

Amtsgericht München
Abteilung für Betreuungssachen

Amtsgericht München 80335 München

Herrn

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

für Rückfragen:

Telefon: +49(0)89/9597-5634/-5635

Telefax: +49 (0)621) 962441-3117

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 Entfernung des Aktenzeichens:

5634 (EZ: 1-50), -5635 (EZ: 51-00)

Mo - Fr. 08:00-12:00 Uhr

Der Zeichen

Bitte bei Antwort angeben

Akten- / Geschäftszeichen

716 XVII 1702/25

Datum

10.11.2025

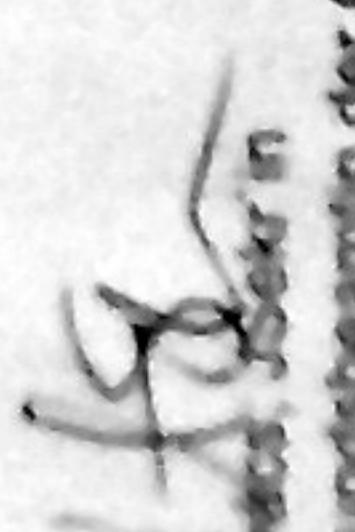
in Sachen

Schneider, Joachim, geb. 28.08.1982 - Betreuung

Sehr geehrter Herr Schneider,

Anliegendes Gutachten erhalten Sie zur Kenntnis / Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen


Kovacs, Sekr. in
Urkundsbeamten der Geschäftsstelle

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 Südstadtplatz

Nachbarschaftskasten
Nymphenburgerstraße
16
80335 München

Kommunikation
Telefon
089/5597-06
Telefax

Amtsgericht München

- Abteilung für Betreuungssachen -
Linprunstraße 22
80335 München

INSTITUT
DR. FRIEDRICH

Fachärztliches Institut für Psychiatrie & Neurologie
Betreuungssachen, Rechtspsychiatrie

Adressen: 7. Maximilianstrasse 31 80333 München
+49 (0)89 12 16 06 44
www.institut-dr-friedrich.de

München, den 06.11.2025

Auf Ihre schriftliche Anforderung vom 24.06.2025 und 29.09.2025 erstatte ich
das folgende

PSYCHIATRISCHE FACHGUTACHTEN

über

Herrn Joachim Schneider, geb. 28.08.1982

wh. Leipartstraße 12, 81369 München

AZ: 716 XVII 1702/25
erstellt: 26.11.2025
gelernt & untersch.: 43.2025 (S. Danner)

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

Ferner ist gutachtlich zu prüfen,

- Psychisch
bzw. Amper*
- ob die medizinischen Voraussetzungen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme, einer Zwangsumtersuchung sowie begleitender Freiheitseinziehung Maßnahmen (§§ 1906a, 323 FamFG) gegeben sind,
 - und ob die freiheitseinziehende Unterbringung des Betroffenen gemäß § 1831 BGB medizinisch indiziert und verhältnismäßig erscheint.

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

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

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

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

Das Gutachten stützt sich auf:

1. Den gerichtlichen Auftrag des Amtsgerichts München – Abteilung für Betreuungssachen – (Az. 716 XVII 1702/26) vom 24.05.2025 sowie die Auftragserweiterung vom 24.10.2025 und die Beschlüsse vom 29.09.2025 (Zuführung und Untersuchung) und 29.10.2025 (vorläufige Betreuung).
2. Die Gerichts- und Behördenakten, insbesondere
 - die Stellungnahmen der Betreuungsbehörde der Landeshauptstadt München,
 - die Mitteilungen der Verfahrenspflegerin RAIin Julia Al-Hames,
 - den Polizeibericht der PI 15 (Sendling) vom 03.09.2025,
 - die Angaben der Mutter des Betroffenen,
 - die Berichte der Nachbarn (insbesondere Herr Morina).
3. Das fachärztliche Attest des kbo-lsaar-Amper-Klinikums München-Ost vom 23.10.2025 (Dr. med. S. Brenninger / Frau Gabriel) einschließlich der Anlage über wiederholte Überzeugungsversuche zur freiwilligen Medikation (09.–22.10.2025).
4. Die fachärztliche Stellungnahme derselben Klinikums vom 23.10.2025 (Nguyen / Brenninger / Gabriel).

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

I. Aktenlage

1. Betreuung

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

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

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

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

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

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

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

2. Freiheitsentziehende Unterbringung/ Zwangmaßnahmen

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

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

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

Die Entscheidung beruhte auf einer akuten Verschlechterung der psychischen Symptomatik bei bekannter paranoider Schizophrenie (F20.0), zuletzt diagnostiziert im Gutachten Dr. med. Nicole Cicha vom 26.04.2024 (Az. 716 XVI 745/24).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eine freiwillige Medikamenteneinnahme erfolgte trotz wiederholter ärztlicher Gespräche nicht. *C / A, A- T*

Das fachärztliche Attest des Klinikums vom 23.10.2025 (Dr. Brenninger / Gabriel) befürwortete daher eine Zwangsbehandlung nach § 1906a BGB und führte aus, dass ohne antipsychotische Therapie eine drohende Vereitelung, Obdachlosigkeit, Suizidgefahr und Chronifizierung bestehe.

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

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

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

Am 29.01.2005 ordnete das Amtsgericht spätestens eine vorläufige Betreuung bis
28.04.2005 an und bestellte Jürgen Baumgartner zum Betreuer mit umfassen-
den Aufgaben (Gesundheitssorge, Aufenthaltsbestimmung, Vermögens- und
Wohnungsangelegenheiten, Behördenkontakte, Post- und Unterbringungsfra-
gen, Entscheidungen über Zwangsmassnahmen).

Als Diagnose wurde wiederum eine paranoid Schizophrenie angegeben.

3. Aktenübergabe der Unterlagen des Amtsgerichts München

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

Die gerichtlichen Unterlagen wurden vollständig gesichtet.

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

Eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung hat der Betroffene nicht er-richtet
Ebenso liegt keine wirksame Patientenverfügung vor.

II. Exploration

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

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

- Am 30.05.2025 und am 05.09.2025 erfolgten spontane Hausbesuche an der Meldeadresse Leipziger Straße 12, 81369 München; der Betroffene öffnete nicht, auf mehrmaliges Klopfen und Klingeln keine Reaktion.
- Ein vereinbarter Termin am 10.07.2025 wurde durch den Betroffenen nicht wahrgenommen.
- Begleitend fanden mehrere telefonische Kontakte mit Angehörigen statt, darunter mit der Mutter und dem Bruder des Betroffenen am 27.05.2025, 28.05.2025, 09.07.2025 und 05.09.2025.
Die Angehörigen berichteten übereinstimmend über eine zunehmende soziale Isolation, fehlende Medikamenteneinnahme, bizar्र anmutendes Verhalten sowie zunehmende Verwahrlosung des Betroffenen.

Eine persönliche Exploration wurde schließlich am 03.11.2025 im kbo-Iar-Amper-Klinikum München-Ost, Station 56E4, durchgeführt.

Der Betroffene wurde dort in seinem Zimmer E.O. 122 aufgesucht

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

Der Betroffene war zum Zeitpunkt der Untersuchung stationär untergebracht und befand sich in einem anhaltend psychotischen Krankheitszustand mit aus- geprägtem Misstrauen gegenüber behandelnden Ärzten, Behörden und auch dem Sachverständigen. *Wie kam das zu sein?*

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

Der Betroffene befand sich in seinem Zimmer E.O. 122, das er allein bewohnte.
Beim Eintritten saß er auf dem Bett, trug eine Kapuzenjacke über dem Kopf und war mit mehreren elektronischen Geräten (PC, Router, Faxgerät) beschäftigt. Er erklärte, er müsse „noch etwas faxen“ und wolle „Widersprüche und Be-
ziehungen der Geschichte des Landes Schleswig-Holsteins“ untersuchen.

Er nannte mehrfach die Namen „Stadler“ und „Dr. Cicha“, gegen die er angeblich ausserordentlich eingerichtet“ habe.

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

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

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

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

Wiederholung

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

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

Seine Sprache war druckhaft, teils manieriert, gelegentlich floskelhaft und selbstreferentiel.

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

Akkord mit mir

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

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

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

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

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

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

Sein äußeres Erscheinungsbild war verwahlos-nachlässig.
Die Kleidung unpassend, teilweise verschmutzt, die Körperpflege mangelhaft.
Er trug die Kapuze tief ins Gesicht gezogen, die Hände leicht tremorös, der Blick wechselnd zwischen fixierend und ausweichend.

Akt /
Der Betroffene sprach sehr viel, häufig ohne thematische Zielrichtung, und verzerrt sich in skurrilen Details (z. B. die Bedeutung seiner „Feinstrickunterhose“ oder „elektrische Störungen durch den Router“).
Er beschrieb, er höre „ein Brummen“, habe „Wölfe in den Ohren“ und nehme einträchtigl.

Akt /
„Leute nicht richtig wahr.“
Er ließ die Wölfe im Ohr, obwohl er wusste, dass sie die Hörmehrnehmung beeinträchtigt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Stationsalltag verhalte er sich überwiegend unauffällig und zurückgezogen, halte sich meist im Zimmer auf und meide längere Gespräche. Phasenweise führe er leise Selbstgespräche, diese seien jedoch in den letzten Tagen rückläufig. Eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestehe aktuell nicht, der Patient agiere nicht nach außen, bleibe aber innerlich angespannt und misstrauisch.

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

habe ich
keine
Vorlage
erhält
es hier
stelle
etwas

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

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

Die Stationsärzlin bewerte den psychischen Zustand als unverändert seit Aufnahme.

Trotz wiederholter Aufklärungsgespräche und ärztlicher Interventionen sei keine Besserung erkennbar.

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

2. Psychiatrischer Befund nach AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und

Dokumentation in der Psychiatrie) bei der Befragung am 03.11.2025

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

*Aufgrund dieser Befunde ist die Therapie mit ...
Auch und möglich ...?*

Selbstpräsentiert über Schichten aus S Selbstpräsent & Selbstreduktion

Das Bewusstsein war klar, die Orientierung zu Zeit, Ort und Person dem Anschein nach erhalten. Auffassung und Konzentration zeigten sich deutlich reduziert; die Aufmerksamkeit war sprunghaft, ablenkbar und durch wahnhafte Grübeln gebunden. Der Gedankengang war weitschweifig, umständlich, konkretistisch und teilweise assoziativ zerfahren. Es fanden sich zahlreiche Perseverationen und thematische Entgleisungen. Gedankliche Verbindungen wurden häufig über Nebenaspekte hergestellt, so dass der Gesprächsfluss schwer nachvollziehbar blieb. Inhaltlich stand ein systematischer Beziehungs- und Verfolgungswahn im Vordergrund, vor allem in Bezug auf Nachbarn, Ärzte und Behörden. Der Betroffene schilderte sich als Opfer einer dauerhaften Manipulation und Vergiftung durch „Giftgase“ oder „Rauchentwicklung“ aus der Umgebung.
hier (Wohnung, Kfz, H2K, ...)
Hinzu kamen technische und sensorische Fehlbezüge (Störungen durch Rauschen, elektrische Felder, Watte in den Ohren).

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

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

Wiederholte Anhänger & Paranoide

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

Mangelnde Wahrnehmungsfähigkeit

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

Suizidale Gedanken oder konkrete Selbstgefährdung wurden vermieden, gleichwohl bestand aufgrund der ausgeprägten Realitätsverkenntnung, Verwahlosungstendenzen und des psychotischen Erlebens eine erhebliche indirekte Er-

gegenföhrung Fremdgefährdung im engeren Sinne war während der Explorations nicht erkennbar, jedoch besteht durch hygienische Vernachlässigung und potenziell brandgefährliches Verhalten (Anzünden von Fäkalien) eine mittelbare Gefahr für Dritte.

Kann ich Ihnen helfen?

Zusammenfassend zeigte sich bei Herrn Schneider ein deutlich desorganisiertes, wahnhaft geprägtes Zustandsbild mit formalen Denkstörungen, inhaltlicher Paranoia, Wahrnehmungsanomalien, massiver Krankheitsunsichtigkeit und konsequenter Ablehnung jeder Behandlung. Durst und Durst?

3. Körperlicher Untersuchungsbefund

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

Der Betroffene verweigerte jede somatische Untersuchung und untersagte ausdrücklich körperliche Annäherung oder Untersuchungsversuche.

Ein orientierender äußerer Eindruck war jedoch möglich: Der Betroffene erschien mager, blass und ungepflegt, mit insgesamt reduziertem Allgemeinzu-

stand, jedoch ohne akut lebensbedrohliche Zeichen.
Körperliche Fehlhaltungen, grobmotorische Störungen oder Hinweise auf neu-
rologische Herdsymptome zeigten sich nicht.

Vitalparameter konnten nicht erhoben werden.

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

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

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

Somatische Vorerkrankungen/Allergien:

Nach Aktenlage und Fremdauskunft bestehen keine bekannten relevanten somatischen Vorerkrankungen.

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

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

*fanden sich in den Akten nicht.
Bis Her., kein Anam., & Mutter br. sehr schlecht!*

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

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

Motivation

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

Nach den Unterlagen des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost war eine an-
ipsychotische Behandlung mit Amitriptylid bis 800 mg/d, Olanzapin bis 30 mg/d
oder alternativ Benperidol bis 6 mg/d vorgetreten, gegebenenfalls in Kombina-
tion mit Lorazepam bis 7 mg/d zur Anxiolyse und Spannungsreduktion.

Diese Medikation wurde im Rahmen der beantragten Zwangsbehandlungsindika-
tion gemäß § 1906a BGB empfohlen, jedoch bis zum Explorationszeitpunkt
nicht umgesetzt, da der Betroffene jede Einnahme und auch jede körperliche
Zuwendung verweigerte.

Nach Angaben der Stationsärzlin Frau Gabriel bestehen keinerlei Hinweise auf
schwierige
eine regelmäßige Medikamenteneinnahme seit mindestens zwei Jahren.
zur Zeit - Zustand, 2012 - 2014

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

Arzt
Er wartet ausdrücklich auf eine sichtliche Anordnung zur Zwangsbehand-
lung.

Somatische Dauermedikation oder nicht-psychiatrische Arzneimittel sind nicht
bekannt.
*Dr. med. Michaela Sicker,
Psychiater*

Suchtanamnese:

Körperliche Anamnese

Eine eigenständige substanzbezogene Störung ist weder anamnestisch noch aktenkundig dokumentiert.

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

Der Betroffene selbst verneinte jeglichen Substanzkonsum im Rahmen der Explorationsbefragung.

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

Ein substanzinduzierter psychotischer Zustand kann daher ausgeschlossen werden.

4. Neurologischer Befund

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

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

Im Rahmen der Exploration ergaben sich jedoch keine offensichtlichen Hinweise auf fokal-neurologische Ausfälle oder große Bewegungsstörungen.

Gangbild, Haltung und grobmotorische Koordination wirkten im Beobachtungszeitraum unauffällig.

Sprachfluss und Artikulation waren zwar inhaltlich und formal gestört, jedoch nicht dysarthrisch oder aphasisch. *Eig. Sprach- & Artikulationsstörung*
Tremor, Rigor oder Bewegungsverlangsamung im Sinne extrapyramidaler Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. *Wieder Verdeckt*,

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

Eine weiterführende Untersuchung blieb aufgrund der bestehenden Verwirrungshaltung des Betroffenen vorerst nicht möglich.

5. Diagnostische Einordnung

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

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

Psychosomatik

Seit mehreren Jahren besteht ein fortwährender Prozess psychosomatischer Disintegration mit zunehmendem Verlust der Realitätsprüfung, meist erkrankung und sozialem Rückzug.

Der Krankheitsverlauf ist durch folgende Kriterien gekennzeichnet: ausgesetzte Ablehnung jeder therapeutischen Maßnahme und eine transiente Verunsicherung gekennzeichnet.

Im Vordergrund steht ein systematischer, fortwährender Verfolgungs- und Beinträchtigungsmahn, der sich vornehmlich auf die Nachbarschaft, medizinische und behördliche Institutionen richtet. Der Betroffene reagiert auf diese Ereignisse als gezielte Angriffe oder Marionetten, etwa in Form von „Gingesen“, „elektrischen Störungen“ oder Überreaktion. Die Wahrnehmung ist chronifiziert und bestimmt Denken, Handeln und Abreagieren in einem Ausmaß, das die freie Willensbildung und Realitätsprüfung erheblich beeinträchtigt.

Begleitend bestehen formale Denkstörungen (Zustandekonstitution, Persverlierung, Abschweilungen, umständlicher Gedankengang). Aufmerksamkeits- und Auffassungsdefizite, bizarre-kreativische Kräfte sowie elementare Wahrnehmungsveränderungen in Form von Anzettzen (Schuppen) und sensorischen Fehlinterpretationen.

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

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

Akt am 7. April 2021 Telefon A. Gultschew

Der Krankheitsbeginn lässt sich retrospektiv auf die Jahre 2020 bis 2021 datieren, als erste bizarre anmutende Ideen und soziale Rückzugstendenzen beschrieben wurden.

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Zusammenfassung, Beurteilung und Begründung

1. Zusammenfassung

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

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

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

*Teil 1
Wahrheit!*

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

Er sammelte seine Exkremente, trocknete sie und lagerte sie in Blumentöpfen und im Badezimmer, um sie als Holzmaterial zu verwenden.
Hier entstand eine Fliegenplage und eine Infektionsgefahr für Mitbewohner.

Bei einem Polizeiersatz am 03.09.2025 wurde die Wohnung in stark vernahmlosen Zustand vorgefunden.

Das Amtsgericht München ordnete daraufhin am 29.09.2025 die Zufüllung und stationäre Aufnahme im kooptiven Außen-Klinikum an (§§ 283, 322 FamFG).

Die stationäre Aufnahme erfolgte am 09.10.2025

Seitdem zeigt sich ein anhaltend fundes psychotisches Zustandsbild mit Verfolgungs- und Vergiftungsschemata, akutischen Wahrnehmungsveränderungen, zerrfahrenem Denken und vollständigem Fehlen von Krankheitsbewusstheit.

Die Exploration am 03.11.2025 durch den Unterzeichner ergab ein ausgesetztes missstrauisch-feindseliges, sprunghaftes und disorganisiertes Verhalten.

Der Betroffene verweigerte jede Kooperation, brach das Gespräch nach kurzer Zeit ab und beendete die Untersuchung unter demonstrativem Protest.
schw.

Eine strukturierte Testung oder vertiefte Exploration war nicht möglich.

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

*Nichts fehlt der Welt für
eine breite Durchsetzung unserer
Bedeutung!*

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

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

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

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

2. Beurteilung

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Erkrankung ist nicht vorübergehender Natur, sondern chronisch und unbedingt fortgeschreitend.

Eine Besserung ist nur unter gezielter antipsychotischer Therapie zu erwarten.

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

zu 1a: Aus psychiatrischer Sicht sind die in den Klinikumtagen vorgeschlagenen Präparate (Amitriptylid, Olanzapin, Benzodiazin in Kombination mit Lorazepam) fachlich indiziert und geeignet, die psychotische Symptomatik zu stabilisieren, Rechtsbezug wiederherzustellen und die Fähigkeit zur Kooperation zu fördern.

Die Maßnahme ist verhältnismäßig, da mittlere Mittel – etwa Aufklärungsversuche, Überzeugungsversuche und psychosoziale Interventionen – ausgeschöpft und erfolglos geblieben sind.

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

Damit liegen die medizinischen Voraussetzungen sozusagen für

- die Einrichtung einer rechlichen Betreuung (§ 1814 BGB) mit den Aufgabenkreisen Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung, Unterbringung, Ver-

mögens- und Wohnungsangelegerheiten, Behörden- und Versicherungsangelegerheiten sowie Postangelegerheiten, als auch für

- die Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmäßnahme (§ 1906a BGB, § 323 FamFG)

vor.

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

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

Ohne Behandlung ist dagegen mit einer fortschreitenden Chronifizierung und degenerativen psychischen und sozialen Degradation zu rechnen.
Dm. J.

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

Der Nutzen der Behandlung überwiegt die damit verbundenen Belastungen bei weitem.
Aus der Hand d. Ch. Sch.

3. Begründung

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

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

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

Semistische ärztlichen Maßnahmen, Aufklärungsversuche und Gesprächsangebo-

*Aber /
der /
zelle /
Nr. /
der /
Art.,
die /
Lage, seinen Willen frei zu bestimmen.
Recht und
Ach und Sein Verhalten wird vollständig durch die krankheitsbedingten Überzeugungen
geprägt, die rationale Entscheidungen unmöglich machen.*

Die Folgen der Erkrankung sind gravierend: Verlust jeglicher Tagessstruktur, erhebliche Verwahrlosung, hygienische und soziale Desintegration, Realitätsverkenntnung und eine konkrete Eigengefährdung durch irrationale Handlungen (z. B. Sammeln und geplantes Anzünden von Fäkalien, Verweigerung von Nahrungsaufnahme und Hygiene).

Zudem besteht eine indirekte Fremdgefährdung durch gesundheitsgefährdende Wohnverhältnisse für Mitbewohner.

Die Erkrankung ist chronifiziert, die Behandlungssituation seit Jahren unverändert.

Eine freiwillige Therapie wurde wiederholt angeboten, aber konsequent abgelehnt.

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

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

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

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

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

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

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

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Herr Schneider aufgrund seiner floriden schizophrenen Psychose nicht zur freien Willensbildung im medizinischen Kontext fähig ist, dass eine erhebliche Eigen- und Fremgefährdung besteht und dass ohne medizinische Intervention eine nachhaltige Verschlechterung seines Gesundheitszustands zu erwarten ist. Aus medizinischer und sozialpsychiatrischer Sicht ist daher die Anordnung einer Betreuung, die Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme sowie die begleitende Unterbringung nach § 1831 BGB eindeutig zu befürworten,

so der Richter?

IV. Fragen des Gerichts

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

I. Betreuungsverfahren

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

Beim Betroffenen liegt eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) vor.

Es handelt sich um eine schwere psychotische Erkrankung mit inhaltlichen Denkstörungen (Verfolgungs-, Vergiftungs- und Beeinträchtigungs-wahn), formalen Denkstörungen (Zerfahrenheit, Perseveration, Konkreton), Wahrnehmungsveränderungen (Akoasmen), affektiver Verarmung, fehlender Krankheitseinsicht und vollständiger Behandlungsverweige-rung.

2. Falls nur eine körperliche Behinderung vorliegt:

- entfällt -

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

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

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

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

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

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

Der Betroffene ist nicht in der Lage, seinen Willen frei zu bestimmen, da sämtliche Überzeugungen und Entscheidungen wahnhaft verzerrt sind.

Er lehnt notwendige medizinische Maßnahmen ab, erkennt die Erkrankung nicht an und kann deren Bedeutung und Folgen nicht einschätzen.

Die Fähigkeit, nach einer realitätsgerechten Einsicht zu handeln, ist aufgehoben.

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

- Gesundheitssorge, insbesondere psychiatrische und allgemeinmedizinische Behandlung;
- Aufenthaltsbestimmung, insbesondere Entscheidungen über Unterbringung und Entlassung;
- Unterbringungsentscheidungen im Sinne des § 1931 BGB;
- Wohnungsangelegenheiten einschließlich Organisation einer adäquaten Unterbringung und Pflege der Wohnung;
- Organisation der ambulanten Vereorgung;
- Behörden-, Renten- und Sozialleistungsangelegenheiten;
- Versicherungs- und Vermögensangelegenheiten;
- Postangelegenheiten (Entgegennahme, Öffnen, Anhaften der Post);
- Fernmelde- und Telekommunikationsangelegenheiten.

Erforderlich ist daher ein umfassender Betreuungsausschnitt in den genannten Aufgabenkreisen.

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

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

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

Die Voraussetzungen des § 1903 BGB sind somit gegeben.

6. Welche Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten bestehen?

Medizinisch indiziert ist eine antipsychotische Behandlung mit Neuroleptika (z. B. Amlodipid bis 800 mg/d, Olanzapin bis 30 mg/d, Benperidol bis 6 mg/d) ggf. in Kombination mit Lorazepam zur Anxiolyse.

Bei fehlender oraler Compliance kann die Behandlung intramuskulär erfolgen.

Ergänzend sind psychotherapeutische Begleitung, milieutherapeutische Stabilisierung und psychosoziale Rehabilitation erforderlich.

Langfristig ist eine betreute Wohnform mit regelmäßiger psychiatrischer Nachsorge angezeigt.

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

Es handelt sich um eine chronisch verlaufende psychiatrische Erkrankung.
Tot

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Medikamente mit freiheitsentziehender Wirkung im Sinne des § 1831 Abs.

4 BGB werden derzeit nicht verabreicht, da der Betroffene sämtliche Medikation verweigert.

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

II. Unterbringungsverfahren

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

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

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

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

2. a. Liegen aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für freiheitsentzerrnde Maßnahmen im Sinne von § 1906 Abs. 1 Nr. 1 und 2, Abs. 4 BGB vor? Wie lange werden sie voraussichtlich notwendig sein?

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

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

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

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

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

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

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

Diese Maßnahmen sind jedoch nur vorübergehend und verhältnismäßig einzusetzen, ausschließlich zur Ermöglichung der Behandlung, unter ärztlicher Aufsicht und lückenhafter Dokumentation.

Eine dauerhafte Fixierung oder sonstige freiheitsentziehende Maßnahme ist nicht indiziert.

Zwangsbehandlung mit Medikamenten

Ärztliche Zwangsmäßnahme (Zwangsbehandlung nach § 1906a BGB)

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

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

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

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

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

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

Die behandelnde Klinik beantragt eine medikamentöse Behandlung mit folgenden Präparaten:

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

Nebenwirkungen:

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

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

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

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

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

Alle Präparate dienen ausschließlich Heilzwecken; eine Ruhigstellung im Sinne einer freiheitserzielenden Wirkung ist nicht beabsichtigt.

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

Dauer der Maßnahme:

Die Zwangsbehandlung ist zunächst auf höchstens sechs Wochen begrenzt.

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

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

Rechtliche Bewertung:

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

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

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

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

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

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

Zum Zeitpunkt der Exploration am 03.11.2025 wurden keine Medikamente eingenommen.

Der Betroffene verweigert jede Medikation.

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

Welt und Gesetz

- 48 -

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

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

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

Der Betroffene ist aufgrund seiner psychotischen Störung nicht in der Lage, einen freien, selbstbestimmten Willen zu bilden oder zu äußern. Er erkennt die Notwendigkeit der Unterbringung und Behandlung nicht, interpretiert medizinische Maßnahmen als Bedrohung und wähnt sich Opfer von Manipulation oder Vergiftung.

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

Die Fähigkeit zur freien Willensbildung ist daher aufgehoben.

4. Sind andere, weniger einschneidende Maßnahmen als die geschlossene Unterbringung möglich?
Haben die vergessenen Heilbehandlungen Aussicht auf Erfolg?

Weitere Anstrengungen an den früheren Wohn- und Versorgungsverhältnissen müssen vorgenommen werden, um eine Entlassung aus der geschlossenen Unterbringung verantworten zu können?

Weniger einschneidende Maßnahmen wurden geprüft und sind ausgeschöpft:

Wiederholte ärztliche Gespräche, Aufklärungsversuche und freiwillige Therapieangebote blieben erfolglos.

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

Eine geschlossene Unterbringung ist daher derzeit alternativlos.

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

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

Fazit
Für eine spätere Entlassung wären folgende Voraussetzungen notwendig:

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

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

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

IV. Betreuungs- und Unterbringungsgutachten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Weitergabe kann daher in geeigneter Form über den Verfahrenspfleger (§ 276 FamFG) oder über den gesetzlichen Betreuer erfolgen, nicht jedoch direkt an den Betroffenen selbst.
Eine vollständige Aushändigung ist aus ärztlich-psychiatrischer Sicht nicht vertretbar, da sie mit erheblichen gesundheitlichen Nachteilen verbunden wäre.

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

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

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

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

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

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

Die persönliche Untersuchung erfolgte am 03.11.2025 auf Station 6614 des Ibo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost, Vockestraße 72, 85540 Haar.

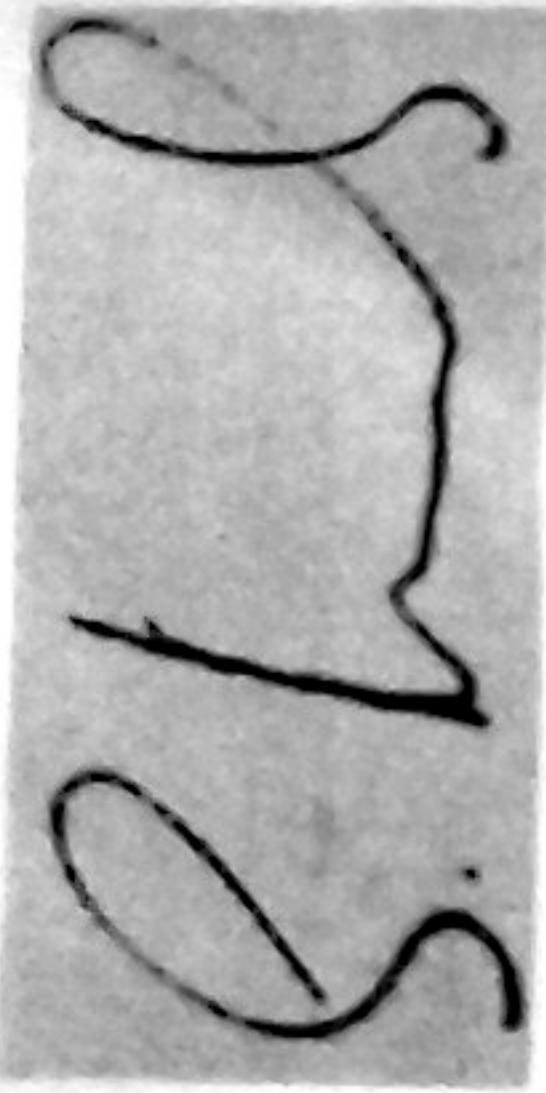
Aufgrund der Unterbringung und des psychischen Zustandes ist der Betroffene nicht in der Lage, einer Vorlesung eigenständig Folge zu leisten.

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

5.-7. Entfällt.

- 53 -

Für Rückfragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung

A handwritten signature in black ink, appearing to read "S. Friedrich".

Dr. med. Sebastian Friedrich

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie