

Amtsgericht München
Abteilung für Betreuungssachen



Amtsgericht München 80335 München
Herrn

Joachim Schneider
kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München
Vockestraße 72
85540 Haar

für Rückfragen
Telefon: +49(0)5597-5634/-5635
Telefax: +49 (0)621) 96241-3117

Sie erreichen die zuständige Stelle am besten:
Mo.-Do: 08.30-11.30 Uhr; 13.00-15.00 Uhr;
Fr: 08.00-12.00 Uhr oder nach Vereinbarung
Telefonsprechzeiten nach Endeform des Aktenzeichens:
-5634 (Ez. 1-50); -5635 (Ez. 51-00)
Mo.-Fr: 08.00-12.00 Uhr

Ihr Zeichen

Bitte bei Antwort angeben
Akten- / Geschäftszeichen
716 XVII 1702/25

Datum
10.11.2025

In Sachen

Schneider, Joachim, geb. 28.08.1982 - Betreuung

Sehr geehrter Herr Schneider,

Anliegendes Gutachten erhalten Sie zur Kenntnis / Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen


Konrad Jöckel

Urundsbeamten der Geschäftsstelle

Datenschutzhinweis:

Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter
<https://www.justiz.bayern.de/genichte-und-behoerden/amtsgenichte/muenchen> oder über die
obenstehenden Kontaktdaten.

Hausanschrift
Lindprunstraße 22
80335 München

Haltestelle
U1, Tram Linien 20 oder 21:
Haltestelle Stiglmaierplatz
16
80335 München

Nachbriefkasten
Nymphenburgerstraße
16
80335 München

Kommunikation
Telefon
089/5597-06
Telefax

Amtsgericht München

- Abteilung für Betreuungssachen -
Linprunstraße 22
80335 München



INSTITUT
DR. FRIEDRICH

Fachbereich für Psychiatrie & Psychotherapie
Medizinische Fakultät, Klinik für Psychiatrie

Amalienstraße 31 | 80335 München
T +49 (0)89 12 16 16 44
W www.friedrich-institut.de

München, den 06.11.2025

Auf Ihre schriftliche Anforderung vom 24.05.2025 und 29.09.2025 erstatte ich
das folgende

PSYCHIATRISCHE FACHGUTACHTEN

über

Herrn Joachim Schneider, geb. 28.08.1982

Wohn. Leipartstraße 12, 81369 München

AZ: 716 XVII 1702/25

angebracht: 28.11.2025 (M. Krenn)
gelesen & notiert: 4.12.2025 (S. Damm)

Das Gutachten soll Stellung nehmen zur Frage, ob bei Herrn Joachim Schneider, geboren am 28. August 1982, wohnhaft Leipartstraße 12, 81369 München, derzeit untergebracht auf Station 56E4 des kbo-Isar-Amper-Klinikums Haar, eine psychische Krankheit oder seelische Behinderung im Sinne des § 1814 BGB vorliegt, die ihn daran hindert, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen und ob daher die Einrichtung bzw. Fortführung einer rechtlichen Betreuung erforderlich ist.

Ferner ist gutachtlich zu prüfen,

*Parteien
Dr. A. B.*

– ob die medizinischen Voraussetzungen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme, einer Zwangsuntersuchung sowie begleitender freiheitsentziehender Maßnahmen (§§ 1906a, 323 FamFG) gegeben sind,

– und ob die freiheitsentziehende Unterbringung des Betroffenen gemäß § 1831 BGB medizinisch indiziert und verhältnismäßig erscheint.

Die Fragen des Gerichts sind auf dem Merkblatt des Amtsgerichts München für Sachverständige bei Betreuung und Unterbringung unter den Ziffern I-IV verzeichnet.

Der Betroffene wurde zu Beginn der Begutachtung über den Auftraggeber und die Fragestellung informiert.

Er wurde darüber aufgeklärt, dass seine Angaben freiwillig sind und der Sachverständige gegenüber dem beauftragenden Gericht nicht der Schweigepflicht unterliegt.

Der Betroffene konnte diesbezüglich krankheitsbedingt keine Rückfragen stellen und erklärte sich mit der Begutachtung nicht einverstanden.

Das Gutachten stützt sich auf:

1. Den gerichtlichen Auftrag des Amtsgerichts München – Abteilung für Betreuungssachen – (Az. 716 XVII 1702/25) vom 24.05.2025 sowie die Auftrags-erweiterung vom 24.10.2025 und die Beschlüsse vom 29.09.2025 (Zuführung und Untersuchung) und 29.10.2025 (vorläufige Betreuung).
2. Die Gerichts- und Behördenakten, insbesondere
 - die Stellungnahmen der Betreuungsbehörde der Landeshauptstadt München,
 - die Mitteilungen der Verfahrenspflegerin RAin Julia Al-Hames,
 - den Polizeibericht der PI 15 (Sendling) vom 03.09.2025,
 - die Angaben der Mutter des Betroffenen,
 - die Berichte der Nachbarn (insbesondere Herr Morina).
3. Das fachärztliche Attest des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost vom 23.10.2025 (Dr. med. S. Brenninger / Frau Gabriel) einschließlich der Anlage über wiederholte Überzeugungsversuche zur freiwilligen Medikation (09.–22.10.2025).
4. Die fachärztliche Stellungnahme desselben Klinikums vom 23.10.2025 (Nguyen / Brenninger / Gabriel).

5. Das psychiatrische Vorgutachten von Dr. med. Nicole Cicha vom 26.04.2024 (Az. 716 XVI 745/24).
6. Die Exploration des Betroffenen durch den Unterzeichner am 03.11.2025 auf Station 56E4 des kbo-Isar-Amper-Klinikums Haar, einschließlich eigener Beobachtungen und psychopathologischer Beurteilung.
7. Das ergänzende Gespräch mit der Stationsärztin Frau Gabriel am selben Tag.
8. Aktuelle klinische Unterlagen (Pflege- und Arztberichte, Medikationsplan, Verlaufsdocumentationen, Labor- und Fremdbeobachtungen).

I. Aktenlage

1. Betreuung

Das Betreuungsverfahren Schneider, Joachim (geb. 28.08.1982) wurde beim Amtsgericht München – Abteilung für Betreuungssachen – unter dem Aktenzeichen 716 XVII 1702/25 geführt.

Ausgangspunkt war eine Betreuungsanregung der Mutter des Betroffenen im Frühjahr 2025, die auf eine zunehmende psychische und soziale Desintegration ihres Sohnes hinwies. Berichtet wurden Mangelernährung, Ungezielferfall in der Wohnung, unversorgte Wunden, ein zunehmend bizarrer Lebensstil sowie psychotische Äußerungen. Auch Nachbarn meldeten massive Geruchsbelästigungen und Hygienemängel.

Die Mutter gab an, der Betroffene nehme keine Medikamente mehr und lehne ärztliche Kontakte strikt ab.

Eine Kontaktaufnahme sei zuletzt nur noch unregelmäßig per E-Mail möglich gewesen, persönliche Treffen hätten nicht mehr stattgefunden.

Mit Verfügung vom 24.07.2025 (VPfl 2231 05/25) regte das Amtsgericht an, den Betroffenen mittels Postzustellungsurkunde (PZU) zu einem Anhörungstermin zu laden.

Dabei sollte auf die Möglichkeit einer Vorführung nach § 283 FamFG hingewiesen werden, falls der Betroffene der Ladung unentschuldigst nicht nachkomme. Ferner wurde vorgeschlagen, dem Betroffenen vom Sachverständigen eine schriftliche Mitteilung zu hinterlassen bzw. einen erneuten Hausbesuch zu versuchen, da er nach Angaben der Mutter gelegentlich seine Post lese, möglicherweise aber die Klingel deaktiviert habe.

Zudem wurde angeregt, die Akte dem Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) vorzulegen, um eine mögliche eigene Zuständigkeit zu prüfen. Bereits zu diesem Zeitpunkt ergaben sich Hinweise auf eine erhebliche Verwahrlosung, mangelnde Krankheitseinsicht und fehlendes Hilfesuchverhalten.

2. Freiheitsentziehende Unterbringung/ Zwangsmaßnahmen

Mit Beschluss vom 29.09.2025 ordnete das Amtsgericht München (Rin Rampp) die Untersuchung und Zuführung des Betroffenen durch den diensthabenden Arzt des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost an.

Zugleich wurde die Vorführung zur Untersuchung durch den gerichtlich bestellten Sachverständigen angeordnet (§§ 283, 322 FamFG).

Das Gericht gestattete ausdrücklich das Betreten und Durchsuchen der Wohnung sowie die Anwendung unmittelbaren Zwangs einschließlich der polizeilichen Unterstützung, falls der Betroffene sich der Zuführung widersetze.

Die Entscheidung beruhte auf einer akuten Verschlechterung der psychiatrischen Symptomatik bei bekannter paranoider Schizophrenie (F20.0), zuletzt diagnostiziert im Gutachten Dr. med. Nicole Cicha vom 26. 04. 2024 (Az. 716 XVI 745/24).

Nach den gerichtlichen Ermittlungen und den Angaben der Mutter lebte der Betroffene im September 2025 in einem stark verwahrlosten Zustand auf dem Gartengrundstück seines Mietshauses (Leipartstraße 12, München).

Er habe angegeben, die Luft in seiner Wohnung sei vergiftet, weshalb er im Freien übernachtete.

Er sammle seine Exkremente, um diese zu trocknen und im Winter als Heizmaterial zu verwenden.

Ein Polizeieinsatz am 03.09.2025 (PI 15 Sendling) bestätigte die massiven hygienischen und psychischen Auffälligkeiten:

- mehrere 30 cm hohe Türme aus Fäkalien im Badezimmer,
- eine ausgeprägte Fliegenplage mit Infektionsrisiko für Mitbewohner,
- starker Fäkalgeruch, Watte in den Ohren, ungepflegtes Erscheinungsbild,
- wahnhafte Äußerungen über „Giftgase“ und Vergiftung durch Nachbarn.

Flach & verblüffend!

Der Betroffene kündigte an, seine Fäkalien in der Wohnung anzünden zu wollen, um sich zu wärmen. Nachbarn (u. a. Herr Morina) berichteten über gesundheitliche Beschwerden und eine anhaltende Geruchsbelästigung.

Weshalb & Gendarmen - Schutz - Service - Behörde?

Gendarmen - Schutz - Service?

Das Gerecht stellte eine massive Eigen- und Fremdgefährdung fest und sah ohne sofortige Unterbringung Lebensgefahr für den Betroffenen.

Da eine freiwillige Untersuchung oder Anhörung unmöglich war, ordnete das Gericht die sofortige Wirksamkeit des Beschlusses an (§ 324 Abs. 2 FamFG) und begründete das Absehen von einer vorherigen Anhörung mit Gefahr im Verzug.

Unter Hinweis auf Art. 2 Abs. 2 GG (körperliche Unversehrtheit) wurde das Grundrecht auf rechtliches Gehör (Art. 103 Abs. 1 GG) im Wege der praktischen Konkordanz zurückgestellt.

Nach erfolgter Zuführung wurde der Betroffene am 09.10.2025 im kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Station 56E4, aufgenommen.

Die behandelnden Ärzte diagnostizierten ein florides psychotisches Syndrom mit akustischen Halluzinationen, Verfolgungs- und Vergiftungsideen, konkretistisch-zerfahrenem Denken sowie fehlender Krankheitseinsicht.

Es bestanden Eigengefährdung durch desorganisiertes Verhalten und indirekte Fremdgefährdung durch hygienische Missstände.

Eine freiwillige Medikamenteneinnahme erfolgte trotz wiederholter ärztlicher Gespräche nicht. *G.M.H.T.*

Das fachärztliche Attest des Klinikums vom 23.10.2025 (Dr. Brenninger / Gabriel) befürwortete daher eine

Zwangsbehandlung nach § 1906a BGB und führte aus, dass ohne antipsychotische Therapie eine drohende Verelendung, Obdachlosigkeit, Suizidgefahr und Chronifizierung bestehe.

Als Präparate wurden Amisulprid, Olanzapin oder Benperidol (ggf. intramuskulär) vorgeschlagen.

Die beigelegte Anlage dokumentierte zehn ausführliche Überzeugungsversuche (09.-22.10.2025) zur freiwilligen Medikation.

Mit Verfügung vom 24.10.2025 erweiterte das Gericht den Gutachtensauftrag auf die Prüfung der medizinischen Voraussetzungen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme, Zwangsuntersuchung und begleitender freiheitsentziehender Maßnahmen sowie auf die Anordnung einer Betreuung mit entsprechenden Aufgabenkreisen.

Am 29.10.2025 ordnete das Amtsgericht ^{Bahn-Str. 7} sodann eine vorläufige Betreuung bis 28.04.2026 an und bestellte Jürgen Baumgartner zum Betreuer mit umfassenden Aufgaben (Gesundheitsorge, Aufenthaltsbestimmung, Vermögens- und Wohnungsangelegenheiten, Behördenkontakte, Post- und Unterbringungsfragen, Entscheidungen über Zwangsmaßnahmen).
Als Diagnose wurde wiederum eine paranoide Schizophrenie angegeben.

3. Aktenwürdigung der Unterlagen des Amtsgerichts München

Auf ausdrücklichen Wunsch der beauftragenden RichterIn am Amtsgericht München, Frau RIn Rampp, wird davon abgesehen, im Gutachten eine zusammenfassende Darstellung des Akteninhalts oder des erteilten Auftrags aufzunehmen.

Die gerichtlichen Unterlagen wurden vollständig gesichtet.

Sie umfassen insbesondere die Verfügungsverfügungen und Beschlüsse des Amtsgerichts München, die Stellungnahmen der Betreuungsbehörde, der Verfaherspflegerin, der Mutter des Betroffenen sowie die ärztlichen Atteste und klinischen Unterlagen des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost.

Eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung hat der Betroffene nicht erteilt.

Ebenso liegt keine wirksame Patientenverfügung vor.

II. Exploration

1. Persönliche Exploration des Betroffenen, Herr Joachim Schnelder, am 03.11.2025

Im Vorfeld der stationären Untersuchung wurden mehrere Versuche einer persönlichen Exploration unternommen, die zunächst ohne Erfolg blieben:

- Am 30.05.2025 und am 05.09.2025 erfolgten spontane Hausbesuche an der Meldeadresse Leipartstraße 12, 81369 München; der Betroffene öffnete nicht, auf mehrmaliges Klopfen und Klingeln keine Reaktion.

- Ein vereinbarter Termin am 10.07.2025 wurde durch den Betroffenen nicht wahrgenommen.

- Begleitend fanden mehrere telefonische Kontakte mit Angehörigen statt, darunter mit der Mutter und dem Bruder des Betroffenen am 27.05.2025, 28.05.2025, 09.07.2025 und 05.09.2025.

Die Angehörigen berichteten übereinstimmend über eine zunehmende soziale Isolation, fehlende Medikamenteneinnahme, bizarr anmutendes Verhalten sowie zunehmende Verwahrlosung des Betroffenen.

Eine persönliche Exploration wurde schließlich am 03.11.2025 im kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Station 56E4, durchgeführt.
Der Betroffene wurde dort in seinem Zimmer E.O.122 aufgesucht.

Die Exploration des Betroffenen Herrn Joachim Schneider erfolgte am 03.11.2025 in der kbo-Isar-Amper-Klinik München-Ost, Station 56E4.

Der Betroffene war zum Zeitpunkt der Untersuchung stationär untergebracht und befand sich in einem anhaltend psychotischen Krankheitszustand mit ausgeprägtem Misstrauen gegenüber behandelnden Ärzten, Behörden und auch dem Sachverständigen. *C. M. H. A. B. ... ?*

Bei Betreten des Stationsbereiches wurde der Betroffene zunächst durch das Pflegepersonal informiert und erklärte, er wolle den Sachverständigen „empfangen“.

Der Betroffene befand sich in seinem Zimmer E.O.122, das er allein bewohnte. *fsd!*

Beim Eintreten saß er auf dem Bett, trug eine Kapuzenjacke über dem Kopf und war mit mehreren elektronischen Geräten (PC, Router, Faxgerät) beschäftigt. *mit Unruhe! An die Theke Abgeben den Anwalt, der den End-Druck ausgeben soll!*

Er erklärte, er müsse „noch etwas faxen“ und wolle „Widersprüche und Beschwerden versenden“.

Er nannte mehrfach die Namen „Stadler“ und „Dr. Cicha“, gegen die er angeblich „massive Beschwerden eingereicht“ habe. *fsd!*

Auf die Vorstellung des Gutachters reagierte er wechselhaft: zunächst aufmerksam und äußerlich kontrolliert, dann rasch misstrauisch und gereizt. Er forderte den Unterzeichner mehrfach auf, den Raum „erst wieder zu verlassen“, bevor er „bereit sei, zu sprechen“.

Sein Verhalten war zeremoniell und abwehrend, mit einer Mischung aus Misstrauen, latent feindseligem Unterton und bizarrer Förmlichkeit.

Nach kurzer Zeit stand er auf, ging zum Stationsstützpunkt und erklärte dort, er wolle dem Sachverständigen ein „Telex an das Amtsgericht“ zeigen, das er „bereits abgeschickt“ habe.

Er insistierte darauf, eine Kopie dieses Schriftstücks zu erhalten, und wollte sicherstellen, dass das Original „nicht manipuliert“ werde.

Während des anschließenden Gesprächs zeigte sich der Betroffene deutlich formallogisch gestört mit Zerfahrenheit, Konkretionen, Perseverationen und Rededrang.

Er wiederholte mehrfach bereits Gesagtes, sprang thematisch, verlor den Gesprächsfaden und kehrte dann wieder zu früheren Themen zurück.

Seine Sprache war druckhaft, teils maniert, gelegentlich floskelhaft und selbstreferentiell.

Inhaltlich dominierte ein umfassendes Misstrauen gegenüber Institutionen und Ärzten, begleitet von Verfolgungs- und Vergiftungsideen, insbesondere im Zusammenhang mit seinen Nachbarn, die „Giftgase und Rauch“ einsetzen würden, um ihn „zu vergiften“.

A. H. R. Gb. Pfr
Er verweigerte im Beisein des Gutachters die Einnahme der verordneten Medikation, erklärte, dies sei „durch seine Patientenverfügung untersagt“ und jede Gabe von Neuroleptika eine „Fehlbehandlung“.

Eine freiwillige Kooperation oder die Bereitschaft, über seine Krankheit zu reflektieren, war nicht erkennbar.

Er äußerte, man müsse „auf die richterliche Zwangsbehandlung warten“.

Während des Gesprächs wurde ihm durch das Stationspersonal ein Schreiben des Amtsgerichts München ausgehändigt.

Der Betroffene verweigerte die Unterschrift über den Erhalt, wollte das Kuvert nicht auf der Station hinterlegen und verlangte eine eigene Kopie „zum Nachweis für spätere Verfahren“.

Dabei wirkte er argwöhnisch, kontrollierend und misstrauisch bis feindselig, zeitweise mit gereizter bis aggressiver Spannung.

Sein äußeres Erscheinungsbild war verwahrlost-nachlässig.

Die Kleidung unpassend, teilweise verschmutzt, die Körperpflege mangelhaft.

Er trug die Kapuze tief ins Gesicht gezogen, die Hände leicht tremorös, der Blick wechselnd zwischen fixierend und ausweichend.

Am Der Betroffene sprach sehr viel, häufig ohne thematische Zielrichtung, und verlor sich in skurrilen Details (z. B. die Bedeutung seiner „Feinstrickunterhose“ oder „elektrische Störungen durch den Router“).

Er beschrieb, er höre „ein Brummen“, habe „Watte in den Ohren“ und nehme

Am „Leute nicht richtig wahr“.

Er ließ die Watte im Ohr, obwohl er wusste, dass sie die Hörwahrnehmung beeinträchtigt. *Er spricht!*

Akustische Halluzinationen im engeren Sinne bestritt er, sprach jedoch von „Stimmenähnlichem Brummen“ (Akoasmen).

folgt
Im Verlauf wurde er zunehmend gereizt und ablehnend. *Er äußerte sich in dieser Hinsicht*
Er äußerte, das Gespräch sei „eine Farce“, packte demonstrativ seine elektronischen Geräte (PC, Router, Kabel) in eine Tasche, stand auf, schimpfte über „Manipulation und Überwachung“ und verließ abrupt den Raum.
Beim Weggehen vom Stützpunkt der Station schlug er die Tür laut zu, womit die Exploration ungeplant beendet wurde.

Eine strukturierte psychopathologische Testung oder orientierende Leistungsdiagnostik war unter diesen Umständen nicht durchführbar.
Das Gespräch musste nach etwa 15 Minuten beendet werden, da der Betroffene jegliche weitere Mitwirkung verweigerte.

Das Verhalten wurde im Anschluss dem Pflegepersonal und der Stationsärztin Frau Gabriel berichtet, die den geschilderten Eindruck vollumfänglich bestätigte.

Im Vorfeld an die eigene Exploration führte der Unterzeichner ein ergänzendes Gespräch mit der behandelnden Stationsärztin Frau Gabriel, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Station 56E4.

Frau Gabriel schilderte den Betroffenen als seit der Aufnahme anhaltend florid psychotisch.

Es bestehe ein zerfahrenes, weitschweifiges und konkretistisches Denken mit skurrilen Themen und teilweise bizarren Bezügen.

Der Betroffene äußere wiederholt Wahrnehmungsveränderungen, etwa das Gefühl, „Watte in den Ohren“ zu haben und ein „Brummen“ wahrzunehmen.

Er höre die Menschen in seiner Umgebung kaum und weigere sich, die Watte zu entfernen, obwohl er sie als störend erkenne.

Dr. prof. (Jeder Mal Viren?)

Inhaltlich dominierten Verfolgungs- und Vergiftungsideen, insbesondere gegenüber den Nachbarn.

Der Betroffene ist überzeugt, durch Rauch- und Gasentwicklungen aus der Umgebung vergiftet zu werden, und führt sämtliche Beschwerden hierauf zurück.

Daneben zeige er auffällige Bedürfnisse nach Kontrolle, etwa die Sorge, persönliche Gegenstände könnten entwendet oder manipuliert werden.

Im Stationsalltag verhalte er sich überwiegend unauffällig und zurückgezogen, halte sich meist im Zimmer auf und melde längere Gespräche.

Phasenweise führe er leise Selbstgespräche, diese seien jedoch in den letzten Tagen rückläufig.

Eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestehe aktuell nicht; der Patient agiere nicht nach außen, bleibe aber innerlich angespannt und misstrauisch.

Frau Gabriel betonte, der Betroffene lehne jegliche Medikation konsequent ab und erkläre Neuroleptika zu einer „Fehlbehandlung“.

14.11.25
Aufnahme
Vernehmung
Befragung
Ermittlung
Feststellung
Gutachten

Eine Krankheitseinsicht bestehe nicht; sämtliche Symptome würden vom Betroffenen auf Konflikte mit Nachbarn und vermeintliche Vergiftung zurückgeführt.

Er verweigere darüber hinaus jede psychotherapeutische oder sozialarbeiterische Intervention und nehme nicht an Gruppenaktivitäten teil.

Die Stationsärztin bewertete den psychischen Zustand als unverändert seit Aufnahme.

Trotz wiederholter Aufklärungsgespräche und ärztlicher Interventionen sei keine Besserung erkennbar.

Der Betroffene sei in seinen Wahnvorstellungen gefangen, formal und inhaltlich desorganisiert, dabei jedoch nicht akut aggressiv.

2. Psychischer Befund nach AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und

Dokumentation in der Psychiatrie) bei der Befragung am 03.11.2025

Bei der Untersuchung am 03.11.2025 zeigte sich Herr Schneider in deutlich psychotischem Gesamtzustand im Sinne einer floriden paranoiden Schizophrenie. Der äußere Gesamteindruck war verwahrlost und ungepflegt: Kleidung und Körperhygiene entsprachen nicht der Situation. Der Betroffene trug eine Kapuze tief ins Gesicht gezogen, wirkte fahrig und misstrauisch, mit latent gespannter Haltung. Mimik und Gestik waren wechselnd zwischen ausdrucksarm, gereizt und kontrolliert. Die Kontaktaufnahme gelang zunächst oberflächlich, blieb jedoch flüchtig und brüchig; der Betroffene war schwer führbar, leicht irritierbar und nur kurzfristig auf Gesprächsinhalte einlassbar.

Adhäsion, Bindung, Belohnung, Mithras, ... ?
und ... ?

Subjektive oder objektive Begriffe? Subjektive & selbstverwirklichung

Das Bewusstsein war klar, die Orientierung zu Zeit, Ort und Person dem Anschein nach erhalten. Auffassung und Konzentration zeigten sich deutlich reduziert; die Aufmerksamkeit war sprunghaft, ablenkbar und durch wahnhaftes Grübeln gebunden. Der Gedankengang war weitschweifig, umständlich, konkretistisch und teilweise assoziativ zerfahren. Es fanden sich zahlreiche Perseverationen und thematische Entgleisungen. Gedankliche Verbindungen wurden häufig über Nebenaspekte hergestellt, so dass der Gesprächsfluss schwer nachvollziehbar blieb. Inhaltlich stand ein systematischer Beziehungs- und Verfolgungswahn im Vordergrund, vor allem in Bezug auf Nachbarn, Ärzte und Behörden. Der Betroffene schilderte sich als Opfer einer dauerhaften Manipulation und Vergiftung durch „Giftgase“ oder „Rauchentwicklung“ aus der Umgebung. Hinzu kamen technische und sensorische Fehlbezüge (Störungen durch Routen, elektrische Felder, Watte in den Ohren).

Wahrnehmungsstörungen im engeren Sinn wurden nicht sicher objektiviert, jedoch berichtete der Betroffene von „Brummen“ und „akustischen Störungen“, die als Akoasmen im Sinne elementarer akustischer Halluzinationen zu interpretieren sind. Visuelle Halluzinationen wurden verneint. Stimmung und Affekt wirkten insgesamt gereizt-dysphorisch, mit rasch wechselnder Emotionalität zwischen demonstrativer Höflichkeit, Gereiztheit und feindseligem Misstrauen. Die Affektivität war verflacht, inhaltlich eng an wahnhaften Themen orientiert, mit geringer Schwingungsfähigkeit und eingeschränkter Empathie.

Antrieb und Psychomotorik waren im Wesentlichen erhalten, bei innerer Anspannung und situativem Bewegungsdrang. Sprache und Sprechweise zeigten deutlichen Rededrang. Druck in der Mitteilung und Tendenz zu verbalen Entgleisungen. Das Denken war stark ich-zentriert, mit überwertigen und bizarren Bezügen, die den Alltag durchdrangen.

*Nach Aufklärung?
Stolz zu Punkt 3*

Ich-Störungen im engeren Sinne waren nicht eindeutig erulierbar, jedoch deutete die rigide wahrhaft-egozentrische Erlebnisweise auf eine Beeinträchtigung der Ich-Grenzen hin. Es bestand kein Einblick in das Krankheitsgeschehen. Der Betroffene vermeinte jegliche psychische Erkrankung, erklärte die Medikamentenverweigerung mit einer angeblichen Patientenverfügung und bezeichnete Neuroleptika als Fehlbehandlung. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft waren vollständig aufgehoben.

Was sagt er?

Alkohol?

Wahr?

Der Begriff?

Gedächtnis und Merkfähigkeit waren situationsgerecht, jedoch durch gedankliche Desorganisation und affektive Spannung beeinträchtigt. Intellektuelle Ressourcen wirkten im Rahmen des formalen Bildungsniveaus erhalten. Kritik- und Urteilsfähigkeit waren krankheitsbedingt erheblich gestört. Der Betroffene war in keiner Weise in der Lage, die Notwendigkeit der Behandlung ~~oder~~ die Folgen seiner Erkrankung realistisch einzuschätzen.

Suizidale Gedanken oder konkrete Selbstgefährdung wurden verneint, gleichwohl bestand aufgrund der ausgeprägten Realitätsverkennung, Verwahrlosungstendenzen und des psychotischen Erlebens eine erhebliche indirekte Ei-

geengefährdung Fremdgefährdung im engeren Sinne war während der Exploration nicht erkennbar, jedoch besteht durch hygienische Vernachlässigung und potenziell brandgefährliches Verhalten (Anzünden von Fäkalien) eine mittelbare

Gefahr für Dritte

Kann es sich um eine Schizophrenie handeln?

Zusammenfassend zeigte sich bei Herrn Schneider ein deutlich desorganisier-
tes, wahrhaft geprägtes Zustandsbild mit formalen Denkstörungen, inhaltlicher
Paranoia, Wahrnehmungsanomalien, massiver Krankheitsuneinsichtigkeit und
konsequenter Ablehnung jeder Behandlung. *Praxis kl.?*

3. Körperlicher Untersuchungsbefund

Aufgrund der Untersuchungssituation sowie der gerichtlichen Fragestellung
wurde von einer eingehenden körperlichen Untersuchung abgesehen.

Der Betroffene verweigerte jede somatische Untersuchung und untersagte aus-
drücklich körperliche Annäherung oder Untersuchungsversuche.
Ein orientierender äußerer Eindruck war jedoch möglich: Der Betroffene er-
schien mager, blass und ungepflegt, mit insgesamt reduziertem Allgemeinzus-
stand, jedoch ohne akut lebensbedrohliche Zeichen.

Körperliche Fehlhaltungen, grobmotorische Störungen oder Hinweise auf neu-
rologische Herdsymptome zeigten sich nicht.

Vitalparameter konnten nicht erhoben werden.

Der Betroffene wirkte körperlich angespannt, ohne manifeste motorische Erre-
gung.

Eine weiterführende internistische oder neurologische Diagnostik war aufgrund der konsequenten Verweigerung jeder Mitwirkung nicht möglich.

Somatische Folgeerscheinungen der Verwahrlosung (z. B. Haut- oder Ernährungsdefizite) sind bei der geschilderten Lebensführung wahrscheinlich, konnten aber nicht im Einzelnen überprüft werden.

Somatische Vorerkrankungen/Allergien:

Nach Aktenlage und Fremdauskunft bestehen keine bekannten relevanten somatischen Vorerkrankungen.

Der Betroffene steht seit mehreren Jahren nicht in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung und verweigert medizinische Untersuchungen konsequent.

Frühere internistische oder neurologische Befunde liegen dem Gericht nicht vor. Hinweise auf chronische Erkrankungen, Operationen oder bekannte internistische Diagnosen (z. B. Herz-, Leber-, Nieren- oder Stoffwechselerkrankungen)

finden sich in den Akten nicht.

Bischoff, siehe Folie 1 @ Mutter Dr. Keller L. d. S. 11!

Allergien oder Unverträglichkeiten sind nicht dokumentiert und wurden vom Betroffenen im Rahmen der Befragung nicht angegeben.

Aufgrund der bestehenden psychischen Erkrankung und der ausgeprägten Selbstvernachlässigung ist jedoch von einem erhöhten Risiko für Mangel- und Folgeerkrankungen (z. B. durch unzureichende Ernährung oder Hygienedefizite) auszugehen.

Medikation

Zum Zeitpunkt der Exploration am 03.11.2025 verweigerte der Betroffene jegliche Einnahme von Psychopharmaka.

Nach den Unterlagen des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost war eine antipsychotische Behandlung mit Amisulprid bis 800 mg/d, Olanzapin bis 30 mg/d oder alternativ Benperidol bis 6 mg/d vorgesehen, gegebenenfalls in Kombination mit Lorazepam bis 7 mg/d zur Anxiolyse und Spannungsreduktion.

Diese Medikation wurde im Rahmen der beantragten Zwangsbehandlungsindikation gemäß § 1906a BGB empfohlen, jedoch bis zum Explorationszeitpunkt nicht umgesetzt, da der Betroffene jede Einnahme und auch jede körperliche

Zuwendung verweigerte.

Nach Angaben der Stationsärztin Frau Gabriel bestehen keinerlei Hinweise auf eine regelmäßige Medikamenteneinnahme seit mindestens zwei Jahren.

2. u. 2008 - 2017, 2012 - 2017

Der Betroffene erklärt Neuroleptika zu einer „Fehlbehandlung“ und beruft sich auf eine vermeintliche Patientenverfügung, die eine solche Therapie ausschließt.

Ge.

gab
Er wartet ausdrücklich auf eine „sicherliche Anordnung“ zur Zwangsbehandlung.

Somatische Dauermedikation oder nicht-psychiatrische Arzneimittel sind nicht

bekannt.

Dr. Frank Dr. Schenke
Psychiater

Suchtanamnese:

Keine Suchterkrankung

Eine eigenständige substanzbezogene Störung ist weder anamnestisch noch aktenkundig dokumentiert.

Nach Angaben der behandelnden Klinik und der Angehörigen bestehen keine Hinweise auf einen aktuellen oder früheren Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen oder Medikamenten.

Der Betroffene selbst verneinte jeglichen Substanzkonsum im Rahmen der Exploration. *Bisher kein Ausmaß!*

In den vorliegenden Klinikunterlagen finden sich keine toxikologischen Befunde und keine Hinweise auf Entzugerscheinungen oder eine medikamentenbedingte Verhaltensveränderung.

Ein substanzinduzierter psychotischer Zustand kann daher ausgeschlossen werden.

4. Neurologischer Befund

Aufgrund der gegebenen Untersuchungssituation sowie der gerichtlichen Fragestellung wurde auch auf eine eingehende neurologische Untersuchung verzichtet.

Gu. 18. 1
Der Betroffene verweigerte jede körperliche Annäherung und Untersuchung ausdrücklich, sodass keine gezielte Überprüfung motorischer oder sensibler Funktionen erfolgen konnte.

Im Rahmen der Exploration ergaben sich jedoch keine offensichtlichen Hinweise auf fokalneurologische Ausfälle oder grobe Bewegungsstörungen.

Gangbild, Haltung und grobmotorische Koordination wirkten im Beobachtungszeitraum unauffällig.

Sprachfluss und Artikulation waren zwar inhaltlich und formal gestört, jedoch nicht dysarthrisch oder aphasisch. *Erl. lang, k. ak. Mut. Ansp.*

Tremor, Rigor oder Bewegungsverlangsamung im Sinne extrapyramidalen Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. *Wied. Verdacht?*

Ein orientierender neurologischer Kurzbefund konnte somit nur im Beobachtungseindruck erhoben werden und ergab keine eindeutigen pathologischen Zeichen.

Eine weiterführende Untersuchung bleibt aufgrund der bestehenden Verweigerungshaltung des Betroffenen vorerst nicht möglich.

5. Diagnostische Einordnung

Herr Joachim Schneider wird auf psychiatrischem Fachgebiet diagnostisch eingeordnet unter einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0) im floriden Stadium.

Diese Diagnose stützt sich auf die Gesamtheit der klinischen, explorativen und anamnestischen Befunde.

C. Schüring 4.8.2012

Seit mehreren Jahren besteht ein fortschreitender Prozess psychotischer Desintegration mit zunehmendem Verlust der Realitätserfahrung, massiver Wahnhalluzination und sozialem Rückzug.

Der Krankheitsverlauf ist durch fehlende Krisenbewusstheit, ausgeprägte Ablehnung jeder therapeutischen Maßnahmen und eine fortschreitende Verwahrlosung gekennzeichnet.

Im Vordergrund steht ein systematischer, komplexer Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn, der sich vornehmlich auf die Nachbarschaft, medizinische und behördliche Institutionen richtet. Der Betroffene interpretiert alltägliche Ereignisse als gezielte Angriffe oder Manipulationen, etwa in Form von „Giftgasen“, „elektrischen Störungen“ oder „Überwachung“. Die Wahrnehmung ist chronifiziert und bestimmt Denken, Handeln und Affektlage in einem Ausmaß, das die freie Willensbildung und Realitätseinstellung erheblich beeinträchtigt.

Begleitend bestehen formale Denkstörungen (Zerfahrenheit, Konkretion, Perseveration, Abschweifungen, umständlicher Gedankengang), Aufmerksamkeits- und Auffassungsdefizite, bizarr-konkretistische Inhalte sowie elementare Wahrnehmungsveränderungen in Form von Akousmen („Brummen“) und sensorischen Fehlinterpretationen.

Das emotionale Erleben ist geprägt von innerer Spannung, Misstrauen und Geiztheit, mit verminderter Schwingungsfähigkeit und deutlicher Verarmung der affektiven Resonanz.

freigelegt
Es bestehen keine Anhaltspunkte für eine substanzinduzierte oder organisch bedingte Psychose. Somatische oder neurologische Ursachen konnten trotz fehlender Mitwirkung nicht festgestellt werden; die Symptomatik entspricht in Vollbild und Verlauf einer endogenen Schizophrenie.

Art von W? Antwort Hb. T. 10. 10. 2021
Der Krankheitsbeginn lässt sich retrospektiv auf die Jahre 2020 bis 2021 datieren, als erste bizarre anmutende Ideen und soziale Rückzugstendenzen beschrieben wurden.

Seit Absetzen der Medikation im Jahr 2021 kam es zu einer kontinuierlichen Exazerbation mit vollständigem Realitätsverlust und deutlicher psychosozialer Dekompensation.

Die Lebensumstände sind mittlerweile durch Verwahrlosung, Isolation und Realitätsverkennerung bestimmt; es besteht keine eigenständige Strukturierung des Alltags mehr.

Im Sinne der AMDP-Klassifikation liegt ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom mit ausgeprägter Ich-Störung, Beeinträchtigungs- und Vergiftungswahn, bizarren skurrilen Denkformen und fehlender Krankheitseinsicht vor.
Der Verlauf ist chronisch progredient, mit fortgesetzter Weigerung jeglicher Behandlung und fehlender Spontanremission.

Differenzialdiagnostisch kommen weder eine schizoaffektive Störung (F25) noch eine anhaltende wahnhafte Störung (F22) in Betracht, da sowohl formale Denkstörungen als auch Wahrnehmungsveränderungen und affektive Verfla-

chung eindeutig schizophrenietyptisch sind. Auch eine wahnhafte Persönlichkeitsstörung (F60.0) ist ausgeschlossen, da die Symptome qualitativ psychotisch und nicht charakterologisch verankert sind.

Insgesamt ergibt sich das Bild einer chronisch floriden paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0) mit vollständigem Verlust der Krankheitseinsicht, fehlender Behandlungsbereitschaft, ausgeprägter Realitätsverkenntung und erheblichen Folgen für die Selbstfürsorge und Lebensführung.

Eine komorbide Suchterkrankung, Intelligenzminderung oder organische Hirnerkrankung ist nicht anzunehmen.

Die psychische Störung ist von solcher Schwere, dass sie die Fähigkeit des Betroffenen, sein Leben eigenverantwortlich zu gestalten und medizinisch notwendige Entscheidungen zu treffen, vollständig aufhebt.

III. Zusammenfassung, Beurteilung und Begründung

1. Zusammenfassung

Herr Joachim Schneider, geboren am 28. August 1982, steht seit Oktober 2025 im Rahmen einer vorläufigen Unterbringung in der kbo-Isar-Amper-Klinik München-Ost (Station 56E4) unter psychiatrischer Behandlung.

Dem Betreuungsverfahren liegt eine seit mehreren Jahren zunehmende psychische Desintegration mit Verlust der Realitätsprüfung, sozialem Rückzug und schwerer Verwahrlosung zugrunde.

Bereits seit 2021 zeigte der Betroffene deutlich wahnhaftes Denken, ausgeprägtes Misstrauen gegenüber Nachbarn und Behörden sowie fehlende Krankheitseinsicht. Nach dem Absetzen einer früheren antipsychotischen Medikation kam es zu einer schrittweisen Dekompensation mit vollständigem Rückzug aus sozialem Kontakt und massiver Verwahrlosung.

*Fehl!
Unterbringung!*

Im Sommer 2025 wurde der Zustand akut: Der Betroffene lebte im Garten seines Mietshauses, da er überzeugt war, die Luft in seiner Wohnung sei durch Nachbarn vergiftet.

Er sammelte seine Exkremente, trocknete sie und lagerte sie in Blumentöpfen und im Badezimmer, um sie als Holzmaterial zu verwenden.

Herr Schneider

Hierdurch entstand eine Fliegenplage und eine Infektionsgefahr für Mitbewohner.

Bei einem Polizeieinsatz am 03.09.2025 wurde die Wohnung in stark verwahrlostem Zustand vorgefunden.

Das Amtsgericht München ordnete daraufhin am 29.09.2025 die Zuführung und stationäre Aufnahme im kbo-Ivan-Ampel-Klinikum an (§§ 283, 322 FamFG).

Die stationäre Aufnahme erfolgte am 09.10.2025.

Seitdem zeigt sich ein anhaltend florides psychotisches Zustandsbild mit Verfolgungs- und Vergiftungsideen, akustischen Wahrnehmungsveränderungen, zerfahrenem Denken und vollständigem Fehlen von Krankheitseinsicht.

Die Exploration am 03.11.2025 durch den Unterzeichner ergab ein ausgeprägt misstrauisch-feindseliges, sprunghaftes und desorganisiertes Verhalten.

Der Betroffene verweigerte jede Kooperation, brach das Gespräch nach ^{sehr} kurzer Zeit ab und beendete die Untersuchung unter demonstrativem Protest. Eine strukturierte Testung oder vertiefte Exploration war nicht möglich.

Nach übereinstimmender Einschätzung der behandelnden Ärzte Dr. Brenninger und Frau Gabriel besteht eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), die eine kontinuierliche Behandlung mit Antipsychotika erforderlich macht. Trotz wiederholter ärztlicher Überzeugungsversuche zwischen dem 09. und 22.10.2025 verweigerte der Betroffene konsequent die Medikation und jede diagnostische oder therapeutische Maßnahme.

Nachdem Herr H. in der Halbfremde
überwiegend psychisch bedingt ist!
Dagstuhl!

Die psychische Störung führt aktuell zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Selbstfürsorge und der Lebensführung, einer Verlust der Fähigkeit zur freien Willensbildung im medizinischen Kontext sowie zu einer anhaltenden Eigen- und indirekten Fremdgefährdung durch Verwahrlosung, Realitätsverkenntnis und mögliche brandgefährdende Handlungen.

Es liegen keine Hinweise auf substanzinduzierte oder organisch bedingte Ursachen vor.

Die Störung entspricht einem chronisch floriden paranoid-halluzinatonischen Syndrom im Rahmen einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0).

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung sowie für die Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nach § 1906a BGB und eine begleitende Unterbringung nach § 1831 BGB sind daher aus medizinischer Sicht zu prüfen.

2. Beurteilung

Bei Herrn Joachim Schneider liegt eine chronisch floride paranoid Schizophrenie (ICD-10: F20.0) vor, die mit einem umfassenden Verlust der Realitätsprüfung, massiven Wahnsymptomen und fehlender Krankheitseinsicht einhergeht.

Die Erkrankung besteht seit mehreren Jahren, hat zu einer vollständigen Entgleisung der Lebensverhältnisse geführt und erfordert zwingend psychiatrische Behandlung.

Der Betroffene ist aufgrund seiner psychischen Störung nicht in der Lage, eigenständig für seine medizinische Versorgung, seine Wohnsituation oder seine allgemeinen Lebensangelegenheiten zu sorgen.

Er erkennt die Notwendigkeit der Behandlung nicht, lehnt jede Medikamenteneinnahme kategorisch ab und interpretiert therapeutische Maßnahmen als feindliche Handlungen oder Manipulationsversuche.

Die Fähigkeit zur freien Willensbildung im medizinischen Kontext (§ 1901a Abs. 1 BGB) ist aufgehoben.

Der Betroffene kann die Bedeutung und Tragweite der ärztlich empfohlenen Maßnahmen nicht realistisch einschätzen und sein Verhalten nicht nach einer solchen Einsicht ausrichten.

Seine Weigerung, Medikamente einzunehmen oder sich untersuchen zu lassen, beruht nicht auf rationaler Abwägung, sondern ist Ausdruck wahrhaft verzerrter Überzeugungen („Vergiftung“, „Manipulation“, „Fehlbehandlung“).

Die Erkrankung führt darüber hinaus zu einer konkreten Eigengefährdung, die sowohl durch den Zustand der Verwahrlosung als auch durch irrationale Handlungen (z. B. geplantes Anzünden von Fäkalien, Übernachten im Freien, mangelnde Körperhygiene, Risiko von Infektionen und Unterkühlung) gegeben ist. Eine indirekte Fremdgefährdung ergibt sich aus den hygienischen Zuständen in der Wohnung (Infektionsrisiko für Nachbarn) und der potenziellen Brandgefahr durch geplante Handlungen.

-38-

Die Erkrankung ist nicht vorübergehender Natur, sondern chronisch und unbehindert fortschreitend.

Eine Besserung ist nur unter gezielter antipsychotischer Therapie zu erwarten.

Da sämtliche Versuche einer freiwilligen Behandlung gescheitert sind, besteht die medizinische Notwendigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme gemäß § 1906a Abs. 1 BGB.

schwierig

Ar. Nr. Aus psychiatrischer Sicht sind die in den Klinikunterlagen vorgeschlagenen Präparate (Amisulprid, Olanzapin, Risperidon in Kombination mit Lorazepam) fachlich indiziert und geeignet, die psychotischen Symptomatik zu stabilisieren, Realitätsbezug wiederherzustellen und die Fähigkeit zur Kooperation zu fördern.

Ar. Nr. Die Maßnahme ist verhältnismäßig, da mildere Mittel – etwa Aufklärungsgespräche, Überzeugungsversuche und psychosoziale Interventionen – erschöpft und erfolglos geblieben sind.

Das zu erwartende Risiko der Zwangsbehandlung (mögliche Nebenwirkungen der Neuroleptika, Belastung durch die Maßnahme selbst) steht in einem angemessenen Verhältnis zum drohenden Schaden, der ohne Behandlung entsteht (Chronifizierung, Verwahrlosung, Suizidrisiko, dauerhafte Unterbringung).

Damit liegen die medizinischen Voraussetzungen sowohl für

• die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung (§ 1814 BGB) mit den Aufgabenkreisen Gesundheitsorge, Aufenthaltsbestimmung, Unterbringung, Ver-

mögens- und Wohnungsangelegenheiten, Behörden- und Versicherungsangelegenheiten sowie Postangelegenheiten,

als auch für

- die Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme (§ 1906a BGB, §

323 FamFG)

vor.

Eine begleitende freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 BGB) ist medizinisch notwendig, um die Durchführung der Behandlung sicherzustellen, die Medikamenteneinnahme zu überwachen, Rückfälle und Selbstschädigungen zu verhindern und den Betroffenen vor weiterer Verwahrlosung zu schützen.

Aus fachpsychiatrischer Sicht ist zu erwarten, dass bei konsequenter medikamentöser Therapie eine deutliche Besserung der psychotischen Symptomatik, eine partielle Krankheitseinsicht und eine Stabilisierung der Lebensführung erreichbar sind.

Ohne Behandlung ist dagegen mit einer fortschreitenden Chronifizierung und irreversiblen psychischen und sozialen Degradation zu rechnen.

Insgesamt sind die rechtlichen und medizinischen Voraussetzungen für eine Betreuung, eine ärztliche Zwangsmaßnahme und eine begleitende Unterbringung erfüllt.

Der Nutzen der Behandlung überwiegt die damit verbundenen Belastungen bei

weilem.

Ausdr. Dr. *Andreas Schneider*, Sekr.

3. Begründung

Mit der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0) liegt eine schwere psychiatrische Erkrankung vor, die im Sinne des § 1814 BGB eine psychische Krankheit mit erheblichen Auswirkungen auf die freie Willensbildung und die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung darstellt.

Nach den Kriterien der forensischen Psychiatrie (vgl. Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, 7. Auflage, S. 368 ff.) rechtfertigt eine schizophrene Erkrankung für sich allein zwar noch keine betreuungsrechtliche Maßnahme, sehr wohl aber dann, wenn die Symptomatik eine nachhaltige Beeinträchtigung der Realitätsprüfung, des Urteilsvermögens und der Einsichtsfähigkeit bewirkt und dadurch die Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Handeln aufgehoben ist.

Im vorliegenden Fall besteht bei Herrn Schneider eine chronisch floride paranoide Psychose, die mit massiven wahnhaften Fehlbezügen, formalen Denkstörungen und einer vollständigen Ablehnung jeder medizinischen Hilfe einhergeht. Eine Einsicht in die Art und Tragweite der eigenen Erkrankung liegt nicht vor.

Sämtliche ärztlichen Maßnahmen, Aufklärungsversuche und Gesprächsangebote werden als Bedrohung oder „Fehlbehandlung“ interpretiert.

Der Betroffene ist infolge der wahnhaften Realitätsverkennung nicht in der Lage, seinen Willen frei zu bestimmen.

Sein Verhalten wird vollständig durch die krankheitsbedingten Überzeugungen geprägt, die rationale Entscheidungen unmöglich machen.

Die Folgen der Erkrankung sind gravierend: Verlust jeglicher Tagesstruktur, erhebliche Verwahrlosung, hygienische und soziale Desintegration, Realitätsver-
kennung und eine konkrete Eigengefährdung durch irrationale Handlungen
(z. B. Sammeln und geplantes Anzünden von Fäkalien, Verweigerung von Nahrungs-
aufnahme und Hygiene)

Zudem besteht eine indirekte Fremdgefährdung durch gesundheitsgefährdende Wohnverhältnisse für Mitbewohner.

Die Erkrankung ist chronifiziert, die Behandlungssituation seit Jahren unverändert.

Eine freiwillige Therapie wurde wiederholt angeboten, aber konsequent abgelehnt.

Mildere Mittel im Sinne einer einvernehmlichen Behandlung wurden ausgeschöpft und blieben erfolglos.

Da die Fähigkeit zur freien Willensbildung aufgehoben und der Betroffene außerstande ist, medizinisch notwendige Entscheidungen selbst zu treffen oder Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung zwingend indiziert.

Die Betreuung hat sich auf die Aufgabenkreise Gesundheitsorge, Aufenthaltsbestimmung, Unterbringung, Vermögens- und Wohnungsangelegenheiten, Behörden- und Versicherungsangelegenheiten sowie Postangelegenheiten zu erstrecken.

Gleichzeitig sind die Voraussetzungen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme (§ 1906a BGB) erfüllt.

Die beantragte medikamentöse Behandlung (Amisulprid, Olanzapin, Benperidol, ggf. Lorazepam) ist nach psychiatrischem Standardverfahren angezeigt, geeignet und verhältnismäßig.

o. loco!

Eine weitere Untätigkeit würde zu einer fortschreitenden Chronifizierung, irreversiblen psychischen Defiziten, somatischer Verelendung und zu einer dauerhaften stationären Unterbringung führen.

Der Nutzen der Behandlung überwiegt die mit ihr verbundenen Risiken deutlich.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Herr Schneider aufgrund seiner floriden schizophrenen Psychose nicht zur freien Willensbildung im medizinischen Kontext fähig ist, dass eine erhebliche Eigen- und Fremdgefährdung besteht und dass ohne medizinische Intervention eine nachhaltige Verschlechterung seines Gesundheitszustands zu erwarten ist.

Aus medizinischer und sozialpsychiatrischer Sicht ist daher die Anordnung einer Betreuung, die Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme sowie die begleitende Unterbringung nach § 1831 BGB eindeutig zu befürworten.

so der Behälter?

IV. Fragen des Gerichts

Die Fragen des Gerichts sind auf dem Merkblatt des Amtsgerichts München für Sachverständige bei Betreuung und Unterbringung unter den Ziffern I. bis IV. verzeichnet.

I. Betreuungsverfahren

1. Liegt bei dem Betroffenen eine psychische Krankheit, eine geistige, seelische oder körperliche Behinderung vor? Wenn ja, welche?

Beim Betroffenen liegt eine **paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0)** vor. Es handelt sich um eine schwere psychotische Erkrankung mit inhaltlichen Denkstörungen (Verfolgungs-, Vergiftungs- und Beeinträchtigungs-wahn), formalen Denkstörungen (Zerfahrenheit, Perseveration, Konkretion), Wahrnehmungsveränderungen (Akoasmen), affektiver Verarmung, fehlender Krankheitseinsicht und vollständiger Behandlungsverweigerung.

2. Falls nur eine körperliche Behinderung vorliegt:

- entfällt -

Beim Betroffenen liegt **keine primär körperliche, sondern eine psychische Erkrankung** vor.

3. Handelt es sich um eine nicht nur vorübergehende krankhafte Störung der Geistestätigkeit?

Die Erkrankung besteht seit mehreren Jahren, zeigt einen chronisch-rezidivierenden Verlauf und ist nach psychiatrischem Erkenntnisstand nicht vorübergehend, sondern dauerhaft.

Eine spontane Remission ohne gezielte antipsychotische Behandlung ist nicht zu erwarten.

4. Kann der Betroffene aufgrund seiner Krankheit, geistigen oder seelischen Behinderung seinen Willen nicht mehr frei bestimmen bzw. entsprechend seiner Einsicht handeln?

Welche konkreten Angelegenheiten kann der Betroffene aufgrund der Erkrankung/Behinderung und der daraus resultierenden Einschränkung der freien Willensbildung nicht selbst besorgen?

Der Betroffene ist nicht in der Lage, seinen Willen frei zu bestimmen, da sämtliche Überzeugungen und Entscheidungen wahnhaft verzerrt sind. Er lehnt notwendige medizinische Maßnahmen ab, erkennt die Erkrankung nicht an und kann deren Bedeutung und Folgen nicht einschätzen. Die Fähigkeit, nach einer realitätsgerechten Einsicht zu handeln, ist aufgehoben.

Aufgrund der Erkrankung kann der Betroffene folgende Angelegenheiten nicht selbst besorgen:

- Gesundheitssorge, insbesondere psychiatrische und allgemeinmedizinische Behandlung;
- Aufenthaltsbestimmung, insbesondere Entscheidungen über Unterbringung und Entlassung;
- Unterbringungsentscheidungen im Sinne des § 1831 BGB;
- Wohnungsangelegenheiten einschließlich Organisation einer adäquaten Unterbringung und Pflege der Wohnung;
- Organisation der ambulanten Versorgung;
- Behörden-, Renten- und Sozialleistungsangelegenheiten;
- Versicherungs- und Vermögensangelegenheiten;
- Postangelegenheiten (Entgegennahme, Öffnen, Anhalten der Post);
- Fernmelde- und Telekommunikationsangelegenheiten.

Erforderlich ist daher ein umfassender Betreuungsausschnitt in den genannten Aufgabenkreisen.

5. Für welche Willenserklärungen, die den Aufgabenkreis des Betreuers betreffen, bedarf der Betroffene der Einwilligung des Betreuers (Einwilligungsvorbehalt gemäß § 1903 BGB)?

Ein Einwilligungsvorbehalt ist insbesondere für den Bereich der Vermögenssorge und der Wohnungsangelegenheiten angezeigt, da der Betroffene aufgrund seines psychotischen Erlebens nicht in der Lage ist, die Tragweite rechtlicher oder finanzieller Handlungen zu überblicken.

In anderen Bereichen (Gesundheitssorge, Unterbringung) ist eine Einwilligung ohnehin nur durch den Betreuer bzw. mit gerichtlicher Genehmigung möglich.

Die Voraussetzungen des § 1903 BGB sind somit gegeben.

6. Welche Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten bestehen?
Medizinisch indiziert ist eine antipsychotische Behandlung mit Neuroleptika (z. B. Amisulprid bis 800 mg/d, Olanzapin bis 30 mg/d, Benperidol bis 6 mg/d) ggf. in Kombination mit Lorazepam zur Anxiolyse.
Bei fehlender oraler Compliance kann die Behandlung intramuskulär erfolgen.
Ergänzend sind psychotherapeutische Begleitung, milieutherapeutische Stabilisierung und psychosoziale Rehabilitation erforderlich.
Langfristig ist eine betreute Wohnform mit regelmäßiger psychiatrischer Nachsorge angezeigt.

7. Wie lange werden die Krankheit oder Behinderung und das daraus folgende Unvermögen zur Besorgung der bezeichneten Angelegenheiten voraussichtlich fortbestehen?

Wohl e: Es handelt sich um eine chronisch verlaufende psychiatrische Erkrankung.
For /

Ohne konsequente medikamentöse Therapie ist von einer dauerhaften Fortbestehung der Symptomatik auszugehen.

Bei erfolgreicher Behandlung ist eine teilweise Remission möglich, jedoch keine vollständige Wiederherstellung der freien Willensbildung innerhalb der nächsten 12 Monate zu erwarten.

8. Gibt es andere Hilfsmöglichkeiten, die eine Betreuung ganz oder teilweise entbehren machen können?

Aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht, des Misstrauens und der konsequenten Ablehnung jeglicher Hilfe kommen niedrigschwellige Unterstützungsförmen (ambulante Sozialdienste, gesetzliche Hilfen ohne Vertretungsmacht) nicht in Betracht.

Nur eine gesetzliche Betreuung mit Vertretungsbefugnis kann den notwendigen Schutz und die Durchführung der Behandlung gewährleisten.

9. Ist es möglich sich mit dem Betroffenen zu verständigen?

Sehr Kurzfristig sind oberflächliche Gespräche möglich, die Kommunikation ist jedoch sprunghaft, zerfahren und wahnhaft überlagert.

Ein geordneter, realitätsbezogener Dialog war während der Exploration nicht aufrechtzuerhalten.

Eine sachliche Verständigung über medizinische oder rechtliche Fragen ist nicht möglich.

10. Für den Fall, dass freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. geschlossene Unterbringung, Bettgitter, Medikamente) erforderlich sind, wird gebeten, auch hierzu Stellung zu nehmen.

Die Voraussetzungen für eine freiheitsentziehende Unterbringung gemäß § 1831 BGB sind gegeben.

Der Betroffene ist aufgrund der psychischen Erkrankung nicht in der Lage, sich außerhalb einer stationären Umgebung selbst zu versorgen oder die notwendige Behandlung zu gewährleisten.

Eine vorübergehende geschlossene Unterbringung ist medizinisch indiziert, um die antipsychotische Behandlung durchzuführen, Eigen- und Fremdgefährdung abzuwenden und eine Stabilisierung zu erreichen.

Medikamente mit freiheitsentziehender Wirkung im Sinne des § 1831 Abs. 4 BGB werden derzeit nicht verabreicht, da der Betroffene sämtliche Medikation verweigert.

Die beantragte ärztliche Zwangsbehandlung nach § 1906a BGB wird ausdrücklich befürwortet, da sie erforderlich, geeignet und verhältnismäßig ist, um die Gesundheit und Selbstbestimmung des Betroffenen langfristig wiederherzustellen.

II. Unterbringungsverfahren

1. Liegt bei dem Betroffenen eine psychische Krankheit, eine geistige, seelische oder körperliche Behinderung vor? Wenn ja, welche?

Bei Herrn Joachim Schneider liegt eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) vor.

Es handelt sich um eine schwere psychotische Erkrankung mit wahnhaften Fehlbezügen, formalen Denkstörungen, Wahrnehmungsveränderungen, affektiver Verflachung, massiver Krankheitseinsichtsstörung und ausgeprägter Behandlungsverweigerung.

Die Störung ist chronisch, nicht vorübergehend und bedingt eine tiefgreifende Beeinträchtigung der Realitätsprüfung und des selbstbestimmten Handelns.

2. a. Liegen aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne von § 1906 Abs. 1 Nr. 1 und 2, Abs. 4 BGB vor?

Wie lange werden sie voraussichtlich notwendig sein?

Aufgrund der florid-psychotischen Erkrankung, der fehlenden Krankheitseinsicht und der massiven Selbst- und Verwahrlosungsgefährdung sind die Voraussetzungen für eine geschlossene Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB) erfüllt.

Die Unterbringung ist erforderlich, um den Betroffenen vor erheblichen gesundheitlichen Schäden infolge unbehandelter Psychose, Verwahrlosung, Unterkühlung und möglicher Selbstschädigung zu schützen.

Zudem liegt eine Behandlungsnotwendigkeit im Sinne des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB vor, da die Durchführung einer indizierten ärztlichen Heilbehandlung (antipsychotische Therapie) ohne Unterbringung nicht möglich ist.

Die Maßnahme ist auch nach § 1906 Abs. 4 BGB verhältnismäßig, da die freiheitsentziehende Wirkung nicht Selbstzweck, sondern notwendige Voraussetzung einer Therapie ist.

Die Notwendigkeit der geschlossenen Unterbringung wird voraussichtlich für mehrere Wochen bis wenige Monate bestehen, mindestens jedoch so lange, bis eine medikamentöse Behandlung eingeleitet, die Psychose remittiert und ein Mindestmaß an Krankheitseinsicht erreicht ist.

2. b. Sind unterbringungsähnliche Maßnahmen (z. B. Brett am Stuhl, Bettgitter, Bauchgurt, Medikamente) – evtl. auch zusätzlich zur Unterbringung – erforderlich?

Im Rahmen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme kann zur Durchführung einer intramuskulären Medikamentengabe kurzfristig der Einsatz mechanischer Sicherungen (z. B. Fixierung der Extremitäten oder Bauchgurt) erforderlich werden, um Selbstverletzungen oder tätliche Abwehrreaktionen zu verhindern.

Diese Maßnahmen sind jedoch nur vorübergehend und verhältnismäßig einzusetzen, ausschließlich zur Ermöglichung der Behandlung, unter ärztlicher Aufsicht und lückenhafter Dokumentation.
Eine dauerhafte Fixierung oder sonstige freiheitsentziehende Maßnahme ist nicht indiziert.

Zwangsbehandlung mit Medikamenten

Ärztliche Zwangsmaßnahme (Zwangsbehandlung nach § 1906a BGB)

Nach eingehender Prüfung der vorliegenden klinischen Unterlagen und der Exploration des Betroffenen sind die medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen für eine ärztliche Zwangsmaßnahme im Sinne des § 1906a BGB erfüllt.

Beim Betroffenen besteht eine akut floride paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) mit vollständigem Verlust der Krankheitseinsicht und anhaltender Ablehnung jeglicher Behandlung.

Die geplante medikamentöse Therapie wurde wiederholt in Gesprächen angeboten, inhaltlich erläutert und begründet; sämtliche Überzeugungsversuche blieben erfolglos.

Mildere Mittel – etwa freiwillige Medikation oder psychotherapeutische Begleitung – sind daher ausgeschöpft und nicht erfolgversprechend.

Aus ärztlicher Sicht ist die Gabe einer antipsychotischen Medikation dringend erforderlich, um eine fortschreitende Chronifizierung, Verwahrlo-

sung, Eigen- und Fremdgefährdung sowie irreversible psychiatrische und soziale Folgen zu verhindern.

Die behandelnde Klinik beantragt eine medikamentöse Behandlung mit folgenden Präparaten:

- Amisulprid bis zu 800 mg/Tag p.o. – als atypisches Neuroleptikum mit ausgeprägter antipsychotischer Wirksamkeit,
- Benperidol (Glanimon) bis zu 6 mg/Tag p.o. oder 2–3 x 2 mg i.m. als Alternativ- oder Zusatzpräparat,
- Olanzapin bis zu 30 mg/Tag p.o. (bzw. kurzfristig i.m. bis 2 x 10 mg/Tag, maximal drei Tage),
- Lorazepam bis zu 7 mg/Tag p.o. zur Anxiolyse und Spannungsregulation.

Nebenwirkungen:

Die Präparate sind gemäß Fachinformation bei sachgerechter Anwendung sicher und klinisch erprobt.

Zu den möglichen, überwiegend vorübergehenden Nebenwirkungen gehören bei Amisulprid extrapyramidale Symptome (Tremor, Rigor), Anstieg des Prolaktinspiegels, Gewichtszunahme, Schlafstörungen, Unruhe sowie QT-Zeit-Verlängerung im EKG.

Olanzapin kann zu Gewichtszunahme, metabolischen Veränderungen (Blutzucker-/Lipidwerte), Sedierung und orthostatischer Hypotonie führen.

Benperidol ist ein hochpotentes Neuroleptikum mit dem Risiko extrapyramidalen Störungen; selten treten Krampfanfälle, Leberwertveränderungen oder ein malignes neuroleptisches Syndrom auf.

Lorazepam birgt bei längerem Gebrauch ein Abhängigkeitsrisiko, dient hier aber nur kurzfristig der Spannungsregulation.

Alle Präparate dienen ausschließlich Hellzwecken; eine Ruhigstellung im Sinne einer freiheitsentziehenden Wirkung ist nicht beabsichtigt.

Die Behandlung erfolgt unter engmaschiger ärztlicher Kontrolle und regelmäßiger Überwachung von Vitalparametern, Laborwerten und EKG.

Dauer der Maßnahme:

Die Zwangsbehandlung ist zunächst auf höchstens sechs Wochen begrenzt.

Eine Verlängerung wäre nur bei fortbestehender Indikation und gerichtlicher Genehmigung zulässig.

Bereits nach wenigen Wochen konsequenter Behandlung ist bei Schizophrenen dieser Art eine deutliche Reduktion der Positivsymptomatik zu erwarten, wodurch die freie Willensbildung teilweise wiedererlangt werden kann.

Rechtliche Bewertung:

Die Zwangsbehandlung ist im Sinne des § 1906a Abs. 1 BGB erforderlich, geeignet und verhältnismäßig.

Sie dient dem Wohl des Betroffenen, ist zur Abwendung erheblicher gesundheitlicher Schäden unabdingbar und stellt das mildeste zur Verfügung stehende Mittel dar.

Die Durchführung setzt eine richterliche Genehmigung, eine umfassende ärztliche Aufklärung (soweit möglich) und eine fortlaufende Dokumentation der Maßnahme voraus.

Eine Durchführung gegen den Willen des Betroffenen darf nur durch approbierte Ärzte erfolgen, unter ständiger ärztlicher Aufsicht und mit minimal möglichem Zwang.

Die erwartbaren therapeutischen Vorteile – Remission der Psychose, Wiederherstellung der Realitätsprüfung, Verbesserung der Lebensführung und Reduktion der Eigen- und Fremdgefährdung – überwiegen die mit der Behandlung verbundenen Belastungen deutlich.

2. c. Werden bereits Medikamente mit freiheitsentziehender (Neben-)Wirkung gegeben? Dienen diese hauptsächlich zu Heilzwecken oder steht die freiheitsentziehende Wirkung im Vordergrund?

Zum Zeitpunkt der Exploration am 03.11.2025 wurden keine Medikamente eingenommen.

Der Betroffene verweigert jede Medikation.

Die geplante Gabe von Amisulprid, Olanzapin oder Benperidol (ggf. mit Lorazepam zur Spannungsreduktion) dient ausschließlich therapeuti-

schon Zwecken, also der Behandlung der Psychose, nicht der Ruhigstellung oder Kontrolle.

Eine freiheitsentziehende Wirkung im Sinne einer bloßen Sedierung ist nicht beabsichtigt.

3. Kann der Betroffene aufgrund seiner Krankheit, geistigen oder seelischen Behinderung seinen Willen in Bezug auf die freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht mehr frei bestimmen?

Der Betroffene ist aufgrund seiner psychotischen Störung nicht in der Lage, einen freien, selbstbestimmten Willen zu bilden oder zu äußern.

Er erkennt die Notwendigkeit der Unterbringung und Behandlung nicht, interpretiert medizinische Maßnahmen als Bedrohung und wähnt sich Opfer von Manipulation oder Vergiftung.

Seine Weigerung, Medikamente einzunehmen oder sich behandeln zu lassen, beruht somit auf krankheitsbedingter Realitätsverkennung und nicht auf rationaler Entscheidung.

Die Fähigkeit zur freien Willensbildung ist daher aufgehoben.

4. Sind andere, weniger einschneidende Maßnahmen als die geschlossene Unterbringung möglich?

Haben die vorgesehenen Heilbehandlungen Aussicht auf Erfolg?

Welche Änderungen an den früheren Wohn- und Versorgungsverhältnissen müssten vorgenommen werden, um eine Entlassung aus der geschlossenen Unterbringung verantworten zu können?

Weniger einschneidende Maßnahmen wurden geprüft und sind ausgeschöpft:

Wiederholte ärztliche Gespräche, Aufklärungsversuche und freiwillige Therapieangebote blieben erfolglos.

Ambulante Behandlungs- oder Betreuungsformen sind aufgrund der vollständigen Ablehnung jeder Hilfe nicht realisierbar.

Eine geschlossene Unterbringung ist daher derzeit alternativlos.

Die geplanten Heilbehandlungen – insbesondere die Einleitung einer antipsychotischen Medikation – haben eine gute Aussicht auf Erfolg.

Unter konsequenter Behandlung ist mit einer teilweisen Remission der psychotischen Symptomatik, einer Wiederherstellung der Krankheitseinsicht und einer Stabilisierung der Lebensführung zu rechnen.

Leipziger

Für eine spätere Entlassung wären folgende Voraussetzungen notwendig:

- Nachweisbare medikamentöse Stabilisierung über mehrere Wochen,
- wenigstens partielle Krankheitseinsicht und Kooperationsbereitschaft,
- gesicherte ambulante Weiterbehandlung durch Psychiater und Sozialpsychiatrischen Dienst,
- Unterbringung in einer betreuten Wohnform mit täglicher Unterstützung,

- Bestellung und fortgesetzte Tätigkeit eines gesetzlichen Betreuers zur Organisation und Kontrolle der Versorgung.

Erst unter diesen Bedingungen kann eine Entlassung aus der geschlossenen Unterbringung medizinisch und sozialpsychiatrisch verantwortet werden.

IV. Betreuungs- und Unterbringungsgutachten

1. Sind von einer persönlichen Anhörung des Betroffenen durch das Gericht erhebliche Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen zu besorgen; wenn ja, welche?

Kann diese Besorgnis ggf. durch die Anwesenheit des Sachverständigen, Hausarztes oder anderer Personen ausgeräumt werden?

Aufgrund der aktuell florid-psychotischen Symptomatik mit ausgeprägtem Misstrauen, Verfolgungs- und Vergiftungswahn wäre bei einer unvorbereiteten richterlichen Anhörung von einer erheblichen psychischen Destabilisierung auszugehen.

Eine erneute Konfrontation mit gerichtlichen oder behördlichen Personen würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Affektsteigerung, Misstrauenszunahme und möglicher Aggressivität führen.

Diese Nachteile ließen sich nur dann begrenzen, wenn die Anhörung in geschütztem klinischen Rahmen erfolgt, bei Anwesenheit eines ärztlichen

Ansprechpartners (z. B. Stationsärztin oder Sachverständiger) und unter vorheriger medikamentöser Stabilisierung.

Derzeit wird aus ärztlicher Sicht empfohlen, die richterliche Anhörung erst nach begonnener Behandlung und teilweiser Entlastung der Wahnsymptomatik durchzuführen.

2. Ist zur Vermeidung erheblicher Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen erforderlich, von der Bekanntgabe des Gutachtens ganz oder teilweise abzusehen?

Die uneingeschränkte Kenntnisnahme des vollständigen Gutachtens durch den Betroffenen würde aufgrund der wahnhaften Thematik (gerichtliche, ärztliche und nachbarschaftliche Verfolgung) mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer weiteren psychischen Dekompensation führen.

Die Weitergabe kann daher in geeigneter Form über den Verfahrenspfleger (§ 276 FamFG) oder über den gesetzlichen Betreuer erfolgen, nicht jedoch direkt an den Betroffenen selbst.

Eine vollständige Aushändigung ist aus ärztlich-psychiatrischer Sicht nicht vertretbar, da sie mit erheblichen gesundheitlichen Nachteilen verbunden wäre.

3. Können bei der Anhörung des Betroffenen durch das Gericht besondere Schwierigkeiten auftreten (z. B. Schwerhörigkeit, Sehbehinderung, Fremdsprache, Infektionsgefahr)?

Der Betroffene leidet nicht an Sinnesstörungen im eigentlichen Sinne, zeigt jedoch Wahrnehmungsverzerrungen und kommunikative Desorganisation infolge der psychotischen Erkrankung.

Er hat regelmäßig Watte in den Ohren, klagt über „Brummen“ und reagiert auf akustische Reize mit Gereiztheit oder Rückzug.

Diese Besonderheiten führen zu erheblichen Verständigungsschwierigkeiten, insbesondere in stressbelasteten Situationen.

Eine gerichtliche Anhörung sollte daher in ruhiger Atmosphäre und mit klar strukturierter Gesprächsführung erfolgen.

4. Wo wurde der Betroffene untersucht? Kann der Betroffene einer Vorladung des Gerichts Folge leisten?

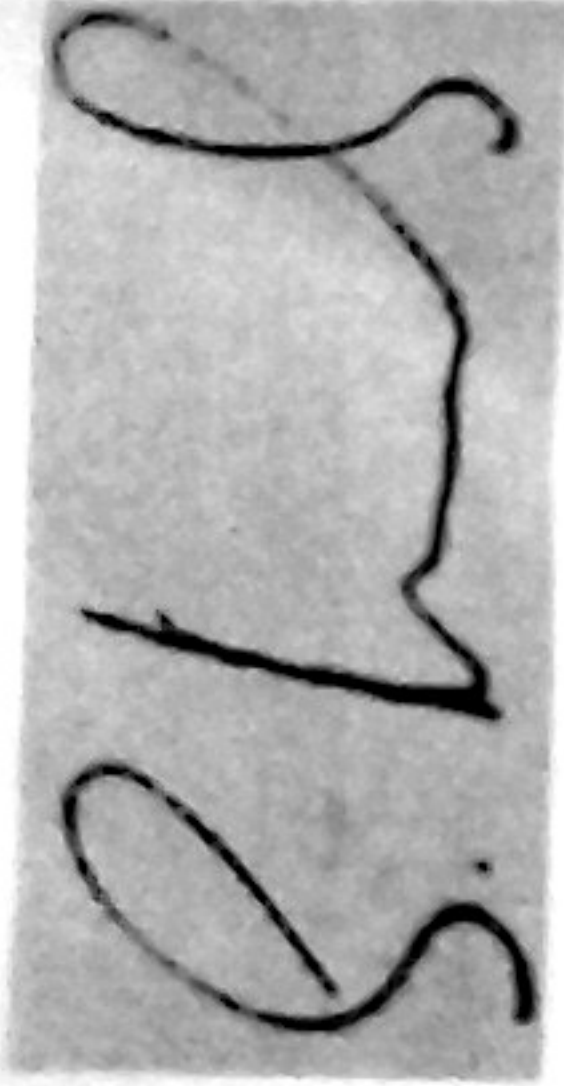
Die persönliche Untersuchung erfolgte am 03.11.2025 auf Station 56E4 des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost, Vockestraße 72, 85540 Haar.

Aufgrund der Unterbringung und des psychischen Zustandes ist der Betroffene nicht in der Lage, einer Vorladung eigenständig Folge zu leisten.

Eine gerichtliche Vorführung wäre nur im Rahmen der stationären Unterbringung und unter ärztlicher Begleitung möglich.

5.-7. Entfällt.

Für Rückfragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature appears to be 'S. Friedrich'.

Dr. med. Sebastian Friedrich
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie