

BE_ZIVILSTRAF BK 2016 461 vom 8. November 2017

BE Obergericht, 2017-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_zivilstraf_BK_2016_461

FR: BE_ZIVILSTRAF BK 2016 461 du 8 novembre 2017

IT: BE_ZIVILSTRAF BK 2016 461 del 8 novembre 2017

Regeste

Verlängerung stationäre Massnahme, Aktualität Gutachten, Beizug Oberärztin, Verhältnismässigkeit | Straf- und Massnahmenvollzug

Erwägungen

E. 1

Es sei der Beschluss vom 26. Oktober 2016 [Datum der Fertigstellung der schriftlichen Begründung; recte: 9. September 2016] des Regionalgerichts Berner Jura-Seeland aufzuheben und;

E. 1.1

Es sei die Sache an die erste Instanz zur Wiederholung des Verfahrens zurückzuweisen;

E. 1.2

Es sei der Beschwerdeführer unverzüglich in Freiheit zu versetzen;

E. 1.3

Eventualiter: Es sei der Beschwerdeführer bedingt aus der Haft zu entlassen, wobei er sich einer ambulanten Massnahme zu unterziehen habe;

E. 1.4

Subeventualiter: Es sei die Massnahme maximal um sechs Monate zu verlängern, bevor die bedingte Entlassung erfolgt, wobei sich A. _____ einer ambulanten Massnahme zu unterziehen habe;

E. 2

Es sei festzustellen, dass es vorliegend zu einer Rechtsverweigerung gekommen ist.

E. 4

[sic] Es sei dem Beschuldigten die unentgeltliche Rechtspflege zu erteilen, unter Verbeiständung durch den Unterzeichneten.

E. 5

Der vorliegenden Beschwerde, Rechtsbegehren Ziffer 1, sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen.

E. 6

Es sei ein mündliches Beschwerdeverfahren durchzuführen und es sei ein Gutachten anzuordnen.

E. 7

Es sei dem Beschwerdeführer unverzüglich vollumfängliche Akteneinsicht (inkl. Watch-Liste) zu gewähren.

E. 8

30). Prof. Dr. med. D. _____ sei es als Klinikdirektor nicht möglich, alle Gutachten selbst zu machen, schliesslich habe die J. _____ (Klinik) auch noch einen Fort- und Weiterbildungsauftrag (Z. 15–17). Die wesentlichen Punkte des Gutachtens hätten sie gemeinsam diskutiert und Prof. Dr. med. D. _____ habe die Endkorrektur vorgenommen. Wenn es Inkonsistenzen gegeben hätte, so hätten sie diese vertieft (Z. 30–32). Dr. med. G. _____ führte mit dem Beschwerdeführer am 2. Februar 2017 während 4.5 Stunden in der F. _____ (Klinik) Untersuchungen durch. Prof. Dr. med. D. _____ hat ihn dort am 16. Februar 2017 während einer Stunde getroffen. Aus dem blossen Verhältnis zwischen den Explorationszeiten lässt sich nichts schliessen. Prof. Dr. med. D. _____ führte aus, dass es für ihn keine Anhaltspunkte gegeben habe, den Beschwerdeführer ein weiteres Mal aufsuchen zu gehen (Z. 38–39). Nach dem Gesagten lässt sich feststellen, dass Prof. Dr. med. D. _____ und Dr. med. G. _____ bei der Erstellung des Gutachtens in einem für den klinischen Alltag in der Medizin im Allgemeinen, aber auch in der Psychiatrie bewährten Mass zusammengearbeitet haben (vgl. HABERMEYER/GRAF/NOLL/URBANIOK, Psychologen als Gutachter im Strafverfahren, in: AJP 2016, S. 131). Die Oberverantwortung lag dabei beim Chefarzt und Klinikdirektor Prof. Dr. med. D. _____. Die vorliegende Mitarbeit der Oberärztin Dr. med. G. _____ für unzulässig zu erklären wäre präzisieren. Würde von Prof. Dr. med. D. _____ verlangt werden, dass er alle Gutachten von A–Z selbst schreibt, müsste der Beschwerdeführer noch Jahre auf sein Gutachten warten. Prof. Dr. med. D. _____ und Dr. med. G. _____ wurden im Übrigen beide zur Hauptverhandlung vorgeladen, wo sie die von ihnen gestellten Befunde persönlich vertraten und erläuterten – sie wurden ordentlich belehrt und unterstanden beide der Strafdrohung gemäss Art. 307 StGB. Dem Beschwerdeführer war das Vorgehen mit dem Beizug einer Oberärztin von Beginn weg bekannt. Er hatte weder Vorbehalte gegen den Beizug an sich, noch – nachdem er den Namen kannte (was spätestens bei der durch Dr. med. G. _____ erfolgten Exploration am 2. Februar 2017 der Fall war; pag. 569 und 721) – gegen die konkret eingesetzte Person. Erst rund einen Monat nach Vorliegen des Gutachtens trug er seine Gründe vor, weshalb das Gutachten aus den Akten zu weisen sei. Dies ist treuwidrig und zudem verspätet. Bezeichnenderweise behauptete er von da an, dem Gutachten von med. pract. E. _____ komme eine grössere Bedeutung zu (pag. 743 und 751) – der gleiche med. pract. E. _____, welchen er in seinem Schreiben vom 4. November 2016 an die Vollzugsbehörde als «Zögling» von Prof. Dr. med. K. _____ vehement ablehnte (Vollzugsakten, Band 7, pag. 2242 f.). 6. Der Beschwerdeführer vertritt ferner die Auffassung, die Massnahme sei bereits vorgängig zur vorinstanzlichen Hauptverhandlung abgelaufen. Es verstosse gegen den Wortlaut von Art. 59 StGB, die Massnahme zu verlängern, weil sie am 23. Juni 2016 ihr gesetzliches Ende genommen habe. Die Verlängerung einer bereits abgelaufenen Massnahme verstosse gegen Art. 59 StGB und Art. 5 Ziff. 1 EMRK (Beschwerde, B.II.7).

E. 9

Einen Monat vor Ablauf der Massnahme, am 24. Mai 2016, stellte die Vollzugsbehörde bei der Vorinstanz Antrag auf Verlängerung. Vom 13. Juni 2016 an befand sich der Beschwerdeführer in der F. _____ (Klinik) formell in Sicherheitshaft, angeordnet bis am

23. September 2016. Dagegen erhobene Beschwerden wies die Beschwerdekammer mit Beschluss BK 16 263 vom 8. Juli 2016 respektive das Bundesgericht mit Urteil 6B_834/2016 vom 16. August 2016 E. 3.3 materiell ab. Der in vorliegendem Verfahren angefochtene Beschluss erging am 9. September 2016. Der Beschwerde wurde die aufschiebende Wirkung nicht erteilt (siehe vorne E. 1). Anders als der Beschwerdeführer wiederholt darzustellen versuchte, lag für den mit dem Massnahmevollzug verbundenen Freiheitsentzug durchgehend ein gültiger Titel vor. Dass die Vollzugsbehörde den Antrag auf Verlängerung erst relativ spät stellte, so dass die Anordnung von Sicherheitshaft überhaupt erst nötig wurde, ändert daran nichts. Das Bundesgericht hielt diesbezüglich im bereits erwähnten Urteil 6B_834/2016 vom 16. August 2016 in E. 3.4 fest, dass sachgerichtliche Verfahren regelmässig erst eher gegen Ende der maximal möglichen Dauer der stationären Massnahme eingeleitet werden, was insofern gerechtfertigt sei, als eine möglichst aussagekräftige Beurteilungsgrundlage sichergestellt werden soll (mit Verweis auf BGE 141 IV 49 E. 3.2 S. 54). 7. Nach Art. 59 Abs. 4 StGB beträgt der mit der stationären Behandlung verbundene Freiheitsentzug in der Regel höchstens fünf Jahre. Sind die Voraussetzungen für die bedingte Entlassung nach fünf Jahren noch nicht gegeben und ist zu erwarten, durch die Fortführung der Massnahme lasse sich der Gefahr weiterer mit der psychischen Störung des Täters in Zusammenhang stehender Verbrechen und Vergehen begegnen, so kann das Gericht auf Antrag der Vollzugsbehörde die Verlängerung der Massnahme um jeweils höchstens fünf Jahre anordnen. Die Verlängerung setzt somit einerseits voraus, dass eine Gefährdung weiterhin besteht, respektive die Voraussetzungen für eine bedingte Entlassung nach Art. 62 StGB noch nicht erfüllt sind (BGE 135 IV 139 E. 2.2.1). Andererseits wird vorausgesetzt, dass der fortbestehenden Gefahr durch die Massnahme begegnet werden kann, das heisst dass der Täter überhaupt behandlungsfähig ist (BGE 134 IV 315 E. 3.4.1; 109 IV 73 E. 3). Gemeint ist damit eine therapeutische dynamische Einflussnahme, die zu einer Verbesserung der Legalprognose führt (BGE 134 IV 315 E. 3.6). Eine Verlängerung kann deshalb nur in Betracht gezogen werden, wenn sich davon eine therapeutische Wirkung in diesem Sinne erwarten lässt (Botschaft vom 21. September 1998 zur Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes sowie zu einem Bundesgesetz über das Jugendstrafrecht, BBl 1999 2078 f.; BGE 135 IV 139 E. 2.3.2; siehe auch BGE 137 II 233 E. 5.2.1). Stationäre therapeutische Massnahmen sind im Unterschied zu Strafen zeitlich relativ unbestimmt. Ihre Dauer hängt vom Behandlungsbedürfnis des Betroffenen und der Erfolgsaussicht der Massnahme, letztlich also von den Auswirkungen der Massnahme auf die Gefahr weiterer Straftaten ab. Das Ende der Massnahme wird damit im Unterschied zum Ende der Strafe nicht durch Zeitablauf bestimmt. Sie dauert vielmehr grundsätzlich so lange an, bis ihr Zweck erreicht ist oder sich eine Zweckerreichung als aussichtslos erweist (Urteil des Bundesgerichts 6B_513/2017 vom 24. August 2017 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 10

8. Die Verlängerung der Massnahme setzt zunächst (negativ) voraus, dass die Voraussetzungen einer bedingten Entlassung nicht gegeben sind. Der Beschwerdeführer rügt, dass die Vorinstanz diese Prüfung unterlassen habe, was seiner Ansicht nach eine Verletzung des rechtlichen Gehörs darstelle und überdies gleichbedeutend mit einer Rechtsverweigerung sei (Beschwerde, B.II.3). Die Voraussetzung einer bedingten Entlassung erscheint in Art. 59 Abs. 4 StGB als negatives Kriterium. Zu berücksichtigen gilt es damit Art. 62 Abs. 1 StGB: Der Täter wird aus dem stationären Vollzug der Massnahme bedingt entlassen, sobald sein Zustand es rechtfertigt, dass ihm Gelegenheit

gegeben wird, sich in der Freiheit zu bewähren. Angeknüpft wird am Zustand des Täters, ohne dass dieser im Gesetz weiter spezifiziert würde. Massstab für die Beurteilung der Möglichkeit einer bedingten Entlassung ist die Frage, ob die Gefahr weiterer strafbarer Handlungen besteht (HEER, in: Basler Kommentar Strafgesetzbuch I, 3. Aufl. 2013, N. 23 zu Art. 62). Insofern kommt es bei dieser negativen Voraussetzung in Art. 59 Abs. 4 StGB zu einer Überschneidung mit der in derselben Bestimmung enthaltenen positiven Voraussetzung der Rückfallgefahr. Die Vorinstanz bejahte eine relevante Rückfallgefahr und verneinte damit implizit die Voraussetzungen einer bedingten Entlassung. Aus dem Umstand, dass die Vorinstanz dieses erste negative Kriterium in der Begründung nicht explizit prüfte, erwuchs dem Beschwerdeführer keinen Nachteil, er kann daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Weder stellt es eine Verletzung des rechtlichen Gehörs noch eine Rechtsverweigerung dar. Mit Blick auf das bei E. 9–11 zur psychischen Störung, zum Kausalzusammenhang und zur Legalprognose Ausgeführte kann festgehalten werden, dass der gegenwärtige Zustand des Beschwerdeführers eine bedingte Entlassung aus dem stationären Vollzug der Massnahme noch nicht zulässt. 9. Der Beschwerdeführer macht geltend, es liege keine schwere psychische Störung mehr vor (Beschwerde, B.II.2). Die Gutachter D._____/G._____, diagnostizierten beim Beschwerdeführer gestützt auf den von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen internationalen Klassifikationskatalog (ICD-10) die folgenden Störungen (pag. 673 und 689): - Paranoide Schizophrenie mit kontinuierlichem Verlauf (ICD-10 F20.00); - Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) und Abhängigkeit von Cannabis (ICD-10 F12.2), bezogen auf beide Substanzen derzeit abstinent in beschützenden Umgebung (ICD-10 F12.21). Schizophrene Störungen sind durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken, Wahrnehmung und Affektivität gekennzeichnet und können je nach Schwere und Verlauf zu erheblichen Veränderungen des Persönlichkeitsgefüges einer Person führen. Der Verlauf kann kontinuierlich oder episodisch sein (pag. 667). Folgende Kriterien müssen gemäss ICD-10 zur Diagnosestellung einer Schizophrenie erfüllt sein (pag. 667 f.):

E. 11

Mindestens eines der folgenden Merkmale (für die Dauer von mindestens einem Monat oder während einiger Zeit an den meisten Tagen, sog. «Erstrangsymptome»): a) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebungen, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung; b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, das Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen; c) kommentierende oder dialogisierende Stimmen; d) anhaltender kulturell unangemessener Wahn; oder mindestens zwei der folgenden Merkmale (für die Dauer von mindestens einem Monat oder einiger Zeit an den meisten Tagen, sog. «Zweitrangsymptome»): a) anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität täglich während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlichen Wahngedanken ohne deutlichen affektiven Inhalt oder von lang anhaltenden überwertigen Ideen; b) Neologismen, Gedankenabreissung oder Einschlebung in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Vorbeireden führt; c) katatone Symptome wie z.B. Erregung oder Haltungsstereotypien; d) negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung oder inadäquate Affekte. Dem Gutachten lässt sich hierzu entnehmen: «Bei Herrn A._____ traten im Krankheitsverlauf immer wieder verschiedenste Symptome wie Beeinflussungserleben, Grössenideen, fragliche Halluzinationen sowie besonders ausgeprägt inadäquate Affekte auf. Über eine retrospektiv nicht mehr genau zu bestimmende Dauer lagen sogenannte Erstrangsymptome vor, die Herr A._____ für einen Zeitraum ab 2015 bestätigt. Mit Beginn der Diktserie 2009 wurden im Rahmen des stationären

Aufenthaltes sowohl Erstrangsymptome (Wahn- wahrnehmungen) – als auch Zweitrangsymptome (optische Halluzinationen, überwertige Ideen und inadäquate Affekte) beschrieben. Dabei erwies sich bei der Diagnosestellung als problematisch, dass Herr A. _____ insgesamt nicht sehr auskunftsbereit war und darüber hinaus häufig die kurz zuvor gemachten Angaben revidierte bzw. relativierte. Erst eine längere Verlaufsbeobachtung oder fremd- danamnestische Angaben hätten Klärung bringen können. [...] Anhand der nun vorliegenden Informa- tionen, sowohl aus den letzten drei Jahren nach Erstellung des letzten Gutachten, wie auch anhand der fremdanamnestischen Angaben der Mutter lässt sich feststellen, dass Herr A. _____ seit 2009 unter einer Schizophrenie leidet. Diese war über weite Strecken möglicherweise dominiert durch eine Störung der Affektivität und ausgeprägte Störungen im Verhalten, die charakteristischen Symptome bestanden aber ebenfalls über einen ausreichend langen Zeitraum.» (pag. 669 f.) Die Diagnosen decken sich mit denjenigen des Gutachtens E. _____ vom 7. Februar 2017. Auch er kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer bereits ab 2009, eventuell bereits ab Ende 2007, von einer paranoiden Schizophrenie aus- zugehen sei (pag. 447). E. _____ begründet seine Diagnose wie folgt: «Ab Ende des Jahres 2007 konnten bei Herrn A. _____ ausser einer abnehmenden sozialen Leis- tungsfähigkeit mit verschiedenen Stellenwechseln vorerst keine für eine Schizophrenie typischen Symptome festgestellt werden, wobei auch die Mutter für den Zeitraum bis Mitte 2009 keine entspre-

E. 12

chenden Auffälligkeiten schilderte. Ab Mitte 2009 präsentierte Herr A. _____ dann konstant deut- lich inadäquate Affekte mit Gereiztheit, Aggressivität und Spannungszuständen, die sich in Form sehr häufiger Regelverstösse und Gewalthandlungen im Prinzip wie eine sehr deutlich ausgeprägte disso- ziale Persönlichkeitsstörung auswirkten. Dieser Zustand hielt danach während mehrerer Jahre an und führte dazu, dass es auch im Massnahmenvollzug regelmässig zu Gewalthandlungen durch den Ex- ploranden kam, er dadurch mehrheitlich auf Sicherheitsstationen untergebracht wurde und die statio- näre Massnahme nicht durchführbar war. Bereits 2009 und 2010 wurden jedoch auch psychotische Symptome wie beschleunigtes Denken und Anhaltspunkte für Beeinträchtigungswahn und Grössenideen (gemäss Bericht der PK Münsingen), Danebenreden (gemäss Protokoll der Hausdurchsuchung vom 20.07.2009), wirre Aussagen wie z.B. einen Polizisten als Hasen zu bezeichnen oder seit Geburt 45 Cannabis-Joints pro Tag zu rauchen (gemäss Polizeiprotokollen) oder fremde Gedanken, Probleme mit der Farbe Rot oder vergiftetes Es- sen in der PK Münsingen (Angaben gegenüber Dr. L. _____) beschrieben. Diese Symptome sind rückblickend als zur inzwischen feststehenden Schizophrenie gehörend zu beurteilen. Typisch für ei- ne Schizophrenie waren zum damaligen Zeitpunkt auch die mangelnde Krankheitseinsicht und die Ablehnung der Behandlung, die sehr häufig mit psychotischen Prozessen einhergehen. Neben den beschriebenen psychopathologischen Auffälligkeiten sprechen das sich ab Ende 2007 verändernde Verhalten mit Verlust der Arbeitsstelle, sich langsam vollziehender beruflicher Desinte- gration, Verlust des Freundeskreises und fehlenden Partnerschaften sowie ab 2009 das Eintauchen in einen dissozial geprägten Freundeskreis und das extrem ausgeprägte gereizte und aggressive Verhalten (bei fehlenden Gewalthandlungen bis Frühling 2009), dass von einem sogenannten Knick in der Lebenslinie ausgegangen werden kann (der auch im Gutachten der PUK Zürich erwähnt wur- de), was ebenfalls typisch für eine Schizophrenie ist. Darüber hinaus lag durch den chronischen Can- nabiskonsum ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer psychotischen Störung vor, und der

Beginn des psychotischen Prozesses im Alter von ca. 20 Jahren passt ebenfalls zu einer Schizophrenie. Es gibt neben den genannten noch zwei ganz wichtige Argumente, die deutlich dafür sprechen, dass beim Exploranden spätestens ab 2009 ein psychotischer Prozess eingesetzt hat. Zum einen ist bekannt, dass es Menschen mit einer Schizophrenie gibt, die praktisch keine oder nur in Ansätzen produktive Symptome wie Wahn und Sinnestäuschungen zeigen, aber auch nicht der hebephrenen oder katatonen Unterform der Störung zuzuordnen sind, sondern sich hauptsächlich durch ein chronisch gereiztes, angespanntes und aggressives Verhalten auszeichnen. Ich persönlich vertrete die Meinung, dass es sich hierbei um eine spezielle Form der Schizophrenie handeln könnte, was beispielsweise im neuen Prognoseinstrument FOTRES 3 als „Psychopathologisch bedingte Dissozialität“ definiert wird. Zum anderen machte seine Mutter die Aussage, dass Herr A._____ seit Beginn der Zwangsbehandlung und vor allem seit dem Übertritt ins F._____ (Klinik) wieder dasselbe Verhalten zeigt, wie er dies bis zum Ende der Lehre getan hat. Sie wählte dabei die Formulierung, dass sie ihren Sohn wieder zurückhabe, und tatsächlich stellt die Beendigung seines gereizt-aggressiven Verhaltens mit Distanzierung von Gewalt durch die medikamentöse antipsychotische Therapie den stärksten Hinweis darauf dar, dass dieses gereizt-aggressive Verhalten während des gesamten Zeitraums, in dem es nachweisbar war, auf einen psychotischen Prozess zurückzuführen war.» (pag. 445 f.). E._____ ging in seinem Verlaufsgutachten bereits von einer vollständigen Remission der Paranoiden Schizophrenie aus (ICD-10 F20.5; pag. 443). D._____/G._____ hielten entsprechende Feststellungen noch als verfrüht, weil die beschriebene Remission im Gutachtenszeitpunkt erst von kurzer Dauer

E. 12.1

Gegen die Eignung der Massnahme bringt der Beschwerdeführer vor, die Vollzugsbehörde sei in seinem Fall nicht in der Lage, objektiv und neutral eine Massnahme durchzuführen. Es bestehe die Gefahr, dass sich seine Legalprognose unter dem Regime der Vollzugsbehörde erneut verschlechtern werde. Anstatt ihn an das Leben in Freiheit zu gewöhnen, würde er nach wie vor von Vollzugslockerungen ausgeschlossen. Solange die Vollzugsbehörde für ihn zuständig sei, seien keinerlei Fortschritte erzielbar. Dies zeige sich auch daran, dass er immer noch auf der sog. Watch-Liste geführt werde (Beschwerde, B.II.4.4, pag. 23 f.). Was der Beschwerdeführer unter diesem Punkt vorträgt, erschöpft sich in einer Fundamentalkritik an der Arbeit der Vollzugsbehörde und hat nichts mit der Eignung (als Teilgehalt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes) an sich zu tun. Die von ihm erstellte Verknüpfung zwischen der (gesetzlich gegebenen) Zuständigkeit der Vollzugsbehörde und seinen persönlichen Therapiefortschritten, entbehrt jeder Grundlage. Was die Watch-Liste anbelangt, so kann auf das vorne bei E. 2 Erwähnte verwiesen werden. Geeignet ist eine staatliche Handlung dann, wenn durch sie das öffentliche Interesse auch tatsächlich wahrgenommen werden kann, sprich: Wenn der im öffentlichen Interesse verfolgte Zweck erreicht werden kann (SCHWEIZER, in: St. Galler Kommentar, Die schweizerische Bundesverfassung, 3. Aufl. 2014, N.38 zu Art. 36 mit Hinweisen). Ungeeignet ist eine Massnahme, wenn sie mit Blick auf das angestrebte Ziel keine Wirkungen entfaltet (KÄLIN/KIENER, Grundrechte, 2. Aufl. 2013, S. 120). Das Behandlungsbedürfnis des Beschwerdeführers ist ausgewiesen. Das gegenwärtig von ihm in Anspruch genommene stationäre Behandlungsprogramm in der F._____ (Klinik) ist erfolgreich gestartet und hat bereits erste Wirkungen entfaltet (Reduktion des krankheitsbedingten, gereizt-aggressiven Grundzustands, vgl. aktuellster Therapiebericht der F._____ (Klinik) vom 27. Oktober 2017). Die stationäre Massnahme ist somit

geeignet die mit ihr im öffentlichen Interesse verfolgten Ziele (Schutz Dritter; Reduktion der Gefährlichkeit des Beschwerdeführers auf ein sozial tolerierbares Mass; künftige, schrittweise Wiedereingliederung in die Gesellschaft) zu erreichen.

E. 12.2

Das Kriterium der Erforderlichkeit verlangt, dass ein Eingriff in sachlicher, räumlicher, zeitlicher und personeller Hinsicht nicht einschneidender sein darf als notwendig (BGE 124 I 40 E. 3e S. 44 f.; 118 Ia 427 E. 7a S. 439 mit Hinweisen). Gibt es mehrere gleich geeignete Massnahmen, mit welchen der verfolgte Zweck er-

E. 12.3

Zur Verhältnismässigkeit im engeren Sinn trägt der Beschwerdeführer vor, die Natur der künftig zu erwartenden Delikte sei unklar und auch mit welcher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen wäre. Es rechtfertige sich nicht, davon auszugehen, dass er künftig schwere Körperverletzungen begehen würde. Das habe er bis anhin noch nie getan. Bloss lästige Delikte, wie Sachbeschädigungen etc. seien zu geringfügig, als dass sich eine Verlängerung der Massnahme damit rechtfertigen liesse. Auch sei die Rückfallgefahr momentan nur noch mittelgradig. Zweck und Mittel einer Massnahme müssten in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen. Hier werde mit Kanonen auf Spatzen geschossen. Er habe sich im Vollzug zwar nicht immer optimal verhalten, wenn man aber berücksichtige, dass er gefoltert worden sei, so sei dies verständlich. Die Massnahme erweise sich als nicht mehr verhältnismässig. Unbesehen seiner Eignung und Erforderlichkeit ist ein Eingriff in ein Grundrecht nur dann verhältnismässig, wenn er dem Einzelnen auch zumutbar ist. Bei diesem Prüfpunkt kommt es zu einer Abwägung zwischen dem mit der stationären therapeutischen Massnahme verbundenen Freiheitsentzug zum Nachteil des Beschwerdeführers einerseits und den gegenüberstehenden öffentlichen Interessen (Grösse der Gefahr, der die Massnahme begegnen soll) andererseits. Das Gewicht der in einem solchen Fall betroffenen Interessen, bzw. Rechtsgüter, lässt sich nicht abstrakt festlegen, sondern muss stets im Rahmen des konkreten Einzelfalls erwogen werden. Deshalb lässt sich die hinzunehmende Höchstdauer des mit einer Massnahme verbundenen Freiheitsentzugs auch nicht in Form eines maximal zulässigen, zwischen der Freiheitsstrafe und der Dauer der Massnahme liegenden, numerischen Faktors ermitteln. Bei der Abwägung ist insbesondere darauf zu achten, ob und welche Straftaten vom Massnahmeunterworfenen drohen, wie ausgeprägt das Mass der Gefährdung ist und welches Gewicht den bedrohten Rechtsgütern zukommt (Urteil des Bundesgerichts 6B_513/2017 vom 24. August 2017 E. 2.4). Den Gefahren, die von einem Täter ausgehen, muss bei einer Interessenabwägung grössere Bedeutung zukommen als der Schwere des mit einer Massnahme verbundenen Eingriffs (Urteil des Bundesgerichts 6B_70/2017 vom 19. Juli 2017 E. 6.3 mit Hinweisen). Die Straftaten, die vom Beschwerdeführer drohen sind Körperverletzungsdelikte, Tötlichkeiten, Sachbeschädigungen, Gewalt und Drohung gegen Beamte, Hausfriedensbruch und Übertretungen gegen das Betäubungsmittelgesetz (Cannabiskonsum). Im Vordergrund für die Gefährlichkeitsbeurteilung stehen gewalttätige Übergriffe gegen Personen und Sachen. Die gegenwärtige Rückfallgefahr für die einschlägigen Delikte wird von den Gutachtern D._____/G._____/ im Bereich von rund 30% verortet. Ihren Angaben zufolge werden bis zu drei von zehn Personen, welche die gleichen Persönlichkeitsmerkmale wie der Beschwerdeführer aufweisen, innerhalb von zwei bis sechs Jahren rückfällig. Der Gutachter E._____ spricht von einem deutlichen strukturellen Rückfallrisiko (vgl. vorne die Legalprognose bei E. 11). Der

Be-

E. 13

war (pag. 671). An der Hauptverhandlung führte Prof. Dr. med. D. _____ aus, dass er davon ausgehe, dass es keine wesentliche Symptomatik mehr gäbe, so dass man jetzt von einer vollständigen Remission ausgehen könne (pag. 907, Z. 277 f.). Unbehandelt äussert sich die paranoide Schizophrenie des Beschwerdeführers derart, dass er im Alltag ein psychotisch bedingtes, gereizt-aggressives Grundverhalten an den Tag legt. Es kann zum Durchbruch inadäquater Affekthandlungen kommen, welche sich in verbalen, aber auch tätlich-übergriffigen Entgleisungen gegenüber Personen sowie Sachbeschädigungen manifestieren. Damit erweist sich seine Erkrankung als potentielle Gefahr für die körperliche Integrität oder das Eigentum von Drittpersonen. «Wenn man die verschiedenen Situationen betrachtet, in welchen es zu aggressivem Verhalten durch Herrn A. _____ kam, kann ganz eindeutig festgehalten werden, dass keine situativen Faktoren von Relevanz für die Tatbegehungen waren, sondern seine psychotisch bedingte Grundaggressivität führte zu einer durchgängigen <Stand-by>-Handlungsbereitschaft, wodurch jeder, der etwas tat, was dem Exploranden nicht passte, zum Opfer seiner Gewalthandlungen werden konnte.» (Gutachten E. _____, pag. 453). Vom psychiatrischen Befund darf das Gericht nicht ohne triftige Gründe abweichen (BGE 141 IV 369 E. 6.1 S. 373). Hierfür besteht in der vorliegenden, mit zwei aktuellen Gutachten gut dokumentierten Angelegenheit keinen Anlass. Die paranoide Schizophrenie des Beschwerdeführers mit der von den Gutachtern beschriebenen, psychotisch bedingten Grundaggressivität wirkt sich im gesellschaftlichen Zusammenleben in Freiheit in einer Art und Weise aus, dass sie rechtlich als schwere psychische Störung im Sinne von Art. 59 Abs. 1 StGB zu qualifizieren ist. 10. Die psychische Störung des Beschwerdeführers steht in einem engen kausalen Zusammenhang mit den Anlasstaten (Art. 59 Abs. 1 Bst. a i.V.m. Art. 59 Abs. 4 StGB, «[...] weiterer mit der psychischen Störung des Täters in Zusammenhang stehender Verbrechen und Vergehen»). Zum Tatzeitpunkt wurde das psychotisch bedingte Impulssteuerungsdefizit durch den gleichzeitigen Konsum von Alkohol und Cannabis noch verstärkt (pag. 689). Auch die vielfältigen Übergriffe und Tötlichkeiten gegenüber Personal und Mitinsassen sind gemäss den Gutachtern D. _____/G. _____ vor dem Hintergrund dieses Mechanismus zu sehen (pag. 685). Auch E. _____ sieht beim Beschwerdeführer einen sehr engen Zusammenhang zwischen der psychischen Störung und den von ihm begangenen Delikten. Zur Deliktdynamik hielt er im Gutachten fest (pag. 451): «Da die Gereiztheit, die Spannungszustände und damit auch die Aggressivität des Exploranden durch die spätestens 2009 beginnende paranoide Schizophrenie im Sinne einer psychopathologisch bedingten Dissozialität erklärt werden können, ist die psychotische Erkrankung eindeutig der wichtigste deliktdynamische Faktor. Das Risiko für Gewalthandlungen steht daher in einem sehr engen Zusammenhang mit dem psychischen Zustand von Herrn A. _____ bzw. dem Verlauf der schizophrenen Erkrankung. Als weiterer deliktrelevanter Faktor ist bei den Gewalthandlungen sein Alkoholkonsum zu bezeichnen, was jedoch lediglich für die Delikte von Sommer 2009 bis Sommer 2010 gilt, nicht jedoch für die Gewalthandlungen im nachfolgenden Massnahmenvollzug. Der Alkohol erhöhte die Aggressivität des

E. 14

Exploranden und verminderte seine Steuerungsfähigkeit gewalttätiger Handlungsimpulse. Die Deliktrelevanz des Alkohols ist dennoch als eher gering einzustufen. Dem Cannabiskonsum kommt lediglich eine indirekte deliktdynamische Bedeutung zu, indem

dieser zur Entwicklung der psychotischen Symptomatik beitrug.» 11. Weitere Verlängerungsvoraussetzung nach Art. 59 Abs. 4 StGB ist, dass durch die Fortführung der Massnahme erwartet werden kann, dass sich der Gefahr weiterer mit der psychischen Störung zusammenhängender Taten begegnet werden kann. Entscheidend hierfür sind die Legalprognose sowie die Möglichkeiten der Behandlung. Gestützt auf die im Gutachten präsentierten Fakten, erstellten D. _____/G. _____ anhand nomothetischer, ideographischer sowie hypothesengeleiteter Konzepte eine Risikoeinschätzung (pag. 675 ff.). Beim nomothetischen Konzept werden empirische Erkenntnisse aus einer Vielzahl von Untersuchungen auf den Einzelfall angewendet. Dieses Konzept ist die Grundlage der heute gängigen statistischen Prognoseinstrumente. Die Gutachter wandten die HARE Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) sowie den Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) an. Zudem berücksichtigten sie die einschlägige Rückfallbasisrate. Beim PCL-R erreichte der Beschwerdeführer einen Gesamtwert von 12.6 Punkten. Damit erfüllt er die (nordamerikanischen) «Psychopathy»-Kriterien nicht (nach europäischen Standards hätte es hierfür mindestens 25 Punkte gebraucht). Die Gutachter kamen zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine ausgeprägten psychopathischen Wesenszüge auszumachen seien. Beim VRAG erreichte der Beschwerdeführer einen Summenwert von 3. Dieser Summenwert entspricht der Risikokategorie 5, das heisst das Rückfallrisiko für erneute Anklagen und Verurteilungen wegen eines Gewaltdelikts liegt bei Straftätern mit einer vergleichbaren Merkmalskombination innerhalb von 7 Jahren bei 35% bzw. für einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren bei 48%. Die Rückfallbasisrate für Körperverletzungsdelikte liegt zwischen 25 und 50%. Gemäss dem ideographischen Konzept werden eingeschlifene individuelle Verhaltensmuster beurteilt, die ein Wiederauftreten des Verhaltens wahrscheinlich machen. Unter diesem Titel schätzten die Gutachter den Beschwerdeführer anhand des Basler Kriterienkatalogs (DITTMANN, UPK Basel, Version 2, Dezember 1999) ein. Dieses forensische Prognoseinstrument bildet 84 Einzelkriterien in 12 Beurteilungsbereichen ab, wobei nicht nur negative (das Rückfallrisiko erhöhende), sondern auch positive (risikomindernde) Faktoren auf einer Skala mit 5 Positionen (günstig, eher günstig, indifferent, eher ungünstig, ungünstig) erfasst werden. Die folgenden Faktoren beurteilten die Gutachter als «eher günstig» (pag. 681): - Einsicht des Täters in seine Krankheit oder Störung: Es besteht eine Bereitschaft sich damit auseinanderzusetzen, wobei Herr A. _____ erst ganz am Anfang dieser Auseinandersetzung steht und die weitere Entwicklung abgewartet werden muss. Er ist gemessen an der Situation um eine offene Selbstdarstellung bemüht. - Allgemeine Therapiemöglichkeiten: Grundsätzlich ist eine gut wirksame Behandlungsmethode bekannt.

E. 15

- Reale Therapiemöglichkeiten: Mittlerweile befindet sich der Explorand in einer Einrichtung, die in diesem Bereich über entsprechende Therapiekonzepte verfügt und den richtigen Rahmen bieten kann. - Therapiebereitschaft: Der Explorand ist zur Mitarbeit bereit, auch unter Inkaufnahme von Nachteilen. Soweit beurteilbar besteht ein gutes Verhältnis zu den aktuellen Bezugspersonen. Als «indifferent» für die Rückfallprognose stuften sie ein (pag. 681 f.): - Sozialer Empfangsraum bei Lockerung, Urlaub, Entlassung: Es besteht noch eine teilweise Einbindung in die Familie. Aktuell existiert keine Arbeitsstelle, kein Wohnort und kein gesichertes Einkommen, es besteht aber die Möglichkeit diese Dinge im Hinblick auf die noch anstehende Behandlungsdauer zu installieren und Herr A. _____ zeigt prinzipiell die Bereitschaft Unterstützung anzunehmen. Es bestehen prinzipiell auch gute Kontrollmöglichkeiten und eine langfristige

Nachsorge ist möglich. Dahingegen ist der Zugang zu potentiellen Opfern leicht und die Zukunftspläne sind möglicherweise nur bedingt realistisch. - Bisheriger Verlauf nach den Taten: Im Rahmen der Inhaftierung kam es zu weiteren ähnlichen Taten, es bestanden häufig Konflikte und abzuwarten bleibt inwiefern Sekundärschäden durch eine lange Institutionalisierung eingetreten sind. Demgegenüber steht allerdings, dass es nach einem langdauernden ungünstigen Verlauf nun unter der entsprechenden Pharmakotherapie wirklich zu einer Besserung der deliktfördernden psychiatrischen Symptomatik gekommen ist, was sich langfristig in allen Bereichen positiv auswirken sollte. Folgende Faktoren bewerteten sie als «eher ungünstig» (pag. 683 f.): - Analyse der Anlasstaten: Es handelt sich um eine Serie von Gewaltdelikten (die sich in der Haft fortgesetzt hat) und die Opferwahl geschah zufällig. - Bisherige Kriminalitätsentwicklung: Zum Zeitpunkt des Deliktes bestand bereits eine kriminelle Vorgeschichte, in diesem Zusammenhang auch ein Versagen von Lockerungs- und Bewährungsauflagen. - Soziale Kompetenz: Zum Zeitpunkt der Delikte bestanden teilweise noch stabile Aussenbeziehungen. Mittlerweile, auch bedingt durch die Dauer der Inhaftierung, scheint die Mutter die einzige stabile Bezugsperson nach aussen zu sein. Dahingegen ist eine Änderung bzgl. des über die bisherige Haftdauer zu beobachtenden Unvermögens, sich an wechselnde Situationen anzupassen, sowie der initial gestörten Kommunikation, eingetreten. - Spezifische Konfliktverhalten: Aus der Vorgeschichte ist erkennbar, dass Herr A. _____ im Vorfeld immer wieder in solche oder ähnliche Situationen geriet. Dies setzte sich auch nach der Inhaftierung fort. Seit mittlerweile einem Jahr ist durch entsprechende Therapie eine deutliche Veränderung eingetreten. Da derzeit noch nicht sicher scheint, dass diese Entwicklung anhält, bleibt die Beurteilung zunächst (bei den vorhandenen Fakten) zurückhaltend. - Auseinandersetzung mit der Tat: Eine intensive Auseinandersetzung mit der Tat ist nicht erkennbar. Das Anlassdelikt wird von Herr A. _____ geleugnet, wobei alle anderen Delikte bzw. Vorfälle in der Haft von ihm bestätigt werden. Es findet eine Projektion des eigenen Fehlverhaltens statt. - Persönlichkeit: Zum Deliktzeitpunkt handelte es sich noch nicht um eine langanhaltende Problematik, mittlerweile kann jedoch davon gesprochen werden. Inwieweit eine (deutliche) Chronifizierung besteht, bleibt abzuwarten. Es bestand ein langjähriger Substanzabusus, deliktfördernde Ansichten in Ansätzen sind zu diskutieren. Anzumerken ist allerdings auch, dass bis zum Beginn der Delikte eine relativ unauffällige Persönlichkeitsentwicklung vorlag.

E. 16

In der Gesamtbeurteilung zum idiographischen Konzept stuften die Gutachter das Risiko erneuter Gewaltdelikte als indifferent bis eher ungünstig ein. Beim hypothesengeleiteten Konzept geht es um die Entwicklung einer individuellen Hypothese zur Delinquenzgenese. Dabei müssen u.a. das Fortbestehen der Risikofaktoren im Einzelfall, ihre aktuelle Relevanz und gegebenenfalls ihre Kompensation durch protektive Faktoren überprüft werden. Die Gutachter sehen die Schizophrenie in engem Zusammenhang mit den Anlassdelikten (psychotisch bedingte Impulssteuerungsdefizit). Dies sei durch den langanhaltenden Konsum von Cannabis und den Konsum von Alkohol zum Tatzeitpunkt verstärkt worden. Als deutlich protektiven Faktor stuften die Gutachter die mittlerweile etablierte, gut wirksame Behandlung ein. Neben einer pharmakologischen Therapie komme der Abstinenz insbesondere von Cannabis eine wesentliche Bedeutung zu, weil durch den Konsum nicht nur eine Verschlechterung der Impulskontrolle, sondern auch das Entstehen bzw. Fortbestehen von Psychosen begünstigt werden könne. Beim Beschwerdeführer bedürfe es einer erhöhten Aufmerksamkeit in Bezug auf die notwendigen

Wiedereingliederungsschritte, weil möglicherweise eine delinquenznahe Peergroup die genommene Entwicklung mitbegünstigt habe. In einer die drei vorstehenden Konzepte überdachenden, integrativen Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer in einem Zeitraum von zwei bis sechs Jahren von einer Rückfallrate im unteren Bereich der Basisrate (25–50%) auszugehen sei. Das bedeute, dass bis zu 3 von 10 Personen mit denselben Persönlichkeitsmerkmalen und vergleichbarem Lebenslauf wie der Beschwerdeführer innerhalb von zwei bis sechs Jahren rückfällig würden (pag. 687). Zur Behandelbarkeit führten die Gutachter aus, dass eine wirksame Behandlung existiere und sich im Fall des Beschwerdeführers bereits gezeigt habe, dass diese ganz wesentlich dazu beitrage, die Gefahr für die Begehung neuer Straftaten zu verringern. Neben einer erfolgreichen neuroleptischen Therapie sei ein psychoedukativ ausgerichteter therapeutischer Ansatz, eine schrittweise Belastungserprobung sowie eine sorgfältige Planung von Lockerungsschritten entscheidend (pag. 691). Der Gutachter E. _____ wandte die folgenden Prognoseinstrumente an: PCL-R, VRAG sowie das Forensisch Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluationssystem (FOTRES). Beim PCL-R kam er auf einen Wert von 14.7 Punkten (pag. 419). Dieser Wert ist leicht höher als der von D. _____/G. _____ ermittelte, liegt aber ebenfalls deutlich unter dem europäischen Cut-Off-Wert von 25 Punkten. Das Vorliegen von Psychopathy schliesst E. _____ ebenfalls klar aus. Nach VRAG stufte er den Beschwerdeführer, übereinstimmend mit D. _____/G. _____, in der Risikoklasse 5 ein. Gemäss FOTRES (ausgewertet in Bezug auf das Zieldelikt «Gewaltdelikte») attestierte er dem Beschwerdeführer im Rahmen des Risk-Needs-Assessment ein deutliches strukturelles Rückfallrisiko sowie eine geringe Beeinflussbarkeit. Beim Risk-Management geht E. _____ von einem deutlichen aktuell simulierten strukturellen Rückfallrisiko aus. Die aktuelle Beeinflussbarkeit stuft er als moderat bis deutlich ein, die dynamische Risikoverminderung moderat und die aktuelle dynamische Risikoverminderung ebenfalls moderat. Zusammenfassend kam er zum Schluss, dass aufgrund der vorliegenden Schizophrenie weiterhin

E. 17

eine deutliche strukturelle Rückfallgefahr für Gewaltdelikte zu bejahen sei. Die aktuelle Beeinflussbarkeit habe sich wesentlich verbessert und sei derzeit als moderat bis deutlich einzuschätzen, wodurch die Chancen einer Therapie gegenüber Hemmnissen überwiegen würden. Die Behandlungsaussichten seien als eher günstig zu beurteilen. Bei dieser Risikokonstellation sei eine Therapie auf Grund der günstigen Erfolgsaussicht klar empfehlenswert (pag. 429). Zur Behandelbarkeit führte E. _____ aus: «Die paranoide Schizophrenie hat sich bereits – insbesondere durch die medikamentöse Behandlung, aber auch durch ärztliche und pflegerische Gespräche sowie psychoedukative Behandlungselemente bzw. das multimodale Behandlungsprogramm des F. _____ (Klinik) – als gut behandelbar erwiesen. Auch für den schädlichen Gebrauch von Alkohol und die Cannabisabhängigkeit sind gut erprobte und etablierte Behandlungskonzepte verfügbar, wobei die Abstinenz bezüglich dieser zwei Substanzen auch mittels geeigneter Kontrollen gut überprüft werden kann. Die allenfalls noch vorhandenen dissozialen Persönlichkeitszüge könnten mittels deliktorientierter psychotherapeutischer Verfahren gebessert werden.» (pag. 469) Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gutachter übereinstimmend, wissenschaftlich breit abgestützt und fundiert begründet von einer deutlichen strukturellen Rückfallgefahr (E. _____) respektive von einer Rückfallwahrscheinlichkeit in der Grössenordnung von ca. 30%

(D._____/G._____) ausgehen. Dabei handelt es sich um eine rechtlich relevante Rückfallgefahr. Die gegenwärtige Legalprognose muss somit als im ungünstigen Bereich liegend taxiert werden. Was die Behandlungsmöglichkeit sowie die aktuelle Behandlungssituation anbelangt, so sind sich die Gutachter einig, dass der Beschwerdeführer dank dem umfassenden Behandlungsangebot in der F.____ (Klinik) mittlerweile in den Genuss einer für sein Störungsbild passenden und erfolgsversprechenden Therapie gekommen ist. Damit sind die Voraussetzungen an die Rückfallgefahr wie auch deren Senkung mittels therapeutischer Einflussnahme erfüllt. Vor diesem Hintergrund ist im Sinne von Art. 59 Abs. 4 StGB zu erwarten, dass durch die Fortführung der Massnahme der Gefahr weiterer mit der psychischen Störung zusammenhängender Taten begegnet werden kann. 12. Da eine stationäre therapeutische Massnahme in die verfassungsmässig garantierten Grundrechte des Massnahmeunterworfenen eingreift, hat sie dem Gebot der Verhältnismässigkeit zu entsprechen (Art. 36 Abs. 2 und 3 Bundesverfassung [BV, SR 101]). Der Verhältnismässigkeitsgrundsatz verlangt, dass die Sicherheitsbelange der Allgemeinheit und der Freiheitsanspruch des Betroffenen als wechselseitiges Korrektiv gesehen und im Einzelfall gegeneinander abgewogen werden. Der Staat soll dem Betroffenen die Freiheit nur so lange entziehen können, als die von ihm ausgehende Gefahr dies zu rechtfertigen vermag (Urteil des Bundesgerichts 6B_513/2017 vom 24. August 2017 E. 2.1 mit Hinweisen). Das Verhältnismässigkeitsprinzip umfasst drei Teilaspekte. Eine Massnahme muss geeignet sein, beim Betroffenen die Legalprognose zu verbessern. Weiter muss sie notwendig sein. Sie hat zu unterbleiben, wenn eine gleich geeignete, aber mildere Massnahme für den angestrebten Erfolg ausreichen würde. Dieses Kriterium trägt dem Aspekt des Verhältnisses zwischen Strafe und Massnahme bzw. der Subsidia-

E. 18

rität von Massnahmen Rechnung. Schliesslich muss zwischen dem Eingriff und dem angestrebten Zweck eine vernünftige Relation bestehen (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne). Das bedeutet, dass die betroffenen Interessen gegeneinander abgewogen werden müssen. Bei einer Prüfung des Zweck-Mittel-Verhältnisses fallen im Rahmen der Gesamtwürdigung auf der einen Seite insbesondere die Schwere des Eingriffs in die Freiheitsrechte des Betroffenen in Betracht. Auf der anderen Seite sind das Behandlungsbedürfnis sowie die Schwere und die Wahrscheinlichkeit künftiger Straftaten relevant.

E. 19

reicht werden kann, ist eine Massnahme aber in ihren Eingriffswirkungen milder, so ist auf die schwerwiegenderen Massnahmen zu verzichten. Unter dem Titel Erforderlichkeit trägt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, dass es um die Verhinderung eher geringfügiger Delikte gehe. Dies könne man auch mittels einer ambulanten Therapie gewährleisten. Es sei nicht ersichtlich, was aktuell gegen eine ambulante Therapie sprechen könnte, eine solche würde ebenso gut, respektive besser zum gewünschten Resultat führen (Beschwerde, B.II.4.5, pag. 27–29) Es ist offenkundig, dass eine ambulante Massnahme die Freiheitsrechte des Beschwerdeführers weniger einschneidend tangieren würde als eine stationäre Massnahme und damit grundsätzlich ein milderes Mittel darstellen würde. Dies allein reicht allerdings für die Verneinung der Erforderlichkeit im Rahmen der Verhältnismässigkeitsprüfung nicht aus. Denn die zur Auswahl stehenden Mittel müssen zur Erreichung des mit dem Eingriff verfolgten öffentlichen Interesses gleich geeignet sein, was

vorliegend nicht gegeben ist. Eine ambulante Massnahme bietet hinsichtlich des Schutzes von Drittpersonen, aber auch bezüglich der Fokussierung und Intensität des Therapiesettings, nicht das gleiche Level wie eine stationäre Massnahme. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, von ihm würden eher geringfügige Delikte drohen, so stellt dies eine Untertreibung dar. Noch bis kurz vor seine Verlegung in die F._____ (Klinik) hat der Beschwerdeführer auch im Vollzug gezeigt, dass er in psychotischen Zuständen gefährlich sein kann. Der Beschwerdeführer musste wiederholt diszipliniert werden, weil er Mitinsassen und Personal bedrohte, beleidigte und zum Teil auch tätlich anging. Am 27. Juli 2012 schlug er einem Angestellten der Anstalten Thorberg massiv gegen den Kopf (Vollzugsakten, Band 2, pag. 498 ff.). Auf der Sicherheitsabteilung der Strafanstalt Lenzburg bedrohte er verbal eine Zahnärztin, beschimpfte Vollzugsangestellte, schlug dem Sicherheitschef seine Rückhand mit voller Wucht gegen das Gesicht und beschädigte die Fensterglasscheibe seiner Wohnzelle (vgl. Antrag der Vollzugsbehörde, S. 8, Vorakten, pag. 107). Der Anstaltspsychiater der Strafanstalt Bostadel, Dr. med. H._____, warnte in seinem Bericht vom 27. Januar 2016 ausdrücklich vor einer Entlassung und empfahl dringend die Verlegung in eine geeignete Anstalt. Er schrieb: «Auf der Sicherheitsabteilung zeigt sich Herr A._____ als unberechenbarer, schwieriger und gefährlicher Mann. Er ist emotional schwer zugänglich. Seine Stimmungsschwankungen, seine Gedanken und seine impulsiven Durchbrüche sind kaum durchschaubar, teilweise nicht nachvollziehbar und nicht mit der Realität in Übereinstimmung zu bringen. In den letzten Tagen hat Herr A._____ schwer nachvollziehbare Briefe verfasst, bei denen es sich um Bestellungen für Gewaltvideos, Waffen, Alkoholika und anderes mehr handelt. In seiner undurchschaubaren, kaum berechenbaren und impulsiven Art ist er verschiedentlich übergriffig bis bedrohlich gegenüber dem Personal aufgefallen.» (Vollzugsakten, Band 4, pag. 1294) Was die betroffenen Rechtsgüter und deren Gewicht anbelangt, kann im Übrigen auf das hinten bei der Verhältnismässigkeit im engeren Sinn (E. 12.3) Gesagte verwiesen werden.

E. 20

Die Gutachter D._____/G._____ hielten unmissverständlich fest: «Die Fortsetzung der stationären Massnahme ist derzeit aus forensisch-psychiatrischer Sicht dringend angezeigt und es erscheint auch erforderlich, dies in einer dafür qualifizierten Einrichtung zu tun.» (pag. 689) «Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint die Fortsetzung als unbedingt indiziert, da die gemachten Behandlungsschritte gefestigt werden müssen.» (pag. 691). Und zur Frage, ob auch eine ambulante Behandlung genügen würde: «Es bedarf aktuell der stationären Massnahme.» (pag. 693). An der Hauptverhandlung führte Prof. Dr. med. D._____ aus, dass es gemäss wissenschaftlichen Studien und klinischer Erfahrung sehr häufig dazu komme, dass von einer paranoiden Schizophrenie betroffene Patienten die Medikamente absetzen oder wieder bestimmte Suchtmittel konsumieren würden. Das führe bei einem grossen Anteil der Patienten zu einem Wiederauftreten der Symptome mit entsprechenden Verhaltensweisen. In einem ambulanten Setting sei es dann fast nicht mehr möglich, den Patienten zu motivieren, eine adäquate Dosis einzunehmen. Man müsse dann zuschauen, wie es schief laufe. Die betroffenen Patienten würden dann im Fortschritt um viele Jahre zurückgeworfen. Der stationäre Vollzug dagegen könne im Wohn- und Arbeitsexternat weitergeführt werden, dort habe man die Möglichkeit einer Intervention im Falle einer Krise. Aufgrund des langjährigen Krankheitsverlaufs und insbesondere dem Konsum von psychotropen Substanzen gehöre der Beschwerdeführer zu einer Risikopopulation. Deshalb würden sie eine Fortführung der Massnahme im stationären

Rahmen empfehlen (pag. 903, Z. 157–170). Der Gutachter E. _____ sieht einen basalen ersten Schritt des Beschwerdeführers in seinem Wissen um die Gefahr erneuter psychotischer Schübe, sollte er das Neuroleptikum/Antipsychotikum absetzen, künftigem Stress ausgesetzt sein oder den Cannabiskonsum wieder aufnehmen. Die Frühwarnzeichen seiner Erkrankung kenne er noch nicht und auch die Persistenz seines adäquaten Verhaltens habe noch nicht unter Gewährung höherer Freiheitsgrade überprüft werden können (pag. 457). Dem jüngsten Therapieverlaufsbericht der F. _____ (Klinik) vom 27. Oktober 2017 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer für den nächsten Turnus der Psychoedukationsgruppe mit dem Titel «Meine persönlichen Frühwarnsignale» angemeldet ist (S. 3). Ein weiterer wichtiger Behandlungsschritt aus Sicht des aktuellen Behandlungsteams stellt die Überprüfung des Umgangs mit der erhöhten Verfügbarkeit von Suchtmitteln während unbegleiteter Ausgänge auf dem Areal dar (S. 4). Bei einer sofortigen Entlassung des Beschwerdeführers aus der stationären Massnahme würde er diese wichtigen Schritte überspringen, was insbesondere hinsichtlich der noch nicht erworbenen, vertieften Kenntnisse der Frühwarnsignale für Symptome seiner Erkrankung mit einem erhöhten Risiko einherginge. Es bestünde generell die Gefahr, dass es mangels ausreichend gefestigter Ressourcen zu Überforderungssituationen käme, verbunden mit dem hohen Risiko, dass er in bekannte, psychotisch bedingte Verhaltensmuster zurückfällt. Ein solch unheilvoller Kreislauf birgt das Potential, ihn im Behandlungsfortschritt um Jahre zurückzuwerfen. Ein ambulantes Setting erscheint noch verfrüht und kann daher nicht als ebenso

E. 21

geeignet wie die stationäre Massnahme bezeichnet werden. Die gegenwärtige Weiterführung des stationären Rahmens ist somit erforderlich.

E. 22

schwerdeführer dagegen argumentiert etwas widersprüchlich, wenn er selbst eine mittelgradige Rückfallgefahr annimmt (Beschwerde, B.II.4.6.3) und gleichzeitig behauptet, von einer Gefährlichkeit könne nicht mehr ausgegangen werden (B.II.4.6.7). Die drohenden Delikte sind von bedeutendem Gewicht, es geht insbesondere um eines der zentralsten Rechtsgüter der Gesellschaft überhaupt, den Schutz von Leib und Leben. Aber auch die Achtung vor dem Eigentum Dritter ist nicht zu vernachlässigen. In der zweiten Hälfte des Jahres 2009 sowie anfangs 2010 verübte der Beschwerdeführer eine Serie von neun Delikten (siehe Urteil des Gerichtskreises III, Aarberg-Büren-Erlach, vom 7. Juni 2010). Damals wurde er zu einer Freiheitsstrafe von 7 Monaten und 15 Tagen, einer Busse von CHF 1'200.00 sowie einer ambulanten Massnahme verurteilt. Die ambulante Massnahme verlief allerdings erfolglos und musste wieder aufgehoben werden. Nur gerade rund zwei Monate nach dem Urteil vom 7. Juni 2010 kam es am 18. August 2010 zum bisher gravierendsten Vorfall in einem Restaurant in M. _____, bei welchem der Beschwerdeführer einer Person aus nichtigem Anlass mit einem gefährlichen Gegenstand (Eisenaschenbecher eines Stammtisches) gegen den Kopf schlug. Dass das Opfer nicht schwere, evtl. sogar tödliche Verletzungen davontrug, war vermutlich dem glücklichen Umstand geschuldet, dass es sich noch rechtzeitig bücken konnte und der Aschenbecher teilweise auf der Tischkante aufschlug, so dass nicht die volle Kraft auf den Kopf des Opfers einwirkte (vgl. Urteil der 2. Strafkammer SK 11 92 vom

E. 24

Juni 2011, S. 22). Die 2. Strafkammer ging denn auch von einer erheblichen Schwere der Verletzung bzw. Gefährdung des betroffenen Rechtsguts aus. Sie führte dazu aus, dass der Schlag mit dem Aschenbecher geeignet gewesen wäre, eine schwere Verletzung oder sogar den Tod des Opfers herbeizuführen. Auch die tatsächlich erlittene Rissquetschwunde hätte ohne ärztliche Hilfe durch einen hohen Blutverlust lebensgefährlich enden können. Darüber hinaus führte der Vorfall zu einer erheblichen psychischen Belastung des Opfers, was noch an der erstinstanzlichen Hauptverhandlung (knapp ein halbes Jahr nach dem Vorfall) festgestellt werden können (ibid., S. 43). Im Vollzug setzte sich die krankheitsbedingte, mangelnde Impulskontrolle fort. Es gab Phasen, in welchen das Verhalten des Beschwerdeführers sowohl für Mitinsassen als auch das Anstaltspersonal untragbar war. Die vom Verteidiger des Beschwerdeführers gewählte Bezeichnung seines damaligen Benehmens im Vollzug als «nicht immer optimal» ist eine starke Verharmlosung der streckenweise vorherrschenden Realitäten. Was seine Behauptung anbelangt, er sei im Vollzug mehrfach gefoltert worden (Beschwerde, S. 7, 10, 12 und 16 f.) so handelt es sich dabei um einen von ihm schon mehrfach erhobenen Vorwurf, der auch schon Gegenstand des Urteils des Bundesgerichts 6B_1001/2015 bzw. 6B_1147/2015 vom

E. 29

Dezember 2015 war und von diesem in E. 9 verneint wurde. Es kann an dieser Stelle auf die entsprechenden Ausführungen des Bundesgerichts verwiesen werden. Der Beschwerdeführer befindet sich seit rund sechseinhalb Jahren im Vollzug der stationären Massnahme. Der damit verbundene Freiheitsentzug, welchen er bereits

23 hat hinnehmen müssen, ist – insbesondere vor dem Hintergrund der relativ kurzen Freiheitsstrafe von 14 Monaten – gewichtig. Die Massnahme zog sich deshalb derart in die Länge, weil der Beschwerdeführer (krankheitsbedingt) Therapieangebote verweigerte, immer wieder aneckte, sich für die Integrität von Drittpersonen als gefährlich erwies und mehrfach diszipliniert werden musste. Ungünstig für die Behandlung war, dass die paranoide Schizophrenie erst relativ spät erkannt und medikamentös angegangen werden konnte. Dieser Umstand kann aber nicht einfach einseitig als Versagen der Behörden oder früherer Gutachter interpretiert werden. Problematisch bei der Diagnosestellung war, dass der Beschwerdeführer kaum kooperierte und gemachte Angaben gleich wieder revidierte oder relativierte. In den ersten drei Gutachten verweigerte er die Einholung fremdanamnestischer Angaben, was sich, wie von den Gutachtern D. _____/G. _____ dargelegt, in der Retrospektive als Manko erwies. Einerseits fehlten deswegen wichtige Informationen über die in den Wochen bzw. Monaten vor der Deliktserie aufgetretenen Verhaltensänderungen (der für die Schizophrenie typische «Knick» in der Lebensgeschichte), andererseits dienten die möglicherweise durch krankhafte Prozesse verzerrten, autobiographischen Schilderungen des Beschwerdeführers als Grundlage für die Diagnose der Persönlichkeitsstörung (Gutachten D. _____/G. _____, pag. 670 f.). Zur Frage, weshalb die paranoide Schizophrenie beim Beschwerdeführer erst relativ spät diagnostiziert werden können, erklärte Prof. Dr. med. D. _____ an der Hauptverhandlung, dass man bei Personen, die selbst nicht in der Lage seien, einem Gutachter oder Therapeuten ihre innerpsychische Verfassung darzulegen, auf Beobachtungen von Aussen angewiesen sei (pag. 901, Z. 137–139). Solche fremdanamnestischen Informationen fehlten im damaligen Zeitpunkt. Weiter führte Prof. Dr. med. D. _____ aus, dass wenn man die Führungsberichte der jeweiligen Institutionen anschaut, man tatsächlich zum Eindruck kommen könne, dass es sich um eine Problematik

aus dem Kreis der Persönlichkeitsstörungen handle. Der vollen Manifestation einer schizophrenen Störung gehe eine Prodromalphase von 5–7 Jahren voraus mit Konzentrationsstörungen und vermehrtem Suchtmittelkonsum. Typischerweise falle diese Phase mit der Pubertät und dem jungen Erwachsenenalter zusammen, was es noch schwieriger mache. Deshalb sei es, wie im vorliegenden Fall, leider typisch, dass man eine Diagnose erst im späteren Verlauf stellen könne. Es würden gegenwärtig sehr viele Forschungsbemühungen zur Früherkennung laufen. Das Problem sei jedoch, dass wenn man jemanden fälschlicherweise behandle, die Nebenwirkungen der Medikamente in keinem Verhältnis zum Nutzen für den Patienten stünden (Z. 139–150). Die Zwangsbehandlung in der Station Etoine stellte im Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers eine Zäsur dar. Die eingesetzten antipsychotischen Medikamente wirkten und er konnte davon stark profitieren. Ein umfassenderes Bild über seine Erkrankung wurde möglich – auch dank mittlerweile guter Kooperation –, so dass er in der F. _____ (Klinik) den für sein Störungsbild am besten passende Therapieplatz antreten konnte. Die Erfolge der F. _____ (Klinik) sprechen für sich. Der aktuellste Therapieverlaufsbericht vom 27. Oktober 2017 zeichnet ein durchwegs positives Bild. Der Beschwerdeführer sei freundlich, angenehm und hilfsbereit. Im Kontakt werde er zunehmend offener, weicher und gesprächiger erlebt, auch könne

24 er sich zwischendurch gut von seiner humorvollen Seite zeigen. Was sein Konfliktverhalten anbelange, so sei es ihm mittlerweile möglich, Ärger auf adäquate Weise anzusprechen und sich auf Einschränkungen einzulassen. Bisher sei es nur ein einziges Mal zu einer Konfliktsituation mit einem Mitpatienten gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich aber im Vergleich zu früher gut beruhigen lassen, so dass es weder zu Tätlichkeiten noch zu einem anhaltenden Groll seitens des Beschwerdeführers gekommen sei. Die verordneten Medikamente nehme er zuverlässig und korrekt ein. Die regelmässigen Urin-Drogenscreenings seien alle negativ ausgefallen. Er sei bereit, sich auf das gesamte Behandlungsprogramm einzulassen. Seit dem 21. September 2017 befindet sich der Beschwerdeführer in der Lockerungsstufe U1, was bedeutet, dass er sich unbegleitet in die offene Arbeitstherapie oder andere Therapien auf dem Klinikareal begeben darf. Im Rahmen der bisherigen Lockerungsstufen seien keine Lockerungsmissbräuche, Verletzungen der Stationsregeln oder Entweichungen aufgetreten. Der Beschwerdeführer distanzieren sich von Entweichungsvorstellungen und zeige sich durchgängig absprachefähig und verlässlich. Ein begleiteter Tagesurlaub im vergangenen August sei gut vonstatten gegangen. Auch weitere externe Aktivitäten seien allesamt problemlos verlaufen. In der Behandlungsplankonferenz vom 24. Oktober 2017 seien als übergeordnete Ziele die Erarbeitung eines umfassenden Krankheits- und Delinquenz-Konzepts, das Problematisieren des Berufswunsches (Tätowierer) sowie die weitere psychosoziale und kognitive Belastungserprobung (u.a. durch weitere Lockerungen und einen Wechsel in die offene Arbeitstherapie) festgelegt worden. Ein weiterer wichtiger Behandlungsschritt sei die Überprüfung des Umgangs mit der erhöhten Verfügbarkeit von Suchtmitteln während unbegleiteter Ausgänge auf dem Areal. Im Vergleich zu den Zuständen bis circa ein halbes Jahr vor der Verlängerung der Massnahme konnte der Beschwerdeführer im Vollzug einen sehr grossen Schritt vorwärts machen. Nun muss sich zeigen, wie stabil diese Entwicklung ist. Im gegenwärtigen (weiterhin noch stationären) Setting geht es also darum, die in der F. _____ (Klinik) erzielten Anfangserfolge zu konsolidieren, so dass möglichst bald die in Aussicht gestellten Lockerungen in Angriff genommen werden können. Die Gutachter D. _____/G. _____ gehen aufgrund der

nun erfolgreich etablierten, wirkungsvollen medikamentösen Behandlung sowie der Behandlungsbereitschaft des Beschwerdeführers davon aus, dass prognostisch eine günstige Entwicklung zu erwarten sei (pag. 687). Aus ihrer Sicht braucht die stationäre Massnahme noch mindestens drei Jahre, um die therapeutischen Ziele zu etablieren, Lockerungen und eine Belastungserprobung sinnvoll zu planen und einen sozialen, langfristig deliktprotektiven Empfangsraum zu gestalten (pag. 693). Anlässlich der Hauptverhandlung führte Prof. Dr. med. D. _____ aus, dass sich ihre Empfehlung der Verlängerung ab Ablauf der ursprünglichen Massnahmedauer berechne, was im vorliegenden Fall einem Ende per Juni 2019 entsprechen würde. Er erachte dies als ein realistischer Zeitraum, in welchem man die noch ausstehenden Behandlungen vornehmen könne (pag. 903, Z. 175–178). Daran habe sich mit dem aktuellsten Therapieverlaufsbericht vom 27. Oktober 2017 nichts geändert. Er würde eine zügige Weiterentwicklung in Richtung Wohn- und Arbeitsexternat befürworten (pag. 905, Z. 224–225).

25 Dem Verlaufsgutachten E. _____ lässt sich zum Zeitbedarf entnehmen: «Im Falle eines günstigen weiteren Massnahmenverlaufs ist meines Erachtens eine bedingte Entlassung aus der stationären Massnahme per Ende 2018 als realistisches Ziel anzusehen. Auf diesen Zeitpunkt hin sollten zivilrechtliche Unterstützungsmassnahmen geprüft werden, um in der Probezeit gemeinsam mit dem ASMV Bern ein langfristig ausreichend Unterstützung bietendes Setting aufbauen zu können, mit dem psychotische Entgleisungen und damit auch zukünftige Gewalthandlungen vermieden werden können. [S. 92; pag. 461] Bei einem weiterhin günstigen Massnahmenverlauf auf der geschlossenen Station mit Stabilität des psychischen Zustandes sowie Einhaltung der Alkohol- und Cannabisabstinenz kann meines Erachtens noch vor Ende 2017 eine Versetzung auf eine offene Massnahmenstation erfolgen, wobei dann die Absprachefähigkeit des Exploranden mittels Erweiterung der Ausgänge und Urlaube zu überprüfen sein wird. In diesem Stadium der Behandlung soll die berufliche Reintegration angegangen werden, wobei der Einbezug der Invalidenversicherung sicherlich sinnvoll erscheint. Falls im offenen Vollzug bei Herrn A. _____ weiterhin ein günstiger Therapieverlauf beobachtbar sein wird, gibt es auch keine Bedenken zur Durchführung eines Wohn- und Arbeitsexternates [WAEX], das je nach Zustand und Verfügbarkeit in einem psychiatrischen Wohnheim oder einer betreuten Wohngemeinschaft erfolgen kann. Falls auch das WAEX günstig verläuft, steht einer bedingten Entlassung etwa per Ende 2018 nichts im Wege. [S. 100; pag. 477]» Die Beschwerdekammer ist angesichts der Berichte aus der F. _____ (Klinik) sowie des an der Hauptverhandlung gewonnenen, eigenen Eindrucks überzeugt, dass der Beschwerdeführer nach seiner längeren, krankheitsbedingten Vollzugsodyssee nun definitiv auf dem richtigen Weg ist. Die Gutachter D. _____/G. _____ und E. _____ liegen bezüglich der voraussichtlich noch benötigten Dauer nicht weit auseinander, es handelt sich um eine Differenz von lediglich einem halben Jahr. Prof. Dr. med. D. _____ sagte dazu an der Hauptverhandlung: «Ich glaube wir liegen da nicht weit auseinander. Es ist sowieso unmöglich über einen so langen Zeitraum verlässliche Prognosen zu erstellen. Herr A. _____ hat einige Risikofaktoren, auf der anderen Seite zeigt er einen sehr günstigen Verlauf in einer kompetenten Klinik.» (pag. 903, Z. 185–188) Der Beschwerdeführer selbst antwortete an der Hauptverhandlung auf die Frage, wie lange er sich vorstellen könne, das Therapiesetting mitzumachen: «So 2 Jahre. Der nächste Schritt wäre die offene Station, so Frühjahr 2018. Dort bleibt man dann so ca. 1 Jahr. Eine Entlassung per Sommer 2019 wäre eigentlich angedacht. Dies wurde so an der Behandlungsplankonferenz besprochen. Es ist das erste Mal, wo ein klares Datum genannt wird.» (pag. 915, Z. 34–37). Auf entsprechende

Nachfrage führte er aus, dass ihn diese Planung nicht schlecht dünke. Es komme darauf an, wie schnell sich externes Arbeiten und Wohnen organisieren lasse. Er sei froh über die Planung per Sommer 2019 (pag. 919, Z. 103– 105). Wenn der Beschwerdeführer den in der F. _____ (Klinik) bis dato aufgebauten, sehr erfreulichen Behandlungsverlauf fortsetzen kann, erscheint eine bedingte Entlassung per Juni 2019 tatsächlich als realistisches Ziel. Auch wenn die Maximaldauer von den Vollzugsbehörden nicht zwingend ausgeschöpft werden muss, erweist sich die vorinstanzliche Verlängerung um vier Jahre, d.h. bis am 23. Juni 2020, als zu lang und verletzt die Verhältnismässigkeit im engeren Sinn. Die Be-

26 schwerde ist in diesem Punkt begründet. Entsprechend ist der Antrag der Vollzugsbehörde vom 24. Mai 2016 insofern gutzuheissen, als dass die Massnahme lediglich um 3 Jahre bis am 23. Juni 2019 verlängert wird. Soweit weitergehend ist der Antrag der Vollzugsbehörde abzuweisen. Der mit der stationären Massnahme verbundene Freiheitsentzug ist dem Beschwerdeführer bis zu diesem Zeitpunkt in Anbetracht des von ihm (gegenwärtig noch) ausgehenden Gefahrenpotentials und der bedrohten Rechtsgüter zumutbar. 13. Bei diesem Ausgang des Beschwerdeverfahrens fällt eine Entschädigung des Beschwerdeführers für angeblich unrechtmässig erstandene Haft ausser Betracht. Was die von ihm anlässlich der Hauptverhandlung beantragte Entschädigung von CHF 200.00 pro Tag für die Zeit zwischen Ablauf der Massnahme und vorinstanzlichem Entscheid anbelangt, kann auf E. 6 vorne verwiesen werden. Entgegen seinen Darstellungen bestand durchwegs ein gültiger Hafttitel. 14. Die Kosten des Beschwerdeverfahrens trägt der Kanton Bern (Art. 428 Abs. 1 StPO). Auch wenn der Beschwerdeführer nicht mit all seinen Anträgen durchdringt, erscheint eine anteilmässige Verteilung der Verfahrenskosten nicht angezeigt. Ein neues Gutachten wurde in Auftrag gegeben, bzw. hätte schon von der Vorinstanz eingeholt werden müssen. Auch hierfür kann der Beschwerdeführer nicht in die Pflicht genommen werden (Art. 426 Abs. 3 Bst. a StPO). Die Entschädigung für die amtliche Verteidigung des Beschwerdeführers im Beschwerdeverfahren wird nach Eingang der Honorarnote mit separatem Beschluss festgesetzt werden. Fällt die Rechtsmittelinstanz einen neuen Entscheid, so befindet sie darin auch über die von der Vorinstanz getroffene Kostenregelung (Art. 428 Abs. 3 StPO). Die vorinstanzliche Kostenregelung wird durch den vorliegenden Beschluss der Beschwerdekammer nicht tangiert. Die vorinstanzlichen Verfahrenskosten werden ebenfalls vom Kanton Bern getragen (siehe angefochtener Beschluss, Dispositiv-Ziffer 3). Insoweit ist der vorinstanzliche Beschluss in Rechtskraft erwachsen. Das Gleiche gilt für die von der Vorinstanz mit separatem Beschluss vom 25. November 2016 festgesetzte amtliche Entschädigung.

27 Die Beschwerdekammer in Strafsachen beschliesst: 1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Die Dispositiv-Ziffern 1 und 2 des Beschlusses des Regionalgerichts Berner Jura-Seeland vom 9. September 2016 werden aufgehoben. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen, sofern darauf einzutreten ist. 2. Der Antrag der Vollzugsbehörde vom 24. Mai 2016 wird teilweise gutgeheissen. Die stationäre Massnahme wird um drei Jahre, laufend ab 24. Juni 2016, verlängert. Soweit weitergehend wird der Antrag abgewiesen. 3. Die Kosten des Beschwerdeverfahrens, bestimmt auf CHF 3'000.00 plus Auslagen, trägt der Kanton Bern. 4. Die Entschädigung für die amtliche Verteidigung des Beschwerdeführers im Beschwerdeverfahren wird mit separatem Beschluss zu einem späteren Zeitpunkt festgesetzt. 5. Es wird festgestellt, dass die vorinstanzliche Kostenfestsetzung (Dispositiv-Ziffer 3 des angefochtenen Beschlusses) sowie die separat

festgesetzte Entschädigung für die amtliche Verteidigung des Beschwerdeführers im vorinstanzlichen Verfahren (Be- schluss des Regionalgerichts Berner Jura-Seeland vom 25. November 2016) in Rechtskraft erwachsen sind. 6. Der Beschwerdeführer geht zurück in die F._____ (Klinik). 7. Zu eröffnen: - dem Beschwerdeführer, a.v.d. Rechtsanwalt B._____ - der Generalstaatsanwaltschaft - dem Regionalgericht Berner Jura-Seeland (mit den Akten) Mitzuteilen: - der Polizei- und Militärdirektion, Amt für Justizvollzug, Bewährungs- und Vollzugs- dienste - der F._____ (Klinik)

28 Bern, 27. November 2017 Im Namen der Beschwerdekammer in Strafsachen Die Präsidentin: Oberrichterin Schnell Der Gerichtsschreiber: Kind Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Bundesgericht, Av. du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14, Beschwerde in Strafsachen gemäss Art. 39 ff., 78 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110) geführt werden. Die Be- schwerde muss den Anforderungen von Art. 42 BGG entsprechen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.