er diese Rückfälle nicht selbst angesprochen hatte, wurde zu Recht als Problem erkannt. Die Behandler gingen schliesslich davon aus, dass er die Problematik seiner mangelnden Offenheit erkannt hatte und es ihm durch die Nachbearbeitung gelungen sei, ein besseres Verständnis für seine Krankheit zu entwickeln. Insbesondere bestand die Hoffnung, dass er in Zukunft aufgrund des besseren Verständnisses Symptome von selbst und frühzeitig melden würde. Diese Einschätzung kommt unter anderem in den nachfolgenden Darstellung zum Ausdruck.

So erfolgt im **Standortbericht vom 09.01.2019** unter dem Titel «Gesamtbeurteilung» folgende Einordnung:

«Trotz der beiden Vorfälle mit psychotischer Dekompensation bleibt festzuhalten, dass die Behandlung insgesamt zur weitgehenden Remission produktiv-psychotischer Symptomatik und weiter anhaltenden kompletten Abwesenheit aggressiven Verhaltens geführt hat. **Die Kooperationsbereitschaft des Patienten für die Therapie ist weiterhin vorhanden.** Deliktarbeit ist abgeschlossen. **Die**

[31] Ebd. Seite 70

Krankheitseinsicht und das Krankheitsverständnis des Patienten sind noch nicht ausreichend und er hat Symptome wiederholt verborgen. Protektiv wirken weiterhin die stützenden familiären Beziehungen des Patienten. Es besteht Potential für eine weitere Verbesserung der Legalprognose in den Kriterien 4, 6, 7 und 11.» [32]
[Kommentar: die Nennung des Kriteriums 7 (Auseinandersetzung mit der Tat) ist insofern widersprüchlich, als zuvor festgestellt wurde, dass die Deliktbearbeitung abgeschlossen sei.]

Diese Beurteilungsline kommt in verschiedenen weiteren Berichten zum Ausdruck.

[redacted] habe gegenüber der Fallverantwortlichen angegeben, dass er sich die Symptome im Dezember 2017 und Juli 2018 nicht habe erklären können.

«Er habe plötzlich Halluzinationen und Stimmungsschwankungen gehabt. Er verstehe nun, dass er sich in solchen Situationen Hilfe holen müsse und gehe auch davon aus, dass diese Symptome wieder auftreten könnten. Seine Familie sei insbesondere mit der Einnahme der Medikamente nicht zufrieden gewesen. Nun habe er aber weniger Nebenwirkungen und er wisse, dass er die Medikamente ein Leben lang einnehmen müsse. (Protokoll der VKS vom 16.01.2019)»[33]

Seit den psychotischen Dekompensationen von Dezember 2017 und Juli 2018 habe sich [redacted] stabil gezeigt. Die Dekompensationen hätten ihm geholfen, ein besseres Verständnis des Verlaufs seiner Erkrankung zu erreichen. So glaube er mittlerweile nicht mehr, dass er von der Erkrankung geheilt sei und könne einräumen, dass sie „nur" behandelt sei.

«Es ist ihm auch klar geworden, dass das Verbergen seiner Symptomatik vor dem Team ein Fehler im Umgang mit der Erkrankung war". (Ärztliches Schreiben vom 23.04.2019 zur Genehmigung der Ausgangsstufen 8).»[34]

[32] Standortbericht vom 09.01.2019

[33] Protokoll der VKS vom 16.01.2019, Gutachten [redacted] Seite 23

[34] Ärztliches Schreiben vom 23.04.2019 zur Genehmigung der Ausgangsstufen 8, Gutachten [redacted], Seiten 23-24

[redacted] habe sämtliche Ausgänge ohne Zwischenfälle absolviert und sich dabei als absprachefähig erwiesen. Seit den Vorfällen von Dezember 2017 und Juli 2018 erweise sich [redacted] in der therapeutischen Beziehung als offener und sei weiterhin motiviert. (Therapie- und Verlaufsbericht der PK Basel vom 05.12.2019)[35]

2.3.2 Rückfall 2021

2021 kam es zu einem neuerlichen Rückfall. Nicht der Rückfall war problematisch. Kritisch an diesen Rückfall war, dass sich bei [redacted] wie bereits 2017 und 2018 zeigte, dass er ungeachtet der seinerzeit geschilderten Vorsätze und der angenommenen Kooperationsbereitschaft in gleicher Weise versuchte, die Symptome zu verbergen.

Hierzu wird im **Therapiebericht vom 17.08.2021** Folgendes ausgeführt:

Von erheblicher Prognoserelevanz erscheine die **ab Anfang August 2021 aufgetretene Exazerbation der Schizophrenie mit paranoid-psychotischer Symptomatik und Dissimulationstendenz** (siehe dazu: 'Medikamentöse Therapie')

Ungünstig zu werten sei, dass [redacted] weiterhin in seiner Freizeit 7-10 Stunden/Woche am Computer spiele, darunter meist einmal pro Woche auch „World of Warcraft", welches er gemeinsam mit seiner Mutter online spiele.

<u>Medikamentöse Therapie</u>

[redacted] werde weiterhin mit Clozapin behandelt. Die Blutspiegel hätten dabei im oberen therapeutischen Bereich gelegen, weshalb am 08.12.2020 eine Reduktion von 400 mg/d Clozapin auf 350 mg/d vorgenommen worden sei. Die Behandlung des – clozapinbedingt – erhöhten Pulses sei mit 5 mg/d des Betablockers Bisoprolol fortgesetzt worden.

Im Verlauf des Juli 2021 habe [redacted] begonnen, erneut Tabak zu rauchen. Aufgrund der Interaktion von Nikotinkonsum mit dem Wirkstoff Clozapin sei eine Spiegelkontrolle durchgeführt worden, welche eine erniedrigte Blutspiegelkonzentration unterhalb des therapeutischen Bereiches ergeben habe und die Dosis sei dementsprechend umgehend angepasst worden (schrittweise Erhöhung des Clozapin von 350 mg/d auf

[35] Ebd. Seite 24

600 mg/d). Die Anpassung der Pharmakotherapie sei komplikationslos verlaufen. Eine ergänzende add-on Medikation mit einem weiteren Neuroleptikum oder einer Augmentation sei mit [redacted] wiederholt thematisiert worden. Dieser habe er kritisch, aber nicht grundsätzlich ablehnend gegenübergestanden.

Die vorwiegend tatkausale produktiv psychotische Symptomatik habe sich unter der etablierten, kontinuierlichen und sichergestellten Pharmakotherapie im Berichtszeitraum fast durchgehend stabil remittiert gezeigt.

Am 07.07.2021 sei die Ausgangsstufen 9 bei [redacted] vorübergehend ausgesetzt und [redacted] zur besseren Überwachung im Rahmen einer Dosiserhöhung der antipsychotischen Medikation auf die Ausgangsstufe 8 rückgestuft worden. Die Rückstufung sei somit zur besseren Überwachung und Begleitung des Patienten vorgenommen worden. Die medikamentöse Anpassung sei zunächst komplikationslos verlaufen, weshalb am 14.07.2021 die Ausgangsstufe 9 wieder aufgenommen worden sei. Am 28.07.2021 sei im Rahmen einer oberärztlichen Visite erneut eine Zusatzmedikation zur zusätzlichen Psychoseprophylaxe und vor dem Hintergrund der zwei früheren psychotischen Exazerbationen (Dezember 2017 und Juli 2018) thematisiert worden. [redacted] habe sich im Gespräch nach Aufklärung und Vorstellung der Behandlungsoption für eine Kombinationsbehandlung von Clozapin und Aripiprazol entschieden. Diese sei am 29.07.2021 begonnen worden.

In der Nacht auf den 01.08.2021 seien durch das Pflegepersonal mimische Veränderungen (Grimassieren) als auch vermehrte körperliche Anspannung und Unruhe (Sitz- und Stehunruhe) beobachtet worden. Bei Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelwirkung im Sinne einer Akathisie sei die Eindosierung des Aripiprazols pausiert worden. [redacted] habe im Kontakt mit dem Behandlungsteam im Verlauf zunehmend **Unruhe, Distanzminderung und verminderte Verhaltenskontrolle** präsentiert, habe sich sexuell enthemmt gegenüber einer Mitpatientin gezeigt, habe ungeordnete Gedankengänge gezeigt und bei direkter Ansprache durch die Behandler Angaben von diffusem Frustrationserleben und depressiver Verstimmung gemacht, punktuell auch Angaben einer euphorischen Gestimmtheit. Der formale Gedankengang habe zunehmend ungeordnet und umständlich gewirkt, wobei auch die

Äusserungen des Patienten auf **überwertige Gedankeninhalte und Wahn** (religiöser Wahn, in die Hölle zu kommen, wobei der Patient ansonsten nicht religiös sei) haben schliessen lassen. Zudem wurde Horchen in den Raum beobachtet, was klar auf das Vorhandensein von **Stimmenhören** hingedeutet habe. Die Ausgangsstufe 9 sei darauf sistiert und die Ausgangsstufe 2 angeordnet worden. Die Clozapin-Spiegelkontrolle habe einen niedrigen Blutspiegel gezeigt, sodass die Clozapin-Dosis von 600 auf 800 mg/d erhöht worden sei. Darunter seien die Spiegel schnell sehr stark angestiegen, was darauf hindeuten könnte, dass [redacted] zuvor nur teilcompliant bezüglich Clozapin gewesen sei. Unter dem Spiegelanstieg habe dann objektiv und subjektiv eine Besserung festgestellt werden können. Zum Berichtszeitpunkt sei die Exazerbation aber noch nicht remittiert gewesen. Auffallend sei **eine seitens des Patienten erneut sehr zurückhaltende und teilweise dissimulierende Berichterstattung** über seine psychische Belastung, deren Kontraproduktivität insbesondere im Kontext der vorherigen Exazerbationen immer wieder thematisiert worden sei.[36] (Therapiebericht vom 17.08.2021)

In den Empfehlungen wurde die Situation wie folgt bewertet:

Aus Sicht der Behandler sei im aktuellen Setting unter stabil gebessertem psychopathologischen Befinden, engmaschiger therapeutischer Begleitung, sichergestellter und kontinuierlicher Medikamenteneinnahme, Abstinenz von illegalen Substanzen und gut strukturiertem Alltag von keinem wesentlich erhöhten Risiko für erneute Straftaten im Sinne der Anlassdelikte auszugehen.

Angesichts der **erneuten psychotischen Dekompensation unter Therapie** mit Clozapin erscheine eine zusätzliche neuroleptische Medikation unumgehbar, oral oder als Depot. Diese gelte es in den kommenden Monaten zu etablieren und die Stabilität von [redacted] darunter zu überprüfen. [37] (Therapiebericht vom 17.08.2021)

[36] Therapiebericht vom 17.08.2021

[37] Ebd.

Kommentar:

Dieses Ereignis ist deswegen in besonderer Weise erwähnenswert, weil es zeigt, dass die Kooperationsbereitschaft und die Vorsätze von [redacted] nach den Rückfällen 2017 und 2018 zu einem offenen Umgang mit risikorelevanten Symptomen nicht tragfähig war.

Das wird auch im **Therapiebericht vom 24.08.2022** dokumentiert.

Im Februar 2022 sei erneut präventiv, zur Reizabschirmung und Klärung, eine vorübergehende Sistierung der klinikexternen Ausgänge erfolgt aufgrund affektiver Instabilität mit Niedergeschlagenheit, formalen Denkstörungen und Angaben des Patienten von Frustrationserleben.

Weiterhin habe [redacted] dazu geneigt, **behandlungsrelevante Aspekte oder Veränderungen in der Lebensführung (wie zum Beispiel Nikotinkonsum) nicht anzusprechen oder zu verschleiern**, was allerdings nicht in erster Linie absichtlichen Täuschungsversuchen, sondern eher einem krankheitsbedingt mangelnden Vermögen zuzuordnen gewesen sei, relevante Veränderungen per se bei sich zu erkennen und diese zu berichten. Gemeinsam mit [redacted] seien wiederholt mittels konkreter Verhaltensanalysen die Konsequenzen der Intransparenz auch an alltäglichen Beispielen erarbeitet worden. Vermehrt habe sich [redacted] schliesslich auf gemeinsame Strategien in diesem Bereich einlassen können.»[38]

2.3.3 Krankheitsrückfall 2023

Ein weiteres Ereignis wird im **Therapiebericht vom 23.11.2023** dargestellt.

Ab dem 28.12.2022 sei die Ausgangsstufe 10 (ein Tagesurlaub/Monat nach schriftlicher Planung und Besprechung) umgesetzt worden.

Im April 2023 sei präventiv, zur Untersuchung, Verhaltensbeobachtung, Exploration und Reizabschirmung eine vorübergehende Sistierung der Ausgänge erfolgt aufgrund

[38] Therapiebericht vom 24.08.2022

von Muskelzuckungen bzw. auffälligen und ungerichteten Bewegungen, motorischer Unruhe und Angaben von Frustrationserleben. Nach wenigen Tagen seien die Ausgänge regulär wieder umgesetzt worden. Am 14.09.2023 sei eine Rückstufung des Patienten auf die Ausgangsstufe 2 erfolgt, nachdem sich bei der Kontrolle der Blutspiegelkonzentration ein deutlich erniedrigter Wert für Clozapin ergeben habe. Zuvor seien auch psychopathologisch eine Veränderung des Affekts und in der Kontaktgestaltung festgestellt worden sowie auch ein nochmals verstärkter sozialer Rückzug.

Auch in den klärenden Gesprächen und Explorationen während der jüngsten Sistierung der Ausgänge zwecks Überprüfung der Behandlungsadhärenz und Motivation habe sich kein Anlass zur Annahme einer aufgehobenen Krankheitseinsicht, Behandlungseinsicht oder einem ungünstig zu wertenden Delinquenzkonzept bei [redacted] ergeben. Vielmehr hätten sich die schon zuvor beschriebenen Schwierigkeiten von [redacted] im Bereich basaler sozialer Kompetenzen gezeigt, insbesondere hinsichtlich einer adäquaten und aktiven Kommunikation eigener Anliegen und Schwierigkeiten, ein vermindertes Abstraktionsvermögen hinsichtlich Erkennen und Verbalisierung von Risikofaktoren und eine Selbstbezogenheit, welche **bereits wiederholt im gesamten Behandlungsverlauf zu einer verminderten Offenheit zu wichtigen Behandlungsbereichen** geführt hätten.

Bis zum Frühjahr 2023 sei weiterhin eine in hohem Masse vorhandene Massnahmenadhärenz und hochgradige Motivation zur Therapie und Behandlung festgestellt worden. Ab Frühjahr 2023 zeigte sich in diesem Bereich jedoch erneut, selbst bei nur kleinschrittiger Rücknahme der Betreuungsintensität, der hohe Kontroll- und Behandlungsbedarf bei [redacted].

Die **psychopathologische Verschlechterung von [redacted] im Rahmen einer vermehrten Negativsymptomatik** habe sich besonders in diesem Bereich feststellen lassen: Verminderte Motivation durch die Beschränkung der Ausgänge, hierzu eigentümliche Erklärungsmodelle und Gedankengänge zur Wirksamkeit und Funktionsweise der Pharmakotherapie, welche inhaltlich mit den Erläuterungen der Behandler nicht vereinbar gewesen seien. Eine reduzierte und teils leicht dysphorische Kontaktgestaltung zu den Behandlern und Verhaltensweisen sowie Äusserungen von [redacted], welche auf eine gedankliche Einengung auf die Themen Ausgänge und

Arbeitsexternat hätten schliessen lassen. Dabei habe sich klar die **Symptomatik der schizophrenen Grunderkrankung** gezeigt und dass [redacted] weiterhin in psychopathologisch instabilen Phasen auf engmaschige, stationäre forensisch-psychiatrische Kontrollmassnahmen angewiesen sei.

Medikamentöse Therapie:

Im September 2023 sei anhand der regulären Kontrollen ein **deutlich erniedrigter Clozapin-Spiegel** als auch ein deutlicher Abfall der Spiegelkonzentration im Vergleich zur Voruntersuchung festgestellt worden. In der Folge habe sich auch eine psychopathologische Zustandsverschlechterung gezeigt, vermehrte Antriebsarmut, eine verminderte affektive Schwingungsfähigkeit und formalgedankliche Störungen. Es habe eine mangelnde Adhärenz zur antipsychotischen Medikation und damit zur seit vielen Jahren etablierten primären Risikomanagementstrategie festgestellt werden müssen.

So habe [redacted] die Medikation einerseits nicht wie verordnet bzw. unregelmässig eingenommen und zudem mehr geraucht als gegenüber den Behandlern angegeben, womit sich aller Wahrscheinlichkeit nach über mehrere Wochen eine erniedrigte Spiegelkonzentration von Clozapin unterhalb des therapeutischen Wirkbereich ergeben habe.»[39]

Zusammenfassend wird festgestellt:

«Die im September 2023 festgestellte mangelnde Adhärenz zur antipsychotischen Medikation wurde als kritisches prognoserelevantes Ereignis bezeichnet.»[40]

2.3.4 Einordnung der Selektiven Offenheit und Kooperation

Es ist bei der Behandlung schizophrener Patienten immer möglich, dass es erneut zu psychotischen Symptomen und damit zu Krankheitsrückfällen kommen kann. Erwähnenswert sind im vorliegenden Fall zwei Beobachtungen.

[39] Therapiebericht vom 23.11.2023

40 Ebd.

Für die Symptom-Rückfälle 2021 und 2023 (vermehrte Negativsymptomatik) konnten niedrige Medikamentenspiegel festgestellt werden. Das wurde schon 2021 zum Teil auf das Rauchverhalten von [redacted] zurückgeführt. Es gab aber auch 2021 Hinweise dafür, dass [redacted] die Medikamente nicht zuverlässig eingenommen hatte. Die gleiche Beobachtung wird 2023 geschildert.

Bei [redacted] habe eine mangelnde Adhärenz zur antipsychotischen Medikation und damit zur seit vielen Jahren etablierten primären Risikomanagementstrategie festgestellt werden müssen So habe [redacted] «die Medikation einerseits nicht wie verordnet bzw. unregelmässig eingenommen und zudem mehr geraucht als gegenüber den Behandlern angegeben, womit sich aller Wahrscheinlichkeit nach über mehrere Wochen eine erniedrigte Spiegelkonzentration von Clozapin unterhalb des therapeutischen Wirkbereich ergeben habe.» [41]

Es kommt hinzu, dass die Rückfälle 2017 und 2018 vermutlich während einer ausreichenden Medikamenteneinnahme erfolgten. [redacted] fasste das in ihrem Gutachten wie bereits vorangehend erwähnt wie folgt zusammen:

Trotz adäquater neuroleptischer Behandlung mittels Clozapin sei es nicht gelungen, [redacted] einer vollständigen Remission seiner schizophrenen Erkrankung zuzuführen. Vielmehr müsse festgehalten werden, dass [redacted] im Dezember 2017 wie auch im Juli 2018 unter adäquat dosierter neuroleptischer Medikation psychotische Krisen durchgelaufen habe, welche mit einer paranoid-halluzinatorischen und wahnhaften Symptomatik einhergingen.[42]

2017 und 2018 scheinen die Rückfälle somit nicht durch einen erniedrigten Medikamentenspiegel erklärbar gewesen zu sein. Diese Beobachtung legt nahe, dass es bei [redacted] auch unter ausreichende Medikation zu symptomatischen Rückfällen kommen kann. Dadurch wird die Kontrollmöglichkeit des Verlaufs durch die Überwachung der Medikamenteneinnahme und der Medikamentenspiegel geschwächt. Denn es ist möglich, dass sich eine risikorelevante Symptomatik entwickelt, ohne dass sich das in einer unzuverlässigen Medikamenteneinnahme

41 Therapiebericht vom 23.11.2023

42 Ebd. Seite 70

oder einen erniedrigten Medikamentenspiegel zeigt. Dieser Umstand betont damit die Bedeutung der Beobachtung und frühzeitigen Erfassung entsprechender Symptome.

Hier bestand aber ein weiterer kritischer Aspekt. [redacted] wurde ausführlich über seine Erkrankung, die Symptome dieser Erkrankung, Risikozeichen und seine Handlungsmöglichkeiten bei negativen Entwicklungen aufgeklärt. In stabilen psychischen Phasen zeigte er sich hier einsichtig und zur Kooperation bereit. Allerdings scheint es vor allem in Phasen mit verstärkten Krankheitssymptomen so gewesen zu sein, dass [redacted] dann seine Vorsätze nicht mehr umsetzen wollte oder nicht umsetzen konnte.

Die therapeutisch verfolgten Ziele, [redacted] für den Umgang mit seiner Erkrankung und sich allenfalls zuspitzenden Symptomen zu sensibilisieren, waren zwar höchst sinnvoll. Wenn es aber so ist, dass diese Ziele nur in psychisch guten Phasen von [redacted] vertreten werden und sich, sobald Symptome auftreten, eine Verdeckungstendenz mit mangelnder Offenheit und mangelnder Kooperationsbereitschaft zeigt, schränkt das die Belastbarkeit der erarbeiteten Vorsätze markant ein.

Denn wenn [redacted] in Phasen verstärkter Symptomatik seine Vorsätze über Bord wirft oder krankheitsbedingt nicht mehr realisieren kann, dann verlieren sie genau in der Situation ihren Wert, in der sie angewendet werden müssten.

Nach eigenen Aussagen hatte die mangelnde Offenheit von [redacted] 2017 und 2018 damit zu tun gehabt, dass er fürchtete, Lockerungen zu verlieren und sich zu verschlechtern, wenn er über Symptome berichtet. Das kann ein Motiv für das geschilderte Verhalten sein. Möglich ist allerdings auch, dass sich mit einer Zunahme der schizophrenen Symptomatik das Motivationsgefüge von [redacted] verschiebt. Das bedeutet, dass das, was ohne die Symptome als richtig erachtet wird, sich mit diesen Symptomen in der interpsychischen Logik als falsch und in jedem Fall zu vermeiden darstellt. Möglich ist auch, dass es [redacted] aufgrund einer krankheitsbedingten (unter anderem kognitiven) Einschränkungen nicht gelingt, Krankheitssymptome zu erkennen und frühzeitig zu kommunizieren.

Jedenfalls ist die Kombination der beiden Faktoren (1. Rückfälle unter regulärer Medikation und 2. Fehlende Offenheit bei Zunahme von Symptomen) eine Konstellation, durch die die Überwachung deutlich erschwert wird.

Spätestens im Zuge des dritten bekannt gewordenen Rückfalls 2021 war klar, dass bei [redacted] nicht mehr davon ausgegangen werden konnte, dass er das Wiederauftreten von risikorelevanten Symptomen proaktiv berichten würde. Im Gegenteil musste spätestens seit 2021 davon ausgegangen werden, dass [redacted] Symptome und risikorelevante Entwicklungen verbergen würde.
Wie vorangehend dargestellt, war das den Behandlern bekannt und wurde auch immer wieder dokumentiert.
So wird dazu zum Beispiel im Verlaufseintrag die ärztliche Visite vom 09.09.2021, kurz nach den Rückfall 2021, wie folgt zusammengefasst:

«Visite [redacted] berichtet über die Exazerbation und dass [redacted] wieder 3 Tage pro Woche zum Arbeitsexternat kann, was bei weiter gutem Verlauf gesteigert wird. In der Einzeltherapie werden seine Symptome besprochen und mit ihm auch ein Katalog seiner Frühwarnzeichen erarbeitet. Formalgedanklich noch beeinträchtigt, z.B. vorbeiredend, Ängste rückläufig, auch das Wahnthema. Im Kontakt sei er dtl. verbessert. Mit den Ausgängen sollte noch Vorsicht walten. Die Gefahr besteht, dass er wieder viel am PC spielt und darüber in Scheinwelten abgleitet.

[redacted] fühle sich durchgängig müde, führt dies auf den erhöhten Medikationsspiegel zurück. Die Arbeit sei gut verlaufen, er habe sich nachmittags aber ausruhen müssen, habe auch geschlafen. Er erklärt, dass es sein Wunsch sei, ab der Folgewoche wieder 5 Tage zu arbeiten. Er verspricht, sich zu melden, wenn es ihm zu viel werde. Bespricht seine Wut, die zu Anspannung und verändertem Gesichtsausdruck geführt habe. Er führe dies nicht auf das Abilify zurück. Auch dementiert er, Stimmen gehört zu haben. Der Eindruck, in die Luft geschaut zu haben und Wahrnehmungen gehabt zu haben, täusche. **Auch habe er in der Vorgeschichte nie akustische Halluzinationen gehabt.** Die sonstigen Verlaufsschilderungen deckten sich jedoch mit dem von ihm erlebten Vorgängen. Er sei in diesen Phasen sehr frustriert gewesen, habe seine Lebenssituation als "überleben und nicht leben"

wahrgenommen. Er fühle sich jetzt wieder ruhiger, die Unzufriedenheit könne aber wiederkommen, was normal sei. Er wird aufgefordert, darüber zu reden. Eine zusätzliche Medikation soll derzeit nicht erfolgen, wichtig sei jetzt wieder eine gute Stabilisierung zu erreichen.
Eine ext. Wohnmöglichkeit scheint derzeit nicht möglich, da er unter Clozapin dreimal exazerbiert ist. Auch sei das Krankheitskonzept nicht mehr abrufbar, auch könne er mit den Frühwarnzeichen nicht arbeiten und auch die Delinquenzbearbeitung sei nicht ausreichend möglich. Lt. [redacted] sei dieses Verhalten phasenabhängig. Auch sei es schwierig, da er nicht rechtzeitig über Veränderungen spreche, also sehr intransparent sei. Dissimulation.»[43]

Diese Erkenntnis führte dazu, dass die Thematik mit ihm besprochen und das Personal offensichtlich für die Problematik sensibilisiert war. Im konkreten Management mit den Episoden erfolgten unter anderem Rückstufungen von Lockerungen oder Änderungen der Medikation. Wie der oben zitierte Verlaufseintrag verdeutlicht, kam das Behandlungsteam aufgrund der Problematik auch zu der zutreffenden Schlussfolgerung, dass die Voraussetzungen für eine externe Wohnmöglichkeit nicht gegeben sind. Diese Einschätzung und die getroffenen Massnahmen waren sinnvoll.
Zu einem grundsätzlichen Überdenken der Fallkonzeption nach 2021 führte das Bewusstsein über diese Problematik aber nicht. Das ist insofern nachvollziehbar, als eine eingeschränkte Offenheit bei schizophren Patienten nicht selten ist und deshalb zum üblichen Umgang mit einem Teil der Patienten gehört.
Das wäre auch in diesem Fall grundsätzlich unproblematisch gewesen, wenn diese Problematik nicht kombiniert mit den beiden anderen Problempunkten aufgetreten wäre.

2.4 Erneutes Tötungsdelikt vom 08.08.2024

Sehr ähnlich wie die Tötungsdelikte im Jahr 2014 beging [redacted] wiederum am Nasenweg ein erneutes Tötungsdelikt. Mit einem Messer, das er sich kurz zuvor aus

[43] Verlaufseintrag vom 09.09.2021, Verlauf PDF Nr. 21, Seite 46

der Wohnung [redacted], der aufgrund einer Reha-Massnahme abwesend war, geholt hatte, tötete er [redacted]., eine Nachbarin [redacted]. Ebenfalls ähnlich wie 2014 hatte es im Vorfeld einen Konflikt mit [redacted] wegen der Nutzung eines Kellerabteils gegeben. In der Woche, in der [redacted] die Tat verübte, hatte er Ferien und konnte gemäss seinem Ausgangsstatus fünfmal in der Woche in die Stadt gehen. Auch das Nachtatverhalten und das spätere Aussageverhalten sind sehr ähnlich wie bei den Taten 10 Jahre zuvor im Jahr 2014.

Im **Gutachtenauftrag vom 11.09.2024** werden wesentliche Phasen des Tatablaufs wie folgt zusammengefasst:

«Am Donnerstag, 08.08.2024, begab sich der nach einem Doppelmord und einem versuchten Mord wegen Schizophrenie seit 2014/15 in einer sich stationären Massnahme befindliche Beschuldigte im Rahmen eines von 13.00 bis 17.00 Uhr dauernden Freigangs aus der UPK Basel auf direktem Weg mittels Tram Nr. 3 zum Nasenweg [redacted] in Basel in die sich im dritten Stock befindliche Wohnung [redacted] und besorgte sich aus dem Messerblock ein Messer, Klingenlänge 24,5 cm. Er benutzte hierzu um 13.08 Uhr das Tram Nr. 3 von der Haltestelle Felix Platter Spital aus bis zur Breite, wo er um 13.28 Uhr ausstieg und zu FUSS zum nahegelegenen Nasenweg [redacted] ging. Dem Beschuldigten war bekannt, dass [redacted] zur fraglichen Zeit nicht in der Wohnung logierte, da dieser sich nach einem Herzinfarkt in einer Rehabilitation in der REHA in [redacted] aufhielt.

(...

Wortlos und ohne Vorwarnung stach resp. schnitt der Beschuldigte von ca. 13.40 bis 13.45 Uhr mit dem Messer dem Opfer, das auf dem Zwischenstück zwischen dem Hochparterre und ihrer Wohnung im ersten Stock mit dem Rücken zur Wand stand, mit ausholenden Bewegungen der rechten Hand kaltblütig, von Angesicht zu Angesicht und ohne jegliche menschliche Regung wiederholt, mindestens aber dreimal, gegen ihren Hals- und Brustbereich, in der Absicht, das Opfer zu ermorden. Abschliessend schnitt er dem Opfer die Kehle bis auf die Wirbelsäule durch, so dass das Opfer komplett handlungsunfähig wurde. Auch nach

dem das Opfer wehrlos, stöhnend und röchelnd vor dem Beschuldigten stand, stach der Beschuldigte mindestens ein weiteres Mal auf ihren Halsbereich ein.»

(..)

Im Anschluss an die Tat ging der Beschuldigte erneut in die, im dritten Stockwerk befindliche, Wohnung [redacted], legte das Messer in das WC-Lavabo, wusch sich die Hände und zog sein blutverschmutztes T-Shirt aus. Dieses liess er vor der Wohnung [redacted] auf einem Schubkasten zurück. Als er die Wohnung [redacted] verliess, schloss er die Wohnungstüre mit dem Schlüssel ab.

(…)

Beim St. Jakob Park verliess er den Bus um 14:03:42 Uhr und betrat eine öffentliche Toilette, wo er sich mutmasslich die weiteren Blutanhaftungen von Gesicht, Hals, Armen und Beinen grob abwusch. Anschliessend begab er sich in den St Jakob Park und erwarb ab 14.06 Uhr neue Hosen und Schuhe, die er sogleich anzog. Die mit dem Blut des Opfers verschmutzte eigene Knielange Hose, und die ebenso mit Blutspuren verschmutzten Schuhe legte der Beschuldigte in eine erhaltene Tragtasche.
Anschliessend begab er sich im St. Jakob Park zu einem Postomat, wo er Bargeld im Betrag von CHF 1'000.00 bezog.
Im Erdgeschoss des St. Jakob Parks warf er die Tragtasche mit der blutverschmutzten Hose und den Schuhen in einen öffentlichen Abfalleimer.

(..)

Die folgende Nacht verbrachte der Beschuldigte in einem Waldstück in der Nähe des Dreispitzes, worauf er im Bereich Dreispitz am 09.08.2024, um ca.10.00 Uhr, in zwei Tranchen bei einem Bankomaten weiteres Geld im Betrag von CHF1'900.00 abhob.

Anschliessend erwarb der Beschuldigte beim M-Park ein Getränk und eine lange Hose und ein weiteres T-Shirt, um sein Aussehen erneut zu verändern. Daraufhin ging er in Richtung Basel-Stadt, wo er das Rotlichtviertel aufsuchte. Dort buchte er für

zwei Stunden ein Bett, in welchem er aber nur schlief. Seine Bitte, für CHF 1'000.00 einen Monat bei der Prostituierten schlafen zu dürfen, schlug diese aus. In der Folge verliess er das Zimmer und hielt sich beim Unteren Rheinweg, Höhe Hausnummer [redacted] auf, wo er schliesslich von der Polizei aufgrund der Öffentlichkeitsfahndung und entsprechender Hinweise aus der Bevölkerung festgenommen werden konnte.[44]»

Polizeiliche Einvernahme vom 09.08.2024

«Er gab zu, dass er mit dem Messer auf den Hals des Opfers [redacted] eingestochen habe. Warum er dies gemacht hatte, wisse er nicht bzw. wollte er nicht angeben. Er sei vor der Tat, ca. 14:00 Uhr, in die Wohnung seines Vaters gegangen und habe dort aus einem Messerblock in der Küche ein grosses Küchenmesser mit schwarzem Griff behändigt. Er sei mit dem Messer ins Treppenhaus gegangen und hätte das Messer nach der Tat in der Wohnung des Vaters im Lavabo beim WC deponiert. Beim Verlassen habe er die Wohnungstür verschlossen.»

(…)

Für den 08.08.2024 hatte er keine Pläne gehabt. Er wollte zum Bruder gehen, sei aber nicht gegangen. Er gab noch an, am 08.08.2024 Ängste gehabt zu haben. Führte dies aber nicht weiter aus.

(..)

Angaben zum Motiv oder den Gründen weshalb er auf [redacted] eingestochen habe, wollte oder konnte [redacted] keine Aussagen machen. Ebenso wollte oder konnte [redacted] zu vielen Detailfragen und oder Vorhalte keine Antwort geben.

Datenauswertung

[44] Auftrag zur psychiatrischen Begutachtung (Art. 182 ff. StPO) der Staatsanwaltschaft des Kantons Basel-Stadt vom 11.09.2024

Die Auswertung des Suchverlauf im Internet erbrachte folgende Ergebnisse:

«AXIOM listet insgesamt 1761 Suchläufe bei Google auf. Auffällig sind die folgende Suchanfragen:
„erschiesst film deutsch"
„messer kaufen" »[45]

2.4.1 Einvernahme der Staatsanwaltschaft Basel

Die staatsanwaltschaftlichen Einvernahmen zeigen Ähnlichkeiten zum Aussageverhalten von [redacted] im Jahr 2014. Sie enthalten einige beurteilungsrelevante Informationen.

Einvernahme von [redacted] der Staatsanwaltschaft Basel, 09.08.2024
[redacted] gab auf Nachfrage zu, die Nachbarin getötet zu haben. Nach dem Grund gefragt, sagte er: «Kann ich noch nicht beantworten.»
Er hatte gesagt, dass er zu seinem Bruder gehe, «aber ich bin nicht gegangen.»
Auf die Frage, warum er nicht gegangen sei, machte er keine Aussage. Er habe am Vormittag Ängste gehabt. Die Frage, vor was oder vor wem, beantworte [redacted] nicht. Er habe gewusst, dass [redacted] im selben Haus gewohnt habe wie sein Vater. In der Wohnung des Vaters sei er nur kurz gewesen, um das Messer zu holen. Die Fragen, warum er ein Messer geholt habe und warum er damit ins Treppenhaus gegangen sei, beantwortete er nicht. In die Wohnung des Vaters sei nur deswegen gegangen, um das Messer zu holen. Er habe auf den Hals des Opfers eingestochen. Warum er das getan habe, wisse er nicht.
Auf die Frage, was ihm nach der Tat durch den Kopf gegangen sei, antwortete [redacted]: «Ängste». Auf Nachfragen zur Natur diese Ängste, antwortete er nicht.[46]

[45] Datenauswertungsbericht der Kriminalpolizei vom 22.08.2024

[46] Einvernahme von [redacted] der Staatsanwaltschaft Basel, 9. August 2024

Einvernahme von [redacted] der Staatsanwaltschaft Basel vom 04.09.2024

Da sich [redacted] in dieser Einvernahme zum Teil genauer zum Tatverhalten äusserte und sein Aussageverhalten in dieser Einvernahme gut zum Ausdruck kommt, werden nachfolgend Passagen der Einvernahme wörtlich zitiert.

«

2. Wie geht es Ihnen aktuell? Gut.

(..)

4. Wie geht es Ihnen heute mit dem Bewusstsein wieder eine Person getötet zu haben? Schlecht.

5. Warum?

Weil es falsch gewesen war.

6. Sie hatten mir anlässlich der 1. Einvernahme erwähnt, dass Ihre Hobbys "Gamen" wäre. Was "gamen" Sie hauptsächlich?

Computerspiele und Kartenspiele.

7. Welche Computerspiele?

Word of Warcraft. Magic the gathering, Star Craft, Diabolo, YuGiOh.

8. Wie oft waren Sie vor der Tat am Nasenweg [redacted]?

Immer mal wieder, wenn ich zu meinem Vater wollte.

9. Wie oft waren Sie in der Wohnung von Ihrem Vater am Nasenweg [redacted] alleine?

Alleine eigentlich nie.

10. Sondern mit wem?

Vor allem mit meinem Bruder und meinem Vater.

11. An diesem Tattag (08.08.2024) wann verliessen Sie die UPK zeitlich?

Kann es sein gegen 13:00 Uhr?

12. Wohin wollten Sie gehen?
Zuerst wollte ich zu meinem Bruder.
(…)
14. Wohin gingen Sie dann?
Nasenweg.

15. Warum hatten Sie sich umentschieden?
Keine Aussage.

16. Wie kamen Sie zum Nasenweg [redacted]?
Mit dem Tram Nr. 3 auf direktem Weg.
(…)
18. Können Sie mir nochmals detailliert die Tat beschreiben, was Sie wie gemacht hatten?
Keine Aussage.

19. Wie stark war Ihnen bewusst, was Sie gemacht hatten in dem Moment?
Keine Aussage.

20. Sie hatten vor ungefähr 10 Jahren auf ähnliche Art und Weise am Nasenweg [redacted] zwei Personen getötet und eine Person schwer verletzt
[Anmerkung Gutachter: 2014 fand ein Mord am Nasenweg [redacted] statt. Ein weiteres Tötungsdelikt und eine schwere Körperverletzung beging [redacted] in der Nähe an der [redacted]].
Warum passierte so etwas nun 10 Jahre später auf fast identische Art und Weise erneut?
Ich habe gemeint, es wären böse Menschen.

21. Wie meinen Sie das? Wer soll böse sein?
Ich war paranoid gewesen.

22. Was ging dann in Ihrem Kopf vor? Können Sie mir das erläutern?
Ich hatte Wahnvorstellungen.

23. Und was für Wahnvorstellungen?
Ich war davon überzeugt, dass es böse Menschen sind. Darum war ich so brutal gewesen.

24. Wann kam dieser Gedanke? Was hatte diese Gedanken ausgelöst?
Keine Aussage.

25. Warum genau wieder am Nasenweg [redacted]?
Keine Aussage.

26. Ihr Vater erwähnte etwas von einer 'schwarzen Frau' welche Ihnen Sachen sagte, böse Gedanken. Was hat es mit dieser 'schwärzen Frau' zu tun?
Ich hatte Helden und Monster gesehen.

27. Hatten Sie das Gefühl, Sie wären in einem Computerspiel?
Nein, aber ich hatte Leute wieder erkannt aus den Büchern und Computerspielen.
(…)
30. Wann hatte das wieder angefangen?
Keine Aussage.

31. Wann nach der Tat, bemerkten Sie, dass Sie eine Wahnvorstellung hatten?
Es war so, als wäre es in einer anderen Dimension.

32. Wann hatten Sie das Aufwachen in der Realität?
Keine Aussage.

33. Warum nahmen Sie genau das Messer aus der Wohnung von Ihrem Vater?
Keine Aussage.

34. Warum gingen Sie nach der Tat in die Wohnung Ihres Vaters zurück und deponierten das Tatmesser dort?
Keine Aussage.

(…)
36. Uns wurde zugetragen, dass Ihr Vater bei der Verstorbenen nach deren Kellerabteil gefragt hatte. Angeblich brauchten Sie dieses Kellerabteil. Was können Sie mir dazu sagen?
Keine Aussage
(…)
51. Warum gingen Sie an den Nasenweg [redacted], Ihr Vater befand sich ja während dieser Zeit in der Reha und war nicht zu Hause?
Keine Aussage.

52. Sie gingen gezielt in die Wohnung von Ihrem Vater und behändigten sich ein Fleischermesser. Mit diesem gingen Sie ins Treppenhaus und töten [redacted] auf brutalste Art und Weise. Anschliessend gingen Sie zurück in die Wohnung Ihres Vaters und deponierten dort das Tatmesser und wuschen sich die Hände. Dann verliessen Sie den Tatort und kleideten sich im St. Jakob Center neu ein und schalteten Ihr Mobiltelefon aus. Anschliessend gingen Sie nicht zurück in die UPK und versuchten sogar noch einige Tage bei einer Prostituierten zu nächtigen. Somit lässt sich daraus schliessen, dass Sie diesen Mord geplant hatten und bei vollstem Bewusstsein waren. Denn anschliessend versuchten unterzutauchen und irrten nicht einfach verwirrt umher. Sie wussten genau was Sie gemacht hatten und waren sich der Konsequenzen bewusst.
Ich war unter einem Wahn. Darum war ich so brutal.

53. Wie waren Sie genau brutal?
Ich wollte sie töten.
(…)
87. Kannten Sie das Opfer?
Ja.
(…)
91. Sie haben gesagt, ich solle die Frage später nochmals wiederholen. Warum haben Sie diese Frau getötet? Was für einen Wahn hatten Sie?
Einen religiösen Wahn.

92. Was genau meinen Sie damit?
Ich habe gedacht, sie würde den Dämonen helfen. Meine ersten beiden Opfer (vor 10 Jahren) waren unschuldig gewesen.

93. Das heisst dann, dass das jetzige Opfer nicht unschuldig ist?
Ich darf das nicht erklären.

94. Was würde passieren oder was befürchten Sie passiert, wenn Sie es mir sagen?
Ich glaube an Gott.

95. Erfolgt das Verweigern von Angaben zu den Motiven aus eigener Initiative oder wurde Ihnen dazu geraten?
Weiss es nicht.
(…)
97. Oder geht es mehr in die Richtung, dass Sie Angst haben, wenn Sie erzählen, was Ihre Gründe waren, dass etwas passieren wird?
Ja.

98. Sie hatten gesagt, Ihren letzten Schizophrenie-Schub im 2018 oder 2021 erlitten zu haben. Wie äussert sich ein solcher?
Ich sehe Leute.

99. 2014 gaben Sie einerseits religiöse Motive an und andererseits, dass Sie Stimmen hörten und Monster sahen, die Ihnen etwas zu Leide tun wollten und die Sie bekämpfen, resp. töten mussten. Dies haben Sie mir heute ebenfalls als Grund angegeben. War es ein ähnlicher Wahn wie vor 10 Jahren?
Es war ähnlich.

100. Was fühlten Sie vor, während und nach der Tat?
Ängste. Konstant.

101. Fühlten Sie vor der Tat einen Druck oder Drang jemanden zu töten?
Eigentlich nicht, es hatte sich dann so entwickelt, mit den Sachen wo ich gesehen habe.

102. Wie hatte sich das entwickelt?
Mir hatte jemand gesagt, ich müsse [redacted] umbringen. Die Nachbarin wo ich umgebracht hatte, hätte Informationen über [redacted] Und dann ging ich rüber und hatte sie umgebracht.

103. Wer hatte Ihnen das gesagt, Sie müssen [redacted] umbringen?
Keine Aussage.

104. Warum wollen Sie es mir nicht sagen?
Um die Person zu schützen.

105. Wen genau wollen Sie schützen?
Keine Aussage.

106. In Ihrem Zimmer wurde in Gebetsbuch gefunden. Woher haben Sie dieses und welche Bedeutung hat es für Sie?
Keine Ahnung. Ein gutes Buch, ist ein gutes Buch.

107. Welcher Religion sind Sie zugehörig?
Ich glaube an Götter. Jesus ist der grösste Gott, er herrscht über diese Welt.

108. Und welches sind die anderen Götter?
Die Leute wo ich sehe.
(…)
122. Warum nahmen Sie an der Station Nasenweg nicht den Bus?
Weiss es nicht mehr.

123. Weshalb gingen Sie eine Station weiter und stiegen beim Forellenweg in den Bus?
Keine Ahnung.

124. War Ihnen unmittelbar nach der Tat klar, dass Sie etwas Unrechtes getan hatten?

Mhmm.. (nickt bejahend Ein Verbrechen.

125. Was empfanden Sie für das Opfer?
Keine Aussage.

126. Schämten Sie sich für die Tat? Wenn ja, weshalb?
Ja. In der Bibel steht, man solle nicht töten.

127. Hatten Sie in den Tagen zuvor oder bei anderen, früheren Gelegenheiten schon Gedanken gehabt, einen Menschen zu töten?
Nein.
(…)
133. Zu welchem Zeitpunkt fassten Sie den Entschluss [redacted] *zu töten?* **Vor 10 Jahren.**

134. Warum vor 10 Jahren schon?
Das hatte ich vorhin schon erwähnt. Sonst wollte ich nie jemanden töten.

135. Warum warteten Sie bis zum 8.8.2024 um sie zu töten?
Weiss es nicht.

136. Hörten Sie in letzter Zeit vor der Tat Stimmen?
Nein.

137. Im 2014 hörten Sie Frauenstimmen und erklärten, dass die Frauen Sie lecken würden. Hatten Sie kürzlich ähnliche Visionen oder Eindrücke?
Ja.

138. Und wie genau war das?
Keine Aussage.

139. Sie gaben an, sie waren wie in einer anderen Dimension. Waren Sie in der Vergangenheit öfter in anderen Dimensionen?

Ja, ich hatte immer wieder Leute und Monster gesehen.

140. Reden diese Leute und Monster mit Ihnen?
Nein.

141. Redeten Sie darüber mit Ihrem Therapeuten in der UPK
Nicht wirklich. Ich hatte es nicht angesprochen. Ich konnte mich nicht öffnen.
(…)
145. Können Sie mir nochmals den Umstand beschreiben, warum [redacted] sterben musste?
Wegen meinen Wahnvorstellungen.

146. Was für Informationen hätte [redacted] gehabt, für welche Sie sterben musste?
Sie hatte keine Informationen. Die Nachbarin hatte die Informationen.

147. Welche Nachbarin?
Die wo ich getötet hatte.

148. Wissen Sie, wen Sie getötet haben?
[redacted] oder so.
149. Nein. Sie hatten Ihre Nachbarin [redacted] getötet.
Das ja. Ich rede vom 2014.

150. Spielen diese Morde zusammen, also gibt es da einen Zusammenhang?
Weiss es nicht.

151. Möchten Sie mir nicht sagen, was mit Ihnen passieren würden, wenn Sie erzählen, wer Ihnen das gesagt hatte?
Keine Aussage.

2.4.2 Verlaufseintrage UPK Basel

Für die Tage vor dem Rückfall finden sich in den Verlaufseintragungen unter anderem folgende Informationen:

«Nachtrag am 13.08.2024 aus aktuellem Anlass, erinnerlich kurz nach Anordnung der nächsten Blutentnahmen, dementsprechend im Zeitraum von 17. bis 19.07.2024:

Gespräch auf dem Flur, nachdem Ref. von hinten an Pat. vorbeiläuft. Pat. reagiert freundlich und zugewandt auf die Nachfrage, wie es ihm gehe und ob er nochmal Symptome bekommen habe bzgl. der Neuroborreliose. Er verneint Letzteres und antwortet, dass es ihm gut geht. In dem Kurzkontakt kein Hinweis auf Misstrauen oder formalgedankliche Störungen.»

08.08.2024

«[redacted]: Nachtrag vom Kontakt am Vortag 08.08.2024

[redacted] zeigte sich am Vormittag im Gespräch interessiert, wie es auf dem Konzert war, dass ich besuchte, in der ganzen Unterhaltung war er präsent und freundlich, erzählte mir das er sich freue Urlaub zu haben und dass er am Nachmittag zu seinem Bruder gehen wolle, um mit ihm zu essen und Karten zu spielen, als er am frühen Nachmittag die Abteilung verlies, war er gut gelaunt und wünschte noch einen schönen Tag.»

07.08.2024

«Er gab an: "er habe Ferien diese Woche und möchte einfach NICHTS tun", dabei lächelt er.»[47]

[47] Verlaufseinträge der UPK Basel

2.4.3 Verlegung zur psychiatrischen Behandlung

[redacted] wurde aus dem Gefängnis Waaghof zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in die Forensisch Psychiatrische Klinik im Kanton Aargau verlegt. Hierzu finden sich folgende Informationen.

Verlegungsverfügung der Staatsanwaltschaft Basel vom 21.08.2024
«Am 14. August 2024 nahm [redacted] der Klinik für Forensik der UPK Basel (UPKF), telefonisch mit Schreibendem Kontakt auf und berichtete von der gleichentags stattgefundenen konsiliarpsychiatrischen Untersuchung von [redacted]. [redacted] teilte mit, dass [redacted] ein psychotisches Zustandsbild aufweist und zur Re-Etablierung der seit rund sechs Tagen sistierten Medikation mit dem Antipsychotikum Leponex einer stationären psychiatrischen Behandlung bedarf. Im Gefängnis Waaghof kann die begleitend notwendige medizinische Versorgung nicht im nötigen Umfang erfolgen.»

Ärztlicher Bericht vom 14.08.2024, [redacted]
«Untersuchung des Patienten:
Es zeigt sich ein bewegungsarmer und psychomotorisch stark verlangsamter Patient, affektverflacht, stark eingeschränkt im Denken; lange Antwortlatenzen, er antwortet in Einzelworten bzw. maximal Dreiwortsätzen, eher auf geschlossene Fragen. Sein Befinden sei "Man lebt", er sei im "Waaghof, sein Anliegen sei "Psychiatrie" (…), auf die Frage was dort besser sei und ihm helfen würde, antwortet er: "Medikamente". Konkrete Anliegen kann er nicht formulieren, eine differenziertere Exploration ist nicht möglich. Gesprächsfluss reisst dann vollständig ab und kann nicht fortgeführt werden.
(…)
Beurteilung
Patient in deutlich reduziertem AZ, beginnendes mutistisches Zustandsbild im Rahmen der bekannten Schizophrenie-Erkrankung bei aktuell nicht ausreichender antipsychotischer Medikation. Reetablierung der antipsychotischen Medikation mit Clozapin dringend indiziert. Aufgrund der Unterbrechung von mehr als 2 Tagen zuvor Labordiagnostik und dann Wiedereindosierung Clozapin nach Schema siehe unten.»

3 Beurteilung ohne Zusatzinformationen

Die nachfolgende Beurteilung stützt sich auf den Informationsstand, ohne Berücksichtigung der Aussagen der Mutter und ohne Berücksichtigung des Gutachtens von [redacted] vom 19.03.2025.
Das heisst, die Beurteilung ohne Zusatzinformationen basiert auf der mit der Auftragserteilung zur Verfügung gestellten Akten und den mit Mitarbeitenden der Vollzugsbehörde und der Klinik geführten Gesprächen.

Das Gutachten von [redacted] und die Informationen der Mutter werden im Anschluss an dieses Kapitel separat dargestellt und hinsichtlich ihrer beurteilungsrelevanten Aspekte diskutiert und bewertet.

Wie erwähnt gab es drei Probleme:

1. Unscharfer Deliktmechanismus
2. Risikorelevanz des Tatorts
3. Selektive Offenheit und Kooperation

Diese drei Probleme und ihre Wechselwirkung führten dazu, dass der Fall von [redacted] als ein überdurchschnittlich schwieriger, ja tückischer Fall zu bezeichnen ist.

3.1 Unscharfer Deliktmechanismus und Risikorelevanz des Tatorts

Auch wenn man die Symptome der Schizophrenie in nachvollziehbarer Weise als wesentliche Ursachen für die Delikte 2014 betrachtet, blieb unklar, welche dieser Symptome auf welche Weise zu den Tötungsdelikten führten.
Es wurde vorangehend bereits dargestellt, dass diese Unklarheit zu einer Reihe offener risikorelevanter Fragen führte. Diese Fragen sind Folgen des ersten (unscharfer Deliktmechanismus) und des damit verbundenen zweiten (Risikorelevanz des Tatorts) Problembereichs.

Der Fall war damit ein tückischer Fall. Denn es gibt schizophrene Straftäter, bei denen der Zusammenhang zwischen ihren Symptomen und den Straftaten eindeutig

ist und damit auch der Deliktmechanismus klar identifiziert werden kann. Das hat den Vorteil, dass man dann genau weiss, worauf zu achten ist und worauf sich Therapie und Betreuung konzentrieren müssen. Das Bild ist schärfer und damit können die Behandlungsstrategie und das Monitoring präziser ausgerichtet werden.

Auch unabhängig von der Kenntnis des erneuten Tötungsdelikts ist der zweite Problembereich von grosser Bedeutung. Die Risikorelevanz des Tatorts ist ein Aspekt der Unschärfe des Deliktmechanismus. Sie betrifft unter anderem die bereits im Gutachten von [redacted] aufgeworfene Frage, ob [redacted] ein Zufallsopfer war oder nicht. Allerdings geht diese Frage weit über den Aspekt hinaus, den [redacted]r damals in folgender Passage diskutierte:

- «Ebenso möglich erscheint es, dass diese im Hinblick auf sein erstes Opfer, Frau [redacted], durch eine vorangegangene Auseinandersetzung (zwischen dem Opfer und seinem Vater/Bruder in der unmittelbaren Vergangenheit) mitbestimmt wurde.»[48]

Denn es geht nicht nur darum, was die vorangegangene Auseinandersetzung zwischen [redacted] und dem Vater/Bruder von [redacted] zur Tatmotivation beigetragen hat. [redacted] ging gezielt zu [redacted], angeblich, um mit ihr etwas klären zu wollen. Er hatte das Messer dabei und habe laut Anklageschrift bereits am Morgen des 03.11.2014 beschlossen, [redacted] zu töten. Er habe sich auf die Tat vorbereitet und sie in der Folge getötet (und später auch versucht, [redacted] «richtig» zu töten).
Der Tatablauf 2014 ist somit durch eine sehr hohe Motivationsintensität und ein gezieltes und planvolles Vorgehen gekennzeichnet. Bei dieser Ausgangslage ist die Unschärfe des Deliktmechanismus ein Problem. Denn selbst wenn man ausschliesslich von einer wahnhaften Tatmotivation ausgeht, ist unklar, wie der konkrete Tatentschluss innerpsychisch zustande kam. Bezogen auf das erste Opfer, [redacted], ist ebenso unklar, wie sie als Person Eingang in das wahnhafte Erleben fand (Eintritt) und wie sie in dieses wahnhafte Erleben innerpsychisch eingebunden war. An dieser Stelle sei auch angemerkt, dass nicht einmal mit Sicherheit gesagt werden kann, dass die Tatmotivation ausschliesslich wahnhaft war und es nicht begleitend

[48] Gutachten [redacted], Seite 57

oder kombiniert damit andere psychische Gegebenheiten gibt (verborgene Fantasien, eine persönlichkeitsbedingte - und nur selten aktivierte - Affinität für tötungsnahe Handlungen), die zusätzlich im psychischen Motivationsgefüge für diese sehr gezielt und mit hoher Motivationsintensität umgesetzten Gewaltdelikte eine Rolle spielen. Unklar ist auch die genaue Rolle des Cannabiskonsums und des Spielverhaltens von [redacted] (der zum Beispiel vor der Tat eine Woche lang vorwiegend World of Warcraft gespielt hat). Es wurde schon bemerkt, dass es möglich ist, dass für [redacted] eine starke Beschäftigung mit virtuellen Welten mit zu einer Vermischung von Realität und wahnhaften Symptomen beitragen könnte.
All die hier noch einmal kurz zusammengefassten Aspekte sprechen stark dafür, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, welche Bedeutung der Tatort hat, an dem die gezielten Delikte stattfanden. Es geht also um die mögliche Risikorelevanz des Tatorts.

Wenn eine Person zwei Menschen tötet und eine schwer verletzt, es bei der Tötung des ersten Opfers und damit für diesen Tatort ein gezieltes Vorgehen mit hoher Motivationsintensität gibt und alle Taten unter dem Einfluss wahnhafter Symptome geschehen, dann stellt sich die Frage:
Inwieweit ist der spezifische Tatort mit diesem Geschehen innerpsychisch verknüpft? Aufgrund des Ablaufs ist es praktisch ausgeschlossen, dass es an diesen Ort zufällig zu solch schweren Straftaten gekommen ist, weil es der Ort war, an dem sich der Täter (gerade zufällig) aufgehalten hat. Deswegen steht die Frage im Raum, ob der Ort in besonderer Weise geeignet war, mit gefährlichen Wahrnehmungen des Täters verknüpft zu werden und welcher Art eine solche Verknüpfung ist.

Man muss die Aussagen, die [redacted] jetzt im Strafverfahren getätigt hat, mit Vorsicht betrachten. Denn es ist denkbar, dass er in seiner mittlerweile langen stationären Behandlung über viele Informationen im Zusammenhang mit Schizophrenie, ihren Symptomen und ihren möglichen Zusammenhängen zu Straftaten verfügt. Es ist daher möglich, dass dieses Wissen das Aussageverhalten des [redacted] beeinflusst. Es kommt hinzu, dass auch bei den jetzigen Aussagen schon allein deswegen Unklarheiten verbleiben, weil [redacted] wie bereits 2014 auf bestimmte Fragen nicht geantwortet hat. Wie schon 2014 betrifft das häufig Fragen, bei denen es um eine

Konkretisierung des psychischen Erlebens von [redacted] geht. Es ist möglich, dass sich dieses Aussageverhalten aus der psychischen Erkrankung von [redacted] erklärt. Möglich ist aber auch, dass dabei auch andere Überlegungen bis hin zu taktischen Erwägungen ebenfalls eine Rolle spielen könnten. Jedenfalls hat das aktuelle Aussageverhalten grosse Ähnlichkeiten mit dem Aussageverhalten von 2014.

Trotz der dadurch vermutlich weiter bestehenden Unklarheiten gibt es aus dem aktuellen Strafverfahren einige interessante Aussagen.

[redacted] sagte sinngemäss, dass das jetzige Opfer, [redacted], im Unterschied zu seinen früheren eigentlich unschuldigen Opfern eine böse Person gewesen sei. Dabei bezog er sich auf eine angebliche Information seines früheren Opfers [redacted]. Er erwähnte ferner, dass der Entschluss [redacted] zu töten, vor zehn Jahren erfolgt sei. Das erinnert an seine damalige Äusserung, dass er noch viel mehr Menschen hätte töten müssen oder sollen.
So könnte man die aktuellen Aussagen so verstehen, dass er [redacted]. jetzt getötet hat, um sein ursprüngliches Anliegen zu Ende zu bringen oder etwas Versäumtes nachzuholen. [redacted] stellte damit eine Verbindung des jetzigen Opfers zur ursprünglichen Tatmotivation vor zehn Jahren her. Diese Aussage würde dafürsprechen, dass es einen persistierenden und konkreten risikorelevanten Bezug der ursprünglichen Tat und auch der jetzigen Tat zum Tatort gab.
Sofern diese Aussagen der Wahrheit entsprechen, würde das bedeuten, dass es eine kontinuierlich seit zehn Jahren bestehende potentielle bzw. schlummernde Bedrohung gab, die sich in dem aktuellen Delikt nun realisierte bzw. aktualisiert wurde.

Auch vor diesem Hintergrund ist es als problematisch anzusehen, dass dieser Aspekt des Tatorts, also eine mit dem Tatort verbundene speziell erhöhte Gefährdungssituationen, gemäss den Akten, nicht in Erwägung gezogen wurde. Die Ausgänge an den Nasenweg [redacted] wurden - soweit erkennbar - allein unter dem Gesichtspunkt bewilligt, dass der Vater dort wohnt, [redacted] Kontakt zum Vater hält und dort Besuche absolviert.

Das wäre dann eine nachvollziehbare Perspektive, wenn der Deliktmechanismus für die vor zehn Jahren an diesem Tatort erfolgten Taten vollständig aufgeklärt worden wäre und aufgrund dieser Klärung, eine Risikorelevanz des Tatortes hätte verworfen werden können.
Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, dass zusätzlich dann abgeklärt und gewährleistet hätte werden sollen, dass durch den Tatort andere destabilisierende Effekte auf [redacted] selbst oder negative Effekte für am früheren Tatort wohnenden Drittpersonen ausgeschlossen werden können.

Den Nasenweg [redacted] in keiner Weise unter einer risikorelevanten Perspektive zu betrachten und zu hinterfragen, war ein Versäumnis.
Um die Bedeutung dieses Versäumnisses näher einzugrenzen, kann man folgende Überlegungen anstellen. Wenn man für den hier erwähnten Aspekt sensibilisiert gewesen wäre, hätte man [redacted] beispielsweise gezielt danach gefragt, ob es am Nasenweg in der Wahrnehmung des Betroffenen Probleme gibt, welche Meinungen er zu den dort wohnenden Personen hat, welche Erfahrungen er mit ihnen gemacht hat und vieles mehr.
Nun ist es denkbar, dass all diese Fragen nicht zu einem verwertbaren Ergebnis geführt hätten. Es ist also möglich, dass man trotz einer Sensibilisierung und entsprechender Abklärungen aus Risikogesichtspunkten keinen Hinweis in Erfahrung gebracht hätte, der auf eine bestimmte Risikorelevanz des Tatortes hinweist.
Hier muss insofern Fairness gelten, dass nicht mit dem nachträglichen Wissen der aktuellen Aussagen des Täters darauf geschlossen wird, dass die jetzt verfügbare Information auch vor dem jüngsten Delikt hätten herausgefunden werden können.

Nehmen wir also an, es hätte auch mittels gezielter Bemühungen keine verwertbaren Informationen zum Nasenweg im Hinblick auf ein damit verbundenes spezielles Risiko gegeben. Dann wäre im Wissen um den unscharfen Deliktmechanismus und den damit verbundenen offenen Fragen vielleicht festgestellt worden, dass eine nicht durch weitere Informationen zu füllende Unsicherheit hinsichtlich der Risikorelevanz des Tatorts besteht. Dann hätte eine Abwägung erfolgen können, ob man Ausgänge zum Nasenweg dennoch bewilligt oder ob man von diesen Ausgängen aufgrund der bestehenden Unsicherheit generell absieht.

Ob somit die hier diskutierte Sensibilisierung zu einer Veränderung des Prozederes geführt hätte, ist unklar. Vielleicht hätte man es genauso gemacht, wie es nun gemacht wurde.
Aber unabhängig vom konkreten Ergebnis einer entsprechenden Prüfung wäre es wünschenswert gewesen, dass dieser Aspekt berücksichtigt, abgeklärt und in der Entscheidung über die Bewilligung der Ausgänge adressiert worden wäre.

3.2 Bedeutung der Probleme für den Behandlungsverlauf

Vermutlich wären der erste (Unschärfe des Deliktmechanismus) und der dritte Problembereich (Selektive Offenheit und Kooperation) in vielen Fällen nicht besonders kritisch gewesen. In Kombination mit dem zweiten Problem (Risikorelevanz des Tatorts) führten sie aber zu einer ungünstigen Wechselwirkung. Diese Aussage gilt auch unabhängig davon, dass zum Zeitpunkt der Auftragserteilung nicht bekannt war, ob der jetzt seit zehn Jahren unscharfe Deliktmechanismus im Rahmen des erneuten Rückfalls präziser herausgearbeitet werden konnte und dadurch Verbindungen zu den Gewaltdelikten im Jahr 2014 genauer identifiziert werden können.
Wie vorangehend erwähnt, gibt es für einen Zusammenhang Hinweise. So ergeben sich allein bei oberflächlicher Betrachtung und ohne die Relevanz dieser Beobachtung beurteilen zu können, einige Übereinstimmungen:

- es handelt sich um denselben Täter
- es handelt sich um denselben Tatort und Wohnort des Vaters
- es handelt sich am Tatort wiederum um ein weibliches Opfer
- wieder wurde in sehr ähnlicher Weise ein Messer eingesetzt
- es handelt sich um eine gezielte und beabsichtigte Tötung
- wie bei dem ersten Opfer 2014 ging der Straftat ein Nachbarschaftskonflikt mit dem Vater voraus
- das aktuelle Aussageverhalten ist dem Aussageverhalten von 2014 sehr ähnlich

Hinzu kommen die bereits erwähnten Aussagen von [redacted] in den aktuellen Einvernahmen, die auf einen Zusammenhang mit den Delikten 2014 und damit auf ein Fortsetzungsmotiv hinweisen. Er sagte unter anderem, dass der Tatentschluss bereits vor zehn Jahren erfolgt sei, dass er damals Unschuldige umgebracht habe, dass das frühere Opfer [redacted] ihm Informationen gegeben habe, die ihm eine Tötung nahegelegt hätten. Schon 2014 hatte [redacted] davon gesprochen, dass er noch mehr Menschen hätte töten sollen bzw. müssen.
Es wurde vorangehend dargestellt, dass die Tatsache, dass der Wohnort des Vaters gleichzeitig der Tatort von 2014 war, in seinen möglichen problematischen Implikationen unzureichend berücksichtigt wurde. Gemäss der Dokumentation wurde der Nasenweg [redacted] ausschliesslich als Wohnort des Vaters verstanden. Ausgänge wurden dementsprechend in einer Behandlungsstrategie, bei der es um zunehmende Sozialkontakte und die damit verbundene Verbesserung des sozialen Empfangsraums ging, bewilligt und ausgeweitet.

Ausserdem erklärte [redacted] in den aktuellen Einvernahmen, dass er seinen Therapeuten Symptome bzw. risikorelevante Gedanken nicht mitgeteilt habe. Diese Aussage entspricht dem dritten Problembereich (Selektive Offenheit und Kooperation).

Es ist die Kombination und die Wechselwirkung der beschriebenen drei problematischen Aspekte, die im vorliegenden Fall als kritisch einzuschätzen ist. Dies würde auch gelten, ohne dass es zu einem Rückfall gekommen wäre.

Da die beschriebene Problematik unzureichend wahrgenommen wurde, konnte sie nicht in die Behandlungsstrategie einfliessen. Das erklärt, warum nach kurzzeitigen Rückstufungen und dem Aussetzen von Ausgängen, die bereits begonnene Lockerungsdynamik wieder aufgenommen und fortgesetzt wurde.
Hier ist zu bemerken, dass dies grundsätzlich sinnvoll gewesen wäre, wenn nicht die vorangehend dargestellte Problematik bestanden hätte. Denn es ist üblich und davon auszugehen, dass Behandlungsverläufe nicht linear und ohne Probleme verlaufen. Störungen, Krisen und Symptomzuspitzungen sind übliche Bestandteile erfolgreicher Behandlungen. Sie treten zudem bei zunehmenden Lockerungen, die naturgemäss

mit erweiterten Freiräumen und dementsprechend auch mit Belastungen verbunden sind, insbesondere bei sukzessiver Heranführung an grössere Freiheiten häufig im Rahmen sozialer Integrationsprozesse auf. Es wäre nicht sinnvoll, hier jedes Mal abzubrechen und wieder von vorne anzufangen. Die Probleme müssen verstanden und angesprochen werden. Es ist auch so, dass Störungen und Krisen konstruktiv zur Vertiefung von Therapieprozessen oder besseren Risikomanagementstrategien führen können. Es ist also richtig, dass ein einmal eingeschlagener Weg weiterverfolgt wird, solange es nicht neue Erkenntnisse gibt, die zu einem grundsätzlichen Umdenken Anlass geben. Störungen, Krisen und Symptomzuspitzungen sind alleine noch kein Anlass für ein solches grundsätzliches Umdenken, sofern dadurch das bisherige Verständnis der Problematik (Deliktmechanismus) oder des Therapiestands nicht essenziell verändert werden. Das war aber aus der Perspektive der Behandler aus nachvollziehbaren Gründen nicht der Fall.
Die Unschärfe des Deliktmechanismus und mögliche Risikorelevanz des Tatortes als ein Aspekt der Unschärfe des Deliktmechanismus bestanden schon seit langer Zeit. Sie sind von Anfang an zentrale Elemente der bestehenden Kernproblematik des vorliegenden Falls.
Da diese beiden Probleme von Anfang an nicht Teil der Fallkonzeption waren, ist es nicht verwunderlich, dass diese (zusätzliche) Optik auf den Fall in den Einschätzungen nicht repräsentiert war. Da diese (zusätzliche) Optik nicht vorhanden war, konnte sie nicht mit den im Verlauf beobachteten Problemen und Krisen verknüpft werden. Daher führten diese Probleme und Krisen, die ohne diese Verknüpfung als übliche und häufig vorkommende Probleme angesehen wurden, alleine nicht zu einem generellen Umdenken. So sind denn auch die in dieser Perspektive gewählten Kriterien nachvollziehbar und sinnvoll. Es wurde auf die grundsätzliche Kooperationsbereitschaft, die langjährige Absprachefähigkeit und Verlässlichkeit von [redacted] verwiesen und vor allem darauf, dass es in all den Jahren nie - auch nicht in Phasen symptomatischer Zuspitzungen - zu Anzeichen für Gewalt gekommen war.
Man stützte sich also auf Kriterien, die häufig und üblicherweise zur Beurteilung des Verlaufs aussagekräftig sind.

Es kann als eine weitere Schwierigkeit oder Tücke im vorliegenden Fall bezeichnet werden, dass sich das von [redacted] ausgehende Risiko nicht in unmittelbarer Weise in einer Zuspitzung der Symptomatik in Form von Drohungen, Tätlichkeiten oder anderen als aggressiv oder zumindest gespannt einzuschätzenden Reaktionen zeigte. Auch das ist eine Tücke an diesem Fall. Denn in vielen anderen Fällen ist es so, dass eine Verstärkung der Symptomatik zu auffälligem Verhalten führt, das naturgemäss einfacher zu erkennen ist.
Erstaunlich ist allerdings, in welchem Ausmass es [redacted] anscheinend gelingt, Symptome und kritische Entwicklungen zu verbergen. So verhielt sich [redacted] vor dem Rückfall 2024 in der Klinik vollkommen unauffällig. Angesichts der Tatsache, dass er wenig später das Tötungsdelikt verübte, stellen sich folgende Fragen:

Ist es denkbar, dass [redacted] unter so massiven Symptomen seiner Schizophrenie gelitten hat, dass er kurze Zeit später ein Tötungsdelikt begeht, es aber gleichzeitig schafft, sich völlig normal und auch in der Kommunikation adäquat zu verhalten?
Psychiatrisch auffällig erschien er nach dem Tötungsdelikt. Es stellt sich daher die Frage, ob diese Auffälligkeit nach dem Delikt durch die Symptome der Schizophrenie, die schon seit längerer Zeit bestanden, verursacht waren oder durch die Tatbegehung an sich.
Es ist vermutlich kein Zufall, dass [redacted] das Messer aus der Wohnung seines Vaters nahm, als der Vater abwesend war. Denn es ist unwahrscheinlich, dass es sich um einen Zufall handelte. Wenn es kein Zufall war, dann ist eine Absicht zu vermuten, indem sich [redacted] im Wissen, dass die Wohnung zeitweise nicht bewohnt war, genau in diesem Zeitraum das Messer holte und das Tötungsdelikt verübte. Wie auch schon 2014 wirkt das Vorgehen daher sehr gezielt und geplant.
Dieser Ablauf zeigt, wie ausgeprägt [redacted] in der Lage ist, seine Gedanken und Symptome zu verbergen und eine unauffällige Fassade und damit eine doppelte Buchführung aufrechtzuerhalten. Wenn man sich die starke Diskrepanz zwischen seinem unauffälligen Verhalten noch kurz vor dem Tötungsdelikt und den später angegebenen Symptomen vergegenwärtigt, drängt sich die schon vorangehend erwähnte Frage auf, ob tatsächlich ausschliesslich Symptome der Schizophrenie für die ausgeprägte Gewaltbereitschaft ursächlich sind oder ob es nicht zusätzlich begleitend oder kombiniert damit andere psychische Gegebenheiten gibt (verborgene

Fantasien, eine persönlichkeitsbedingte - und nur selten aktivierte - Affinität für tötungsnahe Handlungen).
All diese Fragen können im vorliegenden Gutachten nicht abschliessend beantwortet werden und zeigen daher nur das theoretisch breite Spektrum der offenen Fragen auf.

3.3 Einordnung der Probleme

Vorangehend wurden die erkennbaren Probleme detailliert dargestellt. Dadurch könnte der unzutreffende Eindruck entstehen, dass der Umgang mit [redacted] in der UPK vor allem durch Probleme in der Einschätzung und der Behandlung gekennzeichnet war. Dieser Eindruck wäre falsch. Die Einschätzungen und die Behandlungen sind gesamthaft fachlich nachvollziehbar und von guter Qualität.

Zudem kann keineswegs gesagt werden, dass es bei Berücksichtigung der vorangehend dargestellten Probleme zu einem anderen Verlauf gekommen wäre. Denn die Hauptproblematik ist nicht in Defiziten der Beurteilungen und der Behandlung zu sehen. Die Hauptproblematik ist in Schwierigkeiten und Risiken zu sehen, die mit dem Fall selbst verbunden sind. Diese Einschätzung soll nachfolgend erklärt werden.

Bei [redacted] liegt unzweifelhaft eine Schizophrenie vor. Die Schizophrenie und die mit der Schizophrenie verbunden Symptome sind die wesentliche Ursache für die Delikte 2014, den Rückfall 2024 und die von [redacted] ausgehende Gefährlichkeit. Zentral ist daher in einem solchen Fall, auf ein Wiederaufflackern der Symptomatik zu achten und die Schizophrenie vor allem medikamentös angemessen zu behandeln.

Das alles ist in der UPK fachgerecht geschehen. Im Bewusstsein der schweren Anlassdelikte und der von [redacted] ausgehenden potentiellen Gefährlichkeit kam es in einem sehr langfristigen Prozess zu zunehmenden Lockerungen, zuletzt mit Tagesurlauben. Dieser Prozess vollzog sich bis zum Rückfall über fast zehn Jahre. Er wurde sorgfältig vorbereitet und beobachtet. Den Fachpersonen war bewusst, dass bereits kleine Veränderungen einen erhöhten Beobachtungs- und Betreuungsbedarf nach sich zogen. Dem wurde Rechnung getragen und die gesamte Behandlung von [redacted] folgte diesem Prinzip. Auch war den Fachpersonen bewusst, dass die Offenheit

und Kooperation von [redacted] brüchig und darum unzuverlässig sind. Dementsprechend wurde genau auf Anzeichen erneuter Symptome geachtet. Es kam zu Rückstufungen und Veränderungen der Medikation.

Zusammenfassend kann daher gesagt werden, dass die gesamte Behandlung in diesen Punkten und damit mehrheitlich fachgerecht durchgeführt wurde und der Prozess zunehmender Öffnungen sorgfältig über viele Jahre gestaltet wurde.

Die vorangehend ausführlich dargelegten drei Problempunkte können nicht die Gesamteinschätzung relativieren, dass die Behandlung und der Umgang mit [redacted] in zentralen Punkten den geltenden Standards und der üblichen Praxis folgten. Es wurde vieles richtig gemacht.

Es kann daher auch nicht gesagt werden, dass die dargestellte Problematik ursächlich für den Rückfall war. Denn dass es zu diesem schweren und tragischen Rückfall kam, hat vor allem mit den ungewöhnlichen Merkmalen und Schwierigkeiten des Falles selbst zu tun.

Zu nennen sind hier unter anderem folgende Faktoren:

- [redacted] hat eine ausserordentliche Fähigkeit, Symptome und risikorelevante Entwicklungen zu verbergen.
- Die vorliegenden Risiken korrelieren nicht mit Beobachtungen, die im Alltag gemacht werden können.
- Die Gefährlichkeit schlummerte gewissermassen zehn Jahre und bildete sich im langjährigen sorgfältig gestalten Lockerungsprozess nicht ab.
- Üblicherweise ist bei einem schizophrenen Täter davon auszugehen, dass langjährige sukzessive, gut beobachtete und langsam über einen langen Zeitraum erweiterte Freiräume, in denen es nicht zu sichtbaren Auffälligkeiten gekommen ist, eine solide Basis für die Fortsetzung eines Lockerungsprozesses darstellen.
- So wurde von den Fachpersonen auch zutreffend darauf hingewiesen, dass auch in Zeiten verstärkter psychotischer Symptome zu keinem Zeitpunkt Drohungen, Tätlichkeiten oder anderweitig aggressives Verhalten von [redacted] beobachtbar waren.

Aus diesen Gründen muss festgestellt werden, dass dieser Rückfall eines Täters mit diesen Merkmalen nur schwer zu verhindern war. Denn selbst wenn die vorangehend ausführlich dargestellten Probleme in den Behandlungsprozess und die Fallkonzeption eingeflossen wären, ist damit nicht gesagt, dass dieser Rückfall hätte verhindert werden können. Denn man kann sich praktisch fragen, was die Konsequenz gewesen wäre, wenn die angesprochenen Punkte umfassend berücksichtigt worden wären. Vermutlich wäre die Unschärfe des Deliktmechanismus weiter bestehen geblieben und hätte sich nicht beseitigen lassen. Das Bewusstsein um die mögliche Risikorelevanz des Tatorts hätte möglicherweise dazu geführt, auf Ausgänge zum Nasenweg generell zu verzichten.

Bei einem über zehn Jahre ansonsten weitgehend unauffälligen Verlauf hätte das aber nicht zum Abbruch der Behandlung oder gar zum Antrag auf eine Verwahrung geführt. Vielleicht wäre der Lockerungsprozess noch langsamer vollzogen worden. Aber an irgendeinem Punkt hätten im Rahmen der Vollzugsplanungen erneut Überlegungen nach weitergehenden Lockerungen eingesetzt. Auf der Basis jahrelanger Beobachtungen ohne Auffälligkeiten bei Ausgängen (zum Beispiel zur Arbeitsstelle, im Gelände) wären dann mit hoher Wahrscheinlichkeit Ausgänge zur Mutter oder in die Stadt bewilligt worden. Auch auf solchen Ausgängen wäre es [redacted] dann möglich gewesen, ohne vorherige Absprache zum Nasenweg zu gehen und ein Gewaltdelikt zu begehen.

Es muss also zusammenfassend festgestellt werden:

Eine solche Art eines Rückfalls ist schwer zu verhindern.

Der Hauptgrund für diesen tragischen Rückfall sind nicht offensichtliche Fehler in der Einschätzung und im Umgang mit [redacted], sondern eine Kombination ungewöhnlicher Merkmale des Falls selbst.

3.4 Psychiatrische Gutachten

Es wurden zwei psychiatrische Gutachten erstellt. [redacted] begutachtete [redacted] in zeitlicher Nähe zu den Delikten 2014. [redacted] fertigte im August 2020 ein Gutachten zur Verlaufsbeurteilung an.

Beide Gutachten sind sorgfältig erstellt und im Vergleich zu anderen Gutachten sogar von überdurchschnittlicher Qualität. In beiden Gutachten werden die zu den jeweiligen Zeitpunkten erkennbaren Probleme zutreffend beschrieben.
Was wie vorangehend dargelegt die aus drei Aspekten bestehende und nicht auf den ersten Blick offensichtliche Problematik angeht, gibt es in beiden Gutachten Hinweise darauf.
So wies [redacted] explizit darauf hin, dass unklar sei, ob es sich bei den Opfern um Zufallsopfer handele oder nicht. Die von [redacted] bezeichnete Unklarheit zielt ins Zentrum der Unschärfe des Deliktmechanismus. Weil die Endstrecke zur Tatumsetzung nicht bekannt war, blieb unklar, ob es sich (vor allem bei [redacted]) um ein Zufallsopfer handelte oder nicht. Diese Frage und die damit verbundenen Implikationen sind von hoher Relevanz.
Zudem wies [redacted] darauf hin, dass [redacted] keine Angaben zu seinem Erleben und Denken zum Tatzeitpunkt oder zu einem späteren Zeitpunkt machen konnte.

In ähnlicher Weise stellte auch [redacted] fest, dass die Angaben von [redacted] (weiterhin) «vage» seien. Sie wies auch darauf hin, dass das Risiko («unter der Voraussetzung, dass [redacted] weiterhin engmaschig therapeutisch und sozialpädagogisch begleitet wird und insbesondere ein lückenloses Monitoring gewährleistet ist (Psychopathologie und Cannabisabstinenz)»[49] aktuell zwar nur gering - moderat sei. Allerdings ergänzte sie diese Einschätzung mit folgender Aussage:

- «Da [redacted], im Jahre 2017 wie auch im Jahre 2018, trotz konsequenter neuroleptischer Behandlung in kurzer Folge zwei psychotische Episoden erlitt und zudem, aufgrund einer Minussymptomatik vermindert leistungsfähig ist, besteht (auch unter adäquater Behandlung) **ein erhöhtes Risiko für eine erneute psychotische Episode**. Eine psychotische Episode würde (ohne entsprechendes Monitoring und eine sofortige Intensivierung der Behandlung) zeitnah mit einer Erhöhung des persönlichkeitsbedingten Risikopotentials auf

[49] Gutachten [redacted], Seite 74

das Ausgangsniveau und somit **mit einem raschen Anstieg des Rückfallrisikos auf das ursprüngliche Niveau einhergehen**.»

Dieses ursprüngliche Niveau schätzte [redacted] als ein in deutlicher Ausprägung bestehendes (und damit überdurchschnittliches) Basis-Risiko ein.

Beide Guachterinnen erwähnten damit implizit ([redacted]: Bewusste Opferwahl?, [redacted] «vage» Aussagen) die Unschärfe des Deliktmechanismus.

Man kann sich fragen, ob in beiden Gutachten diese Unschärfe, wie im vorliegenden Gutachten geschehen, noch genauer hätte dargelegt und vor allem in den Implikationen erläutert werden sollen.
Dass dies in den Gutachten nicht expliziter zum Ausdruck kam, ist allerdings nicht als ein Versäumnis zu bezeichnen, weil die Problematik zumindest implizit Erwähnung fand. Zweifellos wäre eine explizitere Darstellung der Problematik aber wünschenswert gewesen. Denn das hätte entweder von Anfang an (Gutachten von [redacted]) oder 2020 (Gutachten von Gutachten [redacted]) allenfalls dazu führen können, diese zusätzliche Perspektive in die bestehenden Einschätzungen der UPK zu integrieren.

Der dritte Problempunkt, die Selektive Kooperationsbereitschaft und Offenheit von [redacted], konkretisierte sich mit dem dritten Krankheitsrückfall 2021. Denn bis dahin bestand die berechtigte Hoffnung, dass sich durch die Nachbearbeitung der Krankheitsrückfälle 2017 und 2018 eine Änderung der Haltung von [redacted] ergeben könnte. Es kommt hinzu, dass fehlende Offenheit bei schizophren Patienten ein häufiges Phänomen und damit ein üblicher Aspekt in den Behandlungen ist. 2021 führte hier insofern zu einer neuen Erkenntnis, dass mit dem erneuten Rückfall und der Verdeckungstendenz von [redacted] klar wurde, dass man in Krisen nicht mehr mit einer offenen Kommunikation von ihm rechnen konnte. Das war auch den Behandlern der UPK Basel klar und ist an verschiedenen Stellen dokumentiert.
Da die beiden Gutachten vor 2021 erstattet wurden, konnte diese Erkenntnis nicht in die Gutachten einfliessen.
Für das Problem der möglichen Risikorelevanz des Tatorts gilt die gleiche Aussage wie für die Unschärfe des Deliktmechanismus. Es wäre höchst wünschenswert

gewesen, wenn darauf in den Gutachten explizit hingewiesen worden wäre. Es handelt sich aber dabei um einen Teilaspekt der Unklarheit des Deliktmechanismus. Da diese Unklarheit nur implizit in den Gutachten erwähnt wurde, ist es nicht überraschend, dass die mögliche Tatrelevanz des Tatorts nicht erwähnt wurde. [redacted] hatte aber noch keine Kenntnisse über zu diesem Zeitpunkt noch in weiter Ferne liegenden möglichen Ausgänge. Daher ist es verständlich, dass aus der damaligen Perspektive dieser Aspekt nicht näher ausgeführt wurde.
Im Verlaufsgutachten von [redacted] hätte die mögliche Riskorelevanz des Tatortes zwar erwähnt werden können. Allerdings gab es nach meinen Informationen zu diesem Zeitpunkt des Gutachtens noch keine Ausgänge zum Vater und es gibt keinen Hinweis darauf, dass die Gutachterin hierzu befragt oder auf entsprechende Planungen hingewiesen wurde.
[redacted] beurteilte den Behandlungsverlauf bis 2020 zwar grundsätzlich positiv. Sie sprach sich aber für die Verlängerung um weitere fünf Jahre aus und begründete das u.a. «mit einem sehr hohen Rückfallrisiko», sollte [redacted] aus der Massnahme entlassen werden.[50] Sie wies zudem in allgemeiner Form auf die Notwendigkeit einer engmaschigen Überwachung und langsam erfolgender Progressionsschritte hin:
«Somit sollten sämtliche Öffnungsschritte langsam und sorgfältig, unter einem engmaschigen Monitoring erfolgen, was auch mit einer entsprechenden Zeitdauer einhergehen sollte.[51]»

Von diesem Hintergrund ist es nicht als ein Versäumnis des Gutachtens zu betrachten, dass die Risikorelevanz des Tatortes nicht explizit im Gutachten thematisiert wurde, auch wenn das wie beim Problem der Unschärfe des Deliktmechanismus wünschenswert gewesen wäre.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beide Gutachten aus fachlicher Sicht nicht zu beanstanden sind.

[50] Gutachten [redacted] Seite 78

[51] Ebd. Seite 79

3.5 Behandlungsqualität

Die gestellten Diagnosen, die eingeleiteten und adaptierten Behandlungen (medikamentös, psycho- und sozialtherapeutisch), das Beobachten und das Reagieren auf Verschlechterungen dürfte exemplarisch die Qualität der Behandlungen in der UPK Basel repräsentieren. Diese Qualität ist als überdurchschnittlich gut zu bezeichnen. Es sind anhand dieses Falls daher keine systematischen Schwachstellen zu erkennen. Daher sind auch keine zusätzlichen Massnahmen im Bereich der Durchführung von Behandlungen, der Behandlungsqualität oder der Dokumentation angezeigt.
Ein für eine Behandlungseinrichtung tückischer Fall ist im Hinblick auf die dargestellten Problempunkte nicht optimal geführt worden. Ob überhaupt und inwieweit den dargestellten Problemen eine kausale Bedeutung für den Rückfall zukommt, kann durch meine Untersuchung nicht festgestellt werden. Es haben sich in meiner Analyse jedenfalls keine systematischen Schwachstellen ergeben. Weitere Konsequenzen ergeben sich aus fachlicher Sicht bei einer grundsätzlich intakten und auf einem guten Qualitätsniveau arbeitenden Klinik aus diesem tragischen Fall aus fachlicher Sicht daher nicht.

3.6 Dokumentation

Der Fall ist umfassend und aussagekräftig dokumentiert. Die vorangehend dargestellten Probleme haben daher nichts mit einer unzureichenden Dokumentation zu tun. Es handelt sich um inhaltliche Problemstellungen, die mit der spezifischen Fallkonstellationen zu tun haben. Diese inhaltlichen Problemstellungen stellten die Behandler vor grosse Herausforderungen. Es kann auch keine Rede davon sein, dass die Beschreibungen über die vorliegenden Probleme des Patienten unzureichend waren. So sind auch die Beschreibungen zum Deliktmechanismus (zur Delikthypothese) nachvollziehbar, indem das Spektrum der durch die Schizophrenie bedingten Symptome dargestellt wurde, die als ursächliche Faktoren für die

Anlassstraftaten infrage kommen. Es wurde damit das beschrieben, was bekannt war.
Das, was bekannt war, führte aber zu einem Deliktmechanismus, der wie oben beschrieben unscharf war.
Es sind diese Unschärfe und die mit ihr verbundenen Implikationen und offenen Fragen, die nicht ausreichend erkannt wurden und darum in der Behandlungsstrategie unberücksichtigt blieben.
Ähnliches gilt für die zweite Problematik. Die Selektive Kooperationsbereitschaft und Offenheit von [redacted] wurde immer wieder beschrieben. Im Unterschied zum ersten Aspekt wurden auch die damit verbundenen negativen Implikationen und Risiken zutreffend erkannt. [redacted] wurde beobachtet und auf Anzeichen psychotischen Erlebens erfolgten Ausgangssperren und Medikamentenänderungen. Das waren geeignete Massnahmen.
Ähnlich wie beim ersten Aspekt entstand aber der Eindruck, dass eine Implikation der Problematik zu wenig klar formuliert und daher nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Die selektiv eingeschränkte Kooperationsbereitschaft bedeutet, dass aus der allgemeinen Kooperationsbereitschaft von [redacted] **nicht** auf seine Kooperationsbereitschaft in Krankheitsphasen oder im Hinblick auf eine unabhängig von solchen Phasen bestehende Grundproblematik (siehe nachfolgende Kapitel: Nebenrealität etc.) geschlossen werden kann und das darum Interventionen, die auf eine Sensibilisierung von [redacted] ausgerichtet waren, nur eine begrenzte oder gar keine Wirksamkeit haben konnten.

4 Gutachten von [redacted] vom 19.03.2025

4.1 Aus der Einleitung

Angesprochen auf die vom Vater erwähnte schwarze Frau, habe [redacted] angegeben, dass er Helden und Monster gesehen habe. Er habe Leute wiedererkannt aus den Büchern, Computerspielen, Comics und Mangas. Er habe Batman, Spiderman, One Piece, Jesus, Buddha und Aladin gesehen. Er habe so etwas lange nicht gehabt, dann sei es plötzlich wiedergekommen. Auf die Frage, wann das wieder angefangen habe, habe er keine Aussagen gemacht. Es sei gewesen, als wäre er in einer anderen Dimension. Auf die Frage, wann er wieder aufgewacht sei, habe er keine Aussage gemacht. (Seite 16)

Zum Tatzeitpunkt habe er einen religiösen Wahn gehabt, er habe gedacht, sie [Anm. das aktuelle Opfer] würde den Dämonen helfen. Seine ersten beiden Opfer seien unschuldig gewesen. Er dürfe nicht erklären, ob das heisse, dass das jetzige Opfer nicht unschuldig sei. Auf die Frage, was er befürchte, wenn er es sage, habe [redacted]. mit "ich glaube an Gott" geantwortet. Er wisse nicht, ob das Verweigern von Angaben zu den Motiven aus eigener Initiative erfolge oder ob ihm dazu geraten werde. Auf die Frage, ob er Angst habe, dass seine Krankheit zusätzlich bestätigt werde, habe er mit "weiss es nicht" geantwortet. Auf die Frage, ob es mehr in die Richtung gehe, dass er Angst habe, dass etwas passieren werde, wenn er erzähle, habe er mit "ja" geantwortet. Ein Krankheitsschub äussere sich darin, dass er Leute sehe.
Seine Verfassung bei Begehung des Delikts sei ähnlich gewesen wie 2014. Er fühle konstant Ängste. Er habe eigentlich keinen Druck oder Drang gehabt, jemanden zu töten. Es habe sich mit den Sachen, die er gesehen habe, so entwickelt. Ihm habe jemand gesagt, dass er [redacted] umbringen müsse. Die Nachbarin, die er umgebracht habe, hätte Informationen über [redacted] und er

sei rüber und habe sie umgebracht. Betreffs der Person, die ihm das gesagt habe, habe [redacted] keine Aussage machen wollen. Er müsse die Person schützen.
(Seite 16-17)
Im Austrittsbericht vom 17.10.2024 berichtet die Forensische Klinik der PDAG über den Aufenthalt des Expl. vom 15.08. bis 17.10.2024 auf der dortigen Hochsicherheitsstation. Diagnostiziert wurde eine paranoide Schizophrenie, bei Eintritt habe [redacted] stark verlangsamt, kataton und mutistisch imponiert. Nach verlängerter Antwortlatenz habe er sehr leise und teils unverständlich gesprochen. Der Blickkontakt sei selten gehalten worden, [redacted] habe einen starren Blick gehabt, er habe sich wiederholt hingelegt und von sich aus nichts berichtet.
(Seite 21)

Zur stationären Behandlung in der PDA. vom 15.08. bis 17.10.2024 auf der dortigen Hochsicherheitsstation wird u.a. folgendes festgehalten:

Bei Eintritt habe sich folgender Psychostatus gezeigt: [redacted] sei mit gemindertem Allgemeinzustand und erhöhtem Ernährungszustand aufgefallen. Er sei wach, örtlich nicht orientiert gewesen und habe sich im Kontakt mutistisch/einsilbig gezeigt. Er habe sehr leise gesprochen, wenig Augenkontakt gehalten, sich aber kooperativ gezeigt. Auffassung, Konzentration und Gedächtnis leicht eingeschränkt, formalgedanklich wegen Mutismus wenig Anhalt, soweit ersichtlich kohärent. Angst-, Zwangs- und Wahnsymptome seien verneint worden, [redacted] habe von akustischen Halluzinationen berichtet: Geräusche, keine befehlenden oder kommentierenden Stimmen. Dass seine Gedanken manipuliert würden, sei "nicht mehr" der Fall. Affektarmut, Antrieb reduziert. Der Expl. habe sich gelegentlich umpositioniert, sei psychomotorisch stark verlangsamt gewesen und habe steif gewirkt. Sein Schlaf sei wegen Grübeln gestört, Appetit sei verneint worden. [redacted] habe Selbst- oder Fremdgefährdungsabsichten verneint.
(Seite 22)

Bis zum Ende seines Aufenthalts sei es [redacted] schwergefallen, über seine Halluzinationen zu sprechen. Die Exploration möglicher Wahnsymptome habe sich ebenfalls schwierig gestaltet, da er nur oberflächlich und wortkarg über seine Symptome gesprochen habe und es wiederholt abgelehnt habe, diese ausführlich zu beschreiben. Er habe erklärt, dass er darüber nicht sprechen wolle, da dies schlechte Erinnerungen hervorrufen und ihn triggern könne, wobei unklar geblieben sei, was seine konkrete Befürchtung gewesen sei. Dennoch habe er eine subjektiv deutliche Besserung seines Befindens angegeben, wobei auch dies nicht weiter habe konkretisiert werden können. Da [redacted] eine weitere Erhöhung der Medikation abgelehnt habe und aufgrund der Vorberichte anzunehmen sei, dass er in den letzten Jahren nie vollständig remittiert gewesen sei, was eine wesentliche Verbesserung im Rahmen der Akutbehandlung nicht erwarten lasse, habe man die Rückverlegung im teilremittierten, jedoch stabilen Zustand für vertretbar erachtet. [redacted] habe Angst vor der Rückverlegung und vor einer möglichen Verwahrung geäussert.
(Seite 23 – 24)

4.2 Wahrnehmungen von [redacted]

Beim dritten Termin gab [redacted] an, dass er sich körperlich fitter fühle als in den Wochen zuvor. Er sei aktuell angespannt und nervös, habe aber heute noch keinen "Jesus" gesehen, "wirklich nicht". Am Vortag habe er "Heilige" gesehen, diese hätten ihn angelächelt. Manche seien aber auch wütend gewesen, er wisse nicht warum. Sie würden ihm mit den Augen signalisieren, was anstehe. Wenn die Augen grün seien bzw. grün strahlen würden, seien sie glücklich, bei roter Strahlung wütend. Das seien Signale. Er erhalte aber keine Signale betreffend der Begutachtung, Ärzten/Personal oder Mitpatienten in der Rheinau. Aktuell kenne er niemand, der etwas Böses wolle, dennoch leide er unter Todesängsten. Er versuche, das mit seiner Therapeutin anzusprechen.

Auf die Frage, was der Unterschied zwischen der von ihm als "Paranoia" benannten Symptomen und den aktuellen "Visionen" sei, gab [redacted] an, dass er früher Einzelpersonen gesehen habe. Dann seien es sehr viele geworden, Aktuell sehe er eher viele, jeweils 10-20 Personen. Es gebe keine Situationen, in denen sie regelhaft auftreten würden und auch keine, in denen sie nie zu sehen seien. Wenn sie weg wären, wäre sein Leben besser.
(Seite 87 – 88)

4.3 Angaben zum Delikt

Er sehe Dinge, die nur wenige sehen, sein Leben sei ein Scherbenhaufen. Es tue ihm leid, dass er Leute umgebracht habe, dies betreffe insbesondere die ersten Opfer. 2014 habe er die falsche Frau getötet. Vor 10 Jahren habe ihm ein Mann im Treppenhaus gesagt, dass er die Nachbarin töten solle. Der Mann habe eigentlich gemeint, dass er [redacted] töten solle, die andere Frau habe Informationen. Er habe aber verstanden, er solle sie beide töten. Die erste Frau hätte ihm eigentlich nur Informationen über [redacted] geben sollen. "Sie hätte mir helfen können, etwas Richtiges zu tun. Es hätte nicht unbedingt eine Frau umbringen sein müssen».

2014 sei er "'paranoid" gewesen, er habe damals gedacht, dass es viele böse Leute gebe. Danach habe er aber "erkannt, dass es nur wenige gibt", [redacted] sei eine davon. **Seit über 10 Jahren sei ihm klar, dass er sie töten müsse**. "Ich dachte, mir würde die Sünde vergeben, wenn ich das tue". **Wenn er es vor 10 Jahren gemacht hätte, wäre es eine gute Tat gewesen, dann hätte es keine unschuldigen Opfer gegeben**. Er sei damals aber "krank vor Angst" gewesen. "Ich dachte, sie ist böse, da bin ich gewalttätig geworden". Er habe das Gefühl gehabt, dass er gerichtet werde, dass er sich bewähren solle. **Er habe aber herausgefunden, dass es die falsche Nachbarin gewesen sei.** Das sei ihm nach der Tat klargeworden, als die Visionen gegangen seien. Das sei ein Zeichen dafür gewesen, dass er falsch gehandelt habe.

Die Visionen würden durch ihre jeweilige Augenfarbe bzw. Strahlen aus ihren Augen signalisieren, was gut und schlecht sei. Grün und weiss stehe für glücklich und gut, rot und schwarz für wütend, blau für Informationen. Sie seien eine Zeit lang weg gewesen, vor zwei Jahren seien sie wiedergekommen. Er habe "'eine zweite Chance gekriegt".
Den Therapeuten habe er davon nichts erzählt, "weil sie mir eh nicht glauben". Die Visionen seien nach den ersten Delikten gegangen, weil sie nicht glücklich bzw. zufrieden mit ihm gewesen seien. Sie hätten ihm durch ihre Körpersprache mitgeteilt, dass er gerichtet worden sei. **Ihm sei von Anfang an klar gewesen, dass [redacted] zu töten sei**. Das seien keine Krankheitssymptome, die Visionen seien "'zu real". Seit einem halben Jahr seien sie nun weg (Angaben am 27.01.2025). Er wisse nicht warum, ob es sei, weil er jetzt etwas richtig gemacht habe. Sonstige Anweisungen habe er im Vorfeld nicht erhalten.

Das Ganze gehe darauf zurück, dass er im Alter von sechs oder sieben Jahren eine Interaktion mit einem Mann namens Baltasar gehabt habe. Baltasar habe ihm einen Dreizack gebracht, ausserdem die "magische Vase". Er habe einen Miniaturdrachen aus Metall gehabt, den er durch Beschwörungen lebendig und ganz gross gemacht habe. Das habe ihm Angst gemacht. Baltasar sei "so etwas Ähnliches wie die heiligen drei Könige" gewesen, eine Art Bote. Er habe in der Nähe vom Margarethenplatz eine Antiquitätenhandlung gehabt. Der Laden sel jetzt weg.

Da sei aber auch noch ein anderer Mann gewesen, das sei der Beginn seines Schicksals. Er wolle einen Brief an seinen ehemaligen Mitschüler Merlin schicken, damit es "Verständnis" gebe, damit ich befreit werde und nicht in die Hölle muss". Merlin sei ebenfalls auserwählt, deshalb wolle er ihm von Baltasar erzählen. Baltasar habe ihn wiederholt aufgesucht und ihm einmal zwei Ringe gegeben. Diese Ringe hätte er Merlin aushändigen sollen, sie seien ihm aber gestohlen worden. Baltasar sei mit einer Vase bei ihm erschienen und habe sich nach den Ringen erkundigt. Als er ihm die Ringe nicht habe zeigen können, sei Baltasar in die Vase verschwunden. Dann sei plötzlich ein

Mann aufgetaucht und habe versucht. die Vase an sich zu nehmen. Er habe versucht, gegen den Mann zu kämpfen, der ihm die Vase aber entwunden habe. Der Mann habe die Vase aus dem Fenster geschmissen und sie sei zerbrochen. Die "Aura" von Baltasar sei noch kurz zu sehen gewesen. Er habe völlig ratlos vor den Scherben gestanden. Er wünsche sich, dass seine Familie Baltasar hätte kennenlernen können, dann "wäre er vielleicht nicht gestorben".

Zuvor habe ihm jemand in der Kaserne in Basel eine Kiste gegeben, die er nicht hätte öffnen sollen. Diese Kiste hätte er Baltasar übergeben sollen. Als das mit der Vase passiert sei, habe die Kiste geleuchtet, er habe sie geöffnet und es sei ein Dämon rausgekommen. "Er wollte mich töten, hat es dann aber gelassen, ist gegangen. Der sah aus, wie Mephisto aus dem Diabolospiel. Es gibt Bands und Computerspiele, die im Guten oder Schlechten Verbindung zu den Visionen haben".
World of Warcraft sei z.B. eine gute Verbindung, dort gebe es eine Person namens Illidan, die er auch gesehen habe. Illidan sei ein Mitglied Gottes, er wolle die Untoten aufhalten. Diabolo sei ein Böser, der Herrscher der Unterwelt. Die Stories von Diabolo spiele er trotzdem, da sie spannend seien. Ein paar dieser Stories würden in der realen Welt vorkommen.

Nun sei er schon fast sein Leben lang auf der Suche nach einer Erklärung für all diese Erlebnisse. Es gebe viele Ereignisse, die er schon als Kind erlebt habe. Zum Beispiel sei er im Alter von ungefähr 10 Jahren mit der Familie essen gewesen, als Azmodan, der Herrscher der Hölle, gekommen sel. Den habe er später im Diabolospiel wiedererkannt. Azmodan habe im Restaurant Blut versprüht und er habe gedacht: was ist jetzt los. Er habe nicht ins Blut treten wollen, die anderen hätten aber nichts gesehen.

Er wisse nicht, wie das mit den Ringen zu lösen sei. Die Ringe würde er gerne Gott geben, dann wäre der nicht mehr zornig. Gott teile ihm das mit roten Augen mit. Einmal habe ihm auch jemand gesagt, dass er still sein solle. Sie könnten seine Gedanken lesen. In diesem Kontext auf frühere Angaben zu akustischen Halluzinationen angesprochen, gab [redacted] an, dass er nie ein

Schafmähen gehört habe. Baltasar habe zu ihm gesprochen, "aber nicht viel, ich kannte ihn nur kurz".

Im Kanu-Urlaub mit dem damaligen Lebensgefährten seiner Mutter habe er das Gefühl gehabt, dass ein Parasit in ihm sei, er habe eine Spinne in seinem Körper gespürt, die in seinem Körper umhergegangen sei. Deswegen habe er ins Krankenhaus gewollt, der Partner seiner Mutter habe das nicht gewollt und er sei dann weggelaufen und habe ein Krankenhaus gesucht, um sich ärztlich untersuchen zu lassen.

Vor dem Delikt 2014 habe er Jugendlichen im Rahmen seiner "'Paranoia" ein Etui gestohlen. Er habe damals gedacht, dass das böse Jugendliche seien und dass die Ringe im Etui seien. Er habe kein Geld bei ihnen gesucht. Angesprochen darauf, warum er sich 2014 als Arthur bezeichnet habe, gab [redacted] an, dass es eigentlich um die Ritter der Tafelrunde, um Artus, gegangen sei. Er wäre gerne Artus, denn der sei "jemand Auserwähltes, jemand Spezielles". Leider habe er den Namen nie gekriegt.

Es habe nie Zeugen für seine Wahrnehmungen gegeben. Er sei immer alleine gewesen, wenn "so ein Scheiss" passiert sei. Er sehe dann "Menschen, Könige, Götter". Diese sehe er wie aktuell den Untersucher. Ob er mit ihnen spreche? Ja, er bete dann. Er habe sich auch bei ihnen entschuldigt und sie seien daraufhin glücklich gewesen. Sie seien gekommen, um die Ringe zurückzuholen.

Betreffs [redacted] sei von Anfang an klar gewesen, dass er sie töten müsse. Er habe nach einer Möglichkeit gesucht, am 08.08. habe es die Möglichkeit gegeben. Er habe ca. eine halbe bis eine Stunde im Treppenhaus auf sie gewartet. Wenn sie nicht über das Treppenhaus zu ihrer Wohnung gegangen wäre, wäre er zurück in die UPK gegangen. Er hätte nicht bei ihr geläutet, da er nicht erwartet hätte, dass sie öffnet. Anschliessend hätte er es "sehr wahrscheinlich" wieder versucht. **Es habe "Ängste und Druck" gegeben, "dass ich das tun muss". [redacted] habe Baltasar "eine magische Figur gestohlen", es**

habe sich um einen Drachen gehandelt. Sie habe vieles gewusst, ihm sei klar gewesen, "dass sie Böses tut".

Bei der Absage beim Bruder habe er schon gewusst, dass er [redacted] auflauern wolle, das sei seit 10 Jahren klar gewesen. Es habe zwei Monate vorher eine initiale Begegnung gegeben. Er habe sie aufgefordert, ihm Informationen zu geben. Sie solle ihm sagen, ob sie die Ringe habe. Er hätte diese an die Visionen weitergegeben. Er habe auf sie gewartet gehabt und ihr gesagt, dass sie ihm "etwas Wahres" sagen solle. [redacted] habe "weggeschaut und verleugnet", sie sei ein böser Mensch. Er sei wiedergekommen und habe sie getötet.

Er habe sie gefragt gehabt, ob sie ihm helfen könne und sie habe ihm nicht antworten wollen. Er habe sie nach heiligen Gegenständen und Schmuck gefragt, sie sei aber nicht kooperativ gewesen. Als er sie dann angegriffen habe, habe sie reden wollen, da sei es aber zu spät gewesen. Er habe gedacht, dass ihr Tod reiche, dass die Leute, die er sehe, gehen und ihn dann nicht bestrafen. [redacted] schade den Leuten, die ihm etwas bedeuten. Er habe Unheil von der Welt abwehren wollen. Was der Welt genau gedroht hätte, wisse er aber nicht zu sagen. Er habe allerdings zu spät gehandelt. "Zu spät, dass ich eine gute Tat mache und eine Hexe getötet habe. Es ist schwer, jemanden zu töten, auch wenn sie böse ist, weil es eine harte Strafe ist". Zwei Leute hätten ihm gesagt, er solle es tun. Jemand habe ihm eine Cola-Flasche mit Asche gegeben, das sei eine Botschaft zum Tod von [redacted] gewesen. Der habe ihm auch gesagt, er solle sie töten.

Auf die Frage, warum er jetzt über das Erlebte berichte, gab [redacted] an, dass seine Mutter gesagt habe, dass er es sagen solle. Sie habe von einem Pfarrer gesprochen, aber er kenne keinen Pfarrer. "Das Ganze bedrückt mich schon mein Leben lang". Er wisse nicht, warum er so lange geschwiegen habe. Er habe seiner Mutter 2021 von Baltasar erzählt und sie habe ihm nicht geglaubt. Von Baltasar habe er nur seiner Mutter erzählt. Er wünsche sich, dass er das früher angesprochen hätte. Er habe seine Erlebnisse mit Baltasar in ein

Tagebuch geschrieben gehabt und die Mutter habe das gefunden. Das Tagebuch sei in seinen Effekten. Auf die Frage, warum er vor dem Delikt nicht mit Angehörigen gesprochen habe, gab [redacted] an, dass diese dagegen gewesen wären. Deshalb habe er das Ganze verschwiegen.

Angesprochen darauf, warum er beim ersten Termin das Gespräch über die Visionen mit Schriftstücken eingeleitet habe, ob dies für ihn ein Weg gewesen sei, die Visionen auszutricksen, gab er an, dass dem nicht so sei. Er habe einfach versucht, die Wahrheit zu sagen, seine Hemmungen zu überwinden. Ausserdem solle Merlin einen Brief von ihm bekommen, denn Merlin sei "auserwählt". Auf die Frage, ob Merlin so auserwählt sei wie er selbst, gab [redacted] an, dass er gerne mit Merlin reden wolle. Das sei "ein Guter, er hat auch ein Schicksal". Auf die Frage, ob es sein Schicksal sei, gab [redacted] an, dass das schon lange her sei: Im Sommer sei er an einem Ort gewesen, im Wald oder einem Bergstück. Dort habe es eine Gruppe von Leuten gegeben, die hätten einen Schlüssel gehabt und in den Berg gewollt. Er habe diese Leute nicht gekannt und sich dort hingelegt. Am Abend sei er aufgestanden und habe im Mondlicht das Schlüsselloch gesehen. Aber er habe nicht realisiert, dass er den Berg mit dem Schlüssel hätte öffnen können. Als er die Anderen am nächsten Tag wiedergesehen habe, seien diese sehr wütend gewesen, da sie nicht in den Berg reingekommen seien. Dort seien Schätze und Drachen gewesen. Er wisse nicht, wie alt er damals gewesen sei, er sei noch sehr jung gewesen.

Auf die Frage, wie es für ihn sei, nun über seine Erlebnisse zu erzählen, gab [redacted] an, dass es sowohl gut als auch schwierig sei. Es sei nicht gut, wenn es in die Öffentlichkeit komme, deshalb denke er, dass es ein Fehler sei, darüber zu reden. Andererseits sei es ein Fehler gewesen, das Ganze zu verschweigen. Er sei sehr verschlossen und rede nicht über Gefühle, das sei schwierig. "Ich glaube an Engel, Götter, Heilige und die wollen nicht, dass das offengelegt wird"'. Das seien keine Visionen, das seien "Personen". Daraufhin gefragt, ob er diese Erlebnisse denn als Symptome einer Krankheit einordne, gab er an, dass das nicht der Fall sei, das sei Realität.

Angesprochen darauf, was er für eine Lehre aus den Ereignissen gezogen habe, gab [redacted] an, "Leute zu kontaktieren, die auch Kontakt z, Heiligen haben". Die hätten ihm vielleicht einen Rat geben können, was man anderes Gutes tun könne, z.B. "Leute mit Ringen zu bestehlen". Auf die Frage, ob er denn schon einmal solche Menschen getroffen habe, gab [redacted] an, dass er einmal einen Mann und einmal eine Frau getroffen habe, die ähnliche Erfahrungen wie er gemacht hätten. Das sei aber lange her und schon vor der Massnahme gewesen.
(Seiten 93 – 98)

4.4 Zum Massnahmenverlauf

Zum Verlauf der stationären Massnahme führte [redacted] unter anderem Folgendes aus:

Zu Beginn der Massnahme 2015/2016 seien die Visionen weggewesen. Danach seien sie wiedergekommen. Auf die Frage, warum er mit den Behandlern nicht über seine Erlebnisse gesprochen habe, gab [redacted] an, dass das sein "Kindheitsfehler"' sei. Er habe nie über seine Probleme geredet. Das Sprechen hätte helfen können, er schäme sich sehr.

Mit [redacted] habe er nicht geredet, weil es dann heisse, dass er mehr Medis nehmen müsse und weil er dann keine Ausgänge mehr erhalte. Ihm glaube ohnehin niemand. Er habe [redacted] einmal die Woche gesehen und mit ihr über die Medikamente sowie übe Ausgänge geredet. Er habe mit ihr nie über die Visionen gesprochen. Probleme mit ihr habe er nicht gehabt, sie sei seit 4-5 Jahren für ihn zuständig. Überhaupt habe er keine Probleme mit den Basler Behandlern gehabt, er sei auch mit seinem Bezugspfleger gut ausgekommen. Sie hätten z.B. am Vortag des Delikts noch über dessen Besuch beim Festival in Wacken gesprochen. [redacted] habe er alle zwei Wochen bei den Visiten gesehen. Das Verhältnis zu ihm gehe, man habe über Medikamente

gesprochen und über Frühwarnzeichen. Er habe [redacted] als kompetent erlebt.

Beim dritten Termin gab [redacted] an, dass es für ihn ausgesprochen schwer sei, sich im Gespräch zu öffnen. Er habe gegenüber [redacted] von Visionen berichtet, aber nicht von deren Signalen. Sie hätten über die Medikamente gesprochen, über Ausgangsregelungen, die Planung der Ausgänge und darüber, wie es ihm bei der Arbeit gehe. Die Arbeit habe er gerne gemacht, es habe am Arbeitsplatz keine Konflikte gegeben, generell habe er während der Massnahme keine Konflikte gehabt.

Auf Einflüsse der Borreliose auf sein Erleben angesprochen, gab [redacted] an, dass seine Visionen unter den Schmerzen schimmer gewesen seien. Einmal sel es besonders schlimm gewesen, die Visionen hätten ihm dann besonders Angst gemacht, das sei vor der Verlegung nach Bern gewesen. Er habe damals gedacht, dass er getötet werde und in die Hölle komme. Auf die Frage, was ihm in solchen Situationen helfe, gab [redacted] an, dass er dann Musik höre und sich damit ablenken könne. Auf die Frage, warum er sich in solchen Situationen nicht beim Personal melde, gab er an, dass man ihm nicht glaube. Man werde ihm dann mehr Medikamente geben.

Im Sommer 2024 habe er infolge der Borreliose noch ein Taubheitsgefühl in den Händen gehabt, er habe aber gedacht, dass er wieder gesund werde. Die Schwierigkeit bei der Borreliose sei gewesen, dass er schon länger habe in den Notfall gehen wollen. [redacted] habe ihm das aber nicht erlaubt. Die Mutter habe Druck gemacht, [redacted] und [redacted] seien deswegen wütend geworden. Er sei aber auch wütend gewesen, weil man ihm untersagt gehabt habe, zum Chiropraktiker zu gehen. Das sei eine Fehlentscheidung von [redacted] und [redacted] gewesen. Die beiden seien aber sonst "gerecht" gewesen und er habe gut mit ihnen arbeiten können. Beide seien eigentlich in Ordnung gewesen.

Auf die Frage, was er denke, was er mit seiner Tat in der Basler Klinik ausgelöst habe, gab [redacted] an, dass das sicher nicht gut gewesen sei. "Die waren für mich verantwortlich und dann mache ich das wieder". Das Personal in Basel habe es gut mit ihm gemeint. Er habe nun gehört, dass eine Untersuchung eingeleitet worden sei. Deswegen habe er "ein bisschen ein schlechtes Gewissen", die Tat sei aber alternativlos gewesen. Er habe etwas Gutes tun wollen, er habe einfach nicht an die Konsequenzen gedacht. Er habe gedacht, dass er nach der Tat freikomme, dass die Leute dann glücklich seien und nicht mehr wütend.
(Seite 98 -100)

4.5 Zum Wahn

[redacted] führte zum Wahn u.a aus:

Als der Unterzeichner den Zettel gelesen hatte, gelang es, mit ihm über sein Erleben ins Gespräch zu kommen. Er machte nachfolgend weitere Ausführungen zu diesem Themenkomplex und es wurde deutlich, dass ein hochsystematisiertes Wahnsystem besteht, in dem sich [redacted] in Kontakt mit Göttern bzw. Dämonen wähnt, die über ihn richten und von ihm bestimmte Taten verlangen. Auf die Hintergründe angesprochen, kam es erneut zu einer Gesprächssituation, in der [redacted] Anstalten machte, zu berichten, dann aber innehielt, um ein weiteres Schriftstück hervorzunehmen, das er dem Unterzeichner überreichte. Dieser Brief an eine Person namens Merlin, in dem [redacted] über einen Vorfall mit einem Mann namens Baltasar berichtet, liegt als Anlage bei.

Auch hier war, erst nachdem der Unterzeichner das Schriftstück gelesen hatte, ein Gespräch mit [redacted] möglich. Dabei wurde deutlich, dass er den Beginn seiner visionären Erlebnisweisen in einen Altersbereich von ungefähr 6-7 Jahren einordnet und eine Person namens Baltasar als eine Art Bote der Visionen ansieht. Er beschrieb Kontakte zu Dämonen, die er später im Kontext von Computer- bzw. Fantasyspielen wiedergetroffen habe und denen er eine

Bedeutung, entweder positiv oder negativ, für sein Leben zuschrieb Das halluzinatorische und wahnhafte Erleben des Expl. ist mit Figuren bzw. Erzählungen bestimmter Spiele verwoben. Ausserdem zeigt es Überschneidungen zur Thematik von Fantasy-Romanen, z.B. deutet sich eine Parallele zwischen dem von [redacted] geschilderten Erlebnis mit den Ringen zu dem Buch Herr der Ringe an bzw. wurde der Verlust dieser Ringe vom Expl. als Ursprung seiner Probleme eingeordnet. Er machte ausserdem klar, dass er sich von [redacted] Erkenntnisse über den Verbleib der Ringe erhofft habe.
(Seite 106)

Nachfolgend wurden mit ihm offen gebliebene Fragen besprochen bzw. der Versuch unternommen, weitere Informationen über seine psychotische Symptomatik einzuholen und nochmals auszuloten, ob er in der Lage ist, diese als Störungssymptome wahrzunehmen. Dabei zeigte sich z.T. innerhalb kürzester Zeiträume eine sehr widersprüchliche Haltung des Expl. gegenüber seinen halluzinatorischen Erlebnisweisen. Zum einen konnte er diese als Ausdruck einer Erkrankung einordnen bzw. zumindest anerkennen, dass andere diese als Ausdruck einer Erkrankung einschätzen. Andererseits machte er wiederholt deutlich, dass seine Wahrnehmungen für ihn real und keine Erkrankung seien.
(Seite 108)

4.6 Verlauf der schizophrenen Erkrankung

[redacted] führte zum Beginn und dem Verlauf der schizophrenen Erkrankung in den ersten Jahren Folgendes aus:

Schon 2009 war davon die Rede, dass Auffälligkeiten des Expl. schon 2007 aufgetreten wären. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass [redacted] bereits im Alter von 15 Jahren erste Krankheitssymptome bzw. Prodromalsymptome einer Schizophrenie aufwies. Diese wurde 2010 nach umfangreichen Abklärungen diagnostiziert. Auch nach der Diagnosestellung kam es, da [redacted]., aber auch seine Angehörigen Schwierigkeiten hatten,

diese Diagnose zu akzeptieren, nicht zu einer medikamentösen Behandlung. Der Störungssymptomatik konnte somit über Jahre hinweg nicht adäquat Rechnung getragen werden. Es resultierte ein langjähriger, vorwiegend durch Negativsymptome bzw. affektive Auffälligkeiten gezeichneter Verlauf.
(…)
Auch im Rahmen einer erneuten Vorstellung in der UPK 2013 konnte keine Behandlung initiiert werden. Somit muss bereits für das Jahr 2014 von einer chronifizierten Schizophrenie mit einem mindestens fünf-, wenn nicht sogar siebenjährigen symptomatischen Zeitraum ausgegangen werden, in dem die schizophrene Erkrankung des Expl. unbehandelt blieb.
(Seite 117)

4.7 Delikte 2014

Weiter heisst es:

Zu den Hintergründen der Delikte aus 2014 hatte [redacted] bei der damaligen Begutachtung berichtet, aus religiösen Gründen gehandelt zu haben. Aus seinen Ausführungen liess sich schliessen, dass er unter optischen Halluzinationen litt, die ihn beeinflusst hatten, die Taten zu begehen. Ausserdem beschrieb er akustische Halluzinationen. Dadurch, dass der Expl. Anziehsachen zum Wechseln mitgeführt hatte, wurde deutlich, dass er zumindest die Tötung von [redacted], die eine Nachbarin im Wohnhaus des Vaters war, geplant hatte. Betreffend seines Angriffs auf [redacted] habe der Expl. angegeben, dass dieser ein böser Mensch gewesen sei. Insgesamt seien die Angaben des Expl. jedoch unkonkret geblieben, es sei ihm ausgesprochen schwergefallen, über die Delikte und seine Tatmotive zu sprechen.
(Seite 118)

4.8 Rückfall 2024

Im Zusammenhang mit der vor dem Rückfalldelikt letzten dokumentierten psychotischen Krise 2023 hält [redacted] fest:

> Festzuhalten bleibt auch für diese Krise eine Akzentuierung der Negativsymptomatik, eine produktive Symptomatik wurde nicht beschrieben. Von den Behandlern wurde die Absprachefähigkeit und Therapieadhärenz als ungenügend erachtet. Zum Zeitpunkt dieser Krise bestand eine Belastungssituation, da [redacted] unter Rückenschmerzen litt, die im März 2024 diagnostisch abgeklärt und als Ausdruck einer Borreliose eingeordnet wurden. Diese Infektion des zentralen Nervensystems hatte zu Entzündungsherden in den Nervenwurzeln im Hals-Wirbel-Bereich und zu dazu anatomisch passenden Schmerzsymptomen und Kraftverlusten geführt. Weder aus den Schilderungen des Expl., noch aus den Krankenakten der UPK, des Inselspitals Bern und der Universitätsklinik Basel gehen Hinweise auf psychische und insbesondere akut psychotische Symptome dieser Entzündung hervor.
>
> (…)
>
> [redacted] hat im Zusammenhang mit dieser Erkrankung zwar einen Konflikt mit den Behandlern der UPK anlässlich seiner eigenmächtigen Vorstellung im Notfall der Neurologie im März 2024 berichtet. Jedoch hatte er dabei nicht den Eindruck vermittelt, dass dies zu einer nachhaltigen Störung der Beziehung zu den dortigen Behandlern geführt hat. Vielmehr hat [redacted] sowohl [redacted] als auch [redacted] im Rahmen der Begutachtung als Personen beschrieben, mit denen er keine Konflikte gehabt habe. Ausserdem sei die Symptomatik im Verlauf rückläufig gewesen und habe ihn daher nicht mehr besorgt. Somit ist die Borreliose zwar als ein Belastungsfaktor zu werten, der die Befundverschlechterung im März begünstigt haben kann. Sie ist jedoch nicht geeignet, die deliktrelevante Dissimulationsneigung des Expl. zu begründen, denn diese bestand schon im Vorfeld der Borreliose.
>
> (Seiten 122 -123)

Nur kurze Zeit später kam es im Rahmen eines genehmigten Ausgangs am 08.08.2024 zu dem Anlassdelikt, das [redacted] bei den hiesigen Untersuchungen auf fortbestehende halluzinatorische und wahnhafte Symptome zurückgeführt hat. Diesbezüglich bleibt zunächst festzuhalten, dass sich die im Rahmen der stationären Behandlung manifestierten Schwierigkeiten des Expl., Krankheitssymptome transparent zu machen bzw. adäquat auf diese zu reagieren, in dramatischer Weise manifestiert haben. [redacted] hatte im Vorfeld des Tötungsdeliktes nämlich nicht über diese Symptome gesprochen bzw. keine Andeutungen diesbezüglich gemacht.

Im Unterschied zu den Ereignissen vom 03.11.2014 und auch zu den vorab beschriebenen Krisen im unmittelbaren Vorfeld dieses Tötungsdelikts wurden im unmittelbaren Vorfeld des Tattages keine Auffälligkeiten bei [redacted] beschrieben. Dies betrifft nicht nur akute Krankheitssymptome, sondern auch die im Rahmen der vorherigen Krisen beschriebenen formalen Denkstörungen, Tendenzen zum Rückzug bzw. distanzgemindert unangemessenen Verhaltensweisen. Der Krankenakte lassen sich für die Wochen vor dem Delikt keine Hinweise auf eine Befundverschlechterung entnehmen.

Dazu passend haben auch die Angehörigen des Expl. bei ihren ersten Einvernahmen übereinstimmend berichtet, dass [redacted] ein stabiles Befinden gezeigt habe. Diesbezüglich ist relevant, dass [redacted] am Tag vor dem Delikt zu Besuch bei seiner Mutter war und auch telefonischen Kontakt zum Bruder und zum Vater gehabt hatte. Da er bei dem Telefonat mit dem Bruder bereits seinen für den Tattag geplanten Besuch beim Bruder abgesagt hatte, ist davon auszugehen, dass er sich bereits zu diesem Zeitpunkt darüber im Klaren war, dass er am nächsten Tag [redacted] aufsuchen wollte. Entsprechend hat er hierzu bei der Begutachtung angegeben, dass er den Besuch beim Bruder abgesagt habe, um [redacted] töten zu können. Er habe die Nachbarin bereits vorher angesprochen gehabt und gebeten, ihm Informationen zu geben. Sie habe darauf nicht reagiert, für ihn sei klar gewesen, dass er sie töten müsse.
(…)

Zunächst bleibt festzuhalten, dass [redacted] spätestens am Vortag des Delikts den Plan gefasst hatte, das spätere Opfer zu töten. Dies blieb allerdings nicht nur den Behandlern, sondern auch seinen familiären Kontaktpersonen verborgen, weil sich eine ähnlich stark ausgeprägte Symptomatik wie im Vorfeld der Delikte 2014 nicht dargestellt hat.
(Seiten 123 - 124)

4.9 Bewertung der Delikte

Zu den Delikten führt [redacted] aus:

Aus seinen Schilderungen wird deutlich, dass er die Ereignisse um Baltasar als ein Versagen bzw. eine Schuld erlebt, die er gegenüber diesen Dämonen bzw. höheren Wesen abtragen müsse. In diesem Kontext verwies [redacted] mehrfach darauf, dass er Informationen über den Verbleib der Ringe gesucht habe. Die Dämonen hätten von ihm verlangt, dass er gegen das Böse kämpfen müsse, um sich einer Verdammnis zu entziehen.

In diesen Kontext ordnete [redacted] bereits die Tötungsdelikte aus 2014 ein. Er machte dabei deutlich, dass er bereits kurz danach für sich festgestellt habe, dass er die falsche Nachbarin getötet habe. Ihm sei seit 10 Jahren klar, dass es nicht um [redacted], das Opfer seiner ersten Tötungshandlung, gegangen sei, sondern um [redacted], das Opfer aus dem Jahr 2024. Insofern sei er 2014 seinem Auftrag nicht nachgekommen, weshalb die Dämonen weiterhin unzufrieden gewesen seien. Im Vorfeld des Delikts im August 2024 sei er deswegen wieder unter Druck gestanden, er habe starke Angst davor gehabt, verflucht zu sein bzw. sich gezwungen gesehen, nun [redacted] zu töten.

Letztlich beschreibt [redacted] einen systematisierten Wahn, der mit optischen Halluzinationen einhergeht bzw. durch diese gespeist wird. Die Wahnsymptome des Expl. beziehen sich thematisch auf Gestalten aus der

Welt von Fantasyspielkarten bzw. Computerspielen, andererseits aber auch auf Superhelden und Fantasy-Romane, wie z.B. den Herrn der Ringe. Bei den hiesigen Untersuchungen machte er deutlich, dass er unter diesen Phänomenen seit früher Kindheit leide. Die von ihm zunächst als "Visionen" beschriebenen optischen Halluzinationen seien nahezu durchgängig aufgetreten bzw. in den letzten drei Jahren vor dem aktuellen Delikt bzw. seit 2017 durchgängig präsent gewesen.
(Seite 125)

Zwar waren die zeitlichen Angaben des Expl. hinsichtlich des Wiederauftretens seiner Halluzinationen widersprüchlich und es ist nach medizinischem Kenntnisstand unwahrscheinlich, dass er schon als Sechs- oder Siebenjähriger unter solchen Phänomenen litt, weshalb diese Angaben eher als Ausdruck einer Wahnerinnerung aufzufassen sind. **Jedoch muss man davon ausgehen, dass er nicht nur im Vorfeld der Delikte 2014, sondern auch im Verlauf der Massnahme (seit 2017 oder 2021) und insbesondere im August 2024 unter einem hoch systematisierten Wahn gelitten hat, der mit optischen Halluzinationen verbunden war. Diese Symptomatik bestand auch im Zeitraum (27.01.-19.02.2025) der eigenen Untersuchungen fort.**
(Seite 126)

Im Fall des Expl. ist, wenn man seinen Angaben bei der Untersuchung folgt, trotz der stationären Massnahme **von einer kontinuierlichen Symptomatik bzw. einer allenfalls unvollständigen Remission auszugehen.** Dabei persistierten die wahnhatten Denkinhalte und optischen Halluzinationen, während die 2014 beobachtbare Unruhe nachliess. Vor diesem Hintergrund **blieb die deliktrelevante Symptomatik seiner Umwelt verborgen. [redacted] war in der Lage, die fortbestehenden psychotischen Phänomene zu dissimulieren und eine doppelte Buchführung zu praktizieren. Im Hintergrund bestand die paranoide und halluzinatorische Symptomatik und die damit verbundene Aufhebung der Realitätskontrolle fort.** Die Halluzinationen und der systematisierte Wahn waren betreffend der Tötung von [redacted] handlungsleitend und daher von entscheidender Bedeutung für dieses Delikt.

(Seite 127)

4.10 Mangelnde Offenheit

Zum Verschweigen der Symptome stellt [redacted] fest:

> Die Hintergründe dieses Verhaltens sind komplex: Zunächst entsteht der Eindruck, dass auch die Dissimulation bzw. das Verschweigen von Krankheitssymptomen mit den Wahnsymptomen in Verbindung steht. Da [redacted] seinem Wahnsystem gefangen war, dürfte ihm dieses Verhalten als eine Notwendigkeit erschienen sein, um den von ihm als alternativlos erlebten Tatvorsatz umzusetzen. Gerade in der Alternativlosigkeit dieses Vorgehens manifestiert sich die Bedeutung, aber auch Schwere der Wahnsymptomatik. Andererseits wird damit aber auch die nach 10-jähriger stationärer Behandlung fehlende Krankheitseinsicht deutlich. Diese hat sich auch im Kontext der gutachterlichen Untersuchungen im Januar und Februar 2025 gezeigt: Während [redacted] beim ersten Untersuchungstermin noch in der Lage war, eine gewisse Distanz zu seinen halluzinatorischen und wahnhaften Erlebnisweisen aufzubauen, indem er z.B. die Halluzinationen als "Visionen" bezeichnete, war er beim zweiten Termin von deren Existenz überzeugt und bezeichnete sie als "Personen". Während er beim ersten Termin noch bereit war, diese Visionen wenn auch skeptisch als Ausdruck einer Erkrankung zu akzeptieren, verneinte er auf Nachfrage beim zweiten und auch beim dritten Untersuchungstermin deren Symptomcharakter.
>
> Bei den gutachterlichen Untersuchungen wurde ausserdem deutlich, dass es für [redacted] nicht nur schwierig ist, über sein inneres Erleben zu sprechen, weil er befürchtet, dadurch als krank abgestempelt zu werden bzw. die Erfahrung gemacht hat, dass man ihm seine Erlebnisweisen nicht glaubt. Vielmehr entstand der Eindruck, dass er befürchtet, durch Berichte über sein Erleben den Unmut der von ihm als real wahrgenommenen Dämonen hervorzurufen.

Dieser Aspekt kann ein Verstehenshintergrund dafür sein, dass [redacted] im Behandlungsverlauf krankheitsbedingt nicht in der Lage war, mit dem Behandlungsteam über seine Symptome ins Gespräch zu kommen. Demnach wäre die Dissimulation von Krankheitssymptomen auf das wahnhafte und halluzinatorische Erleben zurückzuführen und könnte [redacted] nicht vorgeworfen werden.
(Seite 128)

Beim Expl. liegen somit in beispielhafter Weise Merkmale vor, die Bleuler 1911 als Grundsymptome. d.h. als den überdauernden Kern einer Schizophrenie definiert hat: Sein Autismus, die Assoziationslockerung und seine Affektstörung begründen eine massive Beeinträchtigung der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit. Diese ist entscheidend für seine fehlende Offenheit bzw. die von ihm praktizierte doppelte Buchführung. Letztlich geht es hier also nicht um eine Täuschungsstrategie, sondern um ein fehlendes Vermögen, in einen authentischen Austausch über Krankheitssymptome einzutreten. Dadurch fällt es der Umgebung aber auch schwer, Einblick in das Innenleben des Expl. zu gewinnen. Man ist vielmehr darauf angewiesen. Befundveränderungen über z.B. Unruhe, formale Denkstörungen oder Verhaltensänderungen wahrzunehmen. Laut den Verlaufseinträgen in der Krankenakte waren solche Hinweise jedoch in den Tagen/Wochen vor dem Delikt nicht aufgefallen.
(Seite 129)

4.11 Medikation

Zur medikamentösen Behandlung stellt [redacted] u.a. fest:

> Insofern kann man davon ausgehen, dass [redacted] das wahnhaft motivierte Tötungsdelikt im August 2024 unter einem therapeutischen Wirkspiegel von Clozapin und auch des Depotpräparates Paliperidon begangen hat. Das Delikt vom 08.08.2024 hat die eingeschränkte deliktpräventive Wirksamkeit des an sich sinnvollen und im Fall des Expl. auch indizierten psychopharmakologischen Vorgehens aufgezeigt. Vor diesem Hintergrund kann aktuell selbst bei einer Optimierung der Medikation, nicht erwartet werden, dass sich ein deutlicher und insbesondere stabiler deliktpräventiver Effekt einstellt.
> (Seite 132)

4.12 Aus der Fragenbeantwortung

[redacted] beantwortete die an ihn gestellten Fragen unter anderem wie folgt:

> [redacted] litt am 08.08.2024 an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Die bei ihm vorliegende Erkrankung ist im Vergleich zu anderen psychischen Störungen als schwerwiegend zu bezeichnen. Der individuelle Fall des Expl. ist auch innerhalb der Gruppe von an Schizophrenie erkrankten Personen als besonders schwerwiegend einzuordnen.
> (Seite 137)

> Die am 08.08.2024 durchgeführte Tötungshandlung steht in engem Zusammenhang mit trotz der Medikation fortbestehenden halluzinatorischen und wahnhaften Erlebnisweisen. Die Symptomatik war, wie der Expl. allerdings erst jetzt berichtet, auch unter der im Deliktzeitraum verabreichten Medikation vorhanden. Insofern ist [redacted] als ein therapieresistenter Fall einzuordnen.
> (Seite 140)

Die Angaben des Expl. bei der Begutachtung lassen darauf schliessen, dass schon über einen Zeitraum von mehreren Jahren hinweg psychotisches Erleben bestand, das im Verlauf zunehmend handlungswirksam wurde. Letztlich erlebte der Expl. die Tötung von [redacted] aus seiner krankheitsbedingt verzerrten Perspektive heraus als alternativlos.

[redacted] hat auf der Station und gegenüber seinen Angehörigen nicht über seine Wahnsymptome und Halluzinationen berichtet. Die Dynamik der halluzinatorischen und wahnhaften Symptome hat sich auf Verhaltensebene nicht manifestiert. Somit blieb die deliktrelevante Symptomatik den Behandlern und den Angehörigen verborgen.
(…)
Anhand der Angaben des Expl. in der Untersuchung ist davon auszugehen, dass psychotische Symptome schon lange vor dem 08.08.2024 und auch im Tatzeitraum vorhanden waren. [redacted] hat die Symptomatik im Sinne einer doppelten Buchführung dissimuliert bzw. vor Aussenstehenden verborgen.

Aus gutachterlicher Sicht besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Dissimulation der Symptome in Verbindung mit psychotischen Krankheitssymptomen bzw. mit von der Erkrankung verursachten Leistungseinbussen steht. Seine mangelnde Transparenz kann dem Expl. daher aus psychiatrischer Sicht nicht vorgeworfen werden.
(Seite 141)

Aus hiesiger Sicht ist davon auszugehen, dass [redacted] während der Massnahmenbehandlung wiederholt, wenn nicht sogar kontinuierlich unter psychotischen Symptomen gelitten hat.
(Seite 142)

Aus hiesiger Sicht erfolgte die Erteilung von Ausgangs- und Lockerungsstufen zeitlich und in der Graduation lege artis. Die deliktrelevante Symptomatik hatte

sich im Unterschied zu dem Vorfeld der Delikte aus 2014 diesmal nicht in Unruhe bzw. Aggressivität verdeutlicht und blieb den Behandlern verborgen.
(Seite 147)

Aus hiesiger Sicht ergeben sich keine Anhaltspunkte für ein medizinisch-therapeutisches Fehlverhalten.
(Seite 148)

Zum Kontakt mit den Angehörigen heisst es:

Entscheidend für die Behandlung eines volljährigen Patienten bleibt der Austausch mit dem Betroffenen. in der Akte sind allerdings auch wiederholte Angehörigengespräche dokumentiert. In Situationen, in denen diese über Befundveränderungen berichtet hatten, wurde von der Klinik adäquat reagiert. Insofern hat ein Austausch mit den Angehörigen stattgefunden.
(Seite 151)

Es wäre wichtig gewesen, das Wahnsystem des Expl. zu kennen und auf dieser Basis den Versuch unternehmen zu können, die Medikation anzupassen. Allerdings hat der Expl. keinen Einblick in dieses Wahnsystem gewährt. Daher waren sich die Behandler, aber auch die Angehörigen, im Deliktzeitraum nicht über die bei [redacted] bestehende halluzinatorisch-wahnhafte Symptomatik im Klaren.

Aus den Akten ergeben sich auch keine Anhaltspunkte dafür, dass im Deliktzeitraum Symptome bestanden, die als ein Hinweis darauf hatten gelten können, dass Wahnsymptome und Halluzinationen bestanden. Diesbezüglich kam es auch nicht zu Missverständnissen zwischen Angehörigen und der Klinik, da die Angehörigen bei ihren Einvernahmen am 08. und 09.08.2024 übereinstimmend äusserten, dass das Befinden des Expl. stabil war. Insofern unterlagen alle mit [redacted] befassten und vertrauten Personen demselben Beurteilungsfehler.
(Seite 153)

4.13 Einordnung des Gutachtens von [redacted]

Das Gutachten von [redacted] schliesst eine entscheidende Lücke bislang fehlender Informationen. Denn die im Rahmen des Gutachtens von [redacted] gemachten Aussagen präzisieren den vor dem Rückfalldelikt unklaren Deliktmechanismus. [redacted] schilderte eine mehr oder minder stark ausgeprägte aber vermutlich kontinuierlich vorhandene Nebenrealität. Diese Nebenrealität ist, wie von [redacted] dargestellt, ein systematisiertes vielgestaltiges wahnhaftes Erleben, das unter anderem von Halluzinationen, Verkennungen, wahnhaftem Bedeutungserleben und wahnhaften Verknüpfungen geprägt ist. Eine Besonderheit besteht darin, dass in diese Nebenrealität in ausgeprägter Weise Elemente aus dem Fantasy- und Spielebereich eingearbeitet sind.

Es ist nicht Aufgabe des vorliegenden Gutachtens, die Psychopathologie abschliessend einzuordnen. [redacted] sieht in der hier durch ein ausgeprägtes wahnhaftes Erleben systematisierten Nebenrealität einzig Symptome der Schizophrenie. Diese Einschätzung kann richtig sein.

Für ein rein auf Symptomen einer Schizophrenie beruhendes wahnhaftes Erleben sind die zum Teil märchenhaft wirkenden und mit vielen Figuren und Erlebnissen ausgestalteten Wahrnehmungen zumindest als ungewöhnlich zu bezeichnen. In die gleiche Richtung deutet die ausserordentliche Fähigkeit von [redacted], anderen Personen nur punktuell oder gar nicht Einblick in diese geheime Innenwelt zu geben. Zweifellos spielen wahnhafte Erlebensweisen als Symptome der Schizophrenie eine entscheidende Rolle. Es bleibt aber offen, ob das hier dargestellte Phänomen, allein damit ausreichend beschrieben und erklärt ist.

Denn wenn man berücksichtigt, in welchem Ausmass Fantasiegestalten, die aus anderen fiktionalen Bereichen stammen, eingearbeitet werden, wie kontinuierlich diese Nebenrealität existiert und wie sehr sie von der Realität abgeschottet wird,

dann gibt es neben den Phänomenen der Schizophrenie möglicherweise auch ein proaktives Momentum, sich in diese Welt hineinzubegeben, diese Welt auszugestalten und als eine dauerhafte psychische Nebenrealität zu etablieren. Es könnte also in diesem Prozess nicht nur ein passiv den Symptomen ausgeliefertes Geschehen geben, das durch Angst und Bedrohungsgefühle geprägt ist. Es entsteht der Eindruck, dass hier auch ein aktives Wirken von [redacted] zusätzlich eine Rolle spielen könnte, sich in diese Nebenrealität hineinzuarbeiten, sie auszugestalten und sich in ihr aufzuhalten. Es handelt es sich hier um die Frage, wie die Psychopathologie diagnostisch einzuordnen ist und ob sie ausschliesslich einer schizophrenen Eigendynamik entspricht. Diese Frage zu beantworten, ist allerdings nicht Aufgabe meines Gutachtens.

Von zentraler Bedeutung ist es allerdings, dass mit den Aussagen von [redacted] der bislang unscharfe Deliktmechanismus präzisiert und damit vervollständigt wird.

Im Gutachten von [redacted] gibt es keine explizite Darstellung des Deliktmechanismus. Die Befunde werden zwar dargestellt, sie werden aber nicht explizit zu einem Deliktmechanismus verdichtet. Darum wird auch nicht der Unterschied des nun präzisierten Deliktmechanismus zum bislang in der Behandlung verfolgten Deliktmechanismus dargelegt. Hier ist aber ein bedeutsamer Unterschied festzustellen.

Denn der nun vervollständigte Deliktmechanismus macht deutlich, dass es eine vermutlich kontinuierlich vorhandene Nebenrealität oder zumindest eine von erkennbar krisenhaft zugespitzten Symptomen unabhängige Nebenrealität gegeben hat und gibt. In dieser waren bereits die Delikte im 2014 eine direkte Folge des wahnhaften Narrativs und der Bedeutung, die vor allem das erste Opfer in diesem wahnhaften Narrativ hatte.
Wie [redacted] darstellt, ging es um eine Art magische Verknüpfung wahnhafter Inhalte. Aus der daraus entstehenden inneren Logik speiste sich die Motivation, gezielt Personen umzubringen, weil damit ein Auftrag erfüllt bzw. eine Lösung eines in der wahnhaften Logik bestehenden Konflikts gewährleistet werden sollte. Das erklärt das sehr gezielte und geplante Vorgehen von [redacted].

Verbunden mit dem kontinuierlich weiter bestehenden wahnhaften System im Sinne der beschriebenen Nebenrealität existierte ein konstant vorhandenes Fortsetzungsmotiv. Dieses Fortsetzungsmotiv hatte sich schon durch die seinerzeitige Äusserung von [redacted] angedeutet, wonach er noch nicht genügend Menschen getötet habe.
Ergänzend hierzu erklärte [redacted] nun im Rahmen des Gutachtens von [redacted] wiederholt, dass er im Jahr 2014 die falsche Person umgebracht habe. Daher sei für ihn schon seit langem klar, dass er diesen Fehler korrigieren müsse. Er habe lediglich auf eine günstige Gelegenheit gewartet.

Damit wird eine der vorangehend dargestellten offenen Fragen beantwortet. Ist das Rückfalldelikt von 2024 Folge eines Fortsetzungsmotivs, das auf den Deliktmechanismus aus dem Jahr 2014 zurückgeht? Dieser Zusammenhang bestätigt sich nun durch die Aussagen von [redacted]. Aufgrund des Fortsetzungsmotivs und der damit vermutlich kontinuierlich vorhandenen potentiellen Tötungsbereitschaft von [redacted] gab es seit vielen Jahren ein ungebrochenes Fortsetzungsmotiv, das vor allem eine tödliche Gefahr für die jetzt 2024 getötete Nachbarin bedeutete. Damit ist auch geklärt, dass die Risikorelevanz des Tatortes von 2014 kontinuierlich fortbestand.

Die hier dargestellten Ausführungen charakterisieren somit auch den bereits erwähnten Unterschied zwischen zwei verschiedenen Deliktmechanismen.

Der Deliktmechanismus, welcher der Behandlung in der UPK zugrunde lag, könnte so formuliert werden: Die Gewaltdelikte 2014 waren durch eine akute psychotische Krise mit entsprechenden Symptomen verursacht. In der Folge sei deswegen darauf zu achten, erneute psychische Krisen zu verhindern und deren Auftreten frühzeitig zu erkennen, um risikomindernd eingreifen zu können. Das heisst, **der Deliktmechanismus entspricht einem Phasenmodell**. Die Gefahr ist bei einer aktuellen psychotischen Phase hoch. Sie ist ausserhalb einer solchen Phase gering. Durch die Aussagen von [redacted] während der jetzigen Begutachtung zeigt sich aber, dass der Deliktmechanismus nicht zwingend an eine Phase mit einer akuten Symptomatik gebunden ist. **Der Deliktmechanismus basiert auf der vorangehend dargestellten**

über solche Phasen hinausgehenden bzw. vermutlich kontinuierlich vorhandenen Nebenrealität, die von [redacted] weitgehend abgeschottet und von der Realität getrennt wurde.

Das Gutachten von [redacted] enthält somit vor allem eine für das vorliegende Gutachten wesentliche Information. Der bislang unklare Deliktmechanismus kann nun vervollständigt werden. Durch die Aussagen von [redacted] wird deutlich, dass sowohl die Delikte im Jahr 2014 als auch der Rückfall 2024 auf eine mehr oder weniger über viele Jahre konstant bestehende wahnhafte Nebenrealität zurückzuführen sind. Aus deren innerer Logik resultierte eine Motivation für geplante und gezielte Tötungsdelikte vor allem im Bereich des Nasenwegs.
Aufgrund der bislang vorliegenden Informationen konnte bereits vermutet werden, dass eine solche konstant bestehende Tötungsmotivation und damit ein Fortsetzungsmotiv aus dem Jahr 2014 vorhanden war. Das Gutachten von [redacted] bestätigt diese Vermutung.

(In der spezialisierten risikoorientierten Diagnostik nach FOTRES würde man zur Präzisierung des Deliktmechanismus neben der auf der Schizophrenie beruhenden wahnhaften Wahrnehmungsverzerrung folgende zwei zusätzlichen Risikoeigenschaften diagnostizieren:

- Doppelleben-Disposition
- Affinität für tötungsnahe Handlungen

Die Definition dieser beiden zusätzlichen Risikoeigenschaften lauten wie folgt:

Doppelleben-Disposition: Persönlichkeitsstrukturell verankerte Tendenz, für den Betroffenen bedeutsame Lebenswelten strikt voneinander zu trennen und zu verbergen.

Affinität für tötungsnahe Handlungen: Persönlichkeitsdisposition, die dazu führt, dass der Betroffene den möglichen Tod seines Opfers anstrebt, als attraktiv empfindet oder in Kauf nimmt.)

[redacted] beschreibt in seinem Gutachten die ausgeprägte Tendenz von [redacted], diese kontinuierlich bestehende Nebenrealität nur höchst unvollständig oder gar nicht offenzulegen.

4.14 Stellungnahme zur Behandlungsqualität

[redacted] nimmt in seinem Gutachten ebenfalls zur Behandlungsqualität der UPK und zu möglichen Fehlern der Behandlung Stellung. Er kommt zum Schluss, dass die Behandlung adäquat gewesen ist. Daher sei die Vorgehensweise der UPK nicht zu beanstanden.
Aus hiesiger Sicht ergeben sich keine Anhaltspunkte für ein medizinisch-therapeutisches Fehlverhalten. (Gutachten [redacted]: Seite 148)

Dabei bezog sich [redacted] darauf, dass die richtigen Medikamente angewendet wurden, dass den Therapeuten bewusst war, dass [redacted] nur selektiv Auskunft gab und dass bei Symptomverschlechterungen Rückversetzungen erfolgten.

Die Informationsbasis, auf die [redacted] seine Bewertung der Behandlung in der UPK abstützt, ist allerdings unvollständig. Es ist zwar richtig, dass die UPK die Diagnose der Schizophrenie gestellt hat, geeignete Medikamente einsetzte, für Symptomverschlechterungen in besonderer Weise sensibilisiert war und bei solchen Symptomverschlechterungen handelte und zum Beispiel Rückstufungen vornahm. Wie vorangehend dargelegt sind all diese Elemente der Behandlung adäquat und Ausdruck einer grundsätzlich guten und sogar überdurchschnittlichen Behandlungsqualität.
Allerdings wurden von [redacted] entscheidende Punkte, die für eine vollständige Beurteilung des Behandlungsverlaufes wesentlich sind, nicht berücksichtigt.

So spricht [redacted] zwar selbst von einem Beurteilungsfehler, dem die Klinik unterlegen ist:
Insofern unterlagen alle mit [redacted] befassten und vertrauten Personen demselben Beurteilungsfehler. (Gutachten [redacted]: Seite 153)

Worin dieser Beurteilungsfehler liegt und wie er einzuordnen ist, wird aber nicht ausgeführt.

Der Beurteilungsfehler beruhte auf der verfolgten Fallkonzeption, die auf einem unscharfen Deliktmechanismus basierte. Wie vorangehend dargelegt entsprach diese unzureichende Fallkonzeption im Wesentlichen der Vorstellung, dass eine Gefährlichkeit von [redacted] nur in Phasen vermehrter psychotischer Symptome (auch rasch) entstehen kann. Daher müssten Symptome solcher Phasen und Verschlechterungen des psychischen Zustandes nach Möglichkeit mit geeigneter Medikation vermieden, bei Auftreten frühzeitig erkannt, und zum Beispiel durch Rückstufungen rasch gehandelt werden. Ausserhalb solcher Phasen wurde das Rückfallrisiko als gering eingeschätzt.

Diese Fallhypothese und der dieser Fallhypothese zugrunde liegende Deliktmechanismus waren aber unzutreffend. Denn es ist von einer kontinuierlich vorhandenen, möglicherweise phasenweise stärker oder schwächer ausgeprägten Gefährlichkeit aufgrund der weitgehend konstant oder zumindest auch unabhängig von Phasen psychotischer Krisen bestehenden Nebenrealität auszugehen.
Der Klinik fehlten die Informationen, die jetzt im Gutachten von [redacted] zur Verfügung standen. Es kann daher nicht kritisiert werden, dass die Klinik den jetzt erkennbaren Deliktmechanismus nicht gesichert festgestellt hat. Denn der Klinik fehlten die dafür notwendigen Informationen. Kritisch ist allerdings, dass sich die Behandler unzureichend bewusst waren bzw. dies nicht explizit diskutierten, dass der seit 2014 zugrunde gelegte Deliktmechanismus unscharf und daher möglicherweise unvollständig war.
Konkret wurde daher die jetzt verifizierte Alternativhypothese, die zu einem Fortsetzungsmotiv führte, nicht in die Behandlungsplanung einbezogen. Das ist das Problem, das vorangehend mit dem Begriff des «unscharfen Deliktmechanismus»

bezeichnet wurde. In der Folge dieser Unschärfe des Deliktmechanismus wurde auch die mögliche Risikorelevanz des Tatortes nicht berücksichtigt. Wie jetzt bekannt ist, bestand aber in der Tat eine ausgeprägte Risikorelevanz des Tatortes. Denn bereits seit 2014 bestand ein Fortsetzungsmotiv, das einen engen Bezug zum Tatort von 2014 hatte. Ein Hinweis in diese Richtung ergab sich bereits aus den Aussagen von [redacted] 2014, indem [redacted] unter anderem feststellte, dass er an diesem Tatort noch nicht genügend Menschen umgebracht habe.

[redacted] erwähnt die mögliche Risikorelevanz des Tatortes und die dorthin bewilligten Ausgänge nicht.

Zusammenfassend sind damit in der Beurteilung von [redacted], dass es in der Behandlung keine Fehler bzw. keine Versäumnisse gegeben habe, die folgenden drei beurteilungsrelevanten Elemente nicht berücksichtigt:

- Unscharfer Deliktmechanismus
- Differenz der im Rahmen des unscharfen Deliktmechanismus verfolgten Fallhypothese (Phasenmodell) und der jetzt identifizierbaren Fallhypothese (unabhängig von psychopathologischen Krisen bestehende deliktrelevante Nebenrealität).
- Risikorelevanz des Tatortes und bewilligte Ausgänge zum Tatort

4.15 Zusammenfassung

Zusammenfassend ergibt sich durch das Gutachten von [redacted] vor allem eine sehr wichtige zusätzliche Information zur Vervollständigung des Deliktmechanismus. Diese zusätzliche Information führt nicht zu einer grundsätzlich veränderten Bewertung so wie diese im vorangehenden Kapitel dargelegt wurde. Sie bestätigt lediglich die bereits angesprochenen Probleme, indem nun der Deliktmechanismus präzisiert und ein Fortsetzungsmotiv festgestellt werden konnte. In dieser Hinsicht akzentuiert das Gutachten von [redacted] die Bedeutung der drei angesprochenen Problembereiche (Unschärfe des Deliktmechanismus, Risikorelevanz des Tatortes, selektives Mitteilungsverhalten).

5 Äusserungen von [redacted] und Stellungnahme der Klinik

Im Rahmen der Gutachtenerstellung fand ein Gespräch mit der Mutter von [redacted], [redacted] und ihrer behandelnden Psychiaterin, [redacted], statt. In der nachfolgenden Korrespondenz wurden die dabei gemachten Angaben ergänzt und präzisiert.

Für den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind vor allem folgende Äusserungen von [redacted] von Bedeutung.

1. [redacted] beschreibt eine Verschlechterung der Kommunikation durch den Wechsel der Betreuungspersonen.

2. [redacted] bestreitet, dass sie generell gegen die Behandlung oder gegen eine Medikation ihres Sohnes gewesen sei.

3. [redacted] beschreibt, dass sie beim Aufräumen im März 2020 ein Tagebuch ihres Sohnes gefunden habe. In diesem Tagebuch sind ausführliche Schilderungen des auch im Gutachten von [redacted] beschriebenen systematisierten Wahns mit Bezug zu Fantasiefiguren dokumentiert, die offensichtlich seit langer Zeit vor 2014 bestanden. Ihr Sohn habe ihr die Genehmigung erteilt, dieses Tagebuch den Behandlern zur Verfügung zu stellen. Sie habe auf das im Tagebuch zum Ausdruck kommende Wahnsystem hingewiesen und den Therapeuten das Tagebuch zweimal angeboten (in einem Gespräch mit [redacted] und [redacted] 2020 und in einem Gespräch mit [redacted], 2021). Man habe sich dafür nicht interessiert und die Annahme des Tagebuchs unter anderem mit dem Hinweis explizit verweigert, dass [redacted] das Tagebuch selbst übergeben müsse. Das Thema sei danach nicht mehr angesprochen worden.

4. Am 31.07.2021 habe [redacted] psychopathologische Auffälligkeiten ihres Sohnes wahrgenommen und diese den Behandlern mitgeteilt. Sie wisse nicht, inwieweit das berücksichtigt worden sei. Am 14.09.2023 habe der Vater der Klinik

ebenfalls eine Zustandsverschlechterung mitgeteilt (durch den Vater auf Nachfrageschriftlich bestätigt)[52]. Weitere derartige Mitteilungen seien nicht erfolgt.

5. Aufgrund der aus ihrer Sicht gestörten Kommunikation habe [redacted] resigniert. Darum haben sie unter anderem der Klinik auch nicht mehr die Aussage ihres Sohnes vom 31.07.2021 mitgeteilt, er habe 2014 die falsche Frau umgebracht.

6. Im Zusammenhang mit Rückenschmerzen und sich progredient verschlechternden neurologischen Symptomen sei die Klinik zunächst fälschlicherweise von einer psychischen Symptomatik ausgegangen. Dadurch sei eine neurologische Abklärung viel zu spät erfolgt, was [redacted] als eine Sorgfaltsverletzung einschätzt. [redacted] sei zwischenzeitlich sehr verzweifelt gewesen und auch ihr Sohn sei durch die Vorgänge und die Symptome sehr besorgt und belastet gewesen. [redacted] habe schiesslich selbst eine Vorstellung in der neurologischen Ambulanz veranlasst. Erst danach sei dann mit einer Verzögerung die richtige Diagnose gestellt worden.

7. [redacted] stellt sich die Frage, ob diese belastenden Erfahrungen von [redacted] mit eine Rolle für das Rückfalldelikt gespielt haben könnten.

Zwei der von [redacted] vorgebrachten Punkte können von vornherein entkräftet werden.

---

[52] Auf entsprechende Nachfrage, Mail von [redacted] vom 16.04.2025:
Cher Dr Urbaniok
Je me présente [redacted], père de [redacted]!
Je confirme que le 14 septembre 2023, j'ai bien appelé [redacted]. J'ai informé cette dernière Juste en sortant de chez mon psychiatre à qui j'avais raconté mes soucis sur le comportement de [redacted] m'avait dit qu'ils n'ont rien remarqué en Psychiatrie concernant [redacted]. Rapidement ils ont fait une prise de sang et ont remarqué un problème dans le sang, comme quoi le médicament ne faisait plus l'effet escompté. C'était mon devoir d'observer que [redacted] ne fasse pas une récidive et le devoir également des soignants.Pour ma part, c'était l'unique fois où j'ai informé la Psychiatrie d'un changement comportemental de [redacted]
Veuillez recevoir Docteur Urbaniok toutes mes salutations et je vous remercie pour votre énorme travail que vous faites dans cet enquête.
Salutations, [redacted]

Zu Punkt 4:

So lässt sich anhand der Dokumentation nachverfolgen, dass die von [redacted] und dem Vater von [redacted] zu zwei Zeitpunkten gegebenen Informationen über psychopathologische Veränderungen ihres Sohnes von der Klinik berücksichtigt wurden und dann daraufhin auch entsprechend gehandelt wurde.

So heisst es im Verlaufseintrag vom 01.08.2021:

> *Anruf der Mutter von [redacted], diese erzählte mir, dass ihr Sohn sich ihr anvertraut hätte und momentan in einer Psychose sei, und sehr unter Druck, er erzählte ihr auch, dass er Aufträge erledigen müsse, um andere zu schützen. Die Mutter macht sich grosse Sorgen wegen dem Verhalten des Sohnes. Möchte nicht, dass er erfährt, dass sie angerufen hat.*

Im Verlaufseintrag vom 02.08.2021 ist die Rückversetzung auf Stufe 2 wegen eines Krankheitsrückfalls dokumentiert.

Auch der Anruf des Vaters vom 14.09.2023 und eine darauf erfolgende Rückversetzung auf Stufe 2 sind ist in der Verlaufsdokumentation der Klinik dokumentiert.

Auf Nachfrage bestätigten [redacted] und der Vater von [redacted], dass es darüber hinaus keine weiteren vergleichbaren Mitteilungen an die Klinik gegeben habe.
Somit kann festgehalten werden, dass die Informationen über psychopathologische Verschlechterungen von [redacted], die von den Eltern an die Klinik gegeben wurden, adäquat berücksichtigt wurden.

Zu Punkt 7:

Ferner besteht kein Zusammenhang der Belastungen im Rahmen der BorrelioseSymptomatik mit dem Rückfalldelikt. Wie bereits im Gutachten von [redacted], ist hier auch kein Auslösemoment erkennbar. Vielmehr beruht der Entscheid zum Rückfall auf einer bereits längerfristig bestehenden Tatmotivation, für die [redacted] eine günstige Gelegenheit abgewartet hatte, die vermutlich durch die Abwesenheit des Vaters zustande kam.

Zu Punkt 2:

Dass [redacted] bestreitet, generell gegen die Behandlung oder gegen eine Medikation ihres Sohnes gewesen zu sein, steht im Widerspruch zu den in den Akten dokumentierten Informationen.
So ist wird beispielsweise im Protokoll der VKS vom 06.02.2020 festgestellt, dass [redacted] zu seiner Mutter eine enge Bindung und die Beziehung pflege, die als stützend erachtet werde. Es sei jedoch zu beachten, dass die Mutter trinke und auch mit [redacted] die Zeit mit Computerspielen vertreibe. Auch sei sie psychiatrie-kritisch und nicht einsichtig, dass er auf die Medikation angewiesen sei. Sie könne nicht verstehen, dass ihr Sohn schwer krank sei. Daher sei sie nicht als mitkontrollierende Person zu betrachten. Auch habe man versucht, sie von der Notwendigkeit der Medikation der Behandlung zu überzeugen. Sie sei jedoch nicht erreichbar für Argumente in dieser Hinsicht. Ferner sei festgehalten worden, dass versucht werde, den Vater noch mehr zu integrieren und den Kontakt zu ihm zu stärken. (Protokoll der VKS vom 06.02.2020)

Punkte 3, 5 und 6:
Die gesamte Dokumentation der Gespräche mit [redacted]r und der nachfolgenden Korrespondenz wurden [redacted], zur Verfügung gestellt und es wurde um eine Stellungnahme gebeten.

Diese Stellungnahme wurde Herrn Werren und mir zusammen mit zwei Beilagen am 04.05.2025 zugestellt.
In der Stellungnahme wird ausgeführt, dass [redacted] darauf hingewiesen worden sei, dass übermässiges Computerspielen ein Risikofaktor sein könne und die Spielzeiten deswegen begrenzt werden sollten. *“Man habe ansonsten durchaus den Eindruck, dass die Mutter des Patienten einen günstigen und stützenden Einfluss auf* [redacted] *hatte."*

Hinsichtlich des Tagebuchs habe [redacted] Abklärungen bei den genannten Mitarbeitenden vorgenommen. Ergebnis dieser Abklärung sei, dass den Mitarbeitenden zu keinem Zeitpunkt die Übergabe eines Tagebuchs angeboten wurde. Die Mitarbeitenden seien nicht auf die Existenz eines solchen Tagebuchs

hingewiesen worden. Auch fänden sich in der Patienten-Dokumentation keine entsprechenden Einträge. In der Stellungnahme wird zusammenfassend festgestellt: *"Im Fazit bedeutet dies, dass das Behandlungsteam keine Kenntnis über das genannte Tagebuch hatte. Sowohl* [redacted] *als auch* [redacted] *wären an diesem sehr interessiert gewesen."*
Die neurologische Symptomatik habe sich sukzessive entwickelt und sei adäquat abgeklärt und schliesslich auch behandelt worden. In der Stellungnahme wird als Fazit Folgendes festgehalten:
"Zusammenfassend ist also nachzuzeichnen, dass die neurologische Symptomatik jeweils abgeklärt wurde und eine neurologische Untersuchung zunächst auch keinen richtungsweisenden Befund erheben konnte. Im Abklärungsverlauf in Absprache mit den Fachärzten wurden dann die entsprechenden Behandlungen in die Wege geleitet. "

Als Beilage findet sich eine Stellungnahme, in der gegenüber dem Amt für Straf- und Massnahmenvollzug Basel-Stadt in ähnlicher Weise Stellung genommen wurde (Stellungnahme rezente neurologische Behandlung und anwaltliche Fragen vom 10.07.2024).

Damit werden die wesentlichen Kritikpunkte von [redacted] bestritten.

Für das vorliegende Gutachten von besonderer Bedeutung sind die Punkte 3., 5. und 6. Auf sie wird darum nachfolgend näher eingegangen.

Dabei ist es nicht Aufgabe dieses Gutachtens bei umstrittenen Sachverhalten Sachverhaltsbewertungen vorzunehmen und zu beurteilen, welche Darstellung zutrifft bzw. welche Darstellung mit höherer Wahrscheinlichkeit als zutreffend anzunehmen ist. Daher wird nachfolgend lediglich dargestellt, ob und in welcher Weise sich Veränderungen der Bewertung ergeben, wenn davon ausgegangen wird, dass die Darstellungen von [redacted] der Wahrheit entsprechen.

5.1 Borreliose

Die Schwierigkeiten, die sich im Umgang mit der Borreliose-Infektion von [redacted] ergaben, haben keinen ursächlichen Einfluss auf das Rückfalldelikt. Die Mutter stellte sich zwar die Frage, ob die Belastungen aufgrund der zunehmenden Symptomatik und der unklaren Diagnose mit zum Entschluss für das Tötungsdelikt beigetragen haben könnten. Hierfür gibt es aber keine Hinweise und das Rückfalldelikt ist, wie vorangehend dargelegt, ausschliesslich auf ein unabhängig davon bestehendes wahnhaft geprägtes Fortsetzungsmotiv zurückzuführen, das vermutlich schon seit langer Zeit bestand und von [redacted] verborgen wurde.

Nach Aussagen der Mutter ging man längere Zeit davon aus, dass die Symptomatik psychisch bzw. eine Folge der psychiatrischen Grunderkrankung sei. Darum habe man die Strategie verfolgt, [redacted] bei alltäglichen Verrichtungen aus vermeintlich pädagogischen Gründen nicht zu helfen. In diesem Zusammenhang hätten im Behandlungsteam eine längere Zeit unterschiedliche Haltungen nebeneinander existierten. Teile des Pflegepersonals wären der pädagogischen Abstinenz gefolgt und andere hätten im Gegensatz dazu dennoch geholfen.

Wenn diese Aussagen zutreffen, wäre es erstaunlich, dass diese letztlich auf unterschiedlichen Einschätzungen der Symptomatik beruhenden divergierenden Haltungen nicht zügig einer fachlichen Klärung und Vereinheitlichung von Diagnose und Umgang mit der Diagnose zugeführt worden wären.

Wie erwähnt widerspricht die Klinik im Übrigen in ihrer Stellungnahme der Darstellung von [redacted], dass, die neurologische Symptomatik nicht adäquat abgeklärt und behandelt worden sei.

Die Beantwortung einer solchen Frage ist nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens. Die gesamte Thematik ist in der Verlaufsdokumentation der Klinik gut dokumentiert. Das Thema wurde bereits aktenkundig durch die Stellungnahme der Klinik vom 10.07.2024 zu Handen des Amts für Straf- und Massnahmenvollzug behandelt.

Sollten die Auftraggeber darüberhinausgehend eine weitere Klärung der widersprüchlichen Darstellungen als notwendig erachten, empfehle ich die Beurteilung eines Neurologen einzuholen, um den Umgang mit der Symptomatik fachlich zu beurteilen.

5.2 Tagebuch

[redacted] berichtet, dass sie den Behandlern (einmal 2020 [redacted] und [redacted] und einmal [redacted] 2021) das Tagebuch angeboten habe.
Ihr Angebot sei aber abgelehnt worden und man sei darauf auch später nicht mehr zurückgekommen. Nach Aussagen von [redacted] habe [redacted] argumentiert, dass [redacted] sich selbst bei ihr melden müsse. Allerdings habe [redacted] die Mutter autorisiert gehabt, das Tagebuch weiterzugeben. Festzustellen ist, dass es bei vorhandenen Bedenken, das Tagebuch direkt von der Mutter entgegenzunehmen, möglich gewesen wäre, zügig einen Weg zu eröffnen, das Tagebuch für die Beurteilung und die Therapie von [redacted] zugänglich zu machen.

Wenn die Aussage von [redacted] zutrifft, dass es seitens der genannten Mitarbeitenden blockiert wurde, diese Informationsquelle für den Beurteilungs- und Therapieprozess zu erschliessen, wäre das unabhängig vom Inhalt und der möglichen Bedeutung des Tagebuchs ein problematisches Verhalten.
Denn insbesondere angesichts des unscharfen Deliktmechanismus müsste die Haltung darin bestehen, alle potenziell relevanten Informationen, die zu einem präziseren Verständnis der Problematik und des Deliktmechanismus beitragen könnten, verfügbar zu machen. Ein Tagebuch, in dem [redacted] selbst über einen anscheinend längeren Zeitraum bestehende Symptome und dezidiert über seine Innenwelt berichtet, ist in jedem Fall als eine potentiell relevante Informationsquelle anzusehen.

Dennoch kann nicht gesagt werden, dass diese Information zu einer umfassenden Änderung der Fallhypothese geführt hätte. Daher kann auch nicht geschlussfolgert werden, dass ein problematischer Umgang mit dem Tagebuch in einem direkten kausalen Bezug zum Rückfall steht. Denn auch bei Kenntnis des Tagebuches ist es als wahrscheinlich anzunehmen, dass es nicht zu einer relevanten Änderung im Umgang mit [redacted] in und damit im Massnahmenverlauf gekommen wäre. Eine grundlegende Änderung im Umgang mit dem Fall hätte sich somit aus der Kenntnis wahrscheinlich nicht ergeben.

Die Klinik widerspricht den Darstellungen von [redacted]. Das Tagebuch sei zu keinem Zeitpunkt angeboten worden. Übereinstimmend mit der Einschätzung, dass das Tagebuch eine (potentiell) relevante Information gewesen wäre, hat die Klinik in ihrer Stellungnahme selbst festgestellt, dass die Behandler an einem solchen Tagebuch *"sehr interessiert gewesen"* wären.

Die Aussagen von [redacted] und die diesbezügliche Stellungnahme der Klinik schliessen sich gegenseitig aus. Theoretisch wäre noch denkbar, dass es sich um ein Missverständnis gehandelt hat. Das ist aber in Anbetracht der Schilderungen unwahrscheinlich, weil [redacted] explizit zwei konkrete Ereignisse darstellt, in denen sie das Tagebuch angeboten habe.

5.3 Gestörte Kommunikation

[redacted] äusserte gegenüber der Mutter am 31.07.2021, dass er 2014 die falsche Person umgebracht habe. Wäre diese Information an die Behandler gegangen, hätte das allenfalls die initiale Information, die bereits im Ursprungsgutachten von [redacted] vorhanden war ([redacted] habe zu wenige Personen umgebracht), stärker ins Bewusstsein gerückt Diese Information hätte somit ein Hinweis auf ein Fortsetzungsmotiv für die mögliche Risikorelevanz des Tatortes sein können. Die Klinik hatte allerdings keine Möglichkeit, diese Information zur Kenntnis zu nehmen. Denn [redacted] hatte diese Äusserung ihres Sohnes der Klinik nicht mitgeteilt.
Die von [redacted] dargestellte Störung der Kommunikation hätte dann indirekt zur Folge gehabt, dass sie eine relevante Information nicht an die Klinik weitergegeben hat.

5.4 Zusammenfassung

Der Umgang mit der Borreliose-Symptomatik und die damit einhergehenden Probleme und Belastungen für [redacted] haben keine Bedeutung für das Rückfalldelikt. Es handelt sich damit um einen Nebenbefund des vorliegenden Gutachtens. [redacted]

stellt Mängel im Hinblick auf die Diagnosestellung und den Umgang mit der Symptomatik dar, die Klinik bestreitet das in ihrer Stellungahme.
Im Kern geht es dabei um die Frage, ob eine neurologische Symptomatik adäquat abgeklärt und behandelt wurde. Die Beantwortung einer solchen Frage ist nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens. Die gesamte Thematik ist in der Verlaufsdokumentation der Klinik gut dokumentiert. Das Thema wurde bereits aktenkundig durch die Stellungnahme der Klinik vom 10.07.2024 zu Handen des Amts für Straf- und Massnahmenvollzug behandelt. Sollten die Auftraggeber darüberhinausgehend eine weitere Klärung der widersprüchlichen Darstellungen als notwendig erachten, empfehle ich die Beurteilung eines Neurologen einzuholen, um den Umgang mit der Symptomatik fachlich zu beurteilen.

Zum Tagebuch kann Folgendes festgestellt werden. Treffen die Aussagen von [redacted] zu, dann wäre der passive und letztlich blockierende Umgang der Therapeuten mit dem Wissen um die Existenz des Tagebuchs fachlich unangemessen. Eine direkte Kausalität im Hinblick auf das Rückfalldelikt von [redacted] kommt ihm wie dargelegt dennoch nicht zu. Denn wahrscheinlich wäre die Massnahme aufgrund der oberflächlichen Unauffälligkeit von [redacted] auch bei Kenntnis des Tagebuchs, das sich auf die Zeit vor 2014 bezieht, gleich verlaufen. So bleibt auch in diesem Szenario (Kenntnisnahme des Tagebuchs) als Hauptproblem bestehen, dass es sich um einen tückischen Fall mit nicht unmittelbar erkennbaren Risiken handelt.

Die Aussagen von [redacted] widersprechen der Darstellung der Klinik. Eine diesbezügliche Sachverhaltsbewertung, welche Darstellung zutrifft oder welche mit höherer Wahrscheinlichkeit als zutreffend anzunehmen ist, kann durch das vorliegende Gutachten nicht erfolgen.

6 Zusammenfassung und Fazit

Der Rückfall in Form eines Tötungsdelikts wirft nicht nur auf fachlicher, sondern auch auf politischer Ebene und in der Öffentlichkeit verschiedene Fragen auf. Zur besseren Verständlichkeit und im Hinblick auf die Kommunizierbarkeit werde ich nachfolgend das Fazit meiner Untersuchung anhand der im Raum stehenden Fragen strukturieren.

6.1 Welche Probleme haben sich gezeigt?

Es wurde ausführlich dargelegt, dass es drei Probleme gab:

- Unscharfer Deliktmechanismus
- Risikorelevanz des Tatorts
- Selektive Offenheit und Kooperation seitens [redacted]

Diese Probleme machten den Fall für eine Behandlungseinrichtung zu einem komplizierten und tückischen Fall.
Es ist die Kombination und die Wechselwirkung der beschriebenen drei Probleme, die im vorliegenden Fall als kritisch einzuschätzen sind. Dies würde auch gelten, ohne dass es zu einem Rückfall gekommen wäre.

Unscharfer Deliktmechanismus
Es ist nachvollziehbar, dass die Symptome der diagnostizierten Schizophrenie als wesentliche Ursachen für die Delikte 2014 betrachtet wurden. Von Anfang an blieb aber unklar, welche dieser Symptome auf welche Weise zu den Tötungsdelikten führten. Ebenso unklar blieb, wie ein denkbarer zusätzlicher Einfluss des Cannabiskonsums, des problematischen Spielverhaltens und möglicherweise unabhängig von der Schizophrenie bestehender Risikoeigenschaften konkret gewirkt haben könnten.

Von besonderer Bedeutung ist hierbei vor allem eine Frage. Es handelt sich um die Frage, warum [redacted] das erste Todesopfer wurde. Konkret geht es um die Frage, wie [redacted] in das Wahnsystem einging (Eintritt bzw. Einbindung in das Wahnsystem) und dadurch eine auf sie gerichtete Motivation entstand, sie zu töten. Damit verbunden ist die Frage, ob und inwieweit eine spezifische wahnhafte (oder zusätzlich andere)

Motivation bestand, an diesem Ort, diese konkrete Person zu töten und ob daraus ein Fortsetzungsmotiv resultierte. Es gibt aus der damaligen Untersuchung und der aktuellen Strafuntersuchung Hinweise in diese Richtung.
Von besonderer Bedeutung ist die damit in Zusammenhang stehende Bemerkung von [redacted] von 2014, dass er weiter (bzw. mehr) Menschen habe töten wollen/müssen. Gerade diese Äusserung wirft die Frage auf, ob es offensichtlich, subtil oder im Hintergrund aus wahnhaften Gründen ein Fortsetzungsmotiv gab.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Deliktmechanismus von Anfang an unscharf war. Das kommt in folgender Äusserung zum Ausdruck. So sagte der damalige Gerichtspräsident, [redacted], laut Medienberichten bei der Urteilsverkündigung: «Die Tat war offenbar eine Ausgeburt Ihrer Krankheit. Vielleicht sahen Sie in den Opfern Dämonen, die es zu beseitigen galt. Wir werden es leider wohl nie wissen.[53]»
Die Unschärfe spiegelt sich auch in der Feststellung der Gutachterin, [redacted] wider, die davon sprach, dass die Schilderungen von [redacted] «vage» geblieben seien.

Man kann die Ausgangslage mit der bereits dargestellten Metapher verdeutlichen. Sie ist vergleichbar mit einer Situation in einem Fussballspiel, bei dem der Spielzug, der zu einem Tor führte, bis zum Strafraum gut sichtbar und klar ist. Wie der Ball dann aber in der Endstrecke vom Strafraum in das Tor gelangte, ist nicht bekannt. Darum bleiben für diese letzte und damit entscheidende Phase der Umsetzung verschiedene Varianten offen, ohne dass der genaue «Mechanismus» geklärt werden könnte.
Für den Deliktmechanismus bedeutet diese Unschärfe, dass möglicherweise einige relevante Risikofaktoren nicht bekannt waren.

Es ist insbesondere bei schizophrenen Tätern möglich, dass ein Deliktmechanismus nicht in dem wünschenswerten Konkretisierungs- und Präzisierungsgrad geklärt werden kann. Eine solche Unschärfe hat oft mit Einschränkungen des schizophrenen

[53] Andreas Maurer, Aargauer Zeitung: Das Geheimnis des Basler Doppelmörders. 17.08.2024

Täters tun, die auf seine Erkrankung zurückzuführen sind. Ob das im vorliegenden Fall der Grund für die Unschärfe ist, bleibt aber unklar. Jedenfalls ist die vorliegende Situation der Unschärfe des Deliktmechanismus nicht aussergewöhnlich.
Als problematisch ist anzusehen, dass die Unschärfe und die damit verbundenen Implikationen und offenen Fragen in den vorliegenden Berichten nicht erwähnt wurden. Es wird zwar während der gesamten Behandlungsdauer zurecht darauf hingewiesen, dass eine Zunahme wahnhafter Symptome der Schizophrenie risikoerhöhend ist. Die Unschärfe und die dadurch bestehenden offenen Fragen werden aber an keiner Stelle explizit thematisiert. Das wiederum hat die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht, dass die Frage, ob der Tatort in risikoerhöhender Weise mit dem Wahnsystem von [redacted] verknüpft war, nicht berücksichtigt wurde.

Risikorelevanz des Tatorts

Die Unschärfe des Deliktmechanismus führte zu einer Reihe offener Fragen. Sehr bedeutsam ist dabei der Aspekt des unscharfen Deliktmechanismus, der eine mögliche Risikorelevanz des Tatorts betrifft.

Selektive Offenheit und Kooperation

Ab 2021 war klar, dass bei [redacted] nicht mehr davon ausgegangen werden konnte, dass er das Wiederauftreten von risikorelevanten Symptomen proaktiv berichten würde. Vielmehr war zu erwarten, dass er Symptome und risikorelevante Entwicklungen verbergen würde.
Das war den Behandlern in der UPK bekannt und wurde auch immer wieder dokumentiert.

6.2 Welchen Einfluss hatte die Problematik auf den Behandlungsverlauf

Da die beschriebene Problematik unzureichend wahrgenommen wurde, konnte sie nicht in die Behandlungsstrategie einfliessen. Das erklärt, warum nach kurzzeitigen Rückstufungen und dem Aussetzen von Ausgängen die bereits begonnene Lockerungsdynamik wieder aufgenommen und fortgesetzt wurde.

6.3 Wie sind die im Bericht dargestellten Schwachpunkte aus fachlicher Sicht zu bewerten?

Die Bewertung der dargestellten Probleme bedarf einer differenzierten Einordnung. Sie wäre auch unabhängig vom aktuellen Rückfall 2024 erwähnenswert. Angesichts des aktuellen Anlassdelikts erhält sie aber eine prominente Bedeutung.

Zunächst ist zu berücksichtigen, dass die Beurteilung nicht durch das Wissen um den Rückfall beeinflusst werden darf. Es muss die Kenntnis zu Grunde gelegt werden, die den Fachpersonen der UPK vor dem Rückfall zugänglich war. Die Bewertung muss die in der Praxis üblichen Vorgehensweisen und Standards berücksichtigen und kann sich daher nicht am fatalen und folgenschweren Ausgang orientieren.

Bei dieser Betrachtung ist festzustellen, dass das Vorgehen im vorliegenden Fall bei vielen vergleichbar und gut geführten Institutionen genauso gewesen wäre. Es handelt sich also im Vergleich zur gegenwärtigen Praxis und den Standards gut geführter forensisch psychiatrische Einrichtungen um eine naheliegende Vorgehensweise.
Der Fall wurde ausführlich dargestellt und die Problematik im Zusammenhang mit der Schizophrenie zutreffend erfasst. Auch ist in den formalisierten Entscheidungsprozessen und den Verlaufsdokumentationen ein hoher Standard erkennbar.
Allerdings wäre es nicht unmöglich gewesen, die beschriebenen Schwachpunkte zu erkennen. Dass die Schwachpunkte im Rahmen einer starken Fokussierung auf die Schizophrenie und ihre Symptome in den dafür üblichen Behandlungs- und Entscheidungsabläufen nicht angemessen in die Beurteilung und das Fallmanagement eingeflossen sind, hätte auch in anderen, gut geführten Institutionen in gleicher Weise geschehen können. Das ist sogar wahrscheinlicher als das Gegenteil.

Das bedeutet: Dieser folgenschwere Fall hätte auch in einer anderen gut geführten Institution geschehen können, weil es ein für Behandlungseinrichtungen tückischer Fall war.
Es hätte im vorliegenden Fall besonders günstiger Bedingungen bedurft, dass die dargestellten Problempunkte erkannt und umfassend in die Fallkonzeption eingegangen wären.
Es handelt sich somit vorliegend vor allem im Hinblick auf die Unschärfe des Deliktmechanismus und der möglichen Risikorelevanz des Tatortes zwar um Versäumnisse, die einen optimalen Umgang mit dem Fall verhindert haben.
Es handelt sich gemessen an den üblichen praktischen Standards und Vorgehensweisen dennoch nicht um ein erhebliches fachliches Fehlverhalten.

Es ist angesichts der gravierenden Folgen schwierig, diese aus einer rein fachlichen Perspektive erfolgende nüchterne Analyse öffentlich und politisch zu vermitteln. Dieses Versäumnis hätte folgenlos bleiben oder nur zu geringen Konsequenzen führen können. Es ist vorliegend hier der unwahrscheinliche Fall eingetreten, dass dieses Versäumnis und der nicht optimale Umgang mit diesem Fall in Zusammenhang mit einem gravierenden Rückfall steht.

6.4 Hätte sich der Rückfall verhindern lassen?

Es wurde bereits dargestellt, dass sich diese Art eines Rückfalls bei dieser ungewöhnlichen Fallkonstellation nur schwer hätte verhindern lassen. Das gilt auch dann, wenn die mit den Problempunkten verbundenen Überlegungen umfassend in die Fallkonzeption und die Behandlungsplanung eingeflossen wären. Die Risiken im vorliegenden Fall waren schwer zu erkennen, weil sie sich in den üblichen Prozessen und Beobachtungsräumen nicht durch aussagekräftige Auffälligkeiten abbildeten. Es handelt sich also um einen Fall, bei dem ein grosses Risiko bestand, dass die entscheidenden Aspekte seiner Gefährlichkeit unter dem Radar der üblichen Standards und Vorgehensweisen bleiben.

In der vorliegenden Analyse wurden die erkennbaren Probleme detailliert dargestellt. Dadurch könnte der falsche Eindruck entstehen, dass der Umgang mit [redacted] in der UPK

vor allem durch Probleme in der Einschätzung und der Behandlung gekennzeichnet war. Dieser Eindruck wäre falsch. Die Einschätzungen und die Behandlungen sind gesamthaft fachlich nachvollziehbar und von guter Qualität. Zudem kann keineswegs gesagt werden, dass es bei Berücksichtigung der dargestellten Probleme zu einem anderen Verlauf gekommen wäre. Denn die Hauptproblematik ist nicht in Defiziten der Beurteilungen und der Behandlung zu sehen. Die Hauptproblematik ist in Schwierigkeiten und Risiken zu sehen, die mit dem Fall selbst verbunden sind.

Zusammenfassend kann damit gesagt werden, dass die gesamte Behandlung in den genannten Punkten und damit mehrheitlich fachgerecht durchgeführt und der Prozess zunehmender Öffnungen sorgfältig über viele Jahre gestaltet wurde.

Es kann daher auch nicht gesagt werden, dass die dargestellte Problematik ursächlich für den Rückfall war. Denn dass es zu diesem schweren und tragischen Rückfall kam, hat vor allem mit den ungewöhnlichen Merkmalen und Schwierigkeiten des Falles selbst zu tun.

- [redacted] hat eine ausserordentliche Fähigkeit, Symptome und risikorelevante Entwicklungen zu verbergen.
- Die vorliegenden Risiken korrelieren nicht mit Beobachtungen, die im Alltag gemacht werden können.
- Die Gefährlichkeit schlummerte gewissermassen zehn Jahre und bildete sich im langjährigen sorgfältig gestalten Lockerungsprozess nicht ab.
- Üblicherweise ist bei einem schizophrenen Täter davon auszugehen, dass langjährige sukzessive, gut beobachtete und langsam über einen grossen Zeitraum erweiterte Freiräume, in denen es nicht zu sichtbaren Auffälligkeiten gekommen ist, eine solide Basis für die Fortsetzung eines Lockerungsprozesses darstellen.
- So wurde von den Fachpersonen zutreffend darauf hingewiesen, dass auch in Zeiten verstärkter psychotischer Symptome zu keinem Zeitpunkt Drohungen, Tätlichkeiten oder anderweitig aggressives Verhalten von [redacted] beobachtbar waren.

Aus diesen Gründen war dieser Rückfall eines Täters mit diesen Merkmalen nur schwer zu verhindern. Der Hauptgrund für diesen tragischen Rückfall sind somit nicht offensichtliche Fehler in der Einschätzung und im Umgang mit [redacted], sondern eine Kombination ungewöhnlicher Merkmale des Falls selbst (ausführlich dazu: siehe Kapitel 3.3 Einordnung der Probleme, Seite 69 ff.)

6.5 Haben sich bei meiner Untersuchung generelle Qualitätsprobleme in der UPK gezeigt?

Nein, das ist eindeutig nicht der Fall. Der Standard der Behandlung und der Dokumentation bei der Behandlung eines schizophrenen Straftäters ist als überdurchschnittlich hoch zu bezeichnen, wenn man den untersuchten Fall zugrunde legt.

6.6 Hätte eine Verwahrung angeordnet werden sollen?

Verschiedentlich wurde in der Öffentlichkeit die bei [redacted] angeordnete stationäre Massnahme nach Artikel 59 StGB infrage gestellt. Diese Anordnung war allerdings sachgerecht und nicht zu beanstanden. Zum Zeitpunkt der Tötungsdelikte 2014 war bekannt, dass eine Schizophrenie vorliegt, deren Symptome ursächlich für die Tötungsdelikte waren. Bei vielen Straftätern, die an einer Schizophrenie leiden, sind die Symptome der Erkrankung gut behandelbar. Entsprechend können die Rückfallraten von Straftätern, die an einer Schizophrenie erkrankt sind und die für ihre Straftaten ursächlich sind, in der Mehrzahl der Fälle deutlich gesenkt werden.
In der Einleitung des Gutachtens wurde darauf hingewiesen, dass in dem statistischen Risikobeurteilungsinstrument VRAG der Diagnose Schizophrenie ein Punktwert von -3 zugeordnet wird. Negative Punktwerte bedeuten, dass das Vorhandensein des entsprechenden Faktors das Risiko senkt und nicht steigert. Das ist bei der Schizophrenie der Fall. Der Grund dafür liegt darin, dass adäquat behandelte schizophrene Straftäter insgesamt niedrige Rückfallraten haben.
Es kommt hinzu, dass 2014 noch keine Erfahrungen vorlagen, wie [redacted] auf eine adäquate stationäre Therapie mit der Gabe von Medikamenten anspricht. Denn er

war vor diesem Zeitpunkt noch nicht in geeigneter Weise behandelt worden. Mir ist kein einziger Fall bekannt, bei dem bei einem schizophrenen Täter bei einer solchen Ausgangslage statt einer ambulanten oder stationären Therapie eine Verwahrung angeordnet worden wäre.

6.7 Wie ist Gutachten von [redacted] für die hier zu bearbeitenden Fragestellungen einzuordnen?

Zusammenfassend ergibt sich durch das Gutachten [redacted] vor allem eine sehr wichtige zusätzliche Information zur Vervollständigung des Deliktmechanismus. Diese zusätzliche Information führt nicht zu einer grundsätzlich veränderten Bewertung so wie diese vorangehend dargelegt wurde. Sie bestätigt lediglich die bereits angesprochenen Probleme, indem nun der Deliktmechanismus präzisiert und ein Fortsetzungsmotiv festgestellt werden konnte. In dieser Hinsicht akzentuiert das Gutachten von [redacted] die Bedeutung der drei angesprochenen Problembereiche (Unschärfe des Deliktmechanismus, Risikorelevanz des Tatortes, selektives Mitteilungsverhalten).

Die Beurteilung von [redacted], dass es in der Behandlung keine Fehler bzw. keine Versäumnisse gegeben habe, basiert nicht auf einer vollständigen Beurteilungsgrundlage, weil die folgenden drei beurteilungsrelevanten Elemente nicht berücksichtig wurden.

- Unscharfer Deliktmechanismus
- Differenz der im Rahmen des unscharfen Deliktmechanismus verfolgten Fallhypothese (Phasenmodell) und der jetzt identifizierbaren Fallhypothese (unabhängig von psychopathologischen Krisen bestehende deliktrelevante Nebenrealität).
- Risikorelevanz des Tatortes und bewilligte Ausgänge zum Tatort

6.8 Wie sind die Aussagen der Mutter, [redacted] einzuordnen?

Im Rahmen der Gutachtenerstellung schilderte die Mutter von [redacted], [redacted], einige Sachverhalte, die in einer Stellungnahme der Klinik bestritten werden. Es ist nicht Aufgabe dieses Gutachtens bei umstrittenen Sachverhalten Sachverhaltsbewertungen vorzunehmen und zu beurteilen, welche Darstellung zutrifft bzw. welche Darstellung mit höherer Wahrscheinlichkeit als zutreffend anzunehmen ist. Daher wird nachfolgend lediglich dargestellt, ob und in welcher Weise sich Veränderungen der Bewertung ergeben, wenn davon ausgegangen wird, dass die Darstellungen von [redacted] der Wahrheit entsprechen.

Von besonderer Bedeutung für den Gegenstand des vorliegenden Gutachtens sind drei Äusserungen:

1. Tagebuch

[redacted] berichtet, dass sie den Behandlern (einmal 2020 Dr. [redacted] und [redacted] und einmal [redacted] 2021) ein Tagebuch von [redacted] angeboten habe. Ihr Angebot sei aber abgelehnt worden und man sei darauf auch später nicht mehr zurückgekommen.

Wenn die Aussage von [redacted] zutrifft, dass es seitens der genannten Mitarbeitenden blockiert wurde, diese Informationsquelle für den Beurteilungs- und Therapieprozess zu erschliessen, wäre das unabhängig vom Inhalt und der möglichen Bedeutung des Tagebuchs ein problematisches Verhalten.
Denn insbesondere angesichts des unscharfen Deliktmechanismus müsste die Haltung darin bestehen, alle potenziell relevanten Informationen, die zu einem präziseren Verständnis der Problematik und des Deliktmechanismus beitragen könnten, verfügbar zu machen. Ein Tagebuch, in dem [redacted] selbst über einen anscheinend längeren Zeitraum bestehende Symptome und dezidiert über seine Innenwelt berichtet, ist in jedem Fall als eine potentiell relevante Informationsquelle anzusehen.

Dennoch kann nicht gesagt werden, dass diese Information zu einer umfassenden Änderung der Fallhypothese geführt hätte. Daher kann auch nicht geschlussfolgert werden, dass ein problematischer Umgang mit dem Tagebuch in einem direkten kausalen Bezug zum Rückfall steht. Denn auch bei Kenntnis des Tagebuches ist es als wahrscheinlich anzunehmen, dass es nicht zu einer relevanten Änderung im Umgang mit [redacted] in und damit im Massnahmenverlauf gekommen wäre. Eine grundlegende Änderung im Umgang mit dem Fall hätte sich somit aus der Kenntnis wahrscheinlich nicht ergeben.

Die Klinik widerspricht den Darstellungen von [redacted]. Das Tagebuch sei zu keinem Zeitpunkt angeboten worden. Übereinstimmend mit der Einschätzung, dass das Tagebuch eine (potentiell) relevante Information gewesen wäre, hat die Klinik in ihrer Stellungnahme selbst festgestellt, dass die Behandler an einem solchen Tagebuch "sehr interessiert gewesen" wären.

Die Aussagen von [redacted] und die diesbezügliche Stellungnahme der Klinik schliessen sich gegenseitig aus. Theoretisch wäre noch denkbar, dass es sich um ein Missverständnis gehandelt hat. Das ist aber in Anbetracht der Schilderungen unwahrscheinlich, weil [redacted] explizit zwei konkrete Ereignisse schildert, in denen sie das Tagebuch angeboten habe.

2. Nicht Weitergabe einer relevanten Information

[redacted] äusserte gegenüber der Mutter am 31.07.2021, dass er 2014 die falsche Person umgebracht habe. Aufgrund der aus Sicht der Mutter gestörten Kommunikation zur Klinik habe sie resigniert und diese Information nicht an die Klinik weitergeleitet. Die Information wäre relevant gewesen, weil sie ähnlich wie die seinerzeitige Äusserung von [redacted] 2014 ([redacted] habe zu wenige Personen umgebracht), ein weiterer Hinweis auf ein Fortsetzungsmotiv gewesen wäre. Die Klinik hatte allerdings keine Möglichkeit, diese Information zur Kenntnis zu nehmen. Denn [redacted] hatte diese Äusserung ihres Sohnes der Klinik nicht mitgeteilt.

Die von [redacted] dargestellte Störung der Kommunikation hätte dann indirekt zur Folge gehabt, dass sie eine relevante Information nicht an die Klinik weitergegeben hat.

3. Borreliose-Symptomatik

Der Umgang mit der Borreliose-Symptomatik und die damit einhergehenden Probleme und Belastungen für [redacted] haben keine Bedeutung für das Rückfalldelikt. Es handelt sich damit um einen Nebenbefund des vorliegenden Gutachtens. [redacted] stellt Mängel im Hinblick auf die Diagnosestellung und den Umgang mit der Symptomatik dar, die Klinik bestreitet das in ihrer Stellungahme.
Im Kern geht es dabei um die Frage, ob eine neurologische Symptomatik adäquat abgeklärt und behandelt wurde. Die Beantwortung einer solchen Frage ist nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens. Die gesamte Thematik ist in der Verlaufsdokumentation der Klinik gut dokumentiert. Das Thema wurde bereits aktenkundig durch die Stellungnahme der Klinik vom 10.07.2024 zu Handen des Amts für Straf- und Massnahmenvollzug behandelt. Sollten die Auftraggeber darüberhinausgehend eine weitere Klärung der widersprüchlichen Darstellungen als notwendig erachten, empfehle ich die Beurteilung eines Neurologen einzuholen, um den Umgang mit der Symptomatik fachlich zu beurteilen.

6.9 Braucht es Massnahmen?

Eine übliche Reaktion auf solche Fälle ist es, Verfahrensabläufe zu verändern, die Regelungsdichte zu erhöhen und Kontrollmechanismen auszubauen sowie neue Gremien oder Kommissionen zu schaffen.
Wie vorangehend dargelegt, ist das Problem in diesem Fall nicht eine zu geringe Regelungsdichte oder eine Verletzung entscheidender Standards. Das Problem im vorliegenden Fall ist eher das Gegenteil.
Hier wäre es erforderlich gewesen, sich von den dicht geregelten Abläufen und Dokumentationen gedanklich zu lösen und «out oft the box» zu denken.

Darum wäre es kontraproduktiv, auf diesen Fall mit generellen Massnahmen zu reagieren. Meine Empfehlung lautet daher, in umgekehrter Richtung diesen eher solitären Fall in der Institution intensiv zu reflektieren und dies insbesondere im Hinblick auf blinde Flecke, die gerade aufgrund der hohen Regelungsdichte entstehen können.



Freienbach, 05. Mai 2025 Prof. Dr. med. Frank Urbaniok

Beilagen:

Dokumentation der Aussagen der Mutter

Tagebuch [redacted]

Stellungnahme von [redacted] vom 05.05.2025 (inkl. Beilagen)

Anhang 1: **Tabellarische Darstellung des Vollzugsverlaufs**

Jahr	*Datum*	*Wer*	*Aktion*	
2014	3.11.	[redacted]	2 Tötungen, 1 schwere Körperverletzung U-Haft Waaghof	
2014	6.11.	StA	Einweisung in UPK R2 da Übergriff gegenüber verhörenden Beamten und Gefängnisarzt	
2014	15.12.	StA	Verlegung in Waaghof	
2014	18.12.	StA	Verlegung in UPK R2 da sehr auffällige Bewegungsmuster	
2015	10.3.	StA	Gutachten [redacted] Rückfallrisiko: aufgrund psychischer Erkrankung besteht erhebliche Gefahr zur Begehung neuer Gewaltdelikte (VRAG, Dittmann-Kriterien)	
2015	11.5.	StA	Bewilligung vorzeitiger MV	
2015	11.5.	UPK	Eintritt UPK	
2015	18.5.	StA	Antrag Anordnung Massnahme	
2015	9.6.	UPK/SMV	Standortgespräch	
2015	30.6.	Gericht	Bewilligung 2:1 Ausgänge Areal UPK (Stufe 3)	
2015	8.9.	Gericht	Urteil – schuldunfähig, stat. Massnahme 59	
2015	22.9.	SMV	Vollzugsauftrag	
2015	12.11.	UPK	1. Bericht Vollzugs- und Therapieverlauf	
2015	17.11.	SMV	Bewilligung mehr als 1x pro Woche 2:1 Ausgänge Areal (Stufe 3)	
2016	8.6.	SMV	Bewilligung tägliche 2:1 Ausgänge Areal UPK (Stufe 3)	
2016	3.8.	UPK	2. Bericht Vollzugs- und Therapieverlauf Rückfallrisiko: Gesamtbeurteilung eher ungünstig (Dittmann-Kriterien)	
2016	5.9.	UPK	UPK erachtet 1:1 Ausgänge (Stufe 4) als verfrüht (Telefonische Mitteilung)	
2016	5.9.	SMV	Verweigerung 1:1 Ausgänge Areal UPK, Schreiben an UPK (Stufe 4)	
2017	31.1.	SMV	Beurteilung aktuelles Rückfallrisiko Rückfallrisiko: Ungünstige Legalprognose, Rückfallrisiko für Gewalttaten sehr hoch (Dittmann-Kriterien)	
2017	14.3.	UPK/SMV	Standortgespräch	
2017	4.7.	SMV	Bewilligung 1:1 Ausgänge Areal UPK (Stufe 4) Konkretes Rückfallrisiko wird aufgrund positiver Verlauf Vollzug als vertretbar erachtet	Verweigerung Gruppenausgänge erst nach Bewährung Stufe 4 + Vorliegen Beurteilung KoFaKo wird Stufe 5 in Betracht gezogen
2017	19.9.	UPK	3. Bericht Vollzugs- und Therapieverlauf Gesamtbeurteilung Rückfallrisiko indifferent, Behandlung hat zu deutlichen	

Jahr	*Datum*	*Wer*	*Aktion*	
			prognoserelevanten Symptomreduktion geführt; im ggw. engen Rahmen geringes Risiko bei weiteren Lockerungen (Dittmann-Kriterien)	
2017	22.9.	SMV	Anmeldung Fall bei KoFaKo inkl. Vollzugsplanung: «Nach Ansicht der Vollzugsbehörde benötigt [redacted] noch über lange Zeitdauer eine intensive Behandlung und ein eng strukturiertes, begleitetes Setting. Vollzugsöffnungen sind einzig schrittweise und mit Bedacht unter der Voraussetzung absoluter Absprachefähigkeit und eines stabilen psychopathologischen Zustandsbilds zu gewähren.»	
2017	30.10.	KoFaKo	Beurteilung KoFaKo: Schrittweise Vollzugsöffnungen zwecks Ausbaus weiterer Therapiefortschritte und Festigung des bisher Erreichten bis hin zu unbegleiteten Tagesurlauben möglich und sinnvoll, sofern Zustand stabil bleibt Störungsbild bleibt Risikofaktor, leichte Besserung der deliktfördernden Symptomatik, insgesamt günstige Entwicklung	
2017	6.11.	UPK	Info: 1:1 Ausgänge Areal ca. täglich, problemlos	
2017	9.11.	SMV	Bewilligung begleitete Gruppenausgänge Areal UPK (Stufe 5) Konkretes Rückfallrisiko wird aufgrund positiver Vollzugsverlauf als vertretbar erachtet	
2017	Dez	[redacted]	Krankheitsrückfall: deprimiert, affektarm, antriebsgemindert, optische Halluzinationen - diese verschweigt er, da er befürchtet, Ausgangsstatus zu verlieren	
2018	8.2.	SMV	FaST – Fall C: «Aufgrund Klassifikation ist Risikoabklärung durch AFA erforderlich» In der Folge keine Weiterbearbeitung in der ROS-Methodik, da ROS für Fälle, die ab 1.1.2018 bearbeitet werden müssen	
2018	4.4.	UPK	Antrag begleitete Ausgänge ausserhalb Areal (Stufen 6 und 7)	
2018	24.4.	SMV	Bewilligung begleitete Einzel- oder Gruppenausgänge ausserhalb Areal (Stufen 6 und 7) In kontrolliertem Setting geringes Rückfallrisiko für einschlägige Delikte	
2018	Ende April	UPK	Beginn begleitete Ausgänge in die Stadt	
2018	Juni	UPK	Beginn begleitete Gruppenausgänge in die Stadt	
2018	Juli	[redacted]	Krankheitsrückfall: Verlangsamung, reduzierter Blickkontakt sozialer Rückzug, Ängstlichkeit, Affektverflachung bis Mutismus, opt. Halluzinationen, Beeinträchtigungswahn, gibt zu auch im Dez 17 optische Halluzinationen gehabt zu haben	
2018	21.12.	UPK	4. Bericht Vollzugs- und Therapieverlauf Gesamtbeurteilung Rückfallrisiko indifferent (Dittmann-Kriterien)	
2019	16.1.	UPK/SMV	Vollzugskoordinationssitzung mit Vollzugslockerungsplanung	
2019	23.4.	UPK	Antrag unbegleitete Ausgänge Areal und ausserhalb (Stufen 8 und 9)	
2019	3.6.	SMV	Bewilligung unbegleitete Ausgänge Areal UPK Stufe Hinsichtlich Rückfallrisiko wird festgestellt, dass [redacted] an keinerlei produktiv-psychotischen Symptomen mehr leidet und sind in einer	Verweigerung Stufe 9 Stufe 9: erst nach erfolgreichen Ausgänge Stufe 8

Jahr	*Datum*	*Wer*	*Aktion*
			engen Struktur befindet 8
2019	5.8.	UPK	Start Arbeit Gartengruppe 50%-Pensum
2019	23.10.		Neuropsychologischer Untersuchungsbericht
2019	5.12.	UPK	5. Bericht Vollzugs- und Therapieverlauf, Antrag Stufe 9 Gesamtbeurteilung Rückfallrisiko indifferent (Dittmann-Kriterien)
2020	6.2.	UPK/SMV	Vollzugskoordinationssitzung mit Vollzugslockerungsplanung
2020	13.2.	SMV	Bewilligung unbegleitete Ausgänge ausserhalb Areal • Phase 1: nur für Arbeitsweg zur Arbeitserprobung -> Start 22.6.2020 (de facto AEX) • Phase 2: auch für Ausgänge in die Stadt Die Vollzugbehörde kommt zum Schluss, dass [redacted] unter den Voraussetzungen einer weiterhin guten Absprachefähigkeit, einer stabilen psychischen Verfassung und durchgehenden Medikamentencompliance unbegleitete Ausgänge ausserhalb des Areals der UPK Basel zur Erledigung von Angelegenheiten und der Arbeitserprobung extern in geschützten Werkstätten zu gewähren sind. In einer ersten Phase sind, wie von der UPK Basel beantragt, unbegleitete Ausgänge zur Bestreitung des Arbeitswegs zu gewähren. In einer zweiten Phase sind bei anhaltender psychopathologischer Stabilität und Absprachefähigkeit auch unbegleitete Ausgänge in die Stadt zu gewähren.
2020	19.3.	UPK	Vorstellungsgespräch [redacted] - Abgesagt wegen Corona
2020	16.4.	SMV	Antrag Verlängerung Massnahme an Gericht
2020	10.6.	UPK	Vorstellungsgespräch [redacted]
2020	22.6.	UPK	Beginn 3 Wochen Probe [redacted] Beginn unbegleitete Ausgänge
2020	1.7.	UPK	6. Bericht Vollzugs- und Therapieverlauf Gesamtbeurteilung Rückfallrisiko indifferent (Dittmann-Kriterien)
2020	31.7.	UPK	Antrag Stufe 9 Erweiterung zu AEX
2020	24.8.	extern	Gutachten [redacted] Aktuelles Risiko für erneute Straftaten gering bis moderat. Chancen für einen positiven Verlauf sind gut unter Voraussetzung engmaschig therapeutisch und sozialpädagogisch betreut; aber Entlassung zum heutigen Zeitpunkt: sehr hohes Rückfallrisiko. Aufgrund Grunderkrankung Risiko der Überforderung am Arbeitsplatz und im Alltag; zu rasche Progressionsschritte erhöhen Risiko, da verminderte Belastbarkeit, Problematisches Spielverhalten (PCL-R, VRAG-R, FOTRES)
2020	1.9.	Gericht	Beschluss Verlängerung Massnahme um 5 Jahre
2020	2.9.	UPK	Antrag Stufe 9 Arbeitsexternat
2020	30.9	[redacted]	Rückmeldung [redacted]: Positive Bewertung Probezeit – Festanstellung i.O.
2020	8.10.	SMV	Bewilligung Arbeitsexternat (Stufe 9) Die Vollzugsbehörde erachtet es für die langfristige Stabilität und die Entwicklung einer günstigen Legalprognose als unabdingbar, [redacted] weitere Vollzugsöffnungen zu gewähren und dadurch die bisher erreichten Erfolge

Jahr	*Datum*	*Wer*	*Aktion*
			zu erproben und festigen. Dem Rückfallrisiko, welches sich durch Stress oder eine Überforderungssituation erhöhen könnte, wird dadurch begegnet, dass sich [redacted] ausserhalb der Arbeitszeiten weiterhin in dem engmaschigen Setting der UPK Basel befindet.
2020	6.11.	SMV	Fallvorlage konkordatliche Fachkommission, inklusive Vollzugsplanung: • Ab März 2021 Tagesurlaube 12h • Ab Sommer 2021 Übernachtungsurlaube • Ab Januar 22 Wohnheim • Bedingte Entlassung
2020	29.11.	UPK	Ausgang [redacted] besucht Vater an Nasenweg [redacted] Gemäss Akten 1. Besuch am früheren Tatort, in der Folge regelmässig im Ausgang zu Vater
2020	9.12.	KoFaKo	Beurteilung Risiko: Vollzugsöffnungen bis hin zu unbegleiteten Tagesurlauben ok sofern weiter stabil, weitergehende Schritte wie in Vorlage sind verfrüht Die Fachkommission stellt eine leichte Besserung der deliktfördernden psychiatrischen Symptomatik und insgesamt eine günstige Entwicklung fest. Aufgrund der schizophrenen Grunderkrankung von [redacted] mit einer deutlichen Minussymptomatik besteht das Risiko von Überforderung am Arbeitsplatz wie auch im Alltag. Es wurde auch beobachtet, dass neue und ungewohnte Situationen bei [redacted] häufig zu einer schnellen Überforderung und Reizüberflutung führen. Der Fokus wird laut Gutachterin [redacted] in der nächsten Therapiephase auf die Erhaltung der psychischen Stabilität unter erhöhten Belastungen gelegt werden müssen. Es wird sich sodann im weiteren Massnahmenverlauf zeigen, inwiefern sich [redacted] als belastbar erweist.
2021	4.3.	UPK/SMV	Vollzugskoordinationssitzung mit Vollzugslockerungsplanung
2021	2.6.	SMV	Aktennotiz Hinweise Vorsitz KoFaKo zu Vollzugsschritten [redacted] teilte mit, dass bei dieser Beurteilung vor allem die Schwere der Straftat zu berücksichtigen sei. Zudem habe [redacted] das Delikt im Jahr 2014 begangen, was noch nicht sehr lange her sei. Es sei wichtig, dass bei [redacted] sehr langsam vorangeschritten werde, was auch [redacted] im Gutachten vom 24. August 2020 betont habe. Ein Überforderungszustand müsse rechtzeitig erkannt werden können. Hauptsächlich gelte es aus Sicht der KoFako nun abzuwarten, wie sich die aktuelle psychopathologische Stabilität des [redacted] im weiteren Verlauf entwickle. Am Rande sei zudem zu erwähnen, dass das Spielverhalten des [redacted] weiterhin problematisch sei und aus den Therapieberichten hervorgehen müsse, welche diesbezüglichen Massnahmen getroffen worden seien bzw. künftig zu treffen seien
2021	23.6.	UPK	Stellungnahme zu Beurteilung KoFaKo
2021	2.8.	UPK	Krankheitsrückfall: akute Verschlechterung Psychopathologie – Info an SMV
2021	17.8.	UPK	7. Bericht Vollzugs- und Therapiebericht Gesamtbeurteilung Rückfallrisiko indifferent (Dittmann-Kriterien)
2021	22.9.	UPK/VB	Vollzugskoordinationssitzung mit Vollzugslockerungsplanung

Jahr	*Datum*	*Wer*	*Aktion*
2022	7.2.	UPK	Lockerungsmissbräuche [redacted], bezog zu viele Ausgänge Sanktion: Antrag auf Stufe 10 sistiert
2022	24.8.	UPK	8. Bericht Vollzugs- und Therapieverlauf Gesamtbeurteilung Rückfallrisiko ungünstig (Dittmann-Kriterien)
2022	15.9.	UPK/SMV	Vollzugskoordinationssitzung mit Vollzugslockerungsplanung
2022	20.9	UPK	Antrag Tagesurlaube Stufe 10
2022	15.12.	SMV	Bewilligung unbegleitete Tagesurlaube bis 12h Rückfallrisiko wird als gering eingeschätzt
2022	28.12.	UPK	Info an SMV: Umsetzung Tagesurlaube 1x/Mt – 1. Urlaub 31.12.
2023	25.1.	UPK	Info an SMV: Urlaubsprogramm [redacted] 28.1. Besucht Vater an Nasenweg [redacted]
2023	15.3.	UPK	Info an SMV: Urlaubsprogramm [redacted] 25.3. Besucht Vater an Nasenweg [redacted]
2023	Juli	[redacted]	Arbeitsbericht, positiv
2023	Sept	UPK	Krankheitsrückfall: niedriger Clozapin-Spiegel, psychopathologische Zustandsverschlechterung, mangelnde Adhärenz zur antipsychotischen Medikation und damit zur etablierten primären Risikomanagementstrategie
2023	19.9.	SMV	Rückzug Vorlage bei Fachkommission da ungünstiger Verlauf
2023	23.11.	UPK	9. Bericht Vollzugs- und Therapieverlauf Gesamtbeurteilung Rückfallrisiko ungünstig (Dittmann-Kriterien)
2024	16.1.	UPK/SMV	Vollzugskoordinationssitzung mit Vollzugslockerungsplanung
2024	22.1.	UPK	Info an SMV: Urlaubsprogramm [redacted] 27.1.24 Besucht Vater an Nasenweg [redacted]
2024	März	UPK	Krankheitsrückfall: psychopathologische Verschlechterung – nicht klar, weshalb, [redacted] hat offenbar Veränderung Rauchgewohnheit, was er zunächst nicht kommuniziert
2024	28.3.	UPK	Info an SMV wegen Urlaubsversagen und Rückstufung
2024	23.4.	UPK/SMV	Standortgespräch
2024	13.4.	UPK	Ab 15.5. Ausgangsstufe 9 Wiederaufnahme Arbeitsexternat
2024	16.5.	SMV	Einweisung Bewachungsstation Inselspital Bern wegen Rückenbeschwerden
2024	28.5.	UPK	Zurück in UPK
2024	18.6.	UPK	[redacted] nimmt ab 19.6. Arbeit wieder auf Seit Januar 24 nicht mehr bei Arbeit wegen Rücken
2024	18.7.	UPK	Ausgangsstufe 10 wird wieder umgesetzt
2024	22.7.	UPK	Info an [redacted]: Urlaubsprogramm [redacted] 27.7.24

Jahr	*Datum*	*Wer*	*Aktion*
2024	Aug	[redacted]	Bezieht eine Woche 1 Woche Ferien gei [redacted]
2024	8.8.	VB	Nichtrückkehr in UPK, Fahndung
2024	12.8.	UPK	Nachträgliche Zustellung diverser Urlaubsprogramme an SMV:

Anhang 2: Ausgangstufen UPK

UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Ausgangsstufen UPKF Jugendforensik / Erwachsenenforensik

- Die aktuelle ärztliche Ausgangsverordnung im Statusblatt der Pflegedokumentation ist verbindlich.
- Gruppen benötigen für max. 5 Patienten jeweils 1 Begleitperson.
- In jeder Stufe sind die vorigen Stufen enthalten.
- Alle unbegleiteten Ausgänge werden vor- und nachbesprochen.
- Mit „Areal" ist das Klinikareal der UPK an der Wilhelm Klein Str. 27 bezeichnet.
- Reichweite/ zeitlicher Umfang und Zweck der Ausgänge sind intern präzise individuell festzulegen und im Statusblatt zu dokumentieren.

Basispaket	
0	Kein Ausgang
1	In Begleitung eines Mitarbeiters in den R-Garten 1 Stunde täglich
2	In Begleitung eines Mitarbeiters mit einer Gruppe Patienten in den R-Garten
Ausgangspaket 1	**Begleiteter Ausgang**
3	In Begleitung von 2 Mitarbeitern im Areal
4	In Begleitung eines Mitarbeiters oder einer anderen geeigneten Begleitperson im Areal
5	Gruppenausgang im Areal
6	In Begleitung eines Mitarbeiters oder einer anderen geeigneten Begleitperson Einzelausgang außerhalb des Areals
7	In Begleitung eines Mitarbeiters Gruppenausgang außerhalb des Areals
Ausgangspaket 2	**Unbegleiteter Ausgang**
8	Ausgang alleine im Areal
9	Ausgang alleine zur Erledigung von Angelegenheiten ausserhalb des Areals; Arbeitserprobung innerhalb des Areals und extern in geschützten Werkstätten
10	Tagesbeurlaubung maximal 12 Stunden ohne Übernachtung
11	Wochenendbeurlaubung
12	Langzeitbeurlaubung

Anhang 3: Entwicklung Ausgangsstufen

3-5	Öffnung begleitet innerhalb Klinikareal
8	Öffnung unbegleitet innerhalb Klinikareal
6-7	Öffnung begleitet ausserhalb Klinikareal
9-12	Öffnung unbegleitet ausserhalb Klinikareal
	Rückstufung

Jahr	*ab*	*Wer*	*Inhalt / Grund*	*Stufe*
2015	30.6.	Gericht	Bewilligung 2:1 Ausgänge 1x pro Woche Areal UPK	3
2015	17.11.	SMV	Bewilligung 2:1 Ausgänge mehr als 1x pro Woche Areal UPK	3
2016	8.6.	SMV	Bewilligung 2:1 Ausgänge Areal UPK täglich	3
2017	4.7.	SMV	Bewilligung 1:1 Ausgänge Areal UPK	4
2017	9.11.	SMV	Bewilligung begleitete Gruppenausgänge Areal UPK	5
2018	24.4.	SMV	Bewilligung begleitete Einzel- /Gruppenausgänge ausserhalb Areal UPK	6/7
2018	6.7.	UPK	Rückstufung wegen Krankheitsrückfall	0
2018	16.7.	UPK	Grund Re-Öffnung auf Stufe 5: [redacted] frei von psychotischen Symptomen, Ausgang vorerst in Begleitung, um ev. Reizüberflutung im Ausgang zu evaluieren	5
2018	24.7.	UPK	Grund Re-Öffnung auf Stufe 7: kein Wiederauftreten psychotischer Symptome, absprachegemässes Verhalten seit 2 Wochen	7
2019	3.6.	SMV	Bewilligung begleitete Einzel- oder Gruppenausgänge ausserhalb Areal UPK	8
2020	13.2.	SMV	Bewilligung unbegleitete Ausgänge ausserhalb Areal Phase 1: nur für Arbeitsweg zur Arbeitserprobung -> Start 22.6.2020 Phase 2: auch für Ausgänge in die Stadt	9
2020	22.3.	UPK	Rückstufung Grund: Cannabis auf Abteilung, aber unklar, wie Substanz in Abteilung gelangt ist, kein direkter Vorwurf am [redacted]	5
2020	23.3.	UPK	Grund Re-Öffnung: Rücknahme Rückstufung, da kein Vorwurf an [redacted]	8
2020	12.6.	UPK	Grund Re-Öffnung: bevorstehende Arbeitsprobe [redacted] de facto ab 22.6.20	9
2020	26.7.	UPK	Ausgangssperre, Grund disziplinarisch, weil [redacted] Milch vom Frühstückswagen stehlen wollte und eine Schweinerei veranstaltete	0
2020	26.7.	UPK	Aufhebung Ausgangssperre gleichentags	9
2020	8.10.	SMV	Bewilligung Arbeitsexternat	9
2020	27.12.	UPK	Allgemeine Ausgangssperre, Grund Corona	0
2021	8.1.	UPK	Aufhebung Ausgangssperre	9

2021	7.7.	UPK	Rückstufung wegen Überwachung Erhöhung Clozapin	8
2021	13.7.	UPK	Aufhebung Rückstufung da Medikation i.O.	9
2021	2.8.	UPK	Rückstufung Krankheitsrückfall	2
2021	3.9.	UPK	Aufhebung Rückstufung, [redacted] frei von psychotischen Symptomen, AEX vorerst 3 Tage / Woche	9
2021	13.12.	UPK	Rückstufung, Grund: Eindosierung antipsychotische Zusatzmedikation Verhaltensauffälligkeiten (u.a. Rückzug)	2
2021	16.12.	UPK	Grund Re-Öffnung: [redacted] wirkt wieder stabil	9
2022	5.2.	UPK	Klinik stellt fest, dass [redacted] in aktueller Woche und in letzter Woche je 5 Ausgänge bezogen hatte, anstatt 4	9
2022	7.2.	UPK	Besprechung Lockerungsmissbrauch mit [redacted] – Konsequenz Antrag auf Stufe 10 wird zurückgestellt	9
2022	15.12.	SMV	Bewilligung unbegleitete Tagesurlaube bis 12h	10
2023	20.4.	UPK	Rückstufung wegen Verhaltensauffälligkeiten, Verdacht psychopathologische Veränderungen	2
2023	24.4.	UPK	Aufhebung Rückstufung da Verdacht auf Veränderungen nicht bestätigt	10
2023	29.8.	UPK	Ausgangssperre, allgemein verhängt, d.h. nicht individuell, da ein anderer Patient entwichen	0
2023	30.8.	UPK	Aufhebung Ausgangssperre	10
2023	14.9.	UPK	Rückstufung: mangelnde Behandlungsadhärenz bzw. Medikamentenincompliance (niedriger Wert Clozapin), mangelnde Absprachefähigkeit zu Behandlungsvereinbarungen und Intransparenz, Lügen	2
2023	18.10.	UPK	Aufhebung Rückstufung, Clozapinspiegel wieder aufgebaut, psychopathologisch stabil	9
2023	15.12.	UPK	Aufhebung Rückstufung, erneute Umsetzung Stufe 10	10
2024	6.3.	UPK	Rückstufung Grund: Verstoss Ausgangsregelung max. 4h und Verstoss gegen Zweckgebundenheit in Bezug Aufsuchen Notfall entgegen Absprache	8
2024	11.3.	UPK	Aufhebung Rückstufung	9
2024	12.3.	UPK	Rückstufung Grund: aufgrund Rückenschmerzen kann nicht zur Arbeit und keine Ausgänge planen, weitere Untersuchungen geplant	8
2024	22.3.	UPK	Aufhebung Rückstufung	9
2024	27.3.	UPK	Rückstufung Grund: Verschlechterung psychopathologischer Zustand, kritische Absprachefähigkeit, formale Denkstörungen	8
2024	28.3.	UPK	Rückstufung, Grund: instabile Psychopathologie, verminderte Massnahmenadhärenz, unzureichende Absprachefähigkeit, kognitive Instabilität während Ausgänge + Urlaubsversagen,	2
2024	19.4.	UPK	Teilweise Aufhebung Rückstufung, Absprachefähigkeit verbessert	5

2024	13.5.	UPK	Aufhebung Rückstufung da ab 15.5. AEX wieder aufgenommen werden soll	9
2024	14.5.	UPK	Rückstufung wegen Rückenproblemen, Einweisung Bewachungsstation Inselspital Bern für 16.5.	5
2024	28.5.	UPK	Rückkehr aus Bewachungsstation in UPK	5
2024	18.6.	UPK	Nimmt ab 19.6. externe Arbeit wieder auf	9
2024	18.7.	UPK	Vollständige Aufhebung Rückstufung	10
2024	8.8.		Keine Rückkehr von Ausgang	

Anhang 4

[redacted]







[redacted]

Prof. Dr. med. Frank Urbaniok

Anhang 5

Anhang 6

UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Universität Basel

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel
Telefon +41 61 325 51 11, Fax +41 61 325 55 12, info@upk.ch, www.upk.ch

UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Universität Basel

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel
Telefon +41 61 325 51 11, Fax +41 61 325 55 12, info@upk.ch, www.upk.ch

UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

beide

[redacted] Basel

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

beide

[redacted]
Basel

[redacted]

[redacted]

[redacted]