26 MAR. 2026

Psychiatrische Dienste | solothurner spitäler SOH

Psychiatrische Dienste
Weissensteinstrasse 102
CH-4503 Solothurn
T 032 627 14 76
www.solothurnerspitaeler.ch

Forensische Psychiatrie
Sekretariat
forensik.pd@spital.so.ch

Psychiatrische Dienste | Weissensteinstrasse 102
CH-4503 Solothurn

Amt für Justizvollzug und
Bewährungshilfe JVBHA
Rte d'Englisberg 3
1763 Granges-Paccot

Solothurn | 24. März 2026 sz

Empfangsbestätigung
XO / OU

Forensische Psychiatrie

Chefarzt
Dr. med.
Lutz-Peter Hiersemenzel,
MBA

Gegenstand: **- Gutachten Seewer Daniel, geb. 02.11.1966 (2-fach)**

Empfang bestätigt:

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift Empfänger

Bitte **retournieren** Sie diese Empfangsbestätigung umgehend per Mail (forensik.pd@spital.so.ch) oder per Post (Psychiatrische Dienste, Forensische Psychiatrie, Weissensteinstrasse 102, 4503 Solothurn).

Psychiatrische Dienste
solothurner spitäler soH

Psychiatrische Dienste | Weissensteinstrasse 102
CH-4503 Solothurn

Amt für Justizvollzug und
Bewährungshilfe JVBHA
Rte d'Englisberg 3
1763 Granges-Paccot

Psychiatrische Dienste
Weissensteinstrasse 102
CH-4503 Solothurn
T 032 627 14 76
www.solothurnerspitaeler.ch

Forensische Psychiatrie
Chefarzt
Dr. med. L.-P. Hiersemenzel, MBA
lp.hiersemenzel@spital.so.ch

Solothurn | 24.03.2026 Hi

Mit dem Schreiben vom 23.05.2025 werde ich gebeten um eine ergänzende Begutachtung von

S e e w e r, Daniel, geb. 02.11.1966, von Gsteig BE
Zurzeit im Verwahrungsvollzug in der Justizvollzugsanstalt Pöschwies ZH

ANLASS UND FRAGESTELLUNG

Daniel Seewer, nachfolgend Explorand (Expl.) genannt, ist seit der Jugendzeit mit Sexualdelikten in Erscheinung getreten. Er wurde trotz Strafen und Therapien wiederholt rückfällig, mehrere Male begutachtet und nach der letzten Begutachtung vom 25.04.2018, die zuletzt durchgeführte stationäre Behandlungsmassnahme nach Art. 59 StGB in eine sichernde Massnahme der Verwahrung nach Art. 64 StGB umgewandelt. Diese wird in der JVA Pöschwies vollzogen.

Nach Auftreten neuer Auffälligkeiten vor allem im Sprachvermögen, fand im Jahr 2022 eine vertiefte Untersuchung statt und wurde eine mittel-

schwere neuropsychologische Funktionsstörung diagnostiziert bei Verdacht auf das Vorliegen einer neurodegenerativen Demenzerkrankung vom Typ einer progressiven Aphasie.

Vor diesem Hintergrund stellen sich Fragen in Bezug auf die aktuell zu stellenden Diagnosen sowie die Auswirkungen der Erkrankung auf das Rückfallrisiko. Weiter stellen sich Fragen nach den zu empfehlenden Modalitäten bei Weiterführung des Verwahrungsvollzugs.

Das vorliegende wissenschaftliche psychiatrische Gutachten stützt sich auf:

- Die mir zur Verfügung gestellten Untersuchungsakten
- Diverse Ergänzungen, insbesondere Therapieberichte und Vollzugsberichte (seit meiner Begutachtung aus dem Jahre 2018)
- Eine aktuelle Vollzugsauskunft (telefonisch)
- Die ergänzend veranlasste neuropsychologische Verlaufsuntersuchung in der Neurologischen Univers. Klinik Zürich (Anmeldung Nov. 2025, Eingang Befund 07.03.2026)
- Die persönliche Untersuchung des Expl. in der Strafanstalt Pöschwies am 08.09.2025 über rund 1 Stunde

INHALTSVERZEICHNIS

ANLASS UND FRAGESTELLUNG 1
AUS DEN AKTEN 4
Gutachten vom 25.04.2018 4
Behandlungsbericht PPD JVA Pöschwies 17.08.2018 4
Behandlungsbericht PPD JVA Pöschwies 19.07.2019 6
Behandlungsbericht FPA Pöschwies 28.05.2021 6
Vollzugsbericht JVA Pöschwies 14.05.2024 6
Vollzugsbericht JVA Pöschwies 05.08.2025 7
Aktuelle Fremdauskunft zur Vollzugssituation März 2026 8
Berichte der Klinik für Neurologie USZ 9
AKTUELLE ANGABEN 9
Diverse Angaben 9
BEFUND 11
Psychopathologischer Befund 12
Ergänzende Neurologische und Neuropsychologische Untersuchung 13
BEURTEILUNG 15
Diagnostische Beurteilung 15
Zur Frage der Legalprognose 17
FRAGENBEANTWORTUNG 20
Fragen der auftraggebenden Behörde 20
Ergänzungsfragen des Rechtsvertreters 21

AUS DEN AKTEN

Gutachten vom 25.04.2018

Das aktuelle Gutachten muss als Ergänzung meines Gutachtens vom Jahre 2018 verstanden und gelesen werden, welches, aufgrund der langen Delikt- und Therapievorgeschichte, sehr umfangreich ausgefallen war, wobei an dieser Stelle jetzt nur das ganz Wesentliche sehr komprimiert in Erinnerung gebracht werden soll.

Gesprochen hatte ich vom Vorliegen einer komplexen Persönlichkeitsproblematik, die sich am ehesten als narzisstische Persönlichkeitsstörung mit dissozialen, impulsiven Anteilen, allenfalls auch als kombinierte Persönlichkeitsstörung erfassen lässt. Ich hatte auf das Vorliegen einer deutlichen Psychopathy nach Prof. Hare hingewiesen. Im Bereich der Sexualität konnte festgestellt werden, dass eine multiple Störung der Sexualpräferenz mit voyeuristischen, pädophilen, sadistischen und Opfer erschreckenden Anteilen zu erfassen war und nicht zuletzt eine tief verankerte frauenfeindliche Grundhaltung des Expl. zu erkennen war.

An bedeutenden somatischen Diagnosen konnte ich damals einen arteriellen Bluthochdruck, eine Hypercholesterinämie, einen Status nach primärem Hyperparathyreoidismus (Fehlfunktion einer Nebenschilddrüse) sowie Status nach Orchektomie beidseits (Hodenentfernung mit Konsequenz einer Hypotestosteronämie) feststellen. Hinweise auf eine dementielle Entwicklung ergaben sich damals noch nicht.

Bezüglich forensischer Behandlung stellte ich fest, dass keine wesentlichen Fortschritte in wichtigen Bereichen der Störungseinsicht und Deliktauseinandersetzung feststellbar waren trotz fachlich hochkompetenter jahrelanger Therapiebemühungen.

Bezüglich Rückfallrisiko war zu erkennen, dass aufgrund der vorliegenden schweren und höchst deliktrelevanten Störung, des fehlenden Behandlungserfolges sowie der breiten, ausgeprägten und langjährigen Delinquenz der Expl. als Hochrisikotäter anzusprechen ist und sich dies auch entsprechend in den verschiedenen Prognoseinstrumenten niederschlug.

Behandlungsbericht PPD JVA Pöschwies 17.08.2018

Dieser Bericht geht über den Behandlungszeitraum 02.05.2017 bis 13.08.2018 und hält fest, dass in diesem Zeitraum 47 Sitzungen stattfanden.

Es findet vor allem, angeregt durch das letzte Gutachten, nochmals eine vertiefte diagnostische Diskussion statt mit einer eigenen diagnostischen Beurteilung des Vorliegen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, einer multiplen Störung der Sexualpräferenzen mit voyeuristischen, pädosexuellen sowie frauenfeindlichen Anteilen und ein schädlicher Gebrauch von Alkohol und Cannabis.

Unter deliktrelevanten Risikoeigenschaften im Sinne des forensisch-operationalisierten Therapierisiko Evaluationssystems FOTRES 3, werden als tatrelevanten Risikoeigenschaften Dissozialität, narzisstische Persönlichkeit, Vergewaltigungsdisposition als Präferenz, risikorelevante Drogenproblematik und wutgeprägte Aggressivität genannt. In Bezug auf einen Deliktmechanismus werden Komponenten wie Empathiemangel, Frauenfeindlichkeit, Dissozialität und das Erleben von Kontrolle und Macht angeführt.

Bezüglich des Verlaufs seiner Psychotherapie wird unterschieden zwischen der Behandlungsphase in der ersten Hälfte des Berichtzeitraums und der zweiten, nach Eintreffen des Gutachtens und damit einhergehenden Frustrationssituationen, Rückzugsverhalten aber auch eine deutliche Anspruchshaltung und Wünschen nach adäquaten Aktivitäten wie Skilaufen oder Besuch eines Tierheims. Neben einer Einzeltherapie nahm er auch an Gruppentherapien teil, wobei er sich zuletzt vermehrt in seiner Autonomie eingeschränkt sah und unproduktiven, passiv-aggressiven Stimmungen versank und er schliesslich am 19.04.2018 die Gruppe "bedauerlicherweise aus seiner Enttäuschungssituation heraus ohne Verabschiedung" verliess.

Vermerkt ist auch, dass er in Zusammenhang mit dem Gutachten von 2018 Suiziddrohungen äusserte und kurzfristig am 04.06.2018 zum Selbstschutz und zur Reizabschirmung in den Arrest verlegt werden musste.

Bezüglich Risikobeurteilung kommen die Therapeuten zum Schluss, dass unter Benutzung des FOTRES 3 das aktuelle Risiko für Sexualdelikte als sehr hoch bis hoch (auf 3.5, auf einer Skala von 0 bis 4) und die aktuelle Beeinflussbarkeit als gering (Wert 1) eingestuft werden muss. Unter allgemeiner Risikobeurteilung ist ausgeführt, dass vor dem Hintergrund einer neuen Informationsgrundlage durch nachträglich zugänglich gemachte Akten sowie dem Verlauf im vergangenen Berichtzeitraum, eine negative Legalprognose erkannt werden müsse. Sie gingen nun von einem deutlichen bis sehr hohen Rückfallrisiko für Sexualdelikte im Allgemeinen aus.

Behandlungsbericht PPD JVA Pöschwies 19.07.2019

Dieser Behandlungsbericht geht über den Behandlungszeitraum 14.08.2018 bis 05.07.2019 und umfassten 31 Sitzungen. In der Behandlung heisst es, dass er sich während mehreren Monaten verzweifelt, orientierungslos, niedergeschlagen zeigte und bisweilen eine bilanzierende Haltung feststellbar war und dass er die Sinnhaftigkeit einer weiteren Behandlung in Zweifel zog. Die affektive Verstimmung habe jedoch nie das Ausmass angenommen, wie sie es zu Beginn des Aufenthaltes bei ihm auf der FPA gesehen hatten. Er habe nicht mehr tagelang in Ablehnung verharrt und gelang es innerhalb kürzester Zeit die emotionale Auseinandersetzung in konstruktiver Weise zu führen.

Nach wie vor sei die Tendenz zu beobachten gewesen, den inhaltlichen Verlauf der Therapie auf nicht relevante marginale Nebenschauplätze zu lenken. Bisweilen habe er auf therapeutische Rückmeldung mit Ärger, Trotz und Verweigerung reagiert. Eine Reaktionsbereitschaft narzisstischer Natur war nach wie vor zu verzeichnen. Die Risikobeurteilung allgemein und anhand FOTRES 3 fiel weiterhin ungünstig aus bei unverändert deutlich bis sehr hohem Rückfallrisiko für Sexualdelikte im Allgemeinen.

Die gestellten Therapieziele hätten von ihm mehrheitlich nicht umgesetzt werden können. Die stationäre Massnahme habe sich als nicht zweckmässig erwiesen.

Behandlungsbericht FPA Pöschwies 28.05.2021

Dieser Behandlungsbericht bezieht sich auf den Zeitraum 06.07.2019 bis 28.05.2021. Im Berichtzeitraum sei es zu 36 Sitzungen gekommen. Er sei zuvor am 06.07.2019 von der Therapieabteilung FPA in den normalen Vollzug gewechselt. Die diagnostischen und prognostischen Beurteilungen blieben unverändert. In dieser Therapiephase wurde nun nicht mehr schwerpunktmässig Persönlichkeits- und Deliktorientiert gearbeitet, sondern begleitend stützend mit Blick auf Therapieabschluss und Aufhebung der stationären Massnahme.

Vollzugsbericht JVA Pöschwies 14.05.2024

Hier ist dargelegt, dass sich der Expl. ohne Vollzugslockerung im geschlossenen Vollzug einer Verwahrungsmassnahme gem. Art. 64 StGB befindet. Weiter ist ausgeführt, dass am 10.01.2023 ein Gespräch mit ihm und seinen Angehörigen (Mutter und beiden Schwestern) stattfand, sowie dem zuständigen Sozialarbeiter und dem Anstaltsarzt und Fragen zur Vollzugssituation sowie

zu diagnostizierten Demenzerkrankung und möglichen Entwicklungen vermittelt wurden. Das Gespräch sei sehr konstruktiv verlaufen.

Es sei entschieden worden, ihn zeitnah in die Gruppe AGE (Wohngruppe für Alter und Gesundheit) zu versetzen, was am 19.02.2024 umgesetzt wurde. Zum Vollzugsverhalten werde ihm weiterhin ein sehr positives Zeugnis ausgestellt. Er habe sich stets gegenüber Angestellten und Insassen korrekt verhalten und auch körperliche Sauberkeit und Ordnung der Zelle hätten nie zu Beanstandungen Anlass gegeben.

Bezüglich Freizeitgestaltung heisst es, dass er am liebsten die Freizeit auf seiner Zelle mit TV-Schauen verbringe. Angeführt ist auch, dass die Auswirkung der Demenzerkrankung sich im Vollzugsalltag und auch am Arbeitsplatz bemerkbar machten, er aber nachfrage, wenn er einmal etwas vergessen habe oder die richtigen Worte nicht finde. Er werde von den Mitinsassen unterstützt. Er arbeite sehr konzentriert. Seine Arbeitsleistung und die gelieferte Arbeitsqualität seien sehr gut und er erscheine immer pünktlich und sauber zur Arbeit. Eine Umwandlung der Verwahrungsmassnahme einer stationären, therapeutischen Behandlung nach Art. 59 StGB, werde aufgrund der fortschreitenden kognitiven Einschränkungen und der fehlenden therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten als nicht sinnvoll oder zweckmässig angesehen. Es wird empfohlen, die bedingte Entlassung abzulehnen und die Verwahrung gem. Art. 64 StGB weiterzuführen.

Weiter wurde der Vollzugsbehörde empfohlen, sich früh genug mit der Möglichkeit des alternativen Strafvollzugs zu befassen und sich nach einer geeigneten Unterbringungsmöglichkeit für Daniel Seewer umzusehen.

Vollzugsbericht JVA Pöschwies 05.08.2025

Hier heisst es, dass sich die Vollzugssituation praktisch unverändert darstelle. Im Vollzugsalltag mache sich aber die Demenzerkrankung immer stärker durch eine zunehmende Vergesslichkeit bemerkbar und werde es immer schwieriger und anspruchsvoller, veränderte Abläufe oder Situationen im Vollzugsalltag ihm zu erklären. In solchen Situationen reagiere er stark überfordert, nervös und verunsichert. Auch ist angeführt, dass er zunehmend Mühe damit habe, sich Namen und Funktionen von Personen zu merken. Weiter sei aufgefallen, dass er in direktem Kontakt vermehrt zu Spässen aufgelegt sei, jedoch eine angemessene zwischenmenschliche Distanz vermissen lasse oder gar als grenzüberschreitend wahrgenommen würde. "Aufgrund seiner

kognitiven Einschränkungen könne er dann in solchen Situationen eine entsprechende Rückmeldung nur schwer verstehen, da er sein Verhalten als stimmig empfinde." Weiter heisst es, dass ansonsten sein Erscheinungsbild stets gepflegt sei und er seine Zelle sauber und ordentlich aufgeräumt halte. Mit seinen finanziellen Mitteln gehe er sparsam um.

Bezüglich Gesundheit heisst es, dass trotz kognitivem Nachlassen er körperlich fit sei. Es seien keine krankheitsbedingten Ausfälle zu vermelden.
Unter Erwägungen ist zum Ende angeführt, dass sein Verhalten grundsätzlich unverändert anständig und korrekt sei, "wobei auch diesbezüglich öfters ein distanzloses und grenzüberschreitendes Verhalten beobachtet werden konnte. Darüber hinaus wird die Gestaltung des Vollzugsalltags aufgrund des kognitiven Abbaus als zunehmend schwieriger und herausfordernder erlebt." Vermerkt ist auch, dass er seit 2021 nicht mehr therapeutisch eingebunden sei. Es werde empfohlen, eine bedingte Entlassung abzulehnen und eine (ergänzende) forensisch-neurologische Begutachtung in Auftrag zu geben.

Aktuelle Fremdauskunft zur Vollzugssituation März 2026

Gebeten um eine Auskunft, ob der aktuelle Vollzugsalltag mit dem Expl. noch gemeistert werden könne, berichtet Herr Croci, Abteilungsleiter JVA Pöschwies am 11.03.2026 dem Gutachter telefonisch, dass der Expl. am 19.02.2024 auf ihre Abteilung gewechselt habe. Da sei er schon symptomatisch gewesen, sei dies aber im Normalvollzug mit den festen Abläufen zunächst gar nicht so aufgefallen. Er habe sich einfach sehr aus der Kommunikation zurückgezogen gehabt. Bei ihnen habe er sich dann ganz gut einleben können. Die zunehmende Demenz, auch die Vergesslichkeit, mache aber den Umgang mit ihm immer herausfordernder. Auch bei der Arbeit brauche er viel Erklärung und alles Neue sei sehr, sehr schwierig. In den letzten zwei Jahren habe er bei ihnen doch "sehr deutlich abgebaut". Er sei einzelgängerisch, eher der Exot. Sie arbeiteten mit Farben und Zetteln, damit er seine Zelle finde und wiedererkenne. Im Bereich der Körperhygiene, Ausscheidungen etc. gebe es derzeit keinerlei Probleme. Derzeit könnten sie seinen Zustand noch tragen, irgendwann gehe es dann aber sicher nicht mehr.

Er sei nicht in irgendeiner Art und Weise sexuell auffällig. Ob er noch Selbstbefriedigung mache, wüssten sie nicht zu sagen. Einmal habe es aber ein auffälliges Verhalten gegeben. Da habe es geregnet und die Ergotherapeutin sei

durchnässt hineingekommen. Er habe dann mit dem Finger auf ihre Oberweite gezeigt und gesagt, sie sei nass. Dann habe er auch auf ihren Schritt gezeigt und ähnliches gesagt. Das sei schon auffällig gewesen.

Berichte der Klinik für Neurologie USZ

Es liegen in den Akten insgesamt drei Berichte vor, vom 24.08.2023, vom 06.11.2023 sowie vom 03.01.2024 (aktueller Bericht vom Jan. 2026 s.u.). Während zunächst neurologisch ein hochgradiger Verdacht auf Alzheimer-Demenz im Frühstadium gestellt wurde, wird später von einer "mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung" gesprochen. Die Ätiologie sei unklar. Anamnestisch bestünden zunehmend Vergesslichkeit, Sprachverständnisstörung und Wortfindungsstörungen seit über einem Jahr, seither sei er sprachlich eingeschränkt und bestehe eine teilweise stockende Sprache.

Weiter werden verschiedene auffälligen Befunde erwähnt, bei der neuropsychologischen Testung, im Labor, in der Bildgebung des Kopfes (kortikale und mesiotemporale Hirnvolumenminderung beidseits, fortgeschritten links und mässig rechts, sowie leichte kortikale Hirnvolumenminderung bi-frontoparietal) sowie Leukoaraiosis. Weiter ein Liquorbefund mit einem grenzwertig erhöhten Amyolidprotein B, sowie einen normalen Beta-Amyloidquotient und unauffälliger Tau-Biomarker-Gruppe.

AKTUELLE ANGABEN

Vorbemerkung: Eine strukturierte Anamneseerhebung und Untersuchung in üblicher Art und Form war nicht möglich.

Diverse Angaben

Er sei im Verlauf von der FPA auf eine Normalstation versetzt worden. Später habe man ihm gesagt, dass er auf die Station AG (Alter und Gesundheit) versetzt werden solle. Das habe er erst nicht gewollt. Dann sei er dorthin versetzt worden. Es sei jetzt nicht schlecht. Er komme mit den anderen Insassen gut zurecht. Er ziehe sich aber eher zurück. Er sei bestimmt kein "A..." für die anderen, das schliesse er daraus, dass sie zum Beispiel bei bestimmtem Essen wie Pizza, es mit ihm teilten, wenn sie es selbst nicht essen mögen.

Er mache immer alles korrekt, er habe sich nichts zuschulden kommen lassen, er sei nie in den 'Bunker' gekommen. Es gebe keine Disziplinierungen. Gegenüber dem weiblichen Personal der Abteilung AG verhalte er sich immer korrekt.

Am Mittwoch bekomme er Besuch von seiner Mutter, die betagt sei, und von seiner Schwester.

Psychotherapie habe er nicht mehr. Das sei mit der Verwahrungsanordnung beendet worden.

Einmal im Monat komme eine Dame, die mit ihnen auf der Abteilung Spiele mache. Es gebe in ihrer Abteilung "ein Stück Wasser", wo es Tiere gebe, wie Schildkröten, fünf, dabei sei eine sehr klein und Frösche, die man manchmal höre, was aber nicht weiter schlimm sei.

Früher habe er noch ein blutdrucksenkendes Medikament gehabt, das brauche er jetzt nicht mehr. Er bekomme ein anderes zum "besser fühlen" am Morgen und ein weiteres für seinen Kopf am Abend.

Unter der Woche hole er sich das selbst ab, am Wochenende werde es von der Betreuung gebracht.

Bezüglich Zigaretten rauche er circa 15 Stück am Tag, jeweils am Samstag mache er sich 200 Stück fertig, nachdem er am Donnerstag am Kiosk den Tabak gekauft habe. Nachdem er im Fernsehen einmal gesehen habe, dass man auch im Vollzug etwas bekommen könne, mit dem man im Vollzug sterben könne, habe er beim Gesundheitsdienst nachgefragt und man habe ihm gesagt, das sei nichts für ihn. Wenn er aber nachts nicht mehr aufwachen würde, sei das nicht weiter schlimm.

Er hoffe, dass er jetzt bald entlassen werde. Er werde sicher nicht mehr ins Gefängnis kommen. Er werde nichts mehr tun. Auch gegenüber den Frauen der Abteilung AG verhalte er sich immer korrekt; "die fühlen sich nicht schlecht mir gegenüber" und: "Auch auf der Zelle mache ich keine Fehler."

Um besser im Alltag zurechtzukommen habe er sich auf ein Kärtchen den Namen der Insassen seiner Abteilung und die seiner Vorgesetzten aufgeschrieben (wird gezeigt).

Bezüglich Freizeit gebe es am Dienstag, Mittwoch und Freitag ein Sportangebot, ein Kraftraum und die Turnhalle. Meist gehe er in die Turnhalle und dort laufe er dann. Er laufe gerne, auch wenn er vor einiger Zeit umgeknigt sei und sich das Knie verletzt habe.

BEFUND

Der Expl. wurde ergänzend am 08.09.2025 über nicht ganz eine Stunde in der Strafanstalt Pöschwies im Besucherraum untersucht. Zu Beginn wurde er auf sein Schweigerecht bei strafrechtlichen Begutachtungen hingewiesen. Es wurde ihm auch ein entsprechendes Formular zur Unterschrift vorgelegt und er wurde gebeten, dies laut vorzulesen, was er dann auch etwas stockend tat. Es war aber zu merken, dass er beim Vorlesen den Sinn des (doch recht komplexen) Satzes nicht recht erfassen konnte, was er auch entsprechend so ausdrückte. Er machte gleichwohl den Eindruck, nach erneuter Erklärung, das inhaltlich verstanden zu haben. Er unterschrieb ohne zu zögern ein vorbereitetes Aufklärungsformular. Er zeigte auch kein Zögern, eine Entbindung zu unterschreiben, mit der er die Mitarbeiter der Anstalt von deren Schweigepflicht entband.

Herr Seewer erzählte spontan aus seinem Alltag. Dabei war er kaum in der Lage, auf Fragen des Gutachters gezielt zu antworten. Häufig war ein massives Danebenreden zu vermerken. Wie um keine peinlichen Gesprächspausen aufkommen zu lassen, schien er einfach irgendwas aus dem Alltag zu berichten und anderes erschien dann doch auch wie floskelhaft und inhaltsleer.

Weiter war sein Ausdrucksverhalten durch schwere Wortfindungsstörungen beeinträchtigt. Manchmal war der Inhalt noch verständlich, manchmal waren die Sätze einfach nur wirr.

Als praktisches Hilfsmittel aus dem Alltag präsentierte er Karten, die auf der einen Seite einen Gegenstand zeigten und auf der anderen Seite das dazugehörende Nomen, wie zum Beispiel bei Gartenarbeit einen Rasenmäher und ein Kompostkübel. Er brachte auch ein Hilfsmittel mit, wie man es aus der Aphasie-Behandlung kennt. Ein Ringbuch, wo auf mehreren Seiten diverse Gegenstände und an anderer Stelle verschiedene Smileys mit Ausdruck von verschiedenen Emotionen (Wut, Trauer, etc.) abgebildet sind. Auf sie kann man dann tippen.

Auf Frage danach, wie es mit seinen Gefühlen stehe, konnte er aber auch damit nicht beantworten, bzw. verstand er sie nicht. Auf Frage konkret danach, ob er öfters traurig sei (mit Zeigen des Smileys, wo eine Träne zu sehen ist), antwortete er dahingehend, dass seine Augen gut seien, er aber für nahe Distanzen eine Brille brauche.

Psychopathologischer Befund

Der Expl. war wach und soweit erkennbar zu allen Qualitäten orientiert (vorbeschrieben örtliche Orientierungsprobleme im Alltag wie Zelle finden). Bezüglich Gedächtnis wurde von der Betreuung eine deutlich erhöhte Vergesslichkeit beschrieben, das Langzeitgedächtnis erscheint aber nicht schwer beeinträchtigt. Er wusste bei der Untersuchung zu sagen, dass er seit circa 2014 in der Pöschwies ist und er vorher in einer Vollzugsanstalt im Raum Bern war, an deren Namen er sich jetzt aber nicht mehr erinnere.

Die Auffassungsgabe war durch die komplexen Sprachstörungen massiv beeinträchtigt. Wiederholt war deutliches Danebenreden zu verzeichnen. Manche Sätze erschienen wirr, was vermutlich nicht auf wirres Denken, sondern auf das Einsetzen unpassender Vokabeln zurückzuführen sein dürfte. Er weiss noch, was er sagen möchte, ist der Satz vielleicht auch sinngerecht, setzt dann aber die falschen Wörter ein.
Es ergaben sich keine Hinweise auf Wahnerleben. Wiederholt nach akustischen Halluzinationen gefragt, bestätigt er diese nicht, sprach aber in diesem Zusammenhang davon, dass er auf beiden Ohren ein Sausen (möglicherweise Tinnitus) habe.

Bezüglich der Affektivität erschien er unauffällig gestimmt, das Spektrum der gezeigten Gefühle war sehr klein, zwischendurch lächelte er mal, wobei nicht gesagt werden kann, ob das sinngerecht war oder eine Parathymie vorliegt.

Es war nicht möglich, komplexe Themen wie Persönlichkeitsstörung oder Sexualproblematik zu besprechen.

Bezüglich der neuropsychologischen Problematik konnte er angeben, dass etwas mit seinem Kopf nicht stimme, man da etwas diagnostiziert habe und er dafür eine Tablette bekomme. Er gab auch an, dass ihm ärztlich gesagt wurde, dass eine Lebenserwartung von circa zehn Jahren vorliege.

Die Auswirkungen der Erkrankungen zu erfassen, war er offenbar aber nicht in der Lage. Wenn er zum Beispiel sagte, wenn er entlassen werde, würde er zu seiner (hochbetagten) Mutter ziehen. Auf Hinweis auf das Alter der Mutter gab er dann an, er könnte ja auch zu seiner Schwester ziehen.

Zu bejahen ein Krankheitsgefühl, eine teilweise Krankheitseinsicht und eine Akzeptanz für Behandlungen.

Bezüglich Schlaf berichtete er von einem Mittagsschlaf und davon, dass er abends schon gegen 19:45 Uhr einschlafe. Der Schlaf sei gut. Gegen 6:00 Uhr morgens werde er wach (ob er zwischendurch nachts einmal wach werde, konnte bei wiederholtem Erfragen nicht in Erfahrung gebracht werden).

Ergänzende Neurologische und Neuropsychologische Untersuchung

Bei dieser im USZ Zürich am 27.01.2026 durchgeführten Untersuchung wird als neuropsychologische Diagnose die einer "Majoren Neurokognitiven Störung" nach DSM-V gestellt, wozu es ergänzend heisst, "klinische Diagnose einer primär progressiven Aphasie, semantische Variante.
In einer zusammenfassenden Beurteilung der verschiedenen durchgeführten Untersuchungen und Tests heisst es:
Herr Seewer wird heute vorstellig zur Verlaufsuntersuchung in der neurologisch-neuropsychologischen Sprechstunde auf Zuweisung von Herrn Dr. med. Lutz-Peter Hiersemenzel, MBA Chefarzt der forensischen Psychiatrie bei Verdacht auf eine dementielle Entwicklung. Eigenanamnestisch berichtet der Patient über zunehmende Sprachverständnisschwierigkeiten, Wortfindungsprobleme und Vergesslichkeit.

Klinisch präsentiert sich ein wacher, zu allen Qualitäten unscharf bis desorientierter Patient, bei welchem vor allem ein stark erschwertes Instruktionsverständnis/Sprachverständnis, eine diskrete Impulskontrollstörung/Distanzhemmung und Aufmerksamkeitsfluktuationen imponieren. Die Symptomatik hat seit der letzten Konsultation deutlich zugenommen. In der neurologischen Untersuchung sehen wir ausserdem eine Einschränkung der motorischen Flexibilität, einen unerschöpflichen Glabella-Reflex und eine generalisierte seitengleiche Hyperreflexie. In einem Screeningverfahren zur kognitiven Leistungsfähigkeit (MoCA) ergibt sich mit einem Gesamtscore von 6/30 Pkt. ein auffälliger Gesamtscore. Der Uhrentest fällt mit einem Score von 2/7 Pkt. ebenfalls auffällig aus.

In der ausführlicheren neuropsychologischen und logopädischen Testung ergeben sich im alters- und bildungskorrigierten Vergleich mit einer Normstichprobe vordergründige bis schwer reichende sprachliche Minderleistungen i. S. eines schwer eingeschränkten konfrontativen Benennens, eines stark reduzierten Sprach- und Lesesinnverständnisses sowie schriftsprachlichen Auffälligkeiten. Das verbale Gedächtnis kann formal bei ausgeprägten Sprachverständnisproblemen nicht überprüft werden. Figural lässt sich der Abruf von Figuren ebenfalls nicht evaluieren (der Patient versteht nicht, was er machen muss), die Figuren werden jedoch korrekt wiedererkannt. Darüber hinaus zeigen sich verbalbetonte exekutive Minderleistungen (schwer: verbale Ideenproduktion; mittel: figurale Ideenproduktion, Interferenzkontrolle) und eine reduzierte Verarbeitungsgeschwindigkeit (schwer: visuo-verbal; mittel: visuo-motorisch). Soweit überprüfbar keine Apraxie und keine Hinweise auf visuoperzeptive bzw. visuokonstruktive Defizite.

Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 24.08.2023 zeigt sich eine klare Verschlechterung in den sprachlichen (Einzelwortverständnis, Sprachverständnis, Konfrontationsbenennen, phonematische Ideenproduktion), mnestischen (verbales Gedächtnis nicht mehr durchführbar) und sprachbetonten exekutiven Funktionsbereichen. Zusammenfassend entsprechen die Befunde orientierend an den Konsensuskriterien der SVNP (Frei et al., 2016) formal einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Funktionsstörung mit vordergründigen sprachlichen und exekutiven Minderleistungen. Dabei dürften sich die im Vergleich zur Voruntersuchung deutlich akzentuierten Sprachverständnisprobleme auf die Bewältigung sämtlicher Testaufgaben ausgewirkt haben und die Resultate zumindest teilweise negativ verzerren. Bei schwerer, alltagseinschränkender Sprachstörung entsprechen die Befunde gemäss DSM-V einer Majoren Neurokognitiven Störung.

Die im August 2023 durchgeführte cMRI Bildgebung zeigte eine Corticale und mesiotemporale Hirnvolumenminderung beidseits, fortgeschritten links und mässig rechts sowie eine leichte corticale Hirnvolumenminderung bi-frontoparietal. Die Liquoranalyse im Dezember 2023 ergab ein grenzwertiges Amyloid B 1-40 ohne erhöhtes Tau-Protein, was eine Alzheimer-Erkrankung unwahrscheinlich macht (Erlangen-Score 1/4). Dafür zeigte sich der Total-Tau/Phospho-Tau Quotient mit 0,103 erniedrigt (<0,15 vereinbar mit frontotemporale Demenz). In Zusammenschau der Befunde kann bei deutlich beeinträchtigtem Einzelwortverständnis, schwer reduziertem konfrontativen Benennen sowie Symptomen einer Dyslexie und Dysgraphie bei gleichzeitig relativ

erhaltener Sprachproduktion und besserem Nachsprechen sowie bei progredienter Dynamik (Verschlechterung im Vergleich zur Voruntersuchung) die klinische Diagnose einer primär progressiven Aphasie (semantische Variante) gestellt werden.

In der körperlich neurologischen Untersuchung fällt eine generalisierte seitengleiche Hyperreflexie mit teilweise verbreiteter Reflexzone auf. Bezüglich frontaler Disinhibitionszeichen wird die Luriasequenz mit 1-2 Punkten bewertet, der Palmomentalreflex sei bds negativ, der Glabellareflex unerschöpflich. Weiter heisst es: "In der körperlichen Untersuchung fällt eine gewisse Distanzhemmung (Anm.: Vermutlich gemeint Distanzverminderung) auf, da der Pat. mit der Hand manchmal plötzlich dem Untersucher ohne klar erkennbares Ziel sehr nahe kommt oder plötzlich ausserhalb des Kontext nach dem Bleistift/Papier greift."

An Empfehlungen heisst es, dass im Vordergrund der Therapie eine logopädische Therapie sowie eine adäquate psychiatrische Anbindung bei möglicherweise begleitender depressiver Symptomatik erfolgen sollte. Des Weiteren seien Tebokan sowie prokognitive Massnahmen fortzuführen.

"Eine Verlaufskontrolle durch uns ist nicht geplant, bei Bedarf kann jederzeit eine erneute Zuweisung erfolgen".

BEURTEILUNG

Diagnostische Beurteilung

Ich hatte in meinem Gutachten aus dem Jahre 2018 vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und einer komplexen sexuellen Devianz gesprochen. Es handelt sich hierbei um üblicherweise überdauernde, lebenslang vorliegende psychische Störungen. Bezüglich der genauen Herleitung soll auf das Vorgutachten verwiesen werden.

Nun ist etwas Neues hinzugetreten. Nachdem Herr Seewer Ende 2022 mit Vergesslichkeit und Problemen bei routinierten Arbeitsabläufen auffällig wurde, wurde eine vertiefte neuropsychologische Untersuchung eingeleitet, die im Jahre 2024 das Ergebnis einer mittelschweren neuropsychologischen Störung ergab. Die von mir aktuell initiierte Verlaufstestung rund 2 Jahre später bestätigt den Eindruck der Beobachtungen aus der JVA Pöschwies mit

deutlicher Progredienz der Problematik und heute einem Bild einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung.

Passend hierzu zeigt der körperlich neurologische Befund sogenannte klinischen Frontalhirnzeichen wie unerschöpflicher Glabella Reflex und eine allgemeine Hyperreflexie. Schon im Jahr 2023 wurde in einer Bildgebung des Kopfes die zu einer dementiellen Erkrankung passenden Auffälligkeiten festgestellt. Eine Untersuchung des Gehirnwassers (Liquor) fand einen pathologischen Eiweissbefund, wie er als typisch für fronto-temporale Demenzen gilt.

Das Symptombild und der Verlauf sowie die durchgeführten Untersuchungen lassen als Ursache der progressiven klinischen Problematik eine neurodegenerative Erkrankung erkennen. Es handelt sich dabei um eine seltene Form einer Demenzerkrankung (Inzidenz rund 3/100.000) bei der schwerpunktmässig zunächst vor allem das Sprachvermögen betroffen ist. Man spricht in einem solchen Fall von einer primären progressiven Aphasie. Sie kann auch als Unterform einer fronto-temporalen Demenz eingeordnet werden und wird im ICD-11 unter dem Code 6D83 geführt. Sie tritt beim Expl. in einem typischen Erkrankungsalter auf (das ist deutlich früher als die sehr viel häufigere Demenz vom Alzheimer Typ).

Es lässt sich dabei beim Expl. feststellen, dass die Verhaltensbeobachtungen, der klinische Befund und alle ergänzenden Untersuchungen im diagnostischen Ergebnis übereinstimmen. Die Sicherheit der hier gestellten Diagnose ist damit sehr hoch. Diagnostische Zweifel ergeben sich hier m. E. nicht.

Die Erkrankung tritt in der Regel und auch hier sporadisch auf (d. h. bei diesbezüglich unauffälliger Familienanamnese). Der genaue Pathomechanismus ist unbekannt. Pathophysiologisch erscheinen Veränderungen bestimmter Zellproteine bedeutsam zu sein. Wieweit dies aber Ursache oder vielmehr Folge anderer Veränderungen ist, ist unklar. Es gibt keine Heilung oder eine die Erkrankung aufhaltende spezifische Therapie.

Mit dem Fortschreiten der Erkrankung gibt es zunehmende Auffälligkeiten in anderen kognitiven Bereichen wie der Lernfähigkeit und des Gedächtnisses. Hier und auch in der räumlichen Orientierung zeigt der Expl. schon heute deutliche Auffälligkeiten. Im Endstadium der Krankheit können Schluckstörungen zu klinischen Komplikationen führen. Im vorliegenden Fall dürfte die Lebenserwartung bei noch 3 bis 5 Jahren liegen.

Als typische Veränderungen der Persönlichkeit bei dieser Erkrankung zählen Abnahme des Introspektionsvermögens und Zunahme an Rigidität. Es kommt mit dem Voranschreiten der Erkrankung zu einer Nivellierung der Persönlichkeit und Verlust verschiedener Persönlichkeitsmerkmale (wie dann auch der Persönlichkeitspathologien). Anders gesagt, im fortgeschrittenen Krankheitsstadium ähneln sich die Erkrankten im Auftreten zunehmend und lassen kaum noch individuelle Persönlichkeitszüge erkennen.

Zu den bedeutsamen Symptomen zählen bei dieser Art von Demenz eine verminderte Hemmungskontrolle, ein impulshaft wirkendes Handeln, wie es z. B. bei der Test-Untersuchung beim Expl. beobachtet wurde mit plötzlichem Greifen eines Bleistiftes.

Es gibt Unterformen, die mit einer sexuellen Enthemmung einhergehen können, dies ist beim Expl. aber nicht zu erkennen oder festgehalten worden. Das Zeigen mit dem Finger auf die Oberweite und den Schritt einer Therapeutin, als diese vom Regen durchnässt in das Wohnhaus trat, so wurde es beschrieben, dürfte weniger mit einer speziellen sexuellen Pathologie zu tun haben, sondern vielmehr Impulsivität und abnehmendes Hemmungsvermögen für Verhalten widerspiegeln, von dem der Gesunde weiss, dass man das nicht macht und es sozial unangemessen wäre und dann auch Handlungsimpulsen (wie Mit-dem-Finger-Zeigen) Kontrolle gebieten kann, was dem Demenzerkrankten dann nicht mehr gelingt.

Anders gesagt, mit fortschreitender Demenzerkrankung wird man auch beim Expl. ab einem schwer zu bestimmenden Zeitpunkt keine Persönlichkeitsstörung und auch keine komplexe sexuelle Devianz mehr diagnostizieren können, weil das hierfür bedeutsame komplexe innere psychische Erleben durch die Demenzerkrankung zunehmend aufgehoben wird. Ich denke, wir stehen im Jahr 2026 gerade an diesem Kipppunkt. Das hat natürlich Folgen für die Legalprognose.

Zur Frage der Legalprognose

Mit Blick auf die vorliegenden psychischen Störungen liess das rezidivierende Tatgeschehen und die Erfolglosigkeit der forensischen psychotherapeutischen Bemühungen an verschiedenen Orten und über viele Jahre hinweg eine sehr ungünstige Legalprognose beim Expl. stellen.

In meinem Gutachten aus dem Jahre 2018 habe ich dabei verschiedene klinische und statistische Prognoseinstrumente zur Hand genommen, die allweg sehr ungünstig ausfielen. Die Ergebnisse der statistischen Verfahren lassen dabei keine Änderung mehr zu und brauchen sie daher nicht noch einmal dargelegt werden. Hier kann auf das Vorgutachten verwiesen werden.

Gleichwohl muss das Resultat heute in Frage gestellt werden, wenn eine besondere Entwicklung eingetreten ist in der Art, wie sie heute vorliegt. Es muss diskutiert werden, wieweit mit der neu aufgetretenen Demenzerkrankung ein Faktor ins Spiel gekommen ist, der in einer klinischen Einschätzung die Prognose heute ganz anders beurteilen lässt, als mit den (unveränderlichen) statistischen Prognoseinstrumenten erfasst werden kann.

Rekapituliert man das, was wir über das frühere Vollzugsverhalten des Expl. und seine Delinquenz wissen, so ist daran zu erinnern, dass er im Vollzug ein eher zurückgezogener und angepasster Insasse war, dem überwiegend ein angemessenes Sozialverhalten und eine gute Arbeitsleistung attestiert werden konnte und der dann gleichwohl rezidivierte.

Die Sexualpathologie und das von ihm ausgehende Risiko liessen sich nicht irgendwie aus dem Vollzugsverlauf heraus einschätzen oder näher bestimmen. Es wurde vielmehr erst dort erkennbar, als er Lockerungen erhielt und diese missbrauchte, z. B. zur Flucht und Sexualdelinquenz (1989) oder erneute Sexual- und Gewaltdelinquenz bei einem genehmigten Ausgang (2005).

Bezüglich der Taten wissen wir nichts über längerfristige Planung oder gar komplexe Tathandlungen, erscheinen diese eher impulsiv, situativ ausgelöst begangen. Der Expl. selbst gab dazu früher an, er habe sich eigentlich immer "spontan" dazu entschlossen. "Blitzgedanken" hätten eine bedeutsame Rolle gespielt.

Was bedeutet nun dies für das heutige Störungsbild? Wenn man postuliert, dass er aufgrund der Demenzerkrankung einerseits nicht mehr in der Lage ist, komplexe Handlungsschritte zu planen und durchzuführen und andererseits durch die Demenz erhöht impulsives, enthemmtes Handeln erwartet werden muss, so lässt sich schlussfolgern, dass durch die stattgehabte Entwicklung zunächst einmal nicht automatisch von einer bedeutsamen Risikominderung ausgegangen werden kann. Es ist sogar von einer situativen Risikoerhöhung für den Alltag zu sprechen, wenn Impulse heute noch schlechter als früher

kontrolliert werden können. Studien konnten zeigen, dass unter Demenzerkrankungen die Gruppe der frontotemporalen Demenzen gerade die Störung ist, die am stärksten dazu neigt, die Betroffenen zu "kriminellen Verhalten" zu bringen, bei hier zuvor nicht deliktisch auffällig gewordenen Personen. Zunehmende Enthemmung und allgemeine Persönlichkeitsveränderungen dürften hierfür bedeutsam sein.

Zu sehen ist dabei, dass der Expl. im Alltag noch einigermassen "funktionsfähig" ist, auch keine deutlichen Probleme der Motorik oder der Koordination bislang aufgetreten sind (hier auch noch nicht erwartet werden können) und ein sexuell motivierter Angriff auf eine Frau bei gegebener Möglichkeit grundsätzlich körperlich immer noch vorstellbar erscheint.

Auf der anderen Seite ist zu diskutieren, inwieweit mit der Demenz spezifisch beim Expl. die wichtigen Triebfedern für die Sexualdelikte abgenommen haben könnten, die sich in der Vergangenheit vor allem aus einer Mischung von voyeuristischer und pädophiler Ansprechbarkeit auf der einen Seite, einer von erhöhter Selbstbezogenheit und Empathiemangel geprägte dissoziale Persönlichkeit auf der anderen Seite und nicht zuletzt sich aus einer tief verankerten Frauenfeindlichkeit konstituiert hatten.

Es kann heute zu Recht vermutet werden, dass mit der dementiellen Entwicklung und der Nivellierung seiner Persönlichkeit das komplexe innerpsychische Geschehen sich zunehmend entflechtet und eines Tages schliesslich nicht mehr vorhanden ist. Weiter kann angenommen werden, dass aufgrund der chirurgischen Kastration beim Expl. auf zudem allein hormoneller Ebene ein geringerer Antrieb für sexuelle Handlungen vorliegt, als man das bei normalem Hormonstatus erwarten sollte.

Ich gehe für den heutigen Zustand davon aus, dass aufgrund der fortgeschrittenen Demenzerkrankung ein komplexes, allenfalls planerisches Vorgehen gar nicht mehr möglich ist. Es ist aber denkbar, dass der Expl. in Situationen des Kontaktes mit weiblichem Personal durch enthemmtes Verhalten auffällig wird, wie er es z. B. ansatzweise schon einmal in der Pöschwies mit dem Fingerzeigen auf die Brüste und auch Schamregion einer Therapeutin gezeigt hat, vorstellbar ist aber auch ein "Grabschen" oder ähnliche Verhaltensweisen, mit denen das Pflegepersonal in Einrichtungen für demenzkranke Menschen häufig konfrontiert sind und denen dann eben auch keine hochspezifische Psychopathologie mehr zugrunde liegt, wie bisher beim Expl. angenommen werden musste.

Zusammengefasst hat sich in meinen Augen die Prognose für schwere Sexualdelinquenz ganz erheblich gebessert. Heute erscheint vor allem ein Risiko für spontan übergriffiges Verhalten zu bestehen. Es dürfte dem (erhöhten) Risiko dieser Erkrankungsgruppe entsprechen.

Zu sagen ist aber auch, dass die Besonderheiten dieses Falles aussergewöhnlich sind und gerade auch der Umstand, dass man dann mit dem Expl. nicht mehr vertieft kommunizieren kann, eine Einschätzung erschwert. Die Prognose ist also deutlich unsicherer als üblicherweise.

FRAGENBEANTWORTUNG

Fragen der auftraggebenden Behörde

1. *Wie beurteilen Sie die Auswirkungen der u. a. mit Bericht der Abteilung Neuropsychologie und kognitive Neurologie des USZ vom 3. Januar 2024 festgestellten beginnenden neurodegenerativen Erkrankung im Sinne einer primären Progressiven Aphasie*

    a. *auf die von Ihnen im Gutachten vom 25. April 2018 gestellten psychiatrischen Diagnosen?*

Zu der überdauernden Persönlichkeitsstörung und der multiplen Störung der Sexualpräferenz ist eine neue Störung, eine Demenzerkrankung Typ primäre progressive Aphasie hinzugetreten. Mit Fortschreiten dieser Erkrankung fallen die vordiagnostizierten Störungen wie weg. Der genaue Zeitpunkt ist schwer zu bestimmten. Im Moment sind wir in einer Übergangsphase.

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

Zusammenfassend gehe ich davon aus, dass wir uns gerade im Moment einer Übergangsphase befinden, in der die Rückfallwahrscheinlichkeit des Expl. schon deutlich abgenommen hat, aber noch nicht sicher in einem tiefen Bereich lokalisiert werden kann.

Das Risikoprofil des Expl. wird sich aber in kürze nicht mehr gross unterscheiden von dem anderer, ähnlich schwer dementer Menschen, bei denen vor allem noch situativ enthemmtes, übergriffiges Verhalten erwartet werden kann.

Ergänzungsfragen des Rechtsvertreters

1. *Beschränkt sich die neurodegenerative Erkrankung auf eine primäre progressive Aphasie oder liegt eine weitergehende Demenzerkrankung / Alzheimererkrankung o. ä. vor?*

Die vorliegende Demenzerkrankung ist eine Demenzerkrankung, die das ganze Gehirn erfasst. Die Vorstellung, die hier vorliegende Demenzerkrankung würde sich allein auf das Sprachvermögen beschränken, so erscheint es in der Frage, ist eine irrige. Sie tritt zwar zunächst mit den Symptomen einer schweren Sprachstörung auf. Im Verlauf der Erkrankung werden dann aber auch zunehmend andere wichtige kognitive Bereiche betroffen (Denkvermögen, Gedächtnis, Orientierung). Die Lebenserwartung ist ganz deutlich verkürzt.

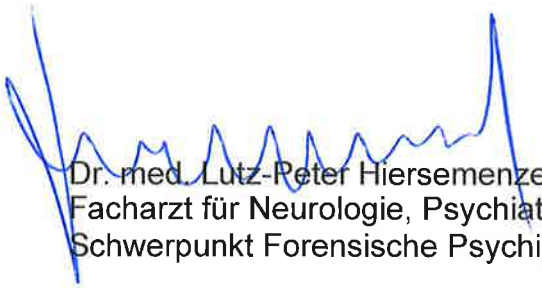
Für eine Alzheimererkrankung haben wir keine Hinweise. Das Krankheitsbild bei einer Alzheimerdemenz sieht anders aus. Erst im Endstadium ähneln sich diese im Auftretensalter, Verlauf und in der Pathophysiologie unterschiedlichen Demenzerkrankungen wieder sehr.

2. *Liegen bereits Somatisierungen vor aufgrund der degenerativen Erkrankung des Exploranden oder sind solche zu erwarten, die ihn in Bälde pflegebedürftig machen werden?*

Für eine heute schon bedeutsame körperliche Beeinträchtigung haben wir noch keine Hinweise. Wie dargelegt gehe ich davon aus, dass ungefähr in einem Jahr dann auch eine verstärkt körperlich-somatische Pflegebegleitung notwendig sein wird. Nicht selten ist es die zunehmende Vergesslichkeit, die dazu führt, dass auch basale Hygienemassnahmen von der kranken Person nicht mehr ausgeführt werden. Im weiteren Verlauf wird man auf Schluckstörungen achten müssen und wird hier eine besondere Unterstützung, bzw. geeignete Kost notwendig werden.

Zu sehen ist, dass die Abteilung Alter und Gesundheit der Pöschwies im Grunde ein sehr gut geeignetes Setting für den momentanen Gesundheitszustand des Expl. darstellt mit intensiver Hilfestellung und einem hohen Betreuungsschlüssel und sehr klaren Strukturen. Ich vermute, dass dies noch höchstens ein Jahr lang funktionieren wird, dann wird eine vermehrte körperliche Pflege und Unterstützung nötig werden, die in einer Strafanstalt wohl kaum mehr geleistet werden kann. Idealerweise wird daher heute schon eine Einrichtung gesucht, die auch über die Möglichkeiten verfügt, später auch eine

körperliche Pflege bei progressiven Demenzerkrankten bis zu ihrem Lebensende auszuführen. Vermutlich ist das forensische Pflegeheim Bauma eine hierfür besonders geeignete Einrichtung, denkbar erscheint mir aber auch die Versetzung in eine auf Demenzerkrankte in fortgeschrittenen Stadien ausgerichtete geschlossene nicht forensische Pflegeeinrichtung.



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