



**Amtsgericht München**  
Abteilung für Betreuungssachen

Amtsgericht München 80315 München

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

für Rückfragen:

Telefon: +49 89 55597-56341/4670

Telex: +49 (921) 66241-3117

Zimmer: 302

bitte erreichen die zuständige Stelle am besten:

Mo.-Do.: 09.30-11.30 Uhr, 13.00-15.00 Uhr

Fr.: 08.00-12.00 Uhr oder nach Vereinbarung

Telefonnummern nach Endeform des Autenzzeichens:

3634 (Ex 1-90), -5635 (Ex 61-00)

Mo.-Fr.: 09.00-12.00 Uhr

Ihr Zeichen

Bitte bei Antwort angeben

Akten- / Geschäftszahlen

716 XVII 1702/26

Datum:

05.12.2025

In Sachen  
Schneider, Joachim, geb. 28.08.1982 - Betreuung

Sehr geehrter Herr Schneider,

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

Mit freundlichen Grüßen

Schäfer, Jang  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

**Datenschutzhinweis:**

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

**Haussanschrift:**  
Linprunstraße 22  
80335 München

**Nachhilfekosten:**  
Nymphenburgstraße  
16  
80335 München

**Kommunikation:**  
Telefon  
09029/97-56  
Telefax  
09029/97-56  
Telefax  
09029/97-56

**Gutachtenbüro Dr. Schneider**  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. David Schneider • Genninger Str. 138 • 81927 München  
www.med-gerichtsgutachten.de • T 0151 54959232 • Fax 089 99950436

Dr. D. Schneider, Dommergasse 30, 81377 München  
An das  
Amtsgericht München  
Abteilung für Betreuungssachen  
Linprunstraße 22  
80335 München

die Zeichen  
Ihre Nachdruck vom:

Name: Dr. David Schneider  
Telefon: 0151 549 50 212  
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**

geboren am **28.08.1982**

wohnhaft

Leipziger Straße 12 in 81369 München,  
derzeit kbo-Isar-Amper-Klinikum München -Ost, Vockestraße 72 in  
85540 Haar

zum folgenden Gutachterauftrag:

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  
*heller Schrift, von Dr. Schneider*  
*Mit § 14 Abs 5* 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 Zwangsumtersuchung, 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, *welche* f
- 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.

## 3. Aktenlage

der Auftraggeber

Wunsch des Auftraggebers wurde auf eine zusammenfassende

Darstellung des Akteninhalts verzichtet.

### C) FREMDANAMNESE

Laut der Stationärarztin 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 paranoid Schizophrenie diagnostiziert worden. Hr. Schneider habe nach Entlassung aus der Klinik wiederholt die antipsychotische Medikation eigenmächtig abgesetzt.

Nach Angaben der behandelnden Stationärärztin sei Herr Schneider vor der aktuellen Erste 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 Vermindungsstrategien 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. Am 11.2. R 4. 16:15 /

Es bestünden erhebliche formalgedankliche Beeinträchtigungen. Er präsentiere sich denkzerfahren, sprunghaft und weitschweifig. 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 ablenkendem Chatter bei unerhörten 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 ANGABE

Angaben zum Verkauf

Herr Schneider erklärte, der Anlass der aktuellen Klinikeinweisung sei ein „Nachbarschaftsstreit“ gewesen. Mit anderen seien er in die psychiatrische Klinik gebracht worden sei. Eigentlich hätte man die Nachbarn einzuladen müssen, da es fünf bis zehn Personen gewesen seien, sei es eindrücklich gewesen, so davon stelle ihn in die Klinik einzuweisen.

Die Klinik boten ihm „Sensibilität“, wodurch er eigentlich dankbar“ sei. Selbst in dem Dreibettzimmer fühlte er sich sicher und als in seiner Wohnung.

In seiner eigenen Wohnung wurde von den Nachbarn und insbesondere dem albanischen Hausmeister, Herrn Marin, nichts bestimmt. Diese wurden seine Wohnung betreten, sobald er diese verlassen. Sie nutzten hierzu nach seiner Darstellung einen Dietrich. Um sich zu schützen, habe er hinter der Wohnungstür eine Zwischentür installiert sowie ein Gitterobengitter mit Vorhang dahinter. Er habe sich bei Anwesenheit zu Hause zusätzlich verbarrigt, indem er Gegenstände vor die Tür gestellt habe.

Zentrales Thema seiner Schriften war das *Verprühen verschiedener „Sprühmittel“* durch die Nachbarn, die ihn dann „verstören“ 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 Gasfeuer meiste. Auch über die Fenster würden sie sprühen, um ihre Präsent zu zeigen. Das vermischte „Sprühmittel“ verändere seinen Geruchs-

**Angaben im Jahr 2021:** Seiner Erinnerung nach hätten die begonnen habe dies laut seinen Angaben im Jahr 2021. Seiner Erinnerung nach hätten die Nachbarn zunächst „den ganzen Nachmittag „Sorophon gespielt“, um ihn „zu zerstören“ und ihm „jede Freude zu nehmen“. Darauf sei es mit dem Sprühnen losgegangen. Einige Nachbarn eien außerdem in der Lage, „magisch in Frücheinung“ zu treten und andere Menschen gegen ~~andere~~ <sup>an</sup> aufzuhetzen. Sein Bruder, die Eltern und sein Vermieter würden gegen ihn arbeiten und ihn aufzuhetzen.

zugren, dass die Nachbarn sich *gegen ihn verschworen* hätten. Um Hausmeister äußerte sich der Prokurator dahingehend, dass dieser berichtet gegen ihn eine „Verleumdungsanzige“ gegen ihn erstattet und vorgehe. 2018 oder 2019 habe dieser eine „Verleumdungsanzige“ gegen ihn erstattet und vorgehe. Tatsächlich sei er „ausgespielt“, indem er ihn seinem Kumpel, der ihn im Stromkeller bedroht habe, nachdem doch der Hausmeister derjenigen gewesen, der ihn im Stromkeller bedroht habe, nachdem er doch das Plakat in der Wohnung aufgehängt habe. Es seien Plakate, die Vorschläge

zu Verbesserungen der Wohnanlage enthielten. Diese seien weiterhin auf der Internetseite „[www.posthoernchenlackern.de](http://www.posthoernchenlackern.de)“ einsehbar. Auf Nachfrage ...

Wohnung als auch in der Klinik ein „Gedröhnen“ aus der Kanalisation wahrgenommen.

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 ergründet. Es könne sein, dass die damalige Fassung nicht mehr korrekt ist.

Die heutige Version im Jahr 2023 entstanden sei. Er hätte vor, diese weiter zu verbessern.

seiner Auffassung nach eine „Krankheit, — die selbst eine Diagnose „sei“, eine „Pauschaldiagnose“, die in Wahrheit auf eine „nervliche Überlastung“ zurückgehe. Neuroleptika würden die Erkrankung verschlimmern. Nur Ruhe und Psychoanalyse könnten helfen.

Auf Vorhalt der Stationsärzlin, er habe Fäkalien getrocknet, erklärte der Proband, getrocknete Fäkalien seien „guter Brennstoff“. Nur Durchfall brenne nicht. Er habe damit experimentiert, um Heizosten zu sparen. Diese könne man unter den Rost des Gasherdes legen und dadurch qualme kaum, weil er über eine gute Abzugsanlage verfüge.

Die Behandlung der Schizophrenie werde seiner Ansicht nach grundsätzlich falsch durchgeführt. Neuroleptika führen zu „quälender 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 hellbar. 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.

voller Magen, auch Milch, die Psychose verschlimmere. Am besten sei „trockenes Brot“.  
oder trinken Eier?

#### Biografische Anamnese

Herr Schneider gab an, in München geboren und in Puchheim aufgewachsen zu sein. Dort habe er die Schule besucht und das Abitur abgelegt. Er habe zwei ältere Brüder. Nach dem Abitur habe er ein Studium der Philosophie begonnen, dieses jedoch abgebrochen. Einer geregelten beruflichen Tätigkeit sei er nach eigenen Angaben nicht nachgegangen.

#### Psychiatrische Anamnese

Er berichtete, zwischen 2008 und 2015 jährlich stationär-psychiatrisch behandelt worden zu sein sowie in den Jahren 2019 und zuletzt 2021.

#### Suchmitteleanamnese

Nach eigenen Angaben habe er bis 2017 regelmäßig geraucht. Seit 2017 konsumiere er täglich eine halbe Flasche Bier. Während der Schulzeit habe er regelmäßig Cannabis konsumiert, sei jedoch seit dem Abitur abstinent.

#### Medikamentenanamnese

Er erklärte erneut, seit 2017 keine Psychopharmaka mehr eingenommen zu haben. Antipsychotika lehne er seither wegen der schädigenden Wirkung konsequent ab, ~~Er fand es nicht, und die Setzung kann von 2018,~~

#### Somatische Anamnese

Körperliche Erkrankungen seien nicht vorhanden. Nach seinen Angaben sei im Jahr 2015 eine Zahnwurzelbehandlung durchgeführt worden, die er ~~abgebrochen~~ ~~abgebrochen~~ habe. Er sei einfach nicht mehr zu den Zahnarztermin erschienen. Er habe mehrere tote Zähne, zwei seien „durchgebrochen“ die er regelmäßig mit Salz desinfiziert und behandelt habe. Schmerzen bereiteten diese ihm nicht.

#### **E) BEFUND**

##### Untersuchungssituation und Verhalten des Probanden zum Begutachtungszeitpunkt

Mr. Schneider wurde in seinem Patientenzimmer ange troffen. Er lag vollständig bekleidet, einschließlich zweier übereinander angelegter Kapuzenpullovers und Schuhen, in eine Decke gehüllt auf seinem Bett. Er lag in Seitenlage und verharzte zunächst regungslos. Nach Ansprache und Vorstellung des Referenten erfolgte keine unmittelbare Reaktion. Erst

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 formale 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 weitschwellige Ausführungen abzuschwelen. Es bestand eine geringe kognitive Flexibilität, was daran erkennbar war, dass vorherige Gedankengänge fortfuhrte, 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.

*Was ist das? Und wie kann ich das Rennen?*

#### Psychopathologischer Befund (Orientierung am AMDP-System\*)

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 Mr. 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 weitschwellig, umständlich, sprunghaft, teilweise gedanklich stark eingeengt, Vorbereiten, verlangsamt, teils deutlich verlängerte Antwortlatenzen. Psychotisch gefärbte Ängste, keine Zwänge. Inhaltliche Denkstörungen i. S. eines Verfolgungs- und Beinträchtigungswahns, Vergiftungswahn, Beziehungswahn, Wahrnehmungsstörungen i. S. von akustischen Halluzinationen in Form von Akostmen („Gedrohn aus der Kanalisation“).

keine Ich-Störungen (Gedankeneingabe). Gedankenentzug, Gedankenlaутwerden),  
Affektive Stimmungslage affektaarm, kaum schwungsfähig. Antriebsminderung mit Initiative- und Interessenverarmung.  
Intermitterend Durchschlafstörungen, psychomotorisch verlangsamt. Psychovegetativum: Appetit reduziert. Keine Suizidalität. Keine Krankheitseinsicht, kein Krankheitsgefühl, keine Therapiebereitschaft. Kritik und Urteilsfähigkeit hinsichtlich Entscheidungen im Zusammenhang mit verfahrensgegenständlichen Anordnung einer freiheitsentziehenden Unterbringung und der Genehmigung einer ärztlichen Zwangsbehandlung waren aufgehoben ( )

#### Orientierender körperlicher und neurologischer Untersuchungsbefund

Ungepflegter Proband in reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand. Schlechter Zahndstatus mit mehreren toten und kariösen Schneidezähnen. Weitere körperliche Untersuchung wurde vom Probanden abgelehnt. A. & R. Hypnоз

#### F) ZUSAMMENFASSUNG UND BEURTEILUNG

Auf Veranlassung des Amtsgerichts München, Abteilung für Betreuungssachen ist ein Gutachten zum folgenden Gutachterauftrag 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 erichtet 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 Zwangsumtersuchung, begleitender freiheitsentziehender Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit einer Unterbringung in der geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie Stellung zu nehmen.

### Diagnose und Krankheitsverlauf

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

Nach ICD-10 "liegt eine paranoid Schizophrenie vor, wenn über mindestens einen Monat (Zeitkriterium, G1) typische Symptome wie Wahnhomöne oder Halluzinationen bestehen und diese nicht durch eine hirnorganische Erkrankung, eine Intoxikation oder Suchtmittelentzugsymptome erklärt werden können (Auswirkungskriterium, 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 erstmalis 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 Wiederauflammen seiner psychotischen Symptome (Bl. 30 d. Akte, siehe fachärztliches Attest des kbo Klinikums vom 23.10.25). Eigene Angaben zufolge nahm der Proband jedoch außerhalb der stationären Klinkaufenthalte bereits seit dem Jahr 2017 keine antipsychotisch wirksamen Medikamente mehr ein. Im Vorfeld der aktuellen Wohnung (Bl. 30 d. A.), die laut Angaben der Stationsärztin Dr. Preuner mit Fakalien verunreinigt gewesen war, Mr. Schneider selbst erkante, Fakalien getrocknet und vorgehabt zu haben, diesen als alternativen Brennstoff zu nutzen, um Heizkosten einzusparen. Gemäß *Lehrbuch NRI* polizeibericht landen sich 30 cm hohe Kottürme, welche eine Fliegenplage auslöste und im Wohnhaus bereits zu einigen Fällen von Magen-Darmerkrankungen geführt hatte. Aufgrund *Kopij? Wer auf Lehrb. NRI, Chirurg. /* 9

der krankheitsbedingten Vergiftungsideen, sowie Beeinträchtigungen – und Klinikbeizweitung, 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 erneuteten 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 <sup>•10</sup> eindeutig einer paranoiden Schizophrenie zuzuordnen sind:

Herr Schneider war im Rahmen der Exploration unkorrigierbar davon überzeugt, dass 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 kleinere Argumente korrigierbar und inhaltlich eindeutig wirklichkeitsfern, womit alle drei Wahnkriterien nach Jaspers <sup>•10</sup> erfüllt waren. Er berichtete, die Nachbarn würden zu schaden (Vergiftungswahn, G1.1d-Kriterium). Er berichtete, „Gerausche aus der Kanalisation“ wahrzunehmen, das er als „gegen ihn gerichtetes Gedrohn“ 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 Gerausche abzudämpfen.

Zudem berichtete der Proband ausführlich über die vermeintlichen „magischen Fähigkeiten“ seiner einzelner Nachbarn, Dritte gegen ihn aufzuwiegeln (Beeinflussungswahn, G1.1b-Kriterium). Auf Station wurden regelmäßig Selbstgespräche beobachtet, was in Zusammenschau mit der berichteten akustisch wahrgenommenen, aber nicht realen Gerauschkulisse als Hinweis auf technische weitere akustische Halluzinationen i. S. von realitätsfernen Stimmenhören zu werten ist. akustische Halluzinationen, G1.2a Kriterium. Daneben bestanden deutliche

## Zur Psychopathologie und den Befähigungen

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

Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich zudem kognitive Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit der schizophygenen 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 verschletern 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 fremdanamnestisch 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 gutschierlicher 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 Meldedienst oder solchen Konsum im zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der aktuellen Symptomatik. Entzugsymptome oder eine intoxikationssymptomatik wurden nicht beobachtet. Höhere stationäre Behandlungen erfolgten über jeweils längere Zeiträume unter kontrollierten

Klinische Bedingungen, in denen kein Zugang zu Suchtmitteln bestand. Dennoch persistierten die psychotischen Symptome. Hinweise auf eine hirnorganische 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 hirnorganische Genese.

Insgesamt waren bei Herrn Schneider ausreichende schizophrene Krankheitssymptome über einen genügend langen Zeitraum (mindestens 1 Monat Krankheitsdauer, G1-Zeitkriterium) vorhanden, um gemäß ICD-10 \* eindeutig eine paranoid 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 Entzugsyndrom (G2-Ausschlusskriterium).

#### Zuordnung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose zu einem Rechtsbegriff

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

#### Krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigungen

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 Wahrnehmungen 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 Situationsverkenntung 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 wahnhaft verzerrter Überzeugungen, verkennt die Schwere seiner psychischen Erkrankung und die daraus resultierenden Risiken für seine körperliche Gesundheit und seine soziale Existenz. Die Verwahrlosung der Wohnverhältnisse mit Fakalienverschmutzung 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 aufrechterzzuhalten.

Sach  
durchsucht,  
Herr Schneider

#### Zur freien Willensbildung

Infolge der bestehenden schizophrenen Erkrankung ist Herr Schneider nicht in der Lage, die Notwendigkeit einer 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, „deren Verhaltensweisen“ 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 wahnhaft 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.

Salto, Gütekunde Kosten 91 mit leichter Rückkopplung  
Dr. Stellmacher Schubert 13. Mai 2013

### Eigengefährdung und krankheitsbedingte Risiken

Die freiheitserziehende 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 Schaden 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:

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

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

Aus gutachterlicher Sicht liegen die medizinischen Voraussetzungen für die Anordnung einer freiheitserziehenden 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 un behandelten 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 wirkenden Vinck-Siedel-Medikation, ist aufgrund der bisherigen Ansprechbarkeit erfolgversprechend einzuschätzen. In früheren Diagnosegeschichte zeigt, dass unter antipsychotischer Medikation eine Besserung der psychotischen Symptomatik erzielt werden konnte, während es nach Absetzen der

Medikamente jeweils zu erneuern psychotischen Dekompenstationen 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.

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 **3-Punkt-Fixierung** notwendig sein, sodass auch hierfür die medizinischen Voraussetzungen für einen Zeitraum von **sechs Wochen** ab Beginn der Zwangsbearbeitung 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 Einwilligungs- 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

*fachl. / verfüge über keinen klar definierbaren Zeitpunkt der Errichtung.*

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 Patientenverfügung fachlich unhaltbare Kausalherstellungen, etwa die Annahme, psychotische Symptome entstünden durch eine „Verwendung des Gehirnstoffwechsels“ oder hätten „geistliche Ursachen“. Tatsächlich beruhen psychotische Symptome nach heutigem wissenschaftlichen Kennnisstand 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 behoben werden, demonstriert zusätzlich die massiv verzerrte Realitätswahrnehmung.

Die Gesamtausarbeitung enthält keine geordnete medizinische Argumentation, sondern bildet ein geschlossenes, durch Beeinträchtigungs- und Verfolgungsgedanken 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 paranoid 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 Realitätskontrolle jedoch dauerhaft besteht und nicht geheilt werden kann. Kann Herr Schneider weiter ohne Medikamente leben? Dies ist eine zentrale Frage, die ich Ihnen in einem späteren Bericht erläutern werde. Ich kann Ihnen darüber hinaus nur sagen, dass Herr Schneider in seiner jetzigen Phase eine hohe Lebensqualität erreicht.

1 v. - Krypke 17

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 gesichtlicher Sicht vielmehr Folge der zunehmenden Vermeidung psychiatrischer Behandlung. Vor dem Hintergrund des langjährig unbehandelten Symptomatik ist es äußerst unwahrscheinlich, dass zwischenzeitlich eine vollständige Goldkoffer-Komission 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 Muster. 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 realitätsgerechte Bewertung medizinischer Zusammenhänge zu erwarten gewesen. Die tatsächl 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

belebter Psychopathologie verfasst wurde.  
Ihr Urteil: Auch für den Zeitraum nach 2023 bestehen keinerlei Hinweise auf eine anhaltende psychopathologische Stabilisierung, die eine freie, krankheitsunabhängige Willensbildung - Schreibe 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 2025

und ich zusammenfassend ergibt sich aus gutachterlicher Sicht, dass der Betroffene zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung, 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.

#### 6) Beantwortung der Gutachtenfragen

Zu den im Gutachterauftrag gestellten Fragen hinsichtlich der Wirksamkeit der Patientenverfügung der medizinischen Voraussetzungen der Genehmigung ärztlicher Zwangsmassnahmen, freiheitssentziehender Maßnahmen und der Anordnung einer freiheitssentziehenden Unterbringung nehme ich wie folgt Stellung:

Zu 1a, 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 am 12.05.2023 bestand der Betroffene nicht über die erforderliche Einwilligungsfähigkeit, da die Verfügung inhaltlich und formal durch ausgeprägte psychotische Denk- und Wahrnehmungsstörungen 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 Kenntnis der Varietät Ergebnis §

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

Zu den Fragen gemäß Merkblatt „Zwangsbehandlung“ für Sachverständige 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 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 un behandelten 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 Ansprechraten auf antipsychotische Medikation sinkt, und die Möglichkeiten einer sozialen Reintegration nehmen deutlich ab. Bei Herrn Schneider ist dies für eine Stärke?

Würde bei Mykobakter. Infektionen 6-19 eine Psychose, die Melancholie, die Biotropinkrankheit, die Schizophrenie? Ist das dann Schizophrenie?

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 zahnärztliche 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 zahnärztlichen 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 graulicher Verfärbung. Mindestens ein Frontzahn war weitgehend kanös 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, kanös zerstörte Zähne stellen chronische Entzündungsherde im Bereich der Zahnszette 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 Zahnlösigkeit im Frontzahnbereich mit funktionellen Beeinträchtigungen der Nahrungsaufnahme, der Artikulation und einer weiteren sozialen Stigmatisierung.

Darüber hinaus sind chronisch entzündete Zahnherde potentielle Ausgangspunkte für eine Streuung von Bakterien in den Blutkreislauf. Hieraus können systemische Komplikationen entstehen, etwa bakterielle Infektionen des Herzens, bei entsprechender Prädisposition oder in selteneren, 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 Schneider dazu, dass solche potenziell schwerwiegenden Verläufe weder frühzeitig erkannt noch adäquat behandelt werden. Die Gefahr einer ~~schlechten Hygiene~~ schlechenden, aber gravierenden gesundheitlichen Schädigung bis hin zu lebensbedrohlichen Komplikationen ist somit konkret gegeben und wesentlich durch ~~die psychosoziale~~ die psychosoziale Behandlungslosigkeit, Realitätsverkenntung vermittelt.

• Eigengefährdung durch psychotisch bedingte lebenspraktische Fehlentscheidungen und Verwahrlosung

Hinzu kommt, dass Herr Schneider 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 Fakalen 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, erhöht das Risiko von Unterkühlung, Infektionen und weiterer gesundheitlicher Deterioration. 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 Klinikbeweisung 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 Verwahrlösungs- und Vernachlässigungsstendenzen sind unmittelbare Folge der psychotischen Erkrankung und führen zu einer konkreten Eigengefährdung im Sinne drohender schwerwiegender gesundheitlicher Schädigungen.

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

Die Realitätsprüfungsmechanismen des Betroffenen sind krankheitsbedingt aufgehoben, sodass Mr. Schneider nicht mehr in der Lage ist, seine psychotischen Symptome als solche zu erkennen und darum die Notwendigkeit einer Freiheitserziehenden Unterbringung sowie einer medikamentösen Behandlung abruleiten. Er kann neue Informationen nicht mehr objektiv und frei von psychotisch getarnten Wahrnehmungen und wahnhaften Vorstellungen einzufordern.

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, ~~und~~, wie wir ~~es~~, Unter diesen Voraussetzungen kann Hr. Schneider die für und wider sprechenden ~~Aspekte~~ ~~Aspekten~~ ~~Aspekt~~ Gegenstandspunkte im Hinblick auf die freiheitsentziehende Unterbringung sowie die ärztlichen ~~Zwangsmaßnahmen~~ ~~Zwangsmaßnahmen~~ nicht mehr gegeneinander abwägen und auf dieser Grundlage keinen freien Willen bilden.

**4. Welche Behandlung ist vorgesehen und notwendig? Die zugehörigen Medikamente sind mit Dosisangabe 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 freiheitsentziehende Maßnahmen (5-Punkt-Fixierung) zur Umsetzung der zwangsweisen medikamentösen Behandlung erforderlich, da ohne

*Stellen /*  
*in die - 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 zufügt.*

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

Bei Akzeptanz der peroralen Einnahme mit Hinweis auf den richterlichen Beschluss:	
<b>Amisulprid</b>	Bis maximal 800 mg pro Tag bei oraler Anwendung in Tablettenform
Alternative Anwendung oder ergänzend bei fehlender Wirksamkeit oder dem Auftreten von Nebenwirkungen:	
<b>Olanzapin</b>	Bis maximal 30 mg pro Tag bei oraler Anwendung in Tablettenform
Alternative Anwendung oder ergänzend bei fehlender Wirksamkeit oder dem Auftreten von Nebenwirkungen:	
<b>Benperidol</b>	Bis maximal 6 mg pro Tag bei oraler Anwendung in Tablettenform.
Gegebenenfalls ergänzend, zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen; Erregungszuständen:	
<b>Lorazepam</b>	Bis maximal 6 mg pro Tag bei oraler Anwendung in Tablettenform.
Bei Verweigerung der peroralen Medikation:	
<b>Olanzapin</b>	Bis maximal 2 x 10 mg pro Tag bei intramuskulärer Anwendung für maximal drei aufeinanderfolgende Tage. Die Tageshöchtdosis 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:	
<b>Benperidol</b>	Bis maximal 2 x 3 mg pro Tag bei intramuskulärer Anwendung.
Gegebenenfalls ergänzend zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen; Erregungszuständen:	
<b>Diazepam</b>	Bis maximal 2 x 10 mg pro Tag bei intramuskulärer Anwendung.
Im Bedarfsfall zur Behandlung extrapyramidal-motorischer Nebenwirkungen (= unwillkürliche Muskelverspannungen, Zittern oder andere durch die Medikation ausgelöste Bewegungsstörungen):	
<b>Biperiden</b>	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 Ermessens 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** ( $< 1/10.000$ ):

#### Amergrid

Amergrid 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), Optikoszenen (Bei Dosierungen bis 300 mg nur sehr gering ausgeprägt).

Häufige Nebenwirkungen Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Schwindel, Angst, Agitiertheit, akute Dystonien (Bewegungseinschränkung, die durch unerwünschtes Zusammenziehen von Muskelgruppen gekennzeichnet ist), Hypotonien (Blutdruckabfall), Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen, Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Prostatitisanstieg u. U. mit Galaktorrhö (Flüssigkeitsabsonderung aus der Brust, außerhalb der Stillzeit), Amenorrhö (Ausbleiben der Regelblutung), Zyklostörungen, Gynäkomastie, Brustschmerzen, Brustvergrößerung, Prostatitrose, erektile Dysfunktion

Gelegentliche Nebenwirkungen Krampfanfälle, Spätdystonien (Bewegungseinschränkungen), Bradykarden (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 Absetzungssymptome wie Übelkeit, Erbrechen und Schlaflosigkeit, Urtikaria, Angioedem.**

#### **Benperidol<sup>\*\*</sup>**

Hochpotentes konventionelles Antipsychotikum

#### **Sehr häufige Nebenwirkungen:**

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

#### **Häufige Nebenwirkungen:**

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

#### **Gelegentliche Nebenwirkungen:**

Kopfschmerzen, Schwindel, Lethargie, depressive Verstimmungen (insbesondere bei Langzeitanwendung), Erregungsbeschleunigung, delirante Symptome (Verwirrtheitszustände), Leukopenie (Abminken der weißen Blutzellen), Paroxysmale Erhöhung der Leberenzymaktivität, allergische Hautreaktionen.

#### **Seltene Nebenwirkungen oder in Einzelfällen:**

Cholestatische Hepatose (Aufstau der Gallenflüssigkeit in den Gallenwegen bis zur Leber und daraus resultierende Leberschädigung). 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).

#### **Eperidon<sup>\*\*</sup>**

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

**Gelegentliche Nebenwirkung:** Bei höheren Dosen Unruhe, Agitiertheit, Angst, Verwirrtheit, Sonnenlichtschäden (delirante Syndrome und Halluzinationen), Schlaflosigkeit, Beeinflussung der Schafphasen, Müdigkeit, Schwindelgefühl und Gedächtnissstörungen, Pulsbeschleunigung (Hertklopfen), Mundtrockenheit (eine ausgeprägte Mundtrockenheit lässt sich durch häufiges Trinken kleiner Flüssigkeitsmengen oder durch Kauen von zuckerfreiem Kaugummi bessern), Magenbeschwerden, Überzähne, Zahnschmerzen, Benommenheit

**Seltene Nebenwirkungen:** Überempfindlichkeitsreaktionen, Nervosität, unnatürlich gehobene Stimmung (Euphorie), Kopfschmerzen, unwillkürliche Bewegungsstörungen, Störungen der Bewegungskoordination und Sprachstörungen, erhöhte Krampfbereitschaft und Krampfanfälle, Sehstörungen, Pupillenerweiterung mit Lichtempfindlichkeit, Verlängsamung der Herzaktivität, 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 Schwundgefühl, Gang- und Bewegungsstörungen, Kopfschmerzen, Verwirrtheit, zeitlich begrenzte Gedächtnisstörungen nach Einnahme von Diazepam. Am Morgen nach der abendlichen Verabreichung können Konzentrationsstörungen und Restmüdigkeit die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen.

**Sehr selte Nebenwirkungen:** Magen-Darm Störungen, Gelbsucht, Harverhalt, Stimmenkrampf, Brustschmerzen, Blutdruckabfall, Verlängerung des Herzschlags, Niedergeschlagenheit, Abnahme des geschlechtlichen Bedürfnisses, Aggressivität, Mundtrockenheit, allergische Veränderungen sowie Almungskrämpfung. In hoher Dosierung kann es zu kolikartigen Bauchschmerzen und Durchfall kommen. Vorübergehend können verlängerte Sprechende, Sehstörungen, Bewegungs- und Gangunsicherheit auftreten.

### Lorazepam

Medikament aus der Gruppe der Benzodiazepine. Wie alle Benzodiazepine besitzt Lorazepam eine angstlösende, beruhigende und schlaffördernde und krampflösende, muskulentspannende 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 Verstärkungsstörungen, 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 Abhängigkeitssentwicklungen kommen.

**Geringe Nebenwirkungen:** Überempfindlichkeitsreaktionen, Störungen im Elektrolythaushalt, ist die Medikation in der Regel gut verträglich und außerdem gut evaluiert. Beim länger anhaltendem Einsatz von Benzodiazepinen kann es zu Abhängigkeitssentwicklungen kommen.

### Olanzapin

Olanzapin ist ein weiteres 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 extragranuläre Nebenwirkungen. Breite Anwendungserfahrungen sind vorhanden und die Wirksamkeit bei psychotischen Störungen ist gut belegt - auch im Vergleich zu anderen Antipsychotika. Raten 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, Akathisia (motorische Unruhe der Arme oder Beine), Parkinsonismus, Dyskinesien, Apetitsteigerung, Eosinophile Leukopenie, Neutropenie, erhöhte Glukose-, Triglycerid- und Cholesterinspiegel, Glukosurie, passagere Erhöhung der Lebertransaminasen, Erhöhung von alkalischer Phosphatase, CK, vGT, Harnsäure leichte, meist vorübergehende anticholinerge Effekte (Verstopfung, Mundtrockenheit), Ausschlag, Arthralgie, Odeme, erktile Dysfunktion, erniedrigte Libido (Männer und Frauen), Fieber.

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

Wasserlassen, Amenorrhö, Gynäkomastie, Galaktosurie bei Frauen, gefäßiges Adiponem (Blutdruck), Nasenbluten, epileptische Anfälle, Dystonie, Verdauhindernisse, Amotivie, Dysphorie, immunologische Überempfindlichkeit, hohe Kreatininsphosphokinase, erhöhten Serumtransferrin, Thrombozyten

**Seltene Nebenwirkungen oder in Einzelfällen** entzündlicher Lebererkrankungen Syndrom, Hepatitis (entzündlich eines Diabetes, gelegentlich begleitende Konstellation einer Schistosomose, Entwicklung oder Verschlechterung Schlapawandeln.

Bei Langzeitegabe (> 48 Wochen): Gewichtszunahme unter Nutzung > 25 % des Ausgangswerts, Zunahme von Glukose, Gesamt-LDL/HDL Cholesterin, Triglyceride.

Die gleichzeitige intramuskuläre Gabe von Glucagon und einem Benzodiazepin (z.B. Temazepam) wird wegen möglicher schwerer Nebenwirkungen nicht empfohlen.

5. Welche Auswirkungen hat der gegen den Willen d. Betroffenen eingesetzte Zwang auf das Befinden und die psychische Situation? Befinden, individuelle Beurteilung zu zwecken der therapeutischen Nutzens gerade auf Grund des Zwangs?

Befragungen von Betroffenen, die von Zwangsmassnahmen betroffen waren, bestätigen die intuitive Annahme, dass Betroffene auf Zwangseinrichtungen negativ reagieren und diese langanhaltende negative Auswirkungen haben können.<sup>17</sup> Es besteht die Gefahr, dass durch die Zwangsbearbeitung das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt, aber auch das Vertrauen in die psychiatrische Behandlung im Allgemeinen im aktuellen Behandlungssetting aber auch künftige Behandlungen betreffend, möglicherweise Gesundheit 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 Fazit! Zwangmaßnahmen die wahnhaften Fehlinterpretationen d. Betroffenen zumindest vorübergehend verstärkt werden bzw. sich weiter festigen. Langefristig wird d. Betroffene jedoch von einer Behandlung profitieren.

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

• Entbehrlich:  
• Zwang nicht zu öffnen  
• kein Ergebnis, da eben - richtig und falsch. Notwendig

6. Wie sind die Erfolgsaussichten der Behandlung? Welches Maß an Lebensqualität und Beschwörerfreiheit 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 aktuellen Behandlungsstudieneinschätzungen bestätigt (z.B. Nopoulos et al.). In Metaanalysen und den 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 Symptomfreiheit und eine signifikante Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit.

Bei mehrfach Erkrankten und chronischen Verläufen, wie im vorliegenden Fall, ist in Abetracht des bereits seit mehreren Jahren bestehenden Wahnerlebens und der chronifizierten Verlaufform, aus gutachterlicher Sicht keine vollständige Symptomfreiheit mehr zu erwarten. Jedoch kann durch eine adäquate medikamentöse Behandlung der 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 Angste werden zwar nicht ausdrücklich verbalisiert, lassen sich jedoch eindeutig aus den fremdaggressiven Äußerungen und Handlungen ableiten.

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 bewußt Befreiung und Wiederherstellung der Selbstbestimmung, 28. Februar 2013, Unterschrift: Dr. Christian Schmid, M.A.*

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

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 unverdrrlich 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. ~~Hierbei kann~~ aus gutachterlicher Sicht die Risiken und Nebenwirkungen deutlich. Nebenwirkungen sind in der Regel dosisabhängig behandelbar und reversibel. ~~Spät~~ Spätartige Nebenwirkungen 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 Zwangsmäßigkeiten.**

Risiken und Nebenwirkungen eines etwaigen Gesundheitsschadens durch die Behandlung mit zunehmender Dosis zu und können durch Einhalten der vom Referenten empfohlenen Hochstdosierungen 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

9

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.

Aus sachverständiger Sicht wäre es unverantwortlich, Herrn Schneider unbehandelt zu lassen,  
*Zur Lernsituation des schweren Krankheitsbilds, 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 nierenärztlicher Sicht aufgrund ihrer Wirksamkeit und Erfolgsaussichten d. Betroffenen nicht vorenthalten werden.* *In Akten notiert?* *Wie lange?*

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 **S-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 Behandlungswenigkeits 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 Behandlung einzusehen. Folglich fehlen die Voraussetzungen, um den Probanden zu einer intrinsisch motivierten Einnahme der verordneten Antipsychotika zu überzeugen, so sagt, 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	Oberarztsvisite
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	Oberarztsvisite
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 Aufenthaltsort 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.**

Dr. David Schneider  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

#### Quellenangaben:

- 1) Ulling, Freyberger (2012). ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 6. überarbeitete Auflage
- 2) Tsiftsi M, Nikolaopoulos A, Schneider-Thoma I, Krause M, Samara M, Peter Net al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2019; 394(10202): 939-51
- 3) Voelkelhofer U, Höhagen F. (2021) Therapie psychischer Erkrankungen. State Of The Art,

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

