

Amtsgericht München

Abteilung für Betreuungssachen



Antragende München 80315 München

Herrn

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

Telefon +49(0)5597-5934/5935
Telefax +49 (0)21) 96241-3117

für Rückfragen

Zimmer 302

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

Telefonnummern nach Endziffern des Aktenzeichens

-5034 (Ex. 1-50); -5635 (Ex. 51-60)

Mo.-Fr. 08.00-12.00 Uhr

Ihr Zeichen

Bitte bei Antwort angeben
Akten- / Geschäftszeichen
716 XVII 1702/26

Datum

05.12.2025

In Sachen

Schneider, Joachim, geb. 28.08.1982 - Betreuung

Sehr geehrter Herr Schneider,

Anliegendes Gutachten erhalte Sie zur Kenntnis und Gelegenheit zur Stellungnahme binnen 1 Woche.

Mit freundlichen Grüßen

[Handwritten Signature]

Schneidbauer, JAng
Urteilsbeamtin der Geschäftsstelle

ph. h. h.:

Rechts U. 9. h. h. 125

Rechts

4. Notiz: 17. April '25

4. 11. April '25

Datenschutzhinweis:

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

Hausanschrift
Linprunstraße 22
80335 München

Haltestelle
U1, Tram Linien 20 oder 21
Haltestelle Stiglmaierplatz

Nachbriefkasten
Nymphenburgerstraße
16
80335 München

Kommunikation
Telefon
089 5597 56
Telefax
siehe oben

Gutachtenbüro Dr. Schneider Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. David Schneider • Derringer Str. 130 • 81927 München
www.med-gerichtsgutachten.de • T 0151 54960232 • Fax: 089 99950436

Dr. D. Schneider, Derringer Str. 130, 81927 München

An das

Amtsgericht München

Abteilung für Betreuungssachen

Linprunstraße 22

80335 München

Ihre Zeichen:
Ihre Nachricht vom:

Ausgabe: Dr. David Schneider

Telefon: 0151 549 60 232

Telefax:

E-Mail: info@med-gerichtsgutachten.de

München, den 03.12.2025

Aktenzeichen: 716 XVII 1702/25

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Veranlassung des Amtsgerichts München, Abteilung für Betreuungssachen, dem Beschluss vom 26.11.25 entsprechend, erstatte ich folgendes

PSYCHIATRISCHE GUTACHTEN

Über

Herrn Joachim SCHNEIDER

wohnhaft

geboren am 28.08.1982

Leipartstraße 12 in 81369 München,

derzeit: kbo-Isar-Amper-Klinikum München - Ost, Vockestraße 72 in

85540 Haar

zum folgenden Gutachtenauftrag:

Es ist gutachterlich zu prüfen,

1. ob die Patientenverfügung mit der Bezeichnung „Fassung vom 125.18.2023 (5. Mai)“, abgelegt auf Bl. 142/143 des Unterbringungsheftes, aus gutachterlicher Sicht wirksam errichtet wurde.

*Sollten Scheitern,
dann Bescheinigung
Nach Art 5*

Dabei ist insbesondere auf die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen zum Zeitpunkt der schriftlichen Niederlegung der Verfügung einzugehen.

2. Bei der Prüfung des Zeitpunktes der Errichtung der Patientenverfügung ist insbesondere auf das Jahr 2023 (erkennbare Jahreszahl auf der Verfügung), auf die Jahre vor 2023 – hierbei insbesondere das Jahr 2021 entsprechend den eigenen Angaben des Betroffenen – sowie ergänzend auf die Jahre nach 2023 einzugehen.
3. Darüber hinaus ist erneut zu den medizinischen Voraussetzungen der Genehmigung ärztlicher Zwangsmaßnahmen, einer Zwangsuntersuchung, begleitender freiheitsentziehender Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit einer Unterbringung in der geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie Stellung zu nehmen.

Das Gutachten stützt sich in der Beurteilung auf:

- die Kenntnis der vom Auftraggeber überlassenen Aktenunterlagen, *siehe S*
- die Ergebnisse der eingehenden ambulanten Befragung und persönlichen Untersuchung des Probanden am 03.12.25 auf der Station 56 E4 des kbo-Klinikum München-Ost.
- die fremdanamnestischen Angaben der Stationsärztin Fr. Dr. Preuner.

Herr Schneider wurde zu Beginn der Begutachtung über deren Ablauf, Inhalt sowie Sinn und Zweck aufgeklärt. Ihm wurde erläutert, dass die Begutachtung im Auftrag des Amtsgerichts München erfolgt. Es wurde dargelegt, dass seine Angaben freiwillig sind und die im Rahmen der Begutachtung gemachten Äußerungen nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Der Proband verstand die Aufklärung, und erklärte, mit der Begutachtung einverstanden zu sein.

ALAKTENLAGE

Ich drücke aus

C) FREMDANAMNESE

Laut der Stationsärztin Fr. Dr. Preuner, leide Herr Schneider bereits seit vielen Jahren an einer paranoiden Schizophrenie und sei bereits mehrfach stationär-psychiatrisch behandelt worden. Aus der elektronischen Patientenakte ergebe sich, dass stationäre Aufenthalte in den Jahren 2014, 2015 und 2019 im kbo-Isar-Amper-Klinikum erfolgt seien. In allen Aufenthalten sei jeweils eine **paranoide Schizophrenie** diagnostiziert worden. Hr. Schneider habe nach Entlassung aus der Klinik

Nach Angaben der behandelnden Stationsärztin sei Herr Schneider vor der aktuellen Aufnahme in einer stark verwahrlosten Wohnung angetroffen worden. Die Wohnung sei mit Fäkalien verschmiert gewesen. Offenbar habe er seine Fäkalien getrocknet und gesammelt, um diese als Brennmaterial zu verwenden. Begründet habe er dies damit, Heizkosten sparen zu wollen. Es sei zudem bekannt geworden, dass er zuletzt infolge wahnhaft motivierter Vermeidungsstrategien nicht mehr in der Wohnung, sondern im Freien geschlafen habe.

Im Stationsalltag verhalte sich Herr Schneider angepasst. Aggressive Verhaltensweisen seien nicht beobachtet worden. Übereinstimmend werde jedoch berichtet, dass keinerlei Krankheitseinsicht bestehe und dass er die Notwendigkeit einer antipsychotischen Behandlung vollständig verkenne. Er lehne jede Medikation ab und begründe dies mit seiner Überzeugung, dass Antipsychotika schädlich seien und das Gedächtnis dauerhaft beeinträchtigen würden, weil die R. d. schädlich!

Es bestünden erhebliche formalgedankliche Beeinträchtigungen. Er präsentiere sich *unbehindert, gesund & intelligent*
denkverfahren, sprunghaft und weltschweffig. Immer wieder sei zu beobachten, dass er ohne ersichtlichen Anlass Selbstgespräche führe, was als Hinweis auf akustische Halluzinationen gewertet werde. Er neige zum Monologisieren und verliere sich in langatmigen, thematisch *unvollständigen* ungerichteten Ausführungen.

Bezüglich seines Essverhaltens sei beobachtet worden, dass er zeitweise ausschließlich Toastbrot zu sich genommen habe. Ob er seit der Aufnahme Gewichtsverlust erlitten habe, sei nicht dokumentiert worden.

D) EIGENE ANGABEN

Angaben zum verfahrensgesetzlich vorgeschriebenen Sachverhalt

Herr Schneider erklärte, das Anlass der aktuellen Klinikweisung sei ein „Nachbarschaftsstreit“ gewesen, infolgedessen er in die psychiatrische Klinik gebracht worden sei. Eigentlich hätte man die Nachbarn einweisen müssen, da es fünf bis zehn Personen gewesen seien, sei es einfacher gewesen, an deren Stelle ihn in die Klinik einzuweisen.

Die Klinik biete ihm „Schutzraum“, wofür er „eigentlich dankbar“ sei. Selbst in dem Dreibettzimmer fühle er sich sicherer als in seiner Wohnung.

In seiner eigenen Wohnung werde von den Nachbarn und insbesondere dem albanischen Hausmeister, Herrn Morina, massiv bedrängt. Diese würden **seine Wohnung betreten**, sobald er diese verlasse. Sie nutzten hierzu nach seiner Darstellung einen Dietrich. Um sich zu schützen, habe er hinter der Wohnungstür eine Zwischentür installiert sowie ein Garderobengitter mit Vorhängeschloßern. Er habe sich bei Anwesenheit zu Hause zusätzlich verbarricadiert, indem er Gegenstände vor die Tür gestellt habe.

Zentrales Thema seiner Schilderungen war das Versprühen verschiedener „Sprühmittel“ durch die Nachbarn, die ihn damit „attackieren“ und schädigen wollten. In seiner Wohnung könne man permanent diesen Geruch wahrnehmen, es handle sich um reizende Substanzen oder Insektenvernichtungsmittel. Die Nachbarn würden zudem versuchen, seinen „Kamin“ zu verstopfen, womit er den Gasherd meinte. Auch über die Fenster würden sie sprühen, um ihre „Präsenz zu zeigen“. Das vermeintliche „Sprühmittel“ verändere seinen Geruchs- und Geschmackssinn.

Begonnen habe dies laut seinen Angaben im Jahr 2021. Seiner Erinnerung nach hätten die Nachbarn zunächst „den ganzen Nachmittags Saxophon gespielt“, um ihn „zu zermürben“ und ihm „jede Freude zu nehmen“. Dann sei es mit dem Sprühen losgegangen. Einige Nachbarn

haben Lust seien außerdem in der Lage, „magisch in Erscheinung“ zu treten und andere Menschen gegen ihn aufzuhetzen. Sein Bruder, die Eltern und sein Vermieter würden gegen ihn arbeiten und leugnen, dass die Nachbarn sich gegen ihn verschworen hätten.
Aber auch zum Hausmeister äußerte sich der Proband dahingehend, dass dieser gezielt gegen ihn vorgehe. 2018 oder 2019 habe dieser eine „Verleumdungsanzeige“ gegen ihn erstattet und ihn „ausgespielt“, indem er ihn seinerseits der Bedrohung bezichtigt habe. Tatsächlich sei jedoch der Hausmeister derjenige gewesen, der ihn im Stromkeller bedroht habe, nachdem der Proband „Plakate“ in der Wohnanlage aufgehängt habe. Es seien Plakate, die Vorschläge

zu Verbesserungen der Wohnanlage enthielten. Diese seien weiterhin auf der Internetseite „www.posthoernchenlackern.de“ einsehbar.
Auf Nachfrage nach akustischen Halluzinationen erklärte Hr. Schneider, sowohl in seiner Wohnung als auch in der Klinik ein „Gedröhn“ aus der Kanalisation wahrzunehmen, das

„eindeutig gegen ihn gerichtet“ sei. Eigentlich müsse der Referent dies auch wahrnehmen. Zu seiner Patientenverfügung äußerte sich Hr. Schneider dahingehend, er könne nicht angeben, wann die ^{aktuelle} Fassung, die er bei Gericht eingereicht habe, erstellt worden sei.

Es seien etwa 3 Versionen vorhanden. Die erste Fassung habe er bereits 2021 erstellt und seither mehrfach ergänzt. Es könne sein, dass die derzeitige Version im Jahr 2023 entstanden sei. Er habe vor, diese weiter zu verbessern.

Der Proband vernetzte, an einer schizophrenen Erkrankung zu leiden. Die Schizophrenie sei seiner Auffassung nach eine „Krankheit, die selbst eine Diagnose sei“, eine „Pauschal-diagnose“, die in Wahrheit auf eine „nervliche Überlastung“ zurückgehe. Neuroleptika würden die Erkrankung verschlimmern. Nur Ruhe und Psychoanalyse könnten helfen.

Auf Vorhalt der Stationsärztin, er habe Fäkalien getrocknet, erklärte der Proband, getrocknete Fäkalien seien „guter Brennstoff“. Nur Durchfall brenne nicht. Er habe damit experimentiert,

um Heizkosten zu sparen. Diese könne man unter den Rost des Gasherdes legen und dadurch Gas sparen. Es qualme kaum, weil er über eine gute Abzugsanlage verfüge.

Die Behandlung der Schizophrenie werde seiner Ansicht nach grundsätzlich falsch durchgeführt. Neuroleptika führten zu „qualender Unruhe“. Er sei fünf Jahre lang durchgehend mit Antipsychotika behandelt worden, diese hätten seine Gedächtnisfunktionen beeinträchtigt, weshalb er seit 2017 keine Medikamente mehr eingenommen habe. Die aus seiner Sicht einzig angemessene Behandlung der Schizophrenie bestehe in „Ausruhen“ und Reizabschirmung. Er erklärte weiter, Psychosen seien durch eine Diät heilbar. Er ernähre sich daher fast ausschließlich von Brot, Wasser und Kaffee. Das Essen der Klinik sei „völlig überwürzt“, man gebe ihm „absichtlich viel Pfeffer ins Essen“. Er faste und esse wenig, da ein voller Magen, auch Milch, die Psychose verschlimmere. Am besten sei „trockenes Brot“.

Proband: Wie lange? Oder: Wie lange?

nachdem der Referent zweimal an seinen Fuß getippt hatte, antwortete der Proband. Er machte keinerlei Anstalten, sich aufzurichten, blieb weiterhin in Seitenlage und versuchte den zu vermeiden. Im Gespräch zeigte sich eine deutlich verlängerte Antwortlatenz. Der sprachliche Ausdruck war verlangsamt und gleichzeitig inhaltlich sprunghaft, streckenweise aufgrund einer erheblichen formalen Denkstörung nur schwer nachvollziehbar. Teilweise war der Satzbau derart fragmentarisch, dass Inhalte nur mit erheblicher Anstrengung erschließbar waren. Der Proband präsentierte sich während der gesamten Exploration freundlich und kooperativ und beantwortete die Fragen des Referenten bereitwillig, wenngleich er dazu neigte, in monologisierende und weitschweifige Ausführungen abzuschweifen. Es bestand eine geringe kognitive Flexibilität, was daran erkennbar war, dass vorherige Gedankengänge fortführte, auch wenn der Referent bereits zum nächsten Thema übergegangen war. Auffällig war außerdem der konzentrierte Gesichtsausdruck mit wiederkehrend zusammengekniffenen Augen und deutlicher Stirnrunzelung als Ausdruck innerer gedanklicher Anstrengung, sowie eine zurückhaltende, deutlich passiv wirkende Gesamthaltung. Hinweise auf Aggressionen

oder motorische Unruhe fanden sich nicht.

Psychopathologischer Befund (Orientierung am AMDP-System⁶⁴)

Wach, bewusstseinsklar, voll orientiert. Aufmerksamkeit und Konzentration waren reduziert. Die Durchführung einer seriellen Subtraktion (Rückwärtsrechnen von 100 ausgehend in 7-er Schritten bis zur Zahl 65) gelang nur für die ersten drei Schritte und unter deutlich erhöhtem Zeitaufwand. Auffassung konkretistisch, Abstraktionsfähigkeit reduziert. Komplexere Sachverhalte und Zusammenhänge wurden unzureichend erfasst. Die übertragene Bedeutung der Sprichwörter „der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ und „keine Rosen ohne Dornen“ konnte Hr. Schneider nicht erklären (Antwort des Probanden: „das ist ein Spruch vom Naturschutz, dass man Rosen züchtet“). Kurzzeitgedächtnis und Merkfähigkeit waren regelrecht. In der Überprüfung Merkfähigkeit wurden nach einer kurzen Ablenkungsphase 5 von 5 Begriffe korrekt erinnert. Der Zugriff auf das Langzeitgedächtnis war intakt. Formalgedanklich weitschweifig, umständlich, sprunghaft, teilweise gedanklich stark eingeeengt, Vorbeireden, verlangsamt, teils deutlich verlängerte Antwortlatenzen. Psychotisch gefärbte Ängste, keine Zwänge. Inhaltliche Denkstörungen i. S. eines Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahns, Vergiftungswahns, Beziehungswahn, Wahrnehmungsstörungen i. S. von akustischen Halluzinationen in Form von Akoasmen („Gedröhn aus der Kanalisation“),

keine Ich-Störungen (Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenlautwerden).
Affektive Stimmungslage affektarm, kaum schwingungsfähig. Antriebsminderung mit Initiativ-
und Interessenverarmung. Psychomotorisch verlangsamt. Psychovegetativum:
Intermittierend Durchschlafstörungen, gesteigertes Schlafbedürfnis und Tagesmüdigkeit.
Appetit reduziert. Keine Suizidalität. Keine Krankheitseinsicht, kein Krankheitsgefühl, keine
Therapiebereitschaft. Kritik und Urteilsfähigkeit hinsichtlich Entscheidungen in
Zusammenhang mit verfahrensgegenständlichen Anordnung einer freiheitsentziehenden
Unterbringung und der Genehmigung einer ärztlichen Zwangsbehandlung waren aufgehoben. (C)

Orientierender körperlicher und neurologischer Untersuchungsbefund

Ungepflegter Proband in reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand. Schlechter
Zahnstatus mit mehreren toten und kariösen Schneidezähnen. Weitere körperliche
Untersuchung wurde vom Probanden abgelehnt. Dr. A. D. K. 3

F) ZUSAMMENFASSUNG UND BEURTEILUNG

Auf Veranlassung des Amtsgerichts München, Abteilung für Betreuungssachen ist ein
Gutachten zum folgenden Gutachtenauftrag zu erstatten: Es ist gutachterlich zu prüfen,

1. ob die Patientenverfügung mit der Bezeichnung „Fassung vom 125.18.2023 (5. Mai)“,
abgelegt auf Bl. 142/143 des Unterbringungsheftes, aus gutachterlicher Sicht wirksam
errichtet wurde.
Dabei ist insbesondere auf die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen zum Zeitpunkt
der schriftlichen Niederlegung der Verfügung einzugehen.
2. Bei der Prüfung des Zeitpunktes der Errichtung der Patientenverfügung ist
insbesondere auf das Jahr 2023 (erkennbare Jahreszahl auf der Verfügung), auf die
Jahre vor 2023 – hierbei insbesondere das Jahr 2021 entsprechend den eigenen
Angaben des Betroffenen – sowie ergänzend auf die Jahre nach 2023 einzugehen.
3. Darüber hinaus ist erneut zu den medizinischen Voraussetzungen der Genehmigung
ärztlicher Zwangsmaßnahmen, einer Zwangsuntersuchung, begleitender
freiheitsentziehender Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit einer Unterbringung in
der geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie Stellung zu nehmen.

Diagnose und Krankheitsverlauf

In Zusammenschau der Vorgeschichte, der medizinischen Befunde aus den Akteninformationen, der fremdanamnестischen Angaben sowie der Ergebnisse der eigenen Untersuchung vom 03.12.25 leidet Herr Schneider zweifelhaft an einer **paranoiden Schizophrenie** (ICD-10: F20.0).

Nach ICD-10 *1 liegt eine **paranoide Schizophrenie** vor, wenn über mindestens einen Monat (Zeitkriterium, G1) typische Symptome wie **Wahrnehmungen oder Halluzinationen** bestehen und diese nicht durch eine **hirnorganische Erkrankung, eine Intoxikation oder Suchtmittelentzugssymptome** erklärt werden können (Ausschlusskriterium, G2). Im Folgenden wird dargestellt, aus welchen Gründen aus gutachterlicher Sicht die Kriterien im vorliegenden Fall erfüllt sind:

Aus den vorliegenden Unterlagen ergibt sich, dass Herr Schneider seit vielen Jahren an einer **paranoiden Schizophrenie** leidet. Er berichtete selbst erstmals 2008 stationär-psychiatrisch behandelt worden zu sein, zwischen 2008 und 2015 jährlich und zuletzt in den Jahren 2019 und 2021 in psychiatrischen Kliniken gewesen zu sein. Nach Auskunft der behandelnden Stationsärztin, Frau Dr. Preuner, ergab die Einsicht in die elektronische Patientenakte der Klinik, dass in den Jahren 2014, 2015 und 2019 jeweils stationäre Behandlungen aufgrund einer **paranoiden Schizophrenie** erfolgten. In den Beschreibungen der früheren Krankheitsphasen standen ein **Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn**, sowie **Sinnestäuschungen, die sich unter regelmäßiger Einnahme antipsychotischer Medikation besserten**. Nach eigenmächtigem Absetzen der Medikamente ca. 2021 kam es zu einer **Verschlechterung und Wiederaufflammen seiner psychotischen Symptome** (Bl. 30 d. Akte, siehe fachärztliches Attest des kbo Klinikums vom 23.10.25). Eigenen Angaben zufolge nahm der Proband jedoch außerhalb der stationären Klinikaufhalte bereits seit dem Jahr 2017

keine antipsychotisch wirksamen Medikamente mehr ein. Im Vorfeld der aktuellen **Berücksichtigung der klinischen Vorgeschichte** bestand ein **wahnhafte Erleben, sozialer Rückzug und Desintegration**, sowie erheblichen **Verwahrlosungstendenzen**. Demnach lebte der Proband in einer verwahrlosten Wohnung (Bl. 30 d. A.), die laut Angaben der Stationsärztin Dr. Preuner mit Fäkalien verunreinigt gewesen war. Hr. Schneider selbst erklärte, Fäkalien getrocknet und vorgehängt zu haben, diesen als alternativen Brennstoff zu nutzen, um Heizkosten einzusparen. Gemäß

der **Polizeibericht** fanden sich 30 cm hohe Kottürme, welche eine Fliegenplage auslöste und im Wohnhaus bereits zu einigen Fällen von Magen-Darmerkrankungen geführt hatte. Aufgrund

des **Aggressionspotenzials** des Probanden ist eine stationäre Aufnahme erforderlich!

der krankheitsbedingten Vergiftungsideen, sowie Beeinträchtigung - und Verfolgungserleben durch die Nachbarn, übernachtete Hr. Schneider im Vorfeld der Klinikeinweisung, trotz der winterlichen Temperaturen, in der Gartenscheune. Bereits an diesem Verhalten wird das Vorliegen einer floriden psychotischen Episode ersichtlich. Die fortlaufende Ablehnung einer medikamentösen Behandlung, die zunehmende Wahndynamik sowie die Desintegration der Versorgungssituation führten schließlich zur erneuten stationären Aufnahme. Zudem berichtete die Mutter des Probanden, laut Akteninformationen (Bl. 154 - 155 d. A.), über Mangelernährung und einen erheblichen Gewichtsverlust.

Im Rahmen der aktuellen Begutachtung wurden die nachfolgend dargestellten, diagnostisch relevanten und krankheitsspezifischen Auffälligkeiten festgestellt, die gemäß den Kriterien der ICD-10 * eindeutig einer paranoiden Schizophrenie zuzuordnen sind:

zahlreiche Nachbarn sowie der Hausmeister seine Wohnung regelmäßig betreten und ihn schädigen und beeinträchtigen würden (**Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn, G1.1d-Kriterium**). Diese Überzeugung bestand mit absoluter subjektiver Gewissheit, war durch keinerlei Argumente korrigierbar und inhaltlich eindeutig wirklichkeitsfern, womit alle drei **Wahnkriterien** nach Jaspers ¹⁰ erfüllt waren. Er berichtete, die Nachbarn würden „Sprühmittel“ versprühen, um seinen Geruchs- und Geschmackssinn zu verändern oder ihm zu schaden (**Vergiftungswahn, G1.1d-Kriterium**). Er berichtete, „Geräusche aus der Kanalisation“ wahrzunehmen, das er als „gegen ihn gerichtetes Gedröhn“ interpretierte. Diese nahm er seinen Schilderungen zufolge, sowohl zu Hause als auch in der Klinik wahr (**akustische Halluzinationen i. S. von Akoasmen, G1.1b-Kriterium**). Passend dazu wurde berichtet, dass Hr. Schneider zu Hause Watte oder Papier in seinen Ohren trug (Bl. 41. d. A., Ereignismeldung der Polizeiinspektion 15 München, Bericht vom 09.09.25), offensichtlich um die aus seiner Sicht beeinträchtigenden Geräusche abzdämpfen.

Beispiel: Zudem berichtete der Proband ausführlich über die vermeintlichen „magischen Fähigkeiten“ einzelner Nachbarn, Dritte gegen ihn aufzuwiegen (Beeinflussungswahn, G1.1b-Kriterium).

Auf Station wurden regelmäßig Selbstgespräche beobachtet, was in Zusammenschau mit der berichteten akustisch wahrgenommenen, aber nicht realen Geräuschkulisse als Hinweis auf *an-typerisch*
den Typ? weitere akustische Halluzinationen i. S. von realitätsfernen Stimmenhören zu werten ist
Hypnose - (akustische Halluzinationen, G1.2a-Kriterium). Daneben bestanden deutliche *Vorlesungen?*

Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich zudem kognitive Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit der schizophrenen Grunderkrankung stehen. Die Aufmerksamkeit war reduziert und die kognitive Flexibilität beeinträchtigt. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit war verlangsamt und die Auffassung war beeinträchtigt. So konnte er gängige Sprichwörter nicht erklären und komplexere Zusammenhänge nicht durchgehend erfassen. In der wissenschaftlichen Literatur ist beschrieben, dass solche kognitiven Defizite häufig bereits früh im Krankheitsverlauf schizophrener Störungen auftreten, sich im Verlauf verschlechtern und auch nach Abklingen der Positivsymptomatik bestehen bleiben.

formalgedankliche Auffälligkeiten. So waren seine Äußerungen verlangsamt und gleichzeitig inhaltlich sprunghaft, umständlich, teilweise denkzerfahren und streckenweise nur schwer nachvollziehbar (**formale Denkstörung, G1.2b-Kriterium**). Während des Gesprächs zeigte er eine hohe emotionale Beteiligung an seinen Wahnhaltungen. Er schilderte diese mit erheblichem Mitteilungsdrang und eindringlicher Überzeugungskraft. Diese ausgeprägte affektive Einbindung und die tiefgreifende Integration der Wahnthematik in sein Denken und Handeln sind Ausdruck einer hohen Wahndynamik.

Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich zudem kognitive Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit der schizophrenen Grunderkrankung stehen. Die Aufmerksamkeit war reduziert und die kognitive Flexibilität beeinträchtigt. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit war verlangsamt und die Auffassung war beeinträchtigt. So konnte er gängige Sprichwörter nicht erklären und komplexere Zusammenhänge nicht durchgehend erfassen. In der wissenschaftlichen Literatur ist beschrieben, dass solche kognitiven Defizite häufig bereits früh im Krankheitsverlauf schizophrener Störungen auftreten, sich im Verlauf verschlechtern und auch nach Abklingen der Positivsymptomatik bestehen bleiben.

Die vorliegenden Informationen belegen, dass das ICD-10-Zeitkriterium einer mindestens einmonatigen Dauer der schizophrenen Symptomatik erfüllt war. Sowohl die wiederholten stationären Behandlungen seit 2008 als auch die fremdanamnestic geschilderte Symptomprogression seit Absetzen der Medikation zeigen, dass die psychotische Symptomatik kontinuierlich über lange Zeiträume bestanden. Auch im unmittelbaren Zeitraum vor der aktuellen Einweisung lagen über einen längeren Zeitraum floride Wahnphänomene, formale Denkstörungen und ausgeprägte Realitätsverkennungen vor. Die im Untersuchungstermin festgestellte Symptomatik ist somit Teil eines längerfristigen, chronisch-rezidivierenden Krankheitsverlaufs.

Eine hirnorganische oder substanzinduzierte psychotische Störung ist aus gutachterlicher Sicht weitgehend auszuschließen. Der Proband berichtete lediglich einen moderaten Alkoholkonsum (täglich ca. eine halbe Flasche Bier) und früheren Cannabiskonsum, der nach seinen Angaben seit dem Abitur nicht mehr besteht. Es fanden sich keine Hinweise auf einen solchen Konsum im zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der aktuellen Symptomatik. Frühere Entzugssymptome oder eine Intoxikationssymptomatik wurden nicht beobachtet. Frühere stationäre Behandlungen erfolgten über jeweils längere Zeiträume unter kontrollierten

stationäre Behandlungen erfolgten über jeweils längere Zeiträume unter kontrollierten

Handwritten: klinischen Bedingungen, in denen kein Zugang zu Suchtmitteln bestand. Dennoch persistierten die psychotischen Symptome. *Handwritten:* Hinweise auf eine himnorganische Erkrankung liegen nicht vor.

Aus den vorhandenen Unterlagen ergaben sich keine Auffälligkeiten in Bezug auf neurologische Begleitsymptome. Auch klinisch ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine himnorganische Genese.

Handwritten: Nur bei der 1. Aufnahme.

Insgesamt waren bei Herrn Schneider ausreichende schizophrene Krankheitssymptome über einen genügend langen Zeitraum (mindestens 1 Monat Krankheitsdauer, G1-Zeitkriterium) vorhanden, um gemäß ICD-10 *1 eindeutig eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) zu diagnostizieren. Die festgestellten Krankheitssymptome waren keiner anderen Erkrankung oder Störung zuzuordnen wie bspw. einer organischen Hirnerkrankung, einem Alkohol- oder Drogenrausch oder Entzugssyndrom (G2-Ausschlusskriterium).

Zuordnung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose zu einem Rechtsbegriff

Die paranoide Schizophrenie ist dem Rechtsbegriff einer psychischen Krankheit i. S. des § 1831 BGB zuzuordnen.

Krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigungen

Handwritten: psychotische Verläufe
Herr Schneider leidet an einer floriden psychotischen Symptomatik im Rahmen einer paranoiden Schizophrenie. Wahnphänomene und Halluzinationen werden von ihm intensiv erlebt und bestimmen sein Denken, Fühlen und Handeln in erheblichem Ausmaß. Eine kritische Auseinandersetzung mit den vorhandenen Wahnhaltungen ist nicht möglich. Aufgrund einer hohen Wahndynamik ist die Wahrnehmung und Bewertung der Umwelt massiv psychotisch verzerrt. Die Fähigkeit, Informationen objektiv und frei von krankheitsbedingten Verzerrungen zu verarbeiten, ist aufgehoben. Die Realitätsprüfungsmechanismen sind vollständig aufgehoben. Herr Schneider ist nicht in der Lage, krankhaft veränderte Vorstellungen und Wahrnehmungen als psychotische Symptome zu erkennen oder von der Realität zu unterscheiden. Es liegt eine deutliche Situationsverkenntnis mit Verlust des Realitätsbezugs vor. Er interpretiert neutrale oder alltägliche Ereignisse (Gerüche, Geräusche, Handlungen Dritter) konsistent als Ausdruck gezielter feindlicher Handlungen gegen seine Person. Diese fehlerhafte Realitätsbewertung beeinflusst sämtliche Entscheidungen im Alltag, insbesondere im Bereich der Gesundheitsvorsorge, der Wohnsituation und der

Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen. Die krankheitsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen führen dazu, dass Herr Schneider nicht mehr in der Lage ist, elementare Belange der Selbstfürsorge und Gefahrenabwehr eigenverantwortlich und sachgerecht zu regeln. Er verweigert antipsychotische Medikation aufgrund wahrhaft verzerrter Überzeugungen, verkennet die Schwere seiner psychischen Erkrankung und die daraus resultierenden Risiken für seine körperliche Gesundheit und seine soziale Existenz. Die Verwahrlosung der Wohnverhältnisse mit Fäkalienverschmutzung sowie das Experimentieren mit getrockneten Fäkalien als Brennstoff sind unmittelbare Ausdrucksformen dieser krankheitsbedingten Funktionsstörung und belegen, dass er grundlegende hygienische und gesundheitliche Standards nicht mehr eigenständig wahren kann. Unter diesen Voraussetzungen besteht ohne eine freiheitsentziehende Unterbringung keine realistische Möglichkeit, eine notwendige Behandlung einzuleiten oder aufrechtzuerhalten.

Zur freien Willensbildung

Infolge der bestehenden schizophrenen Erkrankung ist Herr Schneider nicht in der Lage, die Notwendigkeit eines freiheitsentziehenden Unterbringung zur Durchführung dringend erforderlicher diagnostischer Maßnahmen und einer adäquaten antipsychotischen

Behandlung zu erkennen. Es besteht keine Krankheitseinsicht, stattdessen interpretiert er seine Symptomatik ausschließlich als Folge äußerer Einwirkungen durch Nachbarn, Hausmeister und andere Beteiligte. Entsprechend fehlt auch die Bereitschaft, sich auf eine psychiatrische Behandlung einzulassen. Aus gutachterlicher Sicht ist Herr Schneider aufgrund der floriden psychotischen Symptomatik derzeit nicht in der Lage, einen freien Willen im Hinblick auf die erforderliche medizinische Behandlung und die stationäre Unterbringung zu bilden. Die Fähigkeit, das Für und Wider der verfahrensgegenständlichen Maßnahmen abzuwägen, und eine eigenständige, realitätsgerechte Entscheidung zu treffen, ist aufgehoben. Die Tragweite der eigenen Erkrankung sowie die Erforderlichkeit medizinischer Maßnahmen können krankheitsbedingt nicht adäquat erfasst werden. Die Entscheidungsfindung ist vollständig durch wahrhaft geprägte Überzeugungen und ausgeprägte formale Denkstörungen überlagert. Kritik- und Urteilsfähigkeit sind aufgehoben. Zusammenfassend ist aus gutachterlicher Sicht die Fähigkeit des Betroffenen zur freien Willensbildung im Hinblick auf die verfahrensgegenständliche freiheitsentziehende Unterbringung infolge der psychischen Erkrankung aufgehoben.

Sollte Herr Schneider §1 Abs 2 Ant GedrG unterschreiben?
Dr. Stiller v. Schneider? Für + Druck oder Nach!

Eigengefährdung und krankheitsbedingte Risiken

Die freiheitsentziehende Unterbringung des Probanden in einer geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Klinik und die medikamentöse Behandlung mit einem Antipsychotikum sind aus gutachterlicher Sicht dringend erforderlich. Ohne diese Maßnahmen besteht die konkrete Gefahr, dass sich der Proband selbst gefährdet oder erheblichen gesundheitlichen Schäden erleidet. Werden die Akteninformationen, die fremdanamnestischen Angaben und die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Befunde als Anknüpfungstatsachen zugrunde gelegt, ergeben sich folgende konkrete und schwerwiegende Gefahren für Leben und Gesundheit, falls keine adäquate Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgt:

z.B. M.D. / T.L. / K.

An dieser Stelle wird auf die Ziffer 2 der Beantwortung der Gutachtenfragen verwiesen, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden.

Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen einer freiheitsentziehenden Unterbringung gemäß § 1831 BGB und Zwangsbehandlung gemäß § 1832 BGB

Aus gutachterlicher Sicht liegen die medizinischen Voraussetzungen für die Anordnung einer freiheitsentziehenden Unterbringung gemäß § 1831 BGB und einer Zwangsbehandlung gemäß § 1832 BGB bei Herrn Schneider eindeutig vor.

Die Zwangsbehandlung mit einem Antipsychotikum ist aus gutachterlicher Sicht erforderlich, um die bestehende floride Psychose adäquat zu behandeln und drohende schwerwiegende gesundheitliche Schäden von Herrn Schneider infolge der unbehandelten Erkrankung abzuwenden. Herr Schneider verweigert krankheitsbedingt die freiwillige Einnahme antipsychotischer Medikation. Aufgrund fehlender Krankheitseinsicht und mangelnder Behandlungsbereitschaft ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass außerhalb eines geschützten Rahmens keine kontinuierliche Behandlung erfolgen würde. Die dringend notwendige medikamentösen Behandlung, einschließlich flankierender therapeutischer Maßnahmen wie Psychotherapie und Psychoedukation, sind nur im Rahmen einer stationären Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Fachstation realisierbar. Die vorgesehene Heilbehandlung mit einer antipsychotisch wirksamen Medikation, ist aufgrund der bisherigen Ansprechbarkeit erfolgsversprechend einzuschätzen. Die Vorgeschichte zeigt, dass unter antipsychotischer Medikation eine Besserung der psychotischen Symptomatik erzielt werden konnte, während es nach Absetzen der

gute
Dr. Kuhn
Gutachten

Hahn!

Von der
Dr. Kuhn
Ergebnis

Medikamente jeweils zu erneuten psychotischen Dekompensationen mit progredienter Desintegration der Lebensführung kam. Weniger eingreifende Maßnahmen stehen derzeit nicht zur Verfügung, und der zu erwartende medizinische Nutzen überwiegt die Belastungen der Behandlung deutlich.

Neuropsychiatrische Fachambulanz
Aus gutachterlicher Sicht sind daher die medizinischen Voraussetzungen für die Anordnung einer freiheitsentziehenden Unterbringung für die Dauer von **drei Monaten** gegeben, um eine ausreichende psychische Stabilisierung zu ermöglichen und Herrn Schneider wieder in die Lage zu versetzen, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen und ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen.

Darüber hinaus ist die Genehmigung einer Zwangsmedikation mit einem Antipsychotikum für die Dauer von **sechs Wochen ab Beginn der Zwangsbehandlung** aus gutachterlicher Sicht erforderlich. Zur Durchsetzung dieser Behandlung kann in Einzelfällen eine mechanische Fixierung, etwa in Form einer **5-Punkt-Fixierung**, notwendig sein, sodass auch hierfür die medizinischen Voraussetzungen für einen Zeitraum von **sechs Wochen** ab Beginn der Zwangsbehandlung vorliegen.

Beurteilung der Wirksamkeit der Patientenverfügung aus fachpsychiatrischer Sicht

Aus gutachterlicher Sicht bestehen erhebliche Zweifel an der Wirksamkeit der Patientenverfügung mit der Bezeichnung „Fassung vom 125.18.2023 (5. Mai)“, abgelegt auf Bl. 142/143 der Akte. Bereits die formale Gestaltung, die sprachliche Struktur sowie der inhaltliche Aufbau weisen deutliche psychopathologische Auffälligkeiten auf, die auf eine krankheitsbedingte fehlende Einwilligung- und Einsichtsfähigkeit des Probanden zum Zeitpunkt der Erstellung schließen lassen.

Die auf der Verfügung vermerkte Datumsangabe („125.18.2023“) entspricht keinem realen Kalenderdatum. Herr Schneider konnte im Rahmen der aktuellen Begutachtung den Zeitpunkt der Abfassung nicht verlässlich angeben. Er erklärte, selbst nicht zu wissen, wann die Verfügung entstanden sei, und berichtete von mindestens drei Fassungen, die seit 2021 sukzessive erweitert worden seien. Der Entstehungsprozess sei fortlaufend gewesen und verfüge über keinen klar definierbaren Zeitpunkt der Errichtung.

fehlt!
Der Text der Patientenverfügung ist in weiten Teilen durch formale und inhaltliche Denkstörungen geprägt. Auffällig sind gelockerte Assoziationen, logisch inkohärente Verknüpfungen, thematische Sprünge sowie zahlreiche Neologismen wie „Entnervung mit

Neuroleptika", „Farbstumpfheit" oder „Schreckhörigkeit", die charakteristisch für formale Denkstörungen im Rahmen einer schizophrenen Psychose sind. Inhaltlich finden sich wahnhaft gefärbte Überzeugungen, insbesondere in Bezug auf psychiatrische Behandlungsmaßnahmen. Die Behandlung mit Antipsychotika wird als „unmittelbar lebensbedrohlich" oder „versklavend" beschrieben, ohne dass eine nachvollziehbare medizinische Risiko-Nutzen-Abwägung erfolgt. Vielmehr spiegeln diese Zuschreibungen ein krankheitsbedingt verzerrtes Bedrohungserleben wider.

Darüber hinaus enthält die Patientenverföhrung fachlich unhaltbare Kausalvorstellungen, etwa die Annahme, psychotische Symptome entstünden durch eine „Verwandlung des Gehirnstoffwechsels“ oder hätten „geistliche Ursachen“. Tatsächlich beruhen psychotische Symptome nach heutigem wissenschaftlichen Kenntnisstand auf komplexen neurobiologischen, genetischen und psychosozialen Faktoren, ohne dass vereinfachende oder metaphysische Erklärungsmodelle eine medizinische Grundlage hätten. Die Vorstellung, eine psychotische Krise könne durch das Trinken von „alkoholfreiem Bier“ über eine Woche behandelt werden, demonstriert zusätzlich die massiv verzerrte Realitätswahrnehmung.

behandelt werden, demonstriert zusätzlich die massiv verzerrte Realitätswahrnehmung. Die Gesamtausarbeitung enthält keine geordnete medizinische Argumentation, sondern bildet ein geschlossenes, durch Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen strukturiertes krankhaftes Denksystem ab. Unter diesen Umständen kann aus gutachterlicher Sicht nicht von einer freien, krankheitsunabhängigen Willensbildung ausgegangen werden. Die Einwilligungsfähigkeit im Sinne einer realitätsgerechten Erfassung der Tragweite der Verfügung, einer geordneten Risiko-Nutzen-Abwägung und einer vorausschauenden Bewertung der Folgen des Ausschlusses notwendiger psychiatrischer Behandlungen, war aus gutachterlicher Sicht zum Zeitpunkt der Verschriftlichung nicht gegeben.

Die Prüfung des mutmaßlichen Errichtungszeitpunktes liefert weitere bedeutsame Hinweise. Aus gutachterlicher Sicht bestand bei Herrn Schneider sowohl in den Jahren 2021 als auch 2023, ebenso wie in den Jahren davor und danach, durchgehend eine paranoide Schizophrenie. Die Erkrankung manifestierte sich spätestens im Jahr 2008 und zeigt seither einen chronisch-rezidivierenden Verlauf. Bei der paranoiden Schizophrenie handelt es sich um eine chronische, lebenslang bestehende Erkrankung, die zwar in phasenweise stabileren Intervallen verlaufen kann, deren zugrunde liegende Störung der Realitätsprüfung jedoch dauerhaft besteht und nicht geheilt werden kann. *Dr. Siegfried R. Schneider*

Intervallen verlaoren kann, deren Lage und Regelmäßigkeit
 dauerhaft besteht und nicht geheilt werden kann. Im Sinne der Schwerekeit Muss!
 Durch Fuchs-Torres? Durch Elter? Durch Bruch? Durch Häm? ?
 Durch? Durch die Regel ist und ihre Seitenkanäle? Durch?
 durch? Durch die Regel? Durch? Durch? Durch?
 4 v. a. Kypke! ? Durch? Durch? Durch?

Zwischen 2008 und 2015 erfolgten nahezu jährlich stationär-psychiatrische Behandlungen. Weitere Klinikaufenthalte sind für 2019 und 2021 dokumentiert. Herr Schneider gab an, seit 2017, abgesehen von den Klinikaufenthalten, keine antipsychotische Medikation mehr einzunehmen. Die rückläufige Zahl stationärer Aufenthalte ist daher nicht Ausdruck einer Stabilisierung, sondern aus gutachterlicher Sicht vielmehr Folge der zunehmenden Vermeidung psychiatrischer Behandlung. Vor dem Hintergrund des langjährig unbehandelten Krankheitsverlaufs, der fehlenden Medikationstreue und der erneuter floriden psychotischen Symptomatik ist es äußerst unwahrscheinlich, dass zwischenzeitlich eine vollständige Remission vorgelegen haben könnte.

Die fehlende Krankheitseinsicht, die persistierenden Wahnsymptome und die langjährig konsequente Ablehnung einer medikamentösen Behandlung sprechen zusätzlich gegen die Möglichkeit eines stabilen Intervalls, in dem eine freie Willensbildung innerhalb der letzten Jahr gegeben gewesen wäre. Die inhaltliche Struktur der Patientenverfügung entspricht zudem exakt den im Rahmen der Begutachtung beobachteten psychopathologischen Mustern. Auch wenn theoretisch erwogen werden könnte, die Verfügung sei in einer zwischenzeitlichen Phase psychischer Stabilisierung erstellt worden, bspw. im Rahmen des Klinikaufenthaltes im Jahr 2021, ergeben sich hierfür aus fachpsychiatrischer Sicht keinerlei belastbare Anhaltspunkte. Wäre die Verfügung in einem solchen Zustand entstanden, wäre eine

geordnete sprachliche Struktur, eine nachvollziehbare Argumentation und eine realitätsgerechte Bewertung medizinischer Zusammenhänge zu erwarten gewesen. Die tatsächlich vorliegende Fassung zeigt hingegen durchgehend dieselben formalen Denkstörungen, Neologismen und wahnhaften Bewertungen, die auch aktuell klinisch bestehen. Die inhaltliche Kongruenz lässt mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf schließen, dass der Text unter fortbestehender psychotischer Symptomatik oder zumindest unter relevanter

Residualsymptomatik verfasst wurde.
Wie auch für den Zeitraum nach 2023 bestehen keinerlei Hinweise auf eine anhaltende psychopathologische Stabilisierung, die eine freie, krankheitsunabhängige Willensbildung ermöglicht hätte. Aufgrund der Chronizität der Erkrankung, der fehlenden Behandlungstreue und der fortbestehenden Denkstörungen ist vielmehr davon auszugehen, dass die psychotischen Inhalte, die die Verfügung prägen, in sämtlichen infrage kommenden Zeiträumen präsent waren.

18. Juni 23

am 1. Juni 2023
Zusammenfassend ergibt sich aus gutachterlicher Sicht, dass der Betroffene zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung, *derzeitige Situation* unabhängig vom genauen Entstehungsjahr, nicht einwilligungsfähig war. Die Verfügung wurde nicht unter Bedingungen freier, krankheitsunabhängiger Willensbildung errichtet und erfüllt daher aus gutachterlicher Sicht nicht die Anforderungen an eine wirksame Patientenverfügung.

G) Beantwortung der Gutachtenfragen

Zu den im Gutachtauftrag gestellten Fragen hinsichtlich der Wirksamkeit der Patientenverfügung, der medizinischen Voraussetzungen der Genehmigung ärztlicher Zwangsmaßnahmen, freiheitsentziehender Maßnahmen und der Anordnung einer freiheitsentziehenden Unterbringung nehme ich wie folgt Stellung:

Zu 1., ob die Patientenverfügung mit der Bezeichnung „Fassung vom 125.18.2023 (5. Mai)“, abgelegt auf Bl. 142/143 des Unterbringungsheftes, aus gutachterlicher Sicht wirksam errichtet wurde.

Aus gutachterlicher Sicht wurde die Patientenverfügung mit der Bezeichnung „Fassung vom 125.18.2023 (5. Mai)“ nicht wirksam errichtet. Zum Zeitpunkt der schriftlichen Niederlegung *der Minderjährige* verfügte der Betroffene nicht über die erforderliche Einwilligungsfähigkeit, da die Verfügung *in der Form* inhaltlich *und* formal *ausgeprägt* psychotische Denk- und *abwärtende Verzerrungen* geprägt ist und *keine* freie, krankheitsunabhängige Willensbildung erkennen lässt.

Zu 2. „Bei der Prüfung des Zeitpunktes der Errichtung der Patientenverfügung ist insbesondere auf das Jahr 2023 (erkennbare Jahreszahl auf der Verfügung), auf die Jahre vor 2023 – hierbei insbesondere das Jahr 2021 entsprechend den eigenen Angaben des Betroffenen – sowie ergänzend auf die Jahre nach 2023 einzugehen.“

Aus gutachterlicher Sicht bestehen weder für das Jahr 2023 noch für die Jahre davor oder die folgenden Jahre belastbare Hinweise auf eine psychopathologisch stabile Phase, in der der Betroffene zur freien Willensbildung in der Lage gewesen wäre. Aufgrund der durchgängig bestehenden paranoiden Schizophrenie mit fehlender Krankheitseinsicht, fehlender Behandlungstreue und persistierenden Denkstörungen ist davon auszugehen, dass die

Kennungs- und Unterschrift

Patientenverfügung in sämtlichen in Betracht kommenden Zeiträumen unter krankheitsbedingter Aufhebung der Einwilligungsfähigkeit errichtet wurde.

Zu den Fragen gemäß Merkblatt „Zwangsbehandlung“ für Sachverständige nehme ich wie folgt Stellung:

1. Liegt bei d. Betroffenen eine psychische Krankheit oder geistige oder seelische Behinderung vor?

Hr. Schneider leidet an einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0), welche dem Rechtsbegriff einer psychischen Krankheit im Sinne des § 1831 BGB zuzuordnen ist.

2. Besteht aufgrund einer solchen Erkrankung die unmittelbare Gefahr, dass d. Betroffene sich außerhalb einer geschlossenen Einrichtung selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt?

Aufgrund der zugrunde liegenden paranoiden Schizophrenie ergeben sich aus gutachterlicher Sicht folgende Eigengefährdungen, die im Falle einer sofortigen und unbehandelten Entlassung aus dem geschützten Rahmen zu einer erheblichen gesundheitlichen Selbstschädigung bis hin zu einer Selbsttötung führen werden:

- Eigengefährdung durch erhebliche gesundheitliche Schädigung infolge der psychotischen Erkrankung und ihrer Chronifizierung

Bei einer unbehandelten schizophrenen Psychose ist aus gutachterlicher Sicht mit einem erheblichen Risiko einer fortschreitenden Chronifizierung zu rechnen. Herr Schneider weist seit vielen Jahren eine rezidivierend psychotische Symptomatik auf, die sich unter antipsychotischer Medikation jeweils besserte und bei Absetzen der Behandlung erneut deutlich verschlechterte. Ohne kontinuierliche und gezielte antipsychotische Therapie ist nicht von einer klinisch relevanten Besserung, sondern vielmehr von einer weiteren Verfestigung der psychotischen Symptomatik auszugehen. Dies führt regelmäßig zu einer schleichenden Einschränkung alltagspraktischer Fähigkeiten, sozialer Kompetenzen und kognitiver Funktionen. Je länger eine Psychose unbehandelt bleibt, desto ungünstiger gestaltet sich die Prognose. Die Ansprechrate auf antipsychotische Medikation sinkt, und die Möglichkeiten einer sozialen Reintegration nehmen deutlich ab. Bei Herrn Schneider

In Wes für ein Gericht?
Wird die Möglichkeit bei Langzeitbehandlung eine Medikation Hingeführt?
Wer führt die Medikation für die Patienten & Angehörigen?
Ist die ständige Behandlung? Auf der Basis der Prognose?

ist bereits jetzt eine erhebliche Desintegration der Lebensführung erkennbar (Verwahrlosung der Wohnung, experimentelles Heizen mit Fäkalien, psychosegeleitete Diät mit einseitiger Nahrungsaufnahme). Ohne stationäre Behandlung ist mit einer weiteren Verschlechterung bis hin zu einem Zustand zu rechnen, in dem die psychotische Symptomatik nur noch unzureichend oder gar nicht mehr auf medikamentöse Therapien anspricht und eine dauerhafte schwere Behinderung droht. Diese Entwicklung stellt eine erhebliche, konkret zu erwartende gesundheitliche Schädigung dar.

- **Eigengefährdung durch Verwahrlosung, gesundheitliche Vernachlässigung und zahnmedizinische Komplikationen**

Der Betroffene befindet sich infolge der schizophrenen Erkrankung in einem Zustand deutlicher Verwahrlosung und gesundheitlicher Vernachlässigung. Dies betrifft nicht nur die Wohn- und Hygienesituation, sondern in besonderem Maße auch den zahnmedizinischen Status. Herr Schneider berichtete, dass im Jahr 2015 eine Wurzelbehandlung begonnen, aber nicht zu Ende geführt worden sei und er die Behandlung abgebrochen habe. Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich mehrere tote Frontzähne mit typisch gräulicher Verfärbung. Mindestens ein Frontzahn war weitgehend kariös zerstört, weggebrochen und zeigte ein Bild fortgeschrittener Destruktion bis hin zur Fäulnis. Nach seinen Angaben habe er die betroffenen Zähne mit Salz „behandelt“, um sie zu desinfizieren. Eine zahnärztliche Weiterbehandlung hat er seit Jahren nicht mehr in Anspruch genommen.

Tote, kariös zerstörte Zähne stellen chronische Entzündungsherde im Bereich der Zahnwurzel und des umgebenden Knochens dar. Über die Wurzelspitze kann es zur Bildung von Abszessen im Kieferbereich und zur Fortleitung einer Entzündung in den Kieferknochen (Osteomyelitis) kommen. Gerade bei langjährig unbehandelten, verfaulten Frontzähnen besteht das Risiko eines fortschreitenden Kieferknochenabbaus mit nachfolgender Lockerung und Verlust weiterer Zähne. Langfristig droht eine ausgeprägte Zahnlosigkeit im Frontzahnbereich mit funktionellen Beeinträchtigungen der Nahrungsaufnahme, der Artikulation und einer weiteren sozialen Stigmatisierung.

Darüber hinaus sind chronisch entzündete Zahnherde potenzielle Ausgangspunkte für eine Streuung von Bakterien in den Blutkreislauf. Hieraus können systemische Komplikationen entstehen, etwa bakterielle Infektionen des Herzens, bei entsprechender Prädisposition oder in seltenen, aber relevanten Fällen auch eine Sepsis (Blutvergiftung). Die Kombination aus mangelnder Mundhygiene, fehlender zahnärztlicher Behandlung und der Weigerung, medizinische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, führt bei Herrn Scheider.

Verläufe weder frühzeitig erkannt noch adäquat behandelt werden. Die Gefahr einer schleichenden, aber gravierenden gesundheitlichen Schädigung bis hin zu lebensbedrohlichen Komplikationen.

Was ist die psychologisch bedingte Behandlungsform und Realitätsverknüpfung vermittelt.

- Eigengefährdung durch psychotisch bedingte lebenspraktische Fehlentscheidungen und Verwahrlosung

Hinzu kommt, dass Herr Schnelder krankheitsbedingt kaum noch in der Lage ist, grundlegende Anforderungen der Alltagsbewältigung sicherzustellen. Die Wohnsituation war vor Aufnahme in die Klinik durch Fäkalienverschmutzung und hygienische Verwahrlosung gekennzeichnet. Das Experimentieren mit getrockneten Fäkalien als Brennstoff zur Beheizung der Wohnung birgt erhebliche hygienische und gesundheitliche Risiken, einschließlich der Gefahr von Rauchgasexposition, Brandgefahr sowie mikrobieller Belastung. Die zeitweise Verlagerung des Schlafens nach draußen, motiviert durch wahnhaft erlebte Bedrohung in der eigenen Wohnung,

Dekompensation. Seine psychosegeleitete Diät mit überwiegend Brot, Wasser und ~~Kaffee~~, Verzicht auf Fleisch und Milchprodukte sowie sehr geringen Nahrungsmengen kann mittel- bis langfristig zu Mangelernährung, Gewichtsverlust und somatischer Schwächung führen. Laut Akteninformationen berichtete die Mutter bereits im Vorfeld der Klinikeinweisung über Mangelernährung und Gewichtsverlust des Probanden. Eine krankheitsbedingte Indolenz gegenüber körperlichen Warnsignalen und die fehlende Bereitschaft, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, verstärken diese Risiken zusätzlich.

In der Gesamtschau ist festzuhalten, dass Herr Schneider aufgrund seiner floriden paranoiden Schizophrenie nicht in der Lage ist, für eine ausreichende medizinische Versorgung, insbesondere im Hinblick auf seine zahnmedizinischen und somatischen Risiken, zu sorgen. Die bestehenden Verwahrlosungs- und Vernachlässigungstendenzen sind unmittelbare Folge der psychotischen Erkrankung und führen zu einer konkreten Eigengefährdung im Sinne drohender schwerwiegender gesundheitlicher Schädigungen.

Verhütung!

3. Kann d. Betroffene die Unterbringungsnotwendigkeit und die Behandlungsnotwendigkeit krankheitsbedingt nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln?

Die Realitätsprüfungsmechanismen des Betroffenen sind krankheitsbedingt aufgehoben, sodass Hr. Schneider nicht mehr in der Lage ist, seine psychotischen Symptome als solche zu erkennen und daraus die Notwendigkeit einer freilebensentziehenden Unterbringung sowie einer medikamentösen Behandlung abzuleiten. Er kann neue Informationen nicht mehr objektiv und frei von psychotisch gefärbten Wahrnehmungen und wahnhaften Vorstellungen verarbeiten oder realitätsgerecht bewerten.

Nur
Verfahren - das
2017?
Exp. hat?

Der Betroffene lehnt eine aus fachpsychiatrischer Sicht dringend indizierte Heilbehandlung ab.

Aufgrund der Erkrankung ist er nicht in der Lage, Bedeutung, Tragweite und Risiken einer unterlassenen Behandlung realitätsgerecht zu erfassen, nicht in der Lage, zu handeln, und dies zu brechen, welche ihn, zu verletzen, Unter diesen Voraussetzungen kann Hr. Schneider die für und wider sprechenden Gesichtspunkte im Hinblick auf die freilebensentziehende Unterbringung sowie die ärztlichen Zwangsmaßnahmen nicht mehr gegeneinander abwägen und auf dieser Grundlage keinen freien Willen bilden.

h. Th.

4. Welche Behandlung ist vorgesehen und notwendig? Die zugehörigen Medikamente sind mit

Dosierung und allen Nebenwirkungen zu beschreiben.

In der akuten Phase, welche wie im vorliegenden Fall durch produktiv-psychotische Krankheitssymptome geprägt ist, steht die medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika im Vordergrund, welche auch die Grundlage weiterer Therapiemaßnahmen bildet. Zunächst soll d. Betroffenen eine orale Medikation mit Hinweis auf den richterlichen Beschluss angeboten werden. Bei Verweigerung der oralen Medikation ist im nächsten Schritt eine intramuskuläre Anwendung erforderlich.

Gegebenenfalls sind vorübergehend freilebensentziehende Maßnahmen (5-Punkt-Fixierung) zur Umsetzung der zwangsweisen medikamentösen Behandlung erforderlich, da ohne

Heb!
in die
Ein
Injektion

mechanische Beschränkung eine intramuskuläre Anwendung der Medikamente i. d. R. nicht möglich ist. Es besteht ansonsten die Gefahr, dass sich d. Betroffene im Rahmen von Abwehrverhalten oder motorischer Unruhe bei der Verabreichung der Medikation durch Injektion erhebliche Verletzungen zuzufügt.

Nach Ausschluss von Kontraindikationen wird die Anwendung der folgenden Medikamente gemäß dem nachstehenden Behandlungsschema befurwortet:

Bei Akzeptanz der peroralen Einnahme mit Hinweis auf den richterlichen Beschluss:	
Amisulprid	Bis maximal 800 mg pro Tag bei oraler Anwendung in Tablettenform.
Alternative Anwendung oder ergänzend bei fehlender Wirksamkeit oder dem Auftreten von Nebenwirkungen:	
Olanzapin	Bis maximal 30 mg pro Tag bei oraler Anwendung in Tablettenform
Alternative Anwendung oder ergänzend bei fehlender Wirksamkeit oder dem Auftreten von Nebenwirkungen:	
Benperidol	Bis maximal 6 mg pro Tag bei oraler Anwendung in Tablettenform.
Gegebenenfalls ergänzend, zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen, Erregungszuständen:	
Lorazepam	Bis maximal 6 mg pro Tag bei oraler Anwendung in Tablettenform.
Bei Verweigerung der peroralen Medikation:	
Olanzapin	Bis maximal 2 x 10 mg pro Tag bei intramuskulärer Anwendung für maximal drei aufeinanderfolgende Tage. Die Tageshöchstosis beträgt 20mg. Es besteht eine Zulassungsbeschränkung für maximal drei aufeinanderfolgende Tage. Achtung: Während der Behandlung dürfen Benzodiazepine nicht gleichzeitig injiziert werden.
Alternative Anwendung bei fehlender oder unzureichender Wirksamkeit oder dem Auftreten von Nebenwirkungen:	
Benperidol	Bis maximal 2 x 3 mg pro Tag bei intramuskulärer Anwendung.
Gegebenenfalls ergänzend zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen, Erregungszuständen:	
Diazepam	Bis maximal 2 x 10 mg pro Tag bei intramuskulärer Anwendung.
Im Bedarfsfall zur Behandlung extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen (= unwillkürliche Muskelverspannungen, Zittern oder andere durch die Medikation ausgeloste Bewegungsstörungen):	
Biperiden	3 x 4 mg Biperiden Tabletten bei oraler Anwendung (maximal 12 mg pro Tag) oder

2,5 – 5 mg (entsprechend 0,5 - 1 ml Injektionslösung) als Einzeldosis bei intramuskulärer oder langsamer intravenöser Anwendung. Im Bedarfsfall kann die gleiche Dosis nach 30 Minuten wiederholt werden. Die Tagesdosis von 10 mg (entsprechend 2 ml Injektionslösung) soll nicht überschritten werden.

Um mögliche Nebenwirkungen der Pharmakotherapie frühzeitig erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten zu können, sind weitere Maßnahmen erforderlich. Hierzu zählen nach Ermessen der behandelnden Ärzte:

1. Gegebenenfalls **tägliche EKG Kontrollen**. In der Regel sind wöchentliche EKG Kontrollen vollkommen ausreichend
2. Gegebenenfalls **tägliche Blutentnahmen**. In der Regel sind wöchentliche Blutentnahmen ausreichend.
3. Gegebenenfalls bis zu **3 x tägliche Blutdruckkontrollen**

Folgende **Nebenwirkungen** können bei den zu verabreichenden Medikamenten eintreten und mit folgender Wahrscheinlichkeit. Nachfolgend werden die folgenden Begriffe und Häufigkeiten verwendet: **Sehr häufig** ($\geq 1/10$), **Häufig** ($\geq 1/100$ bis $< 1/10$), **Gelegentlich** ($\geq 1/1.000$ bis $< 1/100$), **Selten** ($\geq 1/10.000$ bis $< 1/1.000$), **Sehr selten** ($< 1/10.000$):

Amisulprid[®]

Amisulprid ist ein atypische Antipsychotikum mit gut belegter Wirksamkeit, welches auch bei im Vordergrund stehender Negativsymptomatik gute Wirksamkeit zeigt. Vorteile bestehen durch geringe sedierende Eigenschaften und extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen. Da es nicht über die Leber verstoffwechselt wird, ergeben sich hierdurch keine Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

In niedriger Dosierung (unterhalb von 200 mg) geringe Nebenwirkungsrate. Bei Dosierungen über 400 mg/d sind Akathisie (motorische Unruhe der Beine und Arme) und extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen möglich, i. d. R. jedoch eher gering ausgeprägt.

Sehr häufige Nebenwirkungen Dosisabhängig und in der Regel gering ausgeprägte extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, vermehrter Speichelfluss, Akathisie (motorische Unruhe der Beine und Arme), Dyskinesien (Bei Dosierungen bis 300 mg nur sehr gering ausgeprägt).

Häufige Nebenwirkungen Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Schwindel, Angst, Agitiertheit, akute Dystonien (Bewegungsstörung, die durch unwillkürliches Zusammenziehen von Muskelgruppen gekennzeichnet ist), Hypotension (Blutdruckabfall), Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen, Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Prostataanstieg u. U. mit Galaktorrhö (Flüssigkeitsabsonderung aus der Brust, außerhalb der Stillzeit), Amenorrhö (Ausbleiben der Regelblutung), Zyklusstörungen, Gynäkomastie, Brustschmerzen, Brustvergrößerung, Prolaktinome, erektile Dysfunktion.

Gelegentliche Nebenwirkungen Krampfanfälle, Spätdyskinesien (Bewegungsstörungen), Bradykardien (langsame Herzfrequenz), Hyperglykämie (erhöhte Blutzuckerwerte), Transaminasenanstieg (Anstieg der Leberwerte), allergische Reaktionen.

Seltene Nebenwirkungen oder in Einzelfällen malignes neuroleptisches Syndrom, dosisabhängige QTc-Zeitverlängerung, ventrikuläre Arrhythmien, venöse Thromboembolien, tiefe Venenthrombose, möglicherweise Leukopenie, Neutropenie und Agranulozytose, akute Absetzsymptome wie Übelkeit, Erbrechen und Schlaflosigkeit, Urtikaria, Angioödem.

Benperidol**

Hochpotentes konventionelles Antipsychotikum

Sehr häufige Nebenwirkungen:

Dosisabhängig extrapyramidalmotorische Störung (Benperidol wird meist in schweren Akutphasen eingesetzt, daher oft hohe Dosierung erforderlich). Frühdykinesien, Parkinson-Syndrom und Akathisie, Müdigkeit insbesondere bei höherer Dosierung (Sedierung ist in Notfallsituationen meist erwünscht), nach langfristiger hochdosierter Anwendung Spätdykinesien.

Häufige Nebenwirkungen:

Zu Beginn der Behandlung orthostatische Hypotonie (Kreislaufschwierigkeiten beim Aufstehen) und Tachykardie (schneller Puls), QTc-Zeit-Verlängerung und/oder ventrikuläre Arrhythmien (Herzrhythmusstörungen, Gewichtszunahme, Hyperglykämie, Diabetes, Menstruationsstörungen, Galaktorrhö, Brustvergrößerung, Verminderung von Libido und Potenz).

Gelegentliche Nebenwirkungen:

Kopfschmerzen, Schwindel, Lethargie, depressive Verstimmungen (insbesondere bei Langzeitanwendung), Erregungszustände, delirante Symptomata (Verwirrheitszustände), Leukopenie (Absinken der weißen Blutkörperchen), passagere Erhöhung der Leberenzymaktivität, allergische Hautreaktionen.

Seltene Nebenwirkungen oder in Einzelfällen:

malignes neuroleptisches Syndrom (geht mit Verwirrung, Muskelstarre, hoher Körpertemperatur und anderen Symptomen einher) cholestatische Hepatose (Aufstau der Gallenflüssigkeit in den Gallenwegen bis zur Leber und daraus resultierende Leberschädigung).

Biperiden**

Biperiden wird u. a. zur Behandlung von extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen von Antipsychotika verwendet.

Gelegentliche Nebenwirkung: Bei höheren Dosen Unruhe, Agitiertheit, Angst, Verwirrtheit.

Sinnesstörungen (delirante Syndrome und Halluzinationen), Schlaflosigkeit, Beeinflussung der Schlafphasen, Müdigkeit, Schwindelgefühl und Gedächtnisstörungen, Pulsbeschleunigung (Herzklopfen), Mundtrockenheit (eine ausgeprägte Mundtrockenheit lässt sich durch häufiges Trinken kleiner Flüssigkeitsmengen oder durch Kauen von zuckerfreiem Kaugummi bessern), Magenbeschwerden, Übelkeit, Muskelzuckungen, Benommenheit.

Seltene Nebenwirkungen: Überempfindlichkeitsreaktionen, Nervosität, unnatürlich gehobene Stimmung (Euphorie), Kopfschmerzen, unwillkürliche Bewegungsstörungen, Störungen der Bewegungskoordination und Sprachstörungen, Erhöhte Krampfbereitschaft und Krampfanfälle, Sehstörungen, Pupillenverweiterung mit Lichtempfindlichkeit, Verlangsamung der Herzrätigkeit, Bei parenteraler Gabe kann es zu einer Blutdrucksenkung kommen, Verstopfung, Verminderung der Schweißabsonderung, Allergische Hautausschläge, Störungen der Harnentleerung, insbesondere bei Patienten mit Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostata-Adenom), Harnverhaltung (beim Auftreten einer Harnverhaltung muss sofort ein Arzt informiert werden, da eine Verringerung der Dosis oder die Gabe eines Gegenmittels (Carbachol) erforderlich sein können) Das Auftreten eines grünen Stars (Engwinkelglaukoms) ist möglich. Der Augeninnendruck sollte deshalb regelmäßig kontrolliert werden.

Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar)
Schwellung bzw. Entzündung der Speicheldrüsen

Diazepam

Diazepam ist ein Arzneistoff aus der Gruppe der Benzodiazepine und wird zur symptomatischen Behandlung von akuten Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen eingesetzt. Diazepam ist gut verträglich, besitzt jedoch wie alle Benzodiazepine grundsätzlich ein Abhängigkeitspotential. Insbesondere dann, wenn ein Behandlungszeitraum von 6 Wochen überschritten wird.

Häufige Nebenwirkungen: Sedierung, Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit. Ferner Schwindelgefühl, Gang- und Bewegungsstörungen, Kopfschmerzen, Verwirrtheit, zeitlich begrenzte Gedächtnislücken nach Einnahme von Diazepam. Am Morgen nach der abendlichen Verabreichung können Konzentrationsstörungen und Restmüdigkeit die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Sehr seltene Nebenwirkungen: Magen-Darm-Störungen, Gelbsucht, Harverhalt, Stimmritzenkrampf, Brustschmerzen, Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlages, Niedergeschlagenheit, Abnahme des geschlechtlichen Bedürfnisses, Appetitzunahme, Mundtrockenheit, allergische Veränderungen sowie Atmungsdepression. In hoher Dosierung kann es zu kolikartigen Bauchschmerzen und Durchfall kommen. Vorübergehend können verlangsamtes Sprechen, Sehstörungen, Bewegungs- und Gangunsicherheit auftreten.

Lorazepam

Medikament aus der Gruppe der Benzodiazepine. Wie alle Benzodiazepine besitzt Lorazepam eine angstlösende, beruhigende und schlaffördernde und krampflösende, muskelentspannende Wirkung. Es ist gut verträglich, besitzt jedoch wie alle Benzodiazepine grundsätzlich ein Abhängigkeitspotential, insbesondere dann, wenn ein Behandlungszeitraum von 6 Wochen überschritten wird.

Häufige Nebenwirkungen: Sedierung, Tagesmüdigkeit und möglicherweise Schläfrigkeit. Es kann auch zu Muskelschwäche, Mattigkeit, Verwirrtheit, Ataxie, Verwirrtheit oder Schwindelgefühl kommen.

Gelegentliche Nebenwirkungen: Überempfindlichkeitsreaktionen, Störungen im Elektrolythaushalt, Verdauungsstörungen, Anstieg von Leber-Transaminasen oder Hypothermie. Auch intramuskulär verabreicht ist die Medikation in der Regel gut verträglich und außerdem gut evaluiert. Beim länger anhaltendem Einsatz von Benzodiazepinen kann es zu Abhängigkeitsentwicklungen kommen.

Olanzapin**

Olanzapin ist ein sedierendes Antipsychotikum der zweiten Generation, welches zur Behandlung von Schizophrenien aber auch bei Manien im Rahmen von bipolaren Störungen wirksam ist. Es besteht ein geringes Risiko für extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen. Breite Anwendungserfahrungen sind vorhanden und die Wirksamkeit bei psychotischen Störungen ist gut belegt - auch im Vergleich zu anderen Antipsychotika. Risiken für ein metabolisches Syndrom (Übergewicht, Bluthochdruck, Zucker- und Fettstoffwechselstörungen) sind bei regelmäßiger Einnahme von Olanzapin höher als bei anderen Antipsychotika und sind daher besonders zu beachten.

Sehr häufige Nebenwirkungen: Schläfrigkeit, Gewichtszunahme, erhöhte Prolaktinspiegel, orthostatische Hypotonie.

Häufige Nebenwirkungen: Müdigkeit, Schwäche, Schwindel, Akathisie (motorische Unruhe der Arme oder Beine), Parkinsonismus, Dyskinesien, Appetitsteigerung, Eosinophilie, Leukopenie, Neutropenie, erhöhte Glukose-, Triglyzerid- und Cholesterinspiegel, Glukosurie, passagere Erhöhung der Lebertransaminasen, Erhöhung von alkalischer Phosphatase, CK, γ GT, Harnsäure, leichte, meist vorübergehende anticholinerge Effekte (Verstopfung, Mundtrockenheit), Ausschlag, Arthralgie, Odeme, erektile Dysfunktion, erniedrigte Libido (Männer und Frauen), Fieber.

Gelegentliche Nebenwirkungen: Bradykardie (Verlangsamte Herzfrequenz), QTc Zeit Verlängerung, Lichtüberempfindlichkeit, Alopezie (Haarverlust), Harninkontinenz, Harnverhalt, Schwierigkeiten beim

Wasserlassen, Amenorrhö, Gynäkomastie, Gelbturnus des Sgum, gelbtes Abdomen (Bilgaut), Nasenbluten, epileptische Anfälle, Dystonie, tardes Dystonien, Anorexia, Dysphagia, immunologische Überempfindlichkeit, hohe Kreatinphosphokinasewerte, erhöhtes Gesamtblut, Thrombozytopenie

Seltene Nebenwirkungen oder in Einzelfällen malignes neurologisches Syndrom, Hepatitis (einschließlich hepatozellulärer oder cholestatischer Leberschädigung oder Myokard), Entzündung oder Verschlechterung des Diabetes, gelegentlich begleitende Koma (einschließlich einer letalen Fälle), Thrombozytopenie, Hypothermie, Pankreatitis, ventrikuläre Fibrillation, Myokardmyopathie, Priapismus, Schlafwandeln

Bei Langzeitgabe (> 48 Wochen): Gewichtsverluste (sehr häufig > 25 % des Ausgangsgewichts), Zunahme von Glukose, Gesamt-LDL/HDL Cholesterin, Triglyceriden

Die gleichzeitige intramuskuläre Gabe von Glukagon und einem Benzodiazepin (Bspw. Tavor) wird wegen möglicher schwerer Nebenwirkungen nicht empfohlen.

5. Welche Auswirkungen hat der gegen den Willen d. Betroffenen ausgeübte Zwang auf das Befinden und die psychische Situation? Bestehen insbesondere Beeinträchtigungen des therapeutischen Nutzens gerade auf Grund des Zwangs?

Befragungen von Betroffenen, die von Zwangsmaßnahmen betroffen waren, bestätigen die intuitive Annahme, dass Betroffene auf Zwangsbehandlungen negativ reagieren und diese langanhaltende negative Auswirkungen haben können¹. Es besteht die Gefahr, dass durch die Zwangsbehandlung das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt aber auch das Vertrauen in die psychiatrische Behandlung im Allgemeinen im aktuellen Behandlungssetting aber auch künftige Behandlungen betreffend, möglicherweise dauerhaft beeinträchtigt wird. Pauschale Aussagen sind hierzu nicht möglich, da verschiedene Faktoren eine Rolle spielen u.a. das subjektive Erleben der Betroffenen und die Art und Umsetzung der jeweiligen Zwangsmaßnahmen. Im vorliegenden Fall besteht durchaus die Möglichkeit, dass durch Zwangsmaßnahmen die wahnhaften Fehlinterpretationen d. Betroffenen zumindest vorübergehend verstärkt werden bzw. sich weiter festigen. Langfristig wird d. Betroffene jedoch von einer Behandlung profitieren.

Falsch!

Wird durch die medikamentöse Behandlung eine Besserung der psychischen Symptome erreicht, gelingt i. d. R. auch ein Perspektivwechsel und die Hintergründe einer Zwangsbehandlung können im Anschluss an die Zwangsbehandlung mit d. Betroffenen durch das medizinische Fachpersonal nachbesprochen werden. Eine grundlegende Beeinträchtigung des therapeutischen Nutzens aufgrund des Zwangs ist jedoch nicht zu erwarten.

Entscheidend ist die
Bewertung der
Eigenschaften der
Behandlung

als
Bspw. Nebenwirkung

6. Wie sind die Erfolgsaussichten der Behandlung? Welches Maß an Lebensqualität und Beschwerdefreiheit kann erreicht werden? Mit welcher Erfolgswahrscheinlichkeit?

Die Erfolgsaussichten der vorgesehenen medikamentösen Behandlung sind aus gutachterlicher Sicht als hoch einzustufen. Die **Wirksamkeit von Antipsychotika** zur effektiven Behandlung schizophrener Erkrankungen ist durch eine Vielzahl qualitativ hochwertiger Studien und Metaanalysen wissenschaftlich gut belegt ^{z.B. Leucht et al.}. In Metaanalysen und den aktuellen Behandlungseffektlinien wird übereinstimmend festgestellt, dass sowohl klassische Antipsychotika (z. B. Haloperidol, Benperidol) als auch atypische Substanzen (z. B. Aripiprazol, Olanzapin) in der Behandlung psychotischer Symptome sehr effektiv sind und wirksam die psychotischen Symptome reduzieren.

Die **Erfolgswahrscheinlichkeit** der Behandlung ist grundsätzlich als **hoch** einzuschätzen, variiert jedoch in Abhängigkeit von mehreren prognostisch relevanten Faktoren. Hierzu zählen insbesondere die Häufigkeit und Schwere früherer psychotischer Episoden, die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP - Duration of Untreated Psychosis), das Therapieansprechen in früheren Behandlungsverläufen, die medikamentöse Therapieadhärenz, das Lebensalter bei Erstmanifestation sowie das Ausmaß komorbider Störungen. Frühzeitig begonnene, leitliniengerechte und kontinuierlich durchgeführte Behandlungsmaßnahmen erhöhen nachweislich die Chancen auf eine nachhaltige Rückbildung psychotischer Symptome, anhaltende Symptommfreiheit und eine signifikante Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit.

Bei mehrfach Erkrankten und chronischen Verläufen, wie im vorliegenden Fall, ist in Anbetracht des bereits seit mehreren Jahren bestehenden Wahnerlebens und der chronifizierten Verlaufsform, aus gutachterlicher Sicht keine vollständige Symptommfreiheit mehr zu erwarten. Jedoch kann durch eine adäquate medikamentöse Behandlung der

Das Symptom der Psychose
Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden, indem die emotionale Beteiligung am Wahnerleben sowie der daraus resultierende Leidensdruck erheblich reduziert werden kann.

Der hohe Leidensdruck sowie die psychotisch geprägten Ängste werden zwar nicht ausdrücklich verbalisiert, lassen sich jedoch eindeutig aus den fremdaggessiven Äußerungen und Handlungen ableiten.

Veränderungsmuster
Ziel der Behandlung ist es, die krankheitsbedingt eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstbestimmung wiederherzustellen, bestehende Eigengefährdungen zu beseitigen und das psychische Wohlbefinden zu verbessern. Dadurch soll Hr. Schneider in einen ausreichend

*und der psych. Situation: Einweisung in eine psychiatrische Klinik
im Hinblick auf Verfall, 28. Verfall, 28. Verfall, 28. Verfall
Vorabsetzen, und die Verfall, 28. Verfall, 28. Verfall*

stabilen Zustand versetzt werden, um d. Betroffenen eine möglichst **selbstbestimmte Lebensführung** zu ermöglichen.

Sieht alle Tage Symptome & Schläfen?

7. Wie gewichtig wäre ein etwaiger Gesundheitsschaden ohne Behandlung, wie gewichtig der therapeutische Nutzen, gerade unter Berücksichtigung des Zwangs?

Ohne eine adäquate antipsychotische Behandlung ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die floride psychotische Symptomatik weiter persistiert, der bestehende Krankheitsprozess weiter fortschreitet und die vorliegende psychiatrische Erkrankung unweigerlich chronifiziert. Daraus resultiert eine erhebliche gesundheitliche Gefährdung d. Betroffenen. Es besteht zudem das Risiko eines vollständigen sozialen Rückzugs, eines weiteren Funktionsverlusts sowie einer irreversiblen Chronifizierung.

hau nur 1-2 Tage
Der therapeutische Nutzen einer medikamentösen antipsychotischen Behandlung überwiegt aus gutachterlicher Sicht die Risiken und Nebenwirkungen deutlich. Nebenwirkungen sind in der Regel dosisabhängig, behandelbar und reversibel.

Symptome & Schläfen?
Die vorgeschlagenen **Zwangsmedikamente** sind relativ sicher und finden täglich und bei einer breiten Patientenzahl Anwendung. Es besteht keine erhebliche Gefahr für die Gesundheit oder das Leben d. Betroffenen durch die beabsichtigten Zwangsmaßnahmen.

sehr hoch
Risiken und Nebenwirkungen eines etwaigen Gesundheitsschadens durch die Behandlung **nehmen mit zunehmender Dosis zu** und können durch Einhalten der vom Referenten empfohlenen Höchstdosierungen minimiert werden. Darüber hinaus lassen sich alle Nebenwirkungen behandeln und bilden sich bereits durch Dosisreduktion, Absetzen, oder Umstellung der Medikation wieder zurück. Bewegungsstörungen unter hochdosierter Einnahme von Antipsychotika können medikamentös gelindert werden bzw. sind mit Ausnahme von Spätdyskinesien (abnorme, unwillkürliche und sich wiederholende Bewegungen) meist vorübergehender Natur.

Im Falle einer Zwangsbehandlung gegen den Willen d. Betroffenen mittels intramuskulären Injektion sind keine schweren Risiken von dieser Prozedur zu erwarten. Gelegentlich kann es zu einer Hautreaktion oder einem kleinen Bluterguss an der Injektionsstelle kommen. In sehr seltenen Fällen kann sich die Einstichstelle infizieren und sich ein Abszess bilden.

Bei der **begleitenden Gabe von Benzodiazepinen**, wie bspw. Lorazepam (Tavor) oder Diazepam, ist grundsätzlich das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung zu berücksichtigen. Dieses Risiko ist bei längerfristigem und hochdosiertem Gebrauch relevant. Im vorliegenden

3
Fall handelt es sich jedoch um eine zeitlich eng begrenzte Anwendung im Rahmen der akuten Behandlung, die voraussichtlich deutlich unter sechs Wochen liegen wird, sodass die Gefahr einer Abhängigkeit aus fachpsychiatrischer Sicht als vernachlässigbar einzustufen ist.
Alternative Maßnahmen zur Abwendung der gesundheitlichen Gefährdung, etwa in Form psychosozialer Interventionen ohne medikamentöse Unterstützung, sind im vorliegenden Fall nicht ausreichend und nicht zielführend, da sie die bestehende psychotische Symptomatik und damit verbundene Eigengefährdung nicht oder nur unzureichend beeinflussen können.

Wird auf eine medizinische Zwangsbehandlung verzichtet, besteht im vorliegenden Fall aufgrund der weiterhin floriden, produktiv-psychotischen Symptomatik und der weiterhin vorliegenden Eigengefährdung, nur noch die Möglichkeit einer längerfristigen freiheitsentziehenden Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ohne Behandlung, was lediglich einer „Verwahrung“ ohne therapeutischen Nutzen gleichkommen würde.

Herrn!
Zusatz: wenn man das schwere Krankheitsbild, den hohen Leidensdruck und die vergleichsweise geringen Nebenwirkungen einer vielversprechenden Behandlung berücksichtigt. Obwohl in diesem Fall aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht Zwang angewendet werden muss, sollte die Therapie aus nervenärztlicher Sicht aufgrund ihrer Wirksamkeit und Erfolgsaussichten d. Betroffenen nicht vorenthalten werden. In Akutstation? In HHK?

8. Wie lange wird die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich fortbestehen?

Aus gutachterlicher Sicht ist eine Zwangsmedikation für die Dauer von 6 Wochen ab Beginn der Zwangsbehandlung erforderlich.

Zur Durchsetzung dieser Behandlung kann in Einzelfällen eine mechanische Fixierung mittels 5-Punkt-Fixierung notwendig sein, so dass auch hierfür die medizinischen Voraussetzungen für einen Zeitraum von 6 Wochen ab Beginn der Zwangsbehandlung vorliegen.

Darüber hinaus ist aus gutachterlicher Sicht eine freiheitsentziehende Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses für einen Zeitraum von weiteren 3 Monaten ab dem Zeitpunkt der richterlichen Anhörung erforderlich.

Ziel der initialen Zwangsmedikation ist die rasche Reduktion der akuten psychotischen Symptomatik. Fixierungsmaßnahmen können bei ausgeprägter motorischer Unruhe oder körperlicher Gegenwehr in Zusammenhang mit der Medikamentengabe erforderlich sein. Sie

dienen ausschließlich der Ermöglichung der Zwangsbehandlung und werden auf das medizinisch notwendige Maß beschränkt. Im Anschluss daran folgt die Stabilisierungsphase, in der eine freiwillige Weiterführung der Medikation angestrebt wird. Diese Phase erfordert intensive therapeutische Begleitung sowie behutsame Beziehungsarbeit, um eine nachhaltige Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung zu fördern. Sobald eine zuverlässige medikamentöse Wirkung besteht und eine hinreichende Kooperationsbereitschaft erkennbar ist, kann die Weiterbehandlung auf einer offenen Station erfolgen. Innerhalb des genannten Zeitraums von drei Monaten ist mit einer ausreichenden psychischen Stabilisierung zu rechnen, die eine Weiterbehandlung auf freiwilliger Basis voraussichtlich ermöglicht.

9. Wurde versucht, den Betroffenen von der Behandlungsnotwendigkeit zu überzeugen? Mit welchem Erfolg?

Es ergaben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass im Rahmen der Überzeugungsversuche Druck ausgeübt wurde, um Herrn Schneider von der ärztlich verordneten Behandlungsmaßnahme zu überzeugen und die Zustimmung des Probanden zur medikamentösen Behandlung zu erhalten. Die Schilderungen des medizinischen Personals waren dahingehend glaubhaft und nachvollziehbar, dass ernsthafte Bemühungen unternommen wurden, den Probanden von der ärztlich verordneten Behandlungsmaßnahme zu überzeugen und die Zustimmung d. Betroffenen zur medikamentösen Behandlung zu erlangen. Die unternommenen Überzeugungsversuche blieben jedoch erfolglos. Der Betroffene ist krankheitsbedingt nicht in der Lage psychotische Krankheitssymptome als solche zu erkennen und die Notwendigkeit einer intrinsisch motivierten Einnahme der verordneten Antipsychotika zu überzeugen, so dass weitere Versuche erfolglos blieben.

Laut fachärztlichem Attest des kbo Isar-Amper-Klinikums München-Ost (Bl. 29 - 34 d. A.) wurde u. a. an folgenden Tagen versucht, Herrn Schneider zur Medikamenteneinnahme zu motivieren:

Tag	Uhrzeit	Gesprächssituation
09.10.25	18:00 Uhr	Visite
10.10.25	12:35 Uhr	Oberarztvisite
10.10.25	19:44 Uhr	Pflegepersonal
11.10.25	18:23 Uhr	Pflegepersonal
12.10.25	18:35 Uhr	Pflegepersonal

14.10.25		11:27 Uhr	Stationsärztin
16.10.25		13:15 Uhr	Pflegepersonal
17.10.25		13:59 Uhr	Oberarzt/visite
20.10.25		13:56 Uhr	Pflegepersonal
22.10.25		10:51 Uhr	Stationsärztin

IV.1. Von einer persönlichen Anhörung d. Betroffenen durch das Gericht sind **keine erheblichen Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen** zu befürchten. Bei der Bekanntmachung des Gutachtens und der Entscheidungsgründe an die betroffene Person sind **keine erheblichen gesundheitlichen Nachteile** zu erwarten.

IV.2. Eine Verständigung mit d. Betroffenen ist möglich. Bei der Anhörung durch das Gericht sind **keine besonderen Schwierigkeiten** (wie z. B. Schwerhörigkeit, Sehbehinderung, Fremdsprache, Infektionsgefahr) zu erwarten.

IV.3. D. Betroffene wurde in seinem Patientenzimmer der Station 56 E4 des kbo Klinikums München-Ost untersucht. Eine Anhörung am **Aufenthaltort** ist erforderlich.

V. Sonstiges: Im Laufe des Tages wird eine Kopie dieses Gutachtens an die Station 56 E4 des kbo Klinikums München-Ost per Fax übermittelt. **Das Pflegepersonal der Station 56 E4 wurde gebeten, das Gutachten d. Betroffenen persönlich auszuhändigen.**

Legat

Dr. David Schneider
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Quellenangaben:

- 1) Dilling, Freyberger (2012), ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 6. überarbeitete Auflage.
- 2) Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic re-view and network meta-analysis. *Lancet* 2019;394(10202): 939-51.
- 3) Voderholzer U., Hohagen F. (2011) Therapie psychischer Erkrankungen. State Of The Art.

Elsevier Urban & Fischer Verlag.

- 4) Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2018). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 14. korrigierte Auflage.
- 5) Falkai, P., Wittchen, H.-U. (2018) DSM-5: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 2. Korrigierte Auflage, Hogrefe Verlag.
- 6) Benkert O., Hippus H. (2023) Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie 14. Auflage.
- 7) Cording C. & Nedopil N., 2023, Psychiatrische Begutachtungen im Zivilrecht, Palast Verlag.
- 8) Berger M., Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie, 6. Auflage Elsevier Verlag Urban & Fischer S. 279
- 10) Fachinformation Biperiden-neuraxpharm Injektionslösung 5 mg/ml Wirkstoff Biperidenlactat, zuletzt überarbeitet März 2016
- 16) Palmer B. A., Pankratz V. S., Bostwick J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. In: Archives of General Psychiatry. Band 62, Nummer 3, S. 247-253.

