

Alzheimer-Demenz im Justizvollzug

E. Quendler, N. Konrad

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Justizvollzugsanstalt Berlin

Zusammenfassung

Herr X. trat wegen Sachbeschädigung, Fahren ohne Fahrerlaubnis und zuletzt auch mehrerer Körperverletzungen an Radfahrern mehrmals strafrechtlich in Erscheinung. Schon im Jahr 2002 wurden ihm »krankheitsbedingte Defizite«, »charakterliche Auffälligkeiten« und »nicht unerhebliche Anpassungsprobleme« an die neue Lebenssituation attestiert; Zusätzlich wurde auch von »leichter kognitiver Demenz« gesprochen. Innerhalb des Justizvollzugs zeigte sich im Jahr 2006 »unverständliches und unangenehmes Verhalten«, aufgrund dessen Herr X. besonderen Schutzes vor Mitinsassen bedurfte. Wegen zunehmender Schwierigkeiten im geschlossenen Justizvollzug und zur Prüfung der weiteren Haftfähigkeit wurde Herr X. in die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Justizvollzugsanstalten verlegt. Im Laufe seines stationären Aufenthalts auf der psychiatrischen Station zeigten sich immer klarere Symptome einer Alzheimer-Demenz, die auch in mehreren Untersuchungen deutlich wurden. Zweifach, im Abstand von sieben Monaten, wurden Anträge auf Haftentlassung wegen Haftunfähigkeit gem. § 455 StPO gestellt, die jedoch von der Staatsanwaltschaft abgelehnt wurden. Es stellt sich die berechnigte Frage, welchen Zweck die Unterbringung eines Alzheimer-Demenz-Patienten mit fortgeschrittenem kognitivem Abbau im Regelstrafvollzug erfüllt.

Schlüsselwörter: Alzheimer-Demenz, Justizvollzugsanstalt, Strafvollzug, Haftunfähigkeit

Dementia in a Penal Institution

E. Quendler, N. Konrad

Abstract

Mr. X. was repeatedly sentenced of wilful damage of property, driving without a driver's license and grievous bodily harm against cyclists. At that time (2002) there were several evaluations, where »deficits due to illness«, »character salience« and »problems with accommodation related to sudden unemployment« were stated. In addition »slightly cognitive dementia« was attested. During imprisonment Mr. X. showed »unintelligible and unpleasant behavior« in 2006. Because of that he needed special protection against other prisoners. Owing to increasingly troubles in prison and to evaluate his capacity for custody he was transferred to the psychiatric hospital of penitentiary system of Berlin. In the course of time the symptoms of dementia got more numerous and more explicit. In several evaluations the diagnosis has been fortified. Two times in seven months we made motions for incapacity for custody, but prosecuting authorities overruled. The purpose of lodging a dementia patient in a penal institution is debatable.

Key words: dementia, penal institution, incapacity for custody

© Hippocampus Verlag 2008

Forensische Anamnese

Herr X., geboren 1939 in Dessau, wurde seit dem Jahr 1984 wiederholt strafrechtlich auffällig. Im Bundeszentralregisterauszug finden sich Eintragungen wegen Körperverletzung in mehreren Fällen, aber auch Sachbeschädigung und zweimal wegen vorsätzlichen Fahrens ohne Fahrerlaubnis. Diese wurden meist mit Geldstrafen belegt, bis es im Jahr 2002 wegen weiterer Körperverletzungen (häufige Angriffe auf Radfahrer, die er zum Teil zu Sturz brachte) zur »Vor-

läufigen Unterbringung mit der Maßgabe einer psychiatrischen Untersuchung auf seine Schuldfähigkeit und Gefährlichkeit nach § 126 a StPO« kam. In dem damals erstellten Gutachten konnten »nicht unerhebliche Anpassungsprobleme« an die neue Lebenssituation, bedingt durch den Verlust seines Arbeitsplatzes, festgestellt werden. Zusätzlich wurde ein »nicht unerheblicher Alkoholmissbrauch« festgehalten, über den der gelernte Maschinenbauingenieur in der Zeit seines Aufenthaltes im Krankenhaus des Maßregelvollzugs »ein glaubhaftes Problembewusstsein« erreichen konnte. Im

Rahmen der Begutachtung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit (§§ 20, 21 StGB) sowie zur Gefährlichkeitsprognose (§ 63 StGB) fanden sich bereits im Jahr 2002 »charakterliche Auffälligkeiten«, welche jedoch nicht »dem juristischen Terminus einer sog. schweren anderen seelischen Abartigkeit« entsprachen, aber dennoch »bei der Motivation und Vorgehensweise bei den ihm jetzt vorgeworfenen Straftatbeständen eine Rolle gespielt« hätten.

Aufgrund der beobachteten Schwerfälligkeit und Einschränkung der Denkabläufe Herrn X.s verbunden mit seiner Affektstarrheit wurden neurologische Zusatzuntersuchungen (CT) durchgeführt, die aber lediglich eine »etwas über die Altersnorm hinausgehende intern betonte Globalatrophie des Gehirns« erbrachten. In verschiedenen testpsychologischen Untersuchungen (HAWIE, Benton-Test, MWT-B, SKT, FPI, FAF) ergaben sich im Weiteren keine Auffälligkeiten. Im Strafverfahren wurde eine Freiheitsstrafe von zwei Jahren und drei Monaten ausgesprochen. Zunächst auf Bewährung ausgesetzt, wurde diese später wegen erneuter Straftaten (Herr X. stellte sich einem Radfahrer in den Weg, beschuldigte diesen, verkehrswidrig zu fahren und schlug ihm wiederholt mit der Faust ins Gesicht) widerrufen. Im Mai 2004 wurde in einem forensisch-psychiatrischen Gutachten festgehalten, dass bei dem Patienten bereits zu diesem Zeitpunkt eine »leichte kognitive Demenz« vorgelegen habe, die laut Gutachter »dem juristischen Termini (sic!) einer krankhaften seelischen Störung entspricht«. Trotzdem verbüßte Herr X. ab November 2004 seine erste Haftstrafe, aus welcher er im März 2005 frühzeitig auf Bewährung entlassen wurde. Im Mai 2005 stellte sich Herr X. erneut dem Strafantritt im offenen Vollzug. Aufgrund mangelnder Reflexions- und Einsichtsfähigkeit wurde er jedoch im Juni 2005 als für den offenen Vollzug nicht geeignet beurteilt und in den geschlossenen Vollzug verlegt. Erneut wurde bei dieser Einschätzung Bezug auf die »krankheitsbedingten Defizite« genommen, welche »Vereinbarungsfähigkeit, Pflichtbewusstsein und Selbstdisziplin« derart beeinflussen würden, dass die für den offenen Vollzug nötige Eigenverantwortung nicht ausreichend gegeben sei.

Herr X. verbrachte die ersten Monate der Haft in einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt, wo er jedoch bis Juni 2006 »aufgrund seines teilweise unverständlichen und unangenehmen Verhaltens auf der Station mehrfach Opfer von Übergriffen durch andere Gefangene geworden sei, sodass Sicherheitsmaßnahmen eingeleitet werden mussten«. Der »zunehmend problematische« Patient wurde dementsprechend in die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Justizvollzugsanstalten verlegt, wo er umfangreich untersucht werden sollte, um die weitere Haftfähigkeit zu prüfen.

Haftfähigkeit und die Betreuung in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Nachdem schon bis August 2006 die Diagnose der Alzheimer-Demenz anhand von psychologischen Tests (HAWIE-R, Benton-Test, DCS, Dem-Tect, Uhrentest), neu-

rologischen Untersuchungen (EEG, MRT) und klinischer Beobachtung erhärtet und unter zunächst verabreichter Medikation mit Piracetam Liquidum 2.400 mg und Fluoxetin 20 mg eine deutliche Verschlechterung in der leistungspsychologischen Diagnostik festgestellt werden konnte, wurde auf dieser Grundlage zum ersten Mal ein Antrag auf Haftentlassung wegen Haftunfähigkeit gem. § 455 StPO gestellt. Dieser Antrag wurde von der Staatsanwaltschaft jedoch abgelehnt. Im weiteren Verlauf des stationären Aufenthalts in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie begann Herr X., regelmäßig einzunässen. Darüber hinaus konnte er zunehmend schlechter über den Grund seiner Haftstrafe reflektieren, hielt zunächst noch daran fest, dass alles »Lügen« seien und er unschuldig inhaftiert sei. Ab Anfang des Jahres 2007 vergaß er das Delikt vollständig und verlor die örtliche Orientierung. Er wusste nicht, wo er sich aufhielt, konnte sich keine Namen merken, vergaß die Einnahme seiner Medikation und hatte auch im sozialen Kontakt mit den Mitpatienten erhebliche Schwierigkeiten. So kam es häufig zu Diskussionen und Auseinandersetzungen bezüglich der Wahl des Fernsehprogramms und bezüglich der Sitzordnung im Patientenaufenthaltsraum, auf der Herr X. energisch beharrte. Mitunter folgten verbale Attacken, gelegentlich auch körperliche Übergriffe gegen Mitpatienten, die im Zuge des progredienten Abbaus und der medikamentösen Einstellung auf Galantamin bis 20 mg, Risperidon bis 1,5 mg und Fluoxetin bis 20 mg (jeweils Gesamttagesdosis) seltener wurden. Es musste insgesamt eine engmaschige Betreuung sichergestellt und der Gedächtnisverlust des Patienten mit Kontrolllisten zur besseren Orientierung kompensiert werden. Ebenso wurde die therapeutische Integration des Patienten in das bestehende Gruppenangebot auf seine Bedürfnisse adaptiert. Er erhielt regelmäßig Gedächtnistraining im Einzel-Setting und nahm an Kunsttherapie, Musiktherapie und Motherapie teil. Ab Mai 2007 musste aufgrund seines sich stark verändernden Gangbildes zusätzlich Physiotherapie durchgeführt werden, was eine Besserung der körperlichen Symptomatik brachte. Kognitiv kam es jedoch weiterhin zu einem deutlichen Abbau, welcher in einer testpsychologischen Verlaufsuntersuchung im Januar 2007 objektiviert und deutlich sichtbar wurde. Erneut wurde im März 2007 ein Antrag auf Haftentlassung wegen Haftunfähigkeit gem. § 455 StPO gestellt. Wiederum wurde dieses Ansinnen mit der Begründung abgelehnt, dass der »Verurteilte trotz des Verfalls in eine Geisteskrankheit für einen Behandlungsvollzug geeignet« sei.

Betreuung bis zur Haftentlassung unter progredientem Krankheitsverlauf

So wurde der Patient bis zum Zeitpunkt seiner Haftentlassung im Oktober 2007 intensiv in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Justizvollzugsanstalten betreut. Die letzten Monate vor dem Haftende waren davon geprägt, dass Herr X. nachdrücklich zu hygienischen Maßnahmen aufgefordert werden musste. Zunehmend beachtete er danach das Pflgeteam des Diebstahls seiner

getragenen und gewechselten Wäsche. Darüber hinaus wurde der Patient von Mitpatienten wegen seines oftmals unangenehmen Körpergeruchs gemieden. Die letzten Wochen und Monate verlebte Herr X. in sozialer Isolation, es gab lediglich Kontakte zu einem Patienten, mit dem er sich sein Zimmer teilte.

Das einzige, was der Patient immer genau wusste, waren die Besuchstermine seiner Frau, auf die er sich sehr freute. Das Beantragen eines derartigen Besuchstermins vermochte er aber im Laufe der Zeit auch nicht mehr selbstständig und erhielt neben der Hilfe beim Einkauf von Lebensmitteln auch diesbezüglich Unterstützung von Seiten des Personals. Bis zur Entlassung war es erforderlich, Herrn X. intensiv und multiprofessionell stark verflochten zu betreuen. Im Oktober 2007 wurde er letztlich auf eigenen Wunsch und auf ausdrücklichen Wunsch der Ehefrau in die häusliche Betreuung entlassen.

Diskussion

Obwohl die Behandlungseignung für den beschriebenen Fall gegeben war, stellt sich dennoch die Frage, in wie weit die Unterbringung des Patienten im Justizvollzug den Zielen der Spezial- bzw. Generalprävention nahe kommt. Die Spezialprävention erhebt den Anspruch, erzieherische Funktion an der Person des Täters auszuüben. Es geht hierbei darum, dem Täter das Unrecht seiner Tat bewusst zu machen und ein Einsehen zu erreichen, um zukünftige Straftaten zu verhindern.

Bei Herrn X., der wie zuvor beschrieben, aufgrund seiner Erkrankung seine zur Verurteilung geführte Taten im Laufe des Haftaufenthalts nicht mehr erinnerte, war das Ziel der Spezialprävention krankheitsbedingt in unerreichbare Ferne gerückt. Er war in den letzten Monaten örtlich nicht mehr orientiert und kannte den Grund seines Aufenthaltes im Justizvollzug nicht mehr.

Nach zweimaliger testpsychologischer Untersuchung und damit objektiverer Dokumentation des fortgeschrittenen kognitiven Abbaus des Patienten, wurde jeweils ein Gnaden-gesuch formuliert und eingereicht. Es wurde auf die fehlgeleitete Sanktion hingewiesen und die vorzeitige Entlassung aus der Maßnahme erbeten.

Der Aufschub einer Freiheitsstrafe nach § 455 StPO ist möglich,

- (1) wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.
- (2) bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist.
- (3) wenn sich der Verurteilte in einem körperlichen Zustand befindet, bei dem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist und wenn zu erwarten ist, dass die Krankheit voraussichtlich für eine erhebliche Zeit fortbestehen wird.

Die Vollstreckung darf nicht unterbrochen werden, wenn überwiegende Gründe, namentlich der öffentlichen Sicherheit, entgegenstehen.

Die Staatsanwaltschaft hat sich im aktuellen Fall auf die Eignung für einen Behandlungsvollzug bezogen, die trotz bestehender Geisteskrankheit als gegeben eingeschätzt werden musste. Dem Antrag wurde nicht stattgegeben, »da der Verurteilte zwar in Geisteskrankheit verfallen ist, er aber bei Ihnen (gemeint ist die Institution der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Justizvollzugskrankenhauses) weiterhin – soweit eine Behandlung überhaupt möglich ist – genauso gut behandelt werden kann wie in einer Einrichtung außerhalb des Vollzuges«.

Die präventive Funktion der Haft, also der Schutz der Öffentlichkeit vor dem Täter, mag durch diese Sanktion sichergestellt worden sein. Dennoch stellt sich die Frage, ob der öffentlichen Sicherheit nicht auch durch die Betreuung des Patienten in einer auf die Erkrankung spezialisierten psychiatrischen Einrichtung Genüge getan würde. Weiter, und das kann nur für den Einzelfall bestimmt werden, drängt sich die Überlegung auf, wie hoch das Gefährdungspotential eines fast 70-jährigen Patienten mit erheblichen körperlichen Einbußen und stark fortgeschrittenem kognitivem Abbau sein kann. Seitens der Vollstreckungsbehörde wurde jedoch auf eine Begutachtung zur Frage der Gefährlichkeit im Rahmen der Prüfung der Haftfähigkeit verzichtet. Das oben erwähnte (erste) Gutachten eines im Maßregelvollzug tätigen Sachverständigen vermied dadurch, dass eine verminderte Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt lediglich nicht ausgeschlossen wurde, letztlich eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB. Angesichts der potentiell lebenslangen Dauer einer solchen Maßregel mag dies (auch) aus Sicht des Herrn X. begrüßenswert erscheinen. Gleichwohl stellt die Strafverbüßung im Justizvollzug angesichts der Erkrankung nicht die geeignete Sanktionsalternative (Konrad 2002) dar; es sei denn, man entdeckt auch angesichts der zu erwartenden Alterung der Haftpopulation das Gefängnis als neue und preiswerte Form der gerontopsychiatrischen Versorgung.

Literatur

1. Konrad N: Prisons as new asylums. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 583-587

Interessenkonflikt:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Elisabeth Quendler
Justizvollzugskrankenhauses Berlin
Saatwinkler Damm 1a
D-13627 Berlin
E-mail: elisabeth.quendler@web.de