

Anlage 3

Dr. med. DOMINIK LAUMANN**Waldbröler Str. 25, 51109 Köln****Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie**

Telefon: 0221/943149

Fax: 0221/60608-528

E-Mail: a.u.d.laumann@netcologne.de

Dr. med. D. Laumann, Waldbröler Str. 25, 51109 Köln

05.10.2015

Amtsgericht Köln

Abt. 51

Frau Richter Dr. Schotten

50922 Köln

① Seite 2
(für die Person)
und

Geschäfts-Nr.: 61 XVII 185/15 K (altes Geschäftszeichen 51 XVII K 3901)

Betreuungsverfahren KREß, Peter, *30.05.1969

Wohnhaft (zuletzt): c/o Dr. Kreß, Franzstr. 41, Frechen

② mit 4
zusammen
erst recht.

Ggw.: LVR Klinik Düren, St. 11A, Meckerstr., Düren

**Fachpsychiatrisches Gutachten
zur Frage der Erweiterung einer Betreuung**

Gemäß Gutachtauftrag vom 21.09.2015 erstatte ich Ihnen nachfolgendes fachpsychiatrisches Gutachten in o. g. Betreuungsangelegenheit.

Das Gutachten soll sich äußern zur Frage, ob es aus psychiatrischer Sicht erforderlich ist, für den Betroffenen die bisherige amtliche Betreuung fortzuführen.

Des Weiteren soll begutachtet werden, ob die Betreuung gemäß des Antrags des Betreuers um die Aufgabenkreise des Aufenthaltsbestimmungsrechts und der Gesundheitsfürsorge erweitert werden müssen.

Hinzu nur: Hausverweis am 18.8.2015 (vgl. Gutachten Dr. Busch, S. 7) gleichzeitig Antrag des Betreuers auf Erweiterung d. B. vom 18.8.2015 (Gutachten Busch, S. 6 und hier S. 3!)
Begründung: JdZ soll am 22.8. (!) Vater & Hefes bedroht haben, S. 4

Im Übrigen wird gemäß dem Beweisbeschluss vom 21.09.2015 zu folgenden Fragen Stellung bezogen

- Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass in absehbarer Zeit eine geschlossene Unterbringung des Betroffenen auch gegen seinen Willen erforderlich werden könnte?
- Kann der Betroffene eine Weiterführung der Betreuung mit freiem Willen ablehnen?

Das Gutachten stützt sich auf

- eigene Explorationen und Untersuchungen bei einem Besuch des Betroffenen in der LVR-Klinik Düren, Station 11 a, Meckerstraße, Düren, am 03.10.2015
- fremdanamnestic Angaben
 - des amtlichen Betreuers, Herrn Heidemann
 - des Psychiaters vom Sozialpsychiatrischen Dienst Innenstadt in Köln, Herrn Dr. Neelen
- Einsichtnahme in die Gerichtsakte in der Betreuungsangelegenheit, einschließlich mehrerer Strafanzeigen und polizeilicher Berichte
- gemeinsame Einsichtnahme mit dem Betroffenen in die Krankengeschichte in der LVR-Klinik Düren

1. Vorinformationen

1.1. Aktenlage

Die Berichte von Herrn Heidemann in der Gerichtsakte über die Betreuung weisen durchweg eine "sparsame Kooperationsbereitschaft" des Betroffenen aus, der zwar anfangs bei der Klärung seiner Vermögensverhältnisse und bei der Feststellung einer Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit einschließlich der Sicherung der Krankenversicherung mitgewirkt habe, danach jedoch merklich zurückhaltender geworden sei. Mehrere Termine habe er ohne weitere Rückspra-

che verpasst, sich dann andererseits im Rahmen eigener Forderungen und Wünsche recht fordernd gezeigt. Seit etwa Anfang August diesen Jahres häuften sich beim Betroffenen, der nach wie vor mit seinem Vater in dessen Haus in Köln-Frechen gelebt habe, die Beschwerden und schließlich auch polizeilichen Meldungen über Vorkommnisse. So sei es offenbar zu Streitigkeiten mit den Nachbarn und mit dem Pflegedienst des Vaters, später auch immer häufiger mit dem Vater selbst gekommen.

Mit dem 24.08.2015 beantragt Herr Heidemann schließlich die Erweiterung der betreuungsrechtlichen Aufgabenkreise um das Aufenthaltsbestimmungsrecht und die Gesundheitssorge und die gleichzeitige Genehmigung zur geschlossenen Unterbringung. Der Betroffene sei per Platzverweis aus dem Haus seines Vaters entfernt worden, nachdem es zu einem tätlichen Übergriff auf seinen Vater gekommen sei, seiner Schwägerin gegenüber habe er überdies suizidale Äußerungen gemacht.

Herr Heidemann führt seinen Antrag auf die Erweiterung der Aufgabenkreise einschließlich des Antrags auf betreuungsgerichtliche Genehmigung der geschlossenen Unterbringung vom 18.08. weiter wie folgt aus:

In dem Verweis aus der Wohnung und dem drohenden völligen Wohnungsverlust mit Obdachlosigkeit finde auch eine Behandlung der gesundheitlichen Probleme (Psychose, HIV-Infektion) nicht statt, die Einkünfte des Betroffenen würden wohl hauptsächlich für Alkohol verbraucht, er habe den Überblick über seine Finanzen erneut verloren und sich schon Geld geliehen. Eingehende Post werde unbearbeitet zerrissen.

Dies sei durch die Mutter des Betroffenen eruiert worden. Der Eindruck des Betroffenen unterstreiche die mitgeteilte Sorge, dass der Betroffene sich "aufgegeben" habe. Eine Perspektivplanung werde negiert, er sei krankheitsbedingt massiv destruktiv und selbstzerstörerisch. Des Weiteren habe er auch seine Krankenversicherungsbeträge nicht überweise und es bestehe derzeit keine Möglichkeit der Kontaktaufnahme.

GA: KREß, Peter, *30.05.1969

Seite 4

1.2. Fremdanamnese

Nach Zitat

falsch. Aussage

③

Zur aktuellen Situation ist über den Bruder des Betroffenen, **Herrn Claus Kreß**, der sich mit dem Schreiben vom 14.09. auch im Namen seiner **Mutter, Frau Ursula Kreß**, ans Amtsgericht wendet. Die Lage des Betroffenen habe sich in den letzten Wochen und Tagen verschlechtert, er habe wiederholt seine Mutter aufgesucht, obwohl sie ihm unmissverständlich bedeutet habe, dass sie dies nicht mehr wünsche. Er sei zurückgewiesen worden und sei vor einem Rodenkirchener Restaurant laut auffällig geworden. Danach sei er wieder vor dem Haus der Mutter aufgetaucht und habe sich aggressiv und drohend gebärdet. Das letzte Lebenszeichen sei augenblicklich eine mitternächtlige Email an die Mutter, in der es heiße, "Gute Nacht für immer". Der Betroffene konsumiere weiterhin Amphetamine, solche seien auch bei der polizeilichen Suche im von ihm bewohnten Frechener Haus des Vaters bewiesen. Insbesondere werde auch der Antrag des Betreuers auf Erweiterung der Aufgabenkreise unterstützt, damit zumindest sichergestellt sei, dass die Bedürfnisse des Lebensunterhalts einschließlich der Krankenkasse gesichert würden.

Nach Zitat

falsch. Aussage

②

Über einen Aktenvermerk der **Kreispolizeibehörde Rhein-Erft** ist zu eruieren, dass der Betroffene, nachdem er bereits mehrfach durch aggressives Verhalten in Erscheinung getreten sei (mehrfach Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Stalking, Bedrohung und Körperverletzungsdelikte), nach einem Angriff auf seinen Vater mit einem Rückkehrverbot belegt worden sei. Unmittelbar nach der häuslichen Gewalt habe Herr K. seinem Bruder gegenüber Suizidgedanken geäußert. Hieraus erfolgte eine Vermisstenanzeige. Am 13.09. – also drei Wochen nach dem Ereignis – habe der Betroffene drei Einsätze in Köln verursacht, sei zunächst um 12.34 Uhr als Obdachloser vor einem Restaurant gemeldet worden, 15.08 Uhr als hilflose Person in Rodenkirchen am Ufer aufgetaucht, um 20.36 Uhr sei es zu einer Bedrohung seiner Ex-Freundin gekommen, wobei der Kontakt bereits seit zwei Jahren beendet gewesen sei.

Konkret wird die Strafanzeige diesbezüglich wie folgt aufgenommen: "Seit zwei Jahren bin ich von meinem Ex-Freund getrennt und habe seitdem keinen Kontakt mehr zu ihm. Er leidet unter einer psychischen Krankheit und war mehrfach in Behandlung. Vor drei Tagen habe ich eine Nachricht von ihm bekommen, in der er wörtlich schrieb: "Ich glaube nichts, von dem, was ich heute in der Presse gelesen habe, wenn du dich nicht sofort meldest. Meine Mutter existiert genau so wenig wie mein Vater für mich weiter. Sie schlage ich nur nicht ins Gesicht. Wenn du dich nicht meldest bis die Sonne untergeht, das meine ich bitterernst, dann hat sich das traute Familienglück erledigt". In einer nächsten SMS schreibt er, "Habe geträumt, dass er meine Tochter gestohlen hat und die meldet sich auch nicht mehr. Ruf an, sonst stiehlt er deine sonst auch noch. Das ist mein Ernst, ich werde ihn so fest mit der geballten in die Fresse schlagen, dass ich dabei Mordfolgen in Kauf nehme. Also ruf besser an". Eine dritte SMS hat den Wortlaut, "Und ich lege Wert auf eine Antwort von dir. Ich habe eben etwas geschlafen und unglaublich schlecht geträumt. Der Alptraum, aus dem man meint, nicht mehr aufzuwachen. Also ruf bitte an, oder ich bringe meinen Vater um".

Begleitend →
Fremdanamnese

Fremdanamnese ist über Herrn Dr. Neelen vom Sozialpsychiatrischen Dienst zu eruieren, dass er in der Folge der unten beschriebenen Ereignisse am 02.09. einen Anruf von Herrn K. erhalten habe, mit der Bitte um einen Beratungstermin. Seine Familie habe ihn samt Hund rausgeschmissen und er verstehe nicht warum.

Am 17.09: sei Herr K. pünktlich zum vereinbarten Termin gekommen, Herr Heidemann als gesetzlicher Betreuer sei hinzugekommen. Er sei obdachlos, werde allerdings immer geweckt, es wirke systematisch, als ob ein gewisser Plan dahinter stecke. Er erkundigt sich dann nach der medizinischen Schweigepflicht und gibt an, dass wohl „Deutschland“ dahinter stecke. Seine Eltern hätten ihn aus dem Haus hinausgeworfen, ohne richtigen Grund. Auf körperliche Übergriffe angesprochen habe er angegeben, dass dies nicht der Fall gewesen sei, wenn man zusammenlebe, komme es allerdings schon mal zu Auseinandersetzungen. Auf Alkohol und Drogen angesprochen hat er angegeben, derzeit nichts zu konsumieren, er habe auch kein Geld. Er bat um

einen Termin mit seiner Mutter, dies wurde für den 22.09. vorbehaltlich deren Zustimmung zugesagt. Der Betroffene sei formal gedanklich auffällig gewesen, sei thematisch gesprungen, andererseits habe er paranoide Inhalte beschrieben, dass er sich von Deutschland verfolgt fühle, er habe akustische Halluzinationen in Form von "Impulsen" angedeutet. Andererseits zeigte er sich steuerungsfähig und geordnet.

Am 22.09. sei er pünktlich gekommen, sei jedoch recht rasch gereizt gewesen, als klar wurde, dass seine Mutter nicht kommen wolle. Er sei auf die HIV-Infektion angesprochen worden und habe angegeben, dass er die Behandlung in der Tat eingestellt habe, weil seine Helferzellen sich wieder erholt hätten. Es gebe ja auch Wunderheiler, davon habe er mehrere kennen gelernt. Dann sei das Gespräch plötzlich abgebrochen worden und der Betroffene habe den Raum verlassen, **akute Gefährdungsaspekte im Sinne des PsychKG hätten nicht vorgelegen**. Insgesamt scheine Herr K. der wahnhaften Überzeugung zu sein, dass er HIV überwunden habe und sich deswegen auch nicht mehr medikamentös behandeln lassen müsse. Auch in anderen Bezügen seien paranoide Gedankeninhalte offenbar geworden. Er sei derzeit wohl nicht in der Lage, seine Situation und die rechtlichen Möglichkeiten realistisch einzuschätzen, auch in der Obdachlosigkeit sei er in seinem jetzigen Zustand mit Sicherheit gefährdet. Aufgrund der Gesamtsituation halte er die Exazerbation einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie für wahrscheinlich und empfehle die Erweiterung der Betreuung um die Wirkungskreise Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmung.

Wann Telefonat?
Über Herrn Heidemann ist telefonisch fremdanamnestisch zusammenfassend noch Folgendes zu eruieren:

(X)
Herr K. sei kooperativ und zugänglich gewesen, solange bis die Rentenangelegenheit geklärt gewesen sei, sei seitdem kaum noch erreichbar und habe sich auch an Terminabsprachen nicht gehalten. Insgesamt lebe er total realitätsfern, habe anfangs geäußert, dass seine Schulden ihm egal seien, da er schließlich HIV-infiziert sei, plötzlich berichte er, dass er glaube, von HIV geheilt zu sein. Es habe insbesondere im Mai und Juni mehrere "Auftritte" des Betroffenen im Büro gegeben, ohne Absprache, er sei dabei immer sehr vage geblieben und habe sich angespannt und aggressiv verhalten, habe sich

allerdings rasch wieder in den Griff bekommen und sich hinter auch dafür entschuldigt. Mittlerweile verhalte er sich mehr als widersprüchlich, wolle zurück in sein Haus, da er "ein Recht" darauf zu haben glaube, alles habe seiner Ansicht nach begonnen mit der großen Nachzahlung von ca. 7.000 Euro anlässlich des abgeschlossenen EU-Rentenverfahrens, seither habe er erhebliche Mengen in kurzer Zeit ausgegeben, habe andererseits beispielsweise seine Krankenversicherung seit August nicht bezahlt. Zuvor habe diese Beträge die Mutter übernommen.

Über die Familie habe er detaillierte Berichte, seine Töchter, seien Mutter, sein Vater und auch andere Familienmitglieder hätten sukzessive und wiederholt erheblich Angst vor dem Betroffenen geäußert. Mitte Juli seien Vater und Bruder Zeuge geworden, wie der Betroffene völlig wirre Sachen geschrien, "ich geh nicht mit dir in die Dusche" etc. und auch unverständlich schlimm gebrüllt habe. Man habe die Polizei geholt, woraufhin der Betroffene plötzlich wie ausgewechselt gewesen sei. Im Gegenteil sogar dem Vater vorgeworfen habe, er sei wirr im Kopf, was definitiv nicht der Fall sei. Der Betroffene sich tatsächlich entspannter präsentiert, wohl sei aber ein kalter Schweiß zu sehen gewesen, er habe verschiedene Flaschen mit Alkoholika schnell versucht wegzuräumen.

Am 22.08. sei die Familie gerufen worden, da der Betroffene die Pflegekräfte bedroht und dem Vater die Brille von der Nase geschlagen habe. Er habe zum Pfleger gesagt, "ich werfe dich die Treppe hinunter und werde dem Vater die Kehle durchschneiden", dies sei völlig wesensfremd, eigentlich sei der Betroffene immer sensibel, mit Sicherheit nicht grenzüberschreitend und gewalttätig gewesen. Der Vater sei seitdem völlig verängstigt, habe auf Rückfrage auch davon berichtet, dass der Betroffene den Hund öfter trete und dass seine Stimme regelmäßig so völlig verändert sei und er wirres Zeug brülle. Nach dem Platzverweis habe der Betroffene dann über seinen Neffen versucht rauszubekommen (per WhatsApp) wo man den Vater hingebracht habe, die gesamte Familie habe Angst.

Über die Leiterin des Pflegedienstes, Frau Dagmar Barthel, in Frechen ist zu eruieren, dass der Betroffene immer wieder laut gebrüllt habe, häufig völlig wirres Zeug ("die ganze Welt ist schuld an meinem Elend"), häufig habe er auch unverständliche Worte geschrien, teils in seiner Wohnung, teils am Kiosk und im Garten, so dass verschiedentliche Polizeieinsätze – insbesondere von den Nachbarn – initiiert worden seien, das Umfeld auch schon starke Angst gehabt habe. Ständig habe es in der Wohnung nach Gras gerochen, überall hätten Alkoholflaschen gestanden. Es sei der Eindruck entstanden, als sei die Mutter des Betroffenen plötzlich als "Hassbild" entstanden. Am 22.08. habe er dann die Mitarbeiterin des Pflegedienstes angegriffen, habe ihr gedroht, sie die Treppe hinunterzuwerfen und "dem Vater die Kehle durchzuschneiden".

nie gesagt!

2. Untersuchungsbefunde

2.1. Exploration

Herr K. wird nach telefonischer Vorankündigung in der LVR-Klinik Düren auf Station 11 aufgesucht und kann in aller Ruhe mehrere Stunden im Arztzimmer exploriert werden. In der Exploration findet auch die medizinische Akte über den gegenwärtigen Aufenthalt Verwendung, wobei der Betroffene selbst immer wieder misstrauisch nachfragt, wozu dies sei, man solle ihn doch nur persönlich untersuchen und sprechen, dann aber doch den Einblick in einige Auszüge ermöglicht.

Zunächst wird ihm Art und Umfang des Betreuungsverfahrens vertraut gemacht und ihm auch Kenntnis davon gegeben, dass die ärztliche Schweigepflicht der RichterIn gegenüber nicht eingehalten werden kann. Dies wird sofort zu einem Wortschwall von Berichten über Schweigepflicht, an die er so wieso nicht glaube und die jeder breche, überdies wolle er darauf hinweisen, dass das Betreuungsverfahren seine eigene Initiative sei, da sei er wohl etwas über das Ziel hinausgeschossen, er benötige möglicherweise einen Betreuer, aber nur wenn dieser "nur seine Interessen vertrete". Dies habe Herr

nur Zitat
Aldar
Ko

Heidemann nur sehr wenig gemacht. Er schieße auch über das Ziel hinaus und ignoriere seine Wünsche und Ziele.

Zur Aufnahmesituation berichtet er, dass er völlig friedlich in Frechen gewesen sei und "von der Straße gefischt" worden sei, er habe sich dort nur aufgehalten, um einen Personalausweis zu verlängern. In der Tat sei dies in der Nähe des Hauses seines Vaters und dort habe er per Einstweiliger Verfügung Näherungsverbot. Die richterliche Anhörung sei ein Witz gewesen, "der hat auch nur in die Atteste geguckt", auch der Arzt habe nicht mit ihm gesprochen.

stimmt

Nach der Situation mit seinem Vater gefragt, dies sei "ein kleiner Zwischenfall" gewesen, Mitte August, beide seien sehr impulsiv, er auch, sei hinaus gelaufen und habe dabei wohl die Brille des Vaters von der Nase gewischt. Der Vater habe ihm gegenüber aber auch davon gesprochen, dass er bei ihm bleiben solle, bis er sterbe. Diesen Satz wiederholt der Betroffene gebetsmühlenartig an verschiedenen Zeitpunkten der Exploration immer wieder und nimmt ihn als Erklärung dafür, dass er zurück ins Haus gehen müsse. Er sei aus seiner Sicht vom Vater auch neun Monate unter Druck gesetzt worden, indem Fragen nicht beantwortet seien und indem der Vater ihn gestört habe.

Zu letzterem Komplex sagte er, dass der Vater „bewusst störend Krach“ mache, am Tag der Auseinandersetzung sei es besonders laut gewesen, die Wahrheit zum Ablauf wolle er aber nicht sagen, "die Wahrheit gereicht mir zum Nachteil". Dann schweift der Betroffene plötzlich ab, "haben Sie schon mal etwas vom kollektiven Bewusstsein gehört". Dies sei über Dr. Hollerbach erforscht und in den Quantencode eingeführt worden, er wolle mir nicht alles erzählen, da er vermute, dass ich nicht offen bin und auch nicht alles sage, mehr wisse, als ich zugebe. Es habe wohl zwei, drei Episoden von Lautstärke gegeben, in der sein Vater oder Nachbarn die Polizei gerufen hätten, er habe zum Beispiel "Billard um halb zehn" rezitiert. Es habe immer Sticheleien von Seiten des Vaters gegeben, häufiger habe er auch geschrien, dass er

mehr Ruhe haben wolle. Häufig sei dann der Bruder gekommen, dieser käme ihm so vor wie ein Erzieher.

Quantenmedizin habe er zusammen mit seiner Frau erfahren, als diese krank gewesen sei habe er mit ihr einen Heiler besucht, man müsse nur "die Akasha-Chronik" kennen, dass wisse man auch, was kollektives Bewusstsein sei. Jedenfalls sei sie damals unerklärlich geheilt worden, auch ihm sei Merkwürdiges passiert und er sei von der HIV-Infektion geheilt worden.

Auf Schizophrenie-Symptome konkret exploriert läuft er nach draußen und holt zwei Broschüren hinein, es sei schon ab und zu Merkwürdiges in seinem Kopf umher gegangen, auch im Haus seines Vaters. Er habe jedoch die Broschüre gelesen und habe einiges entdeckt, dass er auch bei sich beobachtet habe, unter dem Strich habe er aber angekreuzt und demnach sei er kerngesund. Mit dem Betroffenen wird der Bogen durchgegangen, er hat offensichtliche Kreuze zumindest nicht so gesetzt, wie es die objektiven Berichte nahelegen, "stehe unter innerem Druck, könne die Kontrolle verlieren", dies nimmt der Betroffene für sich gerade nicht wahr. Stimmenhören habe er "nur" unter dem Einfluss "verschnittenen Kokains" gehabt, zuletzt im Mai oder Juni, besonders aber am Anfang des Jahres, außerdem sei die Wirkung des Kokains nicht mehr so gut gewesen, also habe er es gelassen, da er ohnehin kein Geld mehr dazu gehabt habe.

Auf die SMS seiner ehemaligen Partnerin gegenüber angesprochen gibt er an, diese seien nicht von ihm, Frau T. sei krank, leide an posttraumatischer Symptomatik und habe schon die Möglichkeiten, so etwas zu fälschen, vielmehr habe sie selbst ihn angerufen, seiner Erinnerung nach am 20.09., um Kontakt mit ihm zu haben.

Zu finanziellen Angelegenheiten befragt gibt er an, dass er 1.200 Euro EU-Rente beziehe und für die Krankenkasse 200 Euro aufwände, seine Schulden tilge er nicht, es sei wohl eine Verbraucherinsolvenz möglich, dies sei aber für ihn eigentlich nicht von Interesse, "ohne oder mit Verfahren kann ich meine Schulden nicht zahlen". Auf die Frage, wo das Geld geblieben sei

oder warum er die Krankenkasse nicht bezahlt habe, will er nicht antworten. Sein Ziel sei es, eine Wohnung zu finden und unterzukommen, danach eine Reise zu machen, beispielsweise mit seinem Hund, der gegenwärtig in einer Hundepension sei.

Er wird zu den Anzeigen der Nachbarn befragt und gibt an, dass er immer das Tor geschlossen habe, seine Nachbarin habe jedoch behauptet, er habe es zweimal offen gelassen, so dass er sich habe Vorwürfe anhören müssen. Dass er gebrüllt habe stellt er in Abrede. Zu den Vorwürfen der Pflege des Krankenpflegedienstes gibt er an, dass er sich mit den meisten gut verstanden habe, ein Pfleger habe jedoch seinen Bereich nicht respektiert und sei die falsche Treppe gegangen, dies habe er "fast immer schweigend" hingenommen und habe "einmal ein bisschen geschimpft". Seine Familie sende ihm Zeichen und Blicke, Signale auf verschiedenen Kommunikationsebenen, alle würden von der Familie allerdings mehr verwechselt als von ihm. Er habe das Gefühl, dass im Namen seines Vaters Behörden einbezogen wurden und dieser selbst das gar nicht wisse, möglicherweise sei es aber auch mit seinem Einverständnis geschehen, wahrscheinlich aber über ihn hinweg.

Von HIV sei er geheilt oder aber auch nicht, das sei nicht mehr so bedeutsam, bei einem etwaigen Ausbruch könne er immer noch einmal über einen Geistheiler in Asien geheilt werden. Zum gegenwärtigen Drogenkonsum gibt er an, dass er vier bis fünf Mal in diesem Jahr Kokain konsumiert habe, täglich Alkohol trinke, jedoch höchstens ein bis vier Flaschen Bier. Gelegentlich nehme er Amphetamine, öfter als Koks, zuletzt im September 2015. Cannabis konsumiere er ziemlich regelmäßig, meistens abends, dieses mache eine angenehme Entspannung.

2.2. Soziale und biographische Anamnese

Diese wird als bekannt vorausgesetzt; der Betr. hat mittlerweile eine Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit von ca. 1300€ mtl. zuerkannt bekommen und lebte bis zuletzt zusammen mit seinem hochbetagten Vater in dessen Haus in Frechen.

2.3. Psychopathologischer Befund

Vigilanz ungetrübt, bewusstseinsklarer Betroffener. Die Orientierungsleistungen sind vollständig unbeeinträchtigt. Der Kontakt ist zunächst verbindlich und freundlich, bricht jedoch recht rasch und unvermittelt im Gesprächsverlauf immer dann ab, wenn klärende Nachfragen gestellt oder unangenehme Dinge berührt werden. Dann bricht die Fassade des Betroffenen zusammen und er muss mühsam wieder in den Rapport zurückgeholt werden. Es besteht im formalen Gedankengang eine assoziative Auflockerung, die allerdings mit wenig Mühe gesteuert und strukturiert werden kann, ansonsten ist der Betr. geordnet. Insbesondere beim Bericht über schwierige Zeiten in seinem Leben werden Zeiten zusammengezogen oder weiterhin Ursachen mit Wirkungen verwechselt, so dass es phasenweise schwierig ist ihm zu folgen.

Inhaltlich zeigt sich eine ausgesprochene Bagatellisierungstendenz in Bezug auf seinen Substanzkonsum und die Folgen und überhaupt in Bezug auf eigene Anteile an seinen Schwierigkeiten, daneben eine eindrucksvolle Externalisierungs- und Rationalisierungstendenz aller F hrnisse. Der Betroffene scheint überdies anfällig für paranoide Verarbeitungsmodi, scheint Gesten und Zuwendungen enger Bezugspersonen je nach Verfassung paranoid umzudeuten und in feindselige Abwehr einfließen zu lassen.

Offenbar bestehen in Spitzen seiner Belastungsphasen auch wiederholte psychotische Symptome, wobei der Zusammenhang mit aktuellem Drogenkonsum zwar nicht belegt, jedoch vermutet werden kann. Diese werden vom Betr. aufwändig dissimuliert, die Hinweise der Bezugspersonen lassen diese jedoch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit diagnostizieren. Es finden sich hingegen keine klaren Hinweise auf Ich-Störungen oder halluzinatorisches Erleben. Auch delirantes Erleben ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht nachweisbar, im Gesamtkontext jedoch auch nicht auszuschließen.

Psychomotorisch wirkt der Betroffene ruhig und nur wenig angespannt, um eine normale Fassade bemüht, seltener zeigt sich eine dysphorische Gereiztheit und angespannte Erregtheit, was sicherlich der Explorationssituation auf der ge-

schützten Station unter Reizarmut und den Kautelen des PsychKG zuzuordnen ist. Affektiv zeigt der Betroffene sich dabei bei ansonsten moros starrer Grundstimmung als affektinkontinent und labil bei durchgehend nahezu aufgehobener affektiver Resonanz im adäquaten Gesprächskontext.

Der Antrieb scheint phasenweise stark gemindert, dann wieder etwas gesteigert, selten aber wirklich zielgerichtet zu sein. Die Kritik- und Urteilsfähigkeit muss im Hinblick auf die Bagatellisierungs- und Rationalisierungstendenz als stark beeinträchtigt bezeichnet werden, es finden sich erkennbar narzisstische Persönlichkeitszüge. Auch Impulskontrolle und Steuerungsfähigkeit sind nicht immer erhalten, mehrere Gesprächsabbrüche im Explorationsverlauf. Akute Eingefährdungsaspekte lassen sich aus der Untersuchungssituation nicht ableiten. Durchgehende Abstinenzmotivation und Fähigkeit muss bezweifelt werden.

2.3. Körperlicher Untersuchungsbefund

Auf eine eingehende körperliche Untersuchung wird verzichtet, es fand sich ein Betroffener in gutem Allgemeinzustand und Ernährungszustand. Kardio-pulmonal schien der Untersuchungsbefund gut kompensiert zu sein, der Betroffene wirkte kräftig und derzeit gesundheitlich unbeeinträchtigt.

Neurologisch ergab sich kein Hinweis auf eine relevante Störung im Bereich der entsprechenden Organsysteme.

Dies bestätigen die Untersuchungsbefunde aus der LVR Klinik Düren, in die der Betr. allerdings nur zum Teil einsehen ließ.

2.4. Testpsychologische Untersuchungsbefunde

Durchgeführt wurde in unstrukturierter Weise und nachträglich ausgewertet eine **Testdiagnostik nach SKID, Sektion II**, standardisierte Auswertung.

Herr K. beschreibt sich dort als jemand, der ständig auf der Hut sein müsse, damit man ihn nicht ausnutze oder verletze. Er zweifele selbst daran, dass er

Freunden oder Kollegen trauen könne. Er sei sich sicher, dass es besser sei, dass andere nicht zuviel über ihn wissen. Häufig entdecke er eine verborgene Bedeutung hinter dem, was andere sagen oder tun. Er sei sehr nachtragend, werde häufig wütend oder aggressiv, wenn er beleidigt oder kritisiert werde, Untreue vermute er überall. (Items 41 bis 48)

Er entdecke häufig verborgene Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen und habe den Eindruck, dass er Dinge geschehen lassen könne. Er habe persönliche Erfahrungen mit übernatürlichen Dingen und habe das Gefühl, dass unsichtbare Personen oder Kräfte ihn umgäben. Außerhalb der Familie habe er nur sehr wenige Menschen, zu denen er eine wirklich enge Beziehung habe und er gibt an, auch ohne engere Beziehungen auskommen zu können. (Items 49 bis 60)

Somit kann nach den Kriterien und der kriteriumsgemäßen Ausprägung die Diagnose einer **paranoiden Persönlichkeitsstörung** und die Diagnose einer **schizotypischen Persönlichkeitsstörung** gestellt werden. Insbesondere die Verbindung mit dem phasenweisen Auftreten von Achse I-Symptomen (akute psychotische Episoden) sichern die Diagnose, dauerhaft ist der Betroffene ganz erheblich in seinen Alltagsfertigkeiten durch die Persönlichkeitsprägung beeinträchtigt.

3. Zusammenfassende Beurteilung

Aufgrund der Gesamtwürdigung der Explorationsergebnisse und übrigen Untersuchungsbefunde lassen sich beim Betroffenen zusammenfassend folgende Diagnosen stellen:

- **Paranoide Persönlichkeitsstörung** (ICD 10: F 60.0)
- **Schizotypische Persönlichkeitsstörung** (ICD 10: F 60.8)
- **Intermittierende flüchtige psychotische Episoden** (ICD 10: F 23.0)
- **Intermittierende Cannabisassoziierte Episoden** (ICD 10: F12.51)
- **Anamnestisch Cannabisabusus** (ICD 10: F 12.1)

- **Anamnestisch Alkoholmissbrauch** (ICD 10: F 10.1)
- **Kokainmissbrauch** (ICD 10: F 14.1)
- **Amphetaminabhängigkeit** (ICD 10: F 15.2)
- **Asymptomatische HIV-Infektion** (ICD 10: D 24)

Teils darüber hinaus müssen im Hinblick auf die Psychotischen Episoden drei bedeutsame Differentialdiagnosen diskutiert werden, die wegen der mangelnden Offenheit des Betroffenen und des kurzen Beobachtungszeitraums noch nicht sicher differenziert werden können, alle jedoch ihre eigene Charakteristik haben:

Paranoid halluzinatorische Schizophrenie (ICD 10: F 20.0)

Wiederkehrende psychotische Episoden

bei Substanzmissbrauch (ICD 10: F 19.5)

Flüchtige Psychosen

bei Paranoider Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.0)

a) Exploration

Es ist zunächst sehr schwierig, mit ihm einen verbindlichen Gesprächskontakt herzustellen, einerseits da er nicht auf die gestellten Fragen eingeht und es somit immer regelmäßiger Nachfragen bedarf, um an eine Information zu gelangen und andererseits, da eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen den Plänen und teils größenphantastisch anmutenden Beschreibungen des Betroffenen und den offenbar zu Tage tretenden Defiziten in der Bewältigung von Alltagsangelegenheiten besteht. Diese Diskrepanz versucht der Betroffene regelhaft durch immer schneller werdende, teils floskelhaft vorgetragene Sätze zu überbrücken, aus denen inhaltlich ganz deutlich ein systematisiertes paranoides Erleben mit abnormen Bedeutungssetzungen anklingt.

Mehrfach wird im Verlauf des Gespräches in zu den Befunden passender Weise die Autorität des Gerichts oder des Gutachters angezweifelt, jeweils nicht ohne die generalisierenden Übertragungen auf „alle Gerichte“ und „alle Psychiater“. Versatzstücke aus gelernten Episoden setzt der Betroffene dabei gelegentlich recht gekonnt zu pseudologischen Erklärungsmodellen zu-

sammen und untermauert damit nach seiner Einschätzung die eigene Fachkompetenz auf allen gefragten Gebieten.

Auslöser für die jetzige Verschlechterung ist laut Angaben des Betroffenen selbst in nachvollziehbarer Weise die Krankheit der Ehefrau und der gemeinsame Kampf gegen ihr Ovarialkarzinom, das sämtliche Familienmitglieder, aber besonders den Betroffenen selbst, bis zum Tod der Frau im Oktober 2011 und darüber hinaus an die Grenzen seiner Belastbarkeit brachte. Der Betroffene selbst berichtet von durchgehendem Amphetaminkonsum in der Endphase der Erkrankung und von zunehmendem Kokain- und Cannabis-konsum in der Zeit danach, als er in "tiefes emotionales Loch gefallen sei und die Einsamkeit und Trauer nicht mehr ausgehalten habe.

Der Betroffene selbst zeigt weiterhin deutliche Zeichen einer reaktiven Depressivität mit eingeschränkter Affektivität, Ängsten und einer deutlich reduzierten Stresstoleranz, aber auch der ständigen Bereitschaft, sämtliche Schwierigkeiten auf diese Tatsache zu externalisieren. Wenig Bezug hat er zu seiner kombinierten Sucht- und Substanzmissbrauchserkrankung, räumt zwar im Explorationsverlauf mal mehr, mal weniger Konsum ein, bleibt aber diesbezüglich die selbstkritische Reflektion in erkennbarer Bagatellisierungstendenz und Selbstüberschätzung und bei deutlich paranoider und auch narzisstischer Grundkomponente der Persönlichkeit schuldig, reagiert auf diesbezügliche Explorationsversuche sogar mit erkennbar inadäquater Dysphorie.

b) Diagnostik

Bezüglich der möglichen schizophrenen Erkrankung stellt man fest, dass der Betroffene sich in einem teils bizarren Wahnsystem befindet, Bedrohung und Bespitzelung an verschiedenen Stellen befürchtet und dies auch mit seiner eigenen Situation und Lebenslage assoziiert. Es besteht darüber der hochgradige Verdacht, dass weitere psychotische Episoden gezielt dissimuliert werden und eine äußere Fassade von Normalität aufrecht erhalten wird, um die diesbezüglichen unliebsamen Affekte wirksam abspalten zu können. Durch eine Vielzahl von Bezugspersonen kann als gesichert gelten, dass der Betroffene aus heite-

rem Himmel in psychotisch anmutende Erregungszustände gerät, in diesen Situationen Signale und Geräusche missdeutet und aversiv aggressive Reaktionen, vorwiegend allerdings verbaler Art daraus ableitet.

Insofern könnten von den erforderlichen Gruppe-1-Kriterien das Kriterium C (kommentierende und dialogische Stimmen) und das Kriterium D (anhaltender, kultureller unangemessener und unrealistischer Wahn) für den Betroffenen zutreffen, wenn er in der Lage wäre, etwas offener über die Situation zu reflektieren. Aus der Gruppe 2 zeigen sich die formalgedanklichen Auffälligkeiten (Kriterium B), die erhebliche plötzliche Erregung (Kriterium C) und der deutlich zu erkennende soziale Rückzug mit verminderter sozialer Leistungsfähigkeit und inadäquater Affektivität (Kriterium D).

Zum Zweiten steht die Differentialdiagnose einer substanzinduzierten psychotischen Störung im Raum. Es kann wohl als gesichert gelten, dass der Betroffene einen polyvalenten Substanzmissbrauch betreibt, er selber redet ebenfalls von diesbezüglicher assoziierten psychotischen Episoden, nimmt dabei aber nur "verschnittenes Kokain" an.

Des Weiteren kann als gesichert gelten, dass der Betroffene einen abhängigen Cannabiskonsum betreibt, wenngleich bei dieser Substanz üblicherweise nicht alle der typischen Abhängigkeitskriterien erreicht werden können. Bei beiden Substanzen besteht die beschriebene Möglichkeit von drogenassoziierten Psychosen, im amerikanischen Sprachraum ist die Rede davon, dass diese in ihren Erscheinungsbildern etwas anders ablaufen als typische schizophrene Psychosen. Es seien lebhafte Bilder und uneinfühlbare wechselnde Gefühlszustände ebenso prägend wie die intermittierenden Änderungen von Bewusstsein und Orientierung. Herr K. wird in diesen Situationen tatsächlich offenbar von namenloser Angst erfasst, versucht sich aggressiv zur Wehr zu setzen, wird von Bezugspersonen als kaltschweißig und mit weit aufgerissenen Augen beschrieben und scheint dann wie durch einen Schalter umgelegt in normale affektive Zustände wieder zurück zu pendeln.

Die dritte Differentialdiagnose geht davon aus, dass Herr K. u.a. durch die Kombination des Todes seiner Frau, der eigenen Berufsunfähigkeit im Lichte auch der akzentuierten Drogensucht und der HIV-Infektion unter eine Extrembelastung geriet, die teils seine paranoiden und narzisstischen Persönlichkeitsanteile akzentuiert haben, teils aber auch Affektzustände im Sinne dissoziativer Krisen und nachfolgender Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle nach sich ziehen, die als quasi psychotische Krisen im Rahmen affektiver Ausnahmezustände denkbar sind. Herr K. zeigt erkennbare Zustände in der Eigenwahrnehmung, der Affektregulation und der Impulskontrolle, zeigt eine ausgeprägt paranoide Neigung zur Verdrehung von Gegebenheiten und scheint unliebsame Persönlichkeitsanteile und aversive Gefühle durch Nichtwahrnehmen und durch in Abrede stellen nichtig oder ungeschehen zu machen. Die genaue Differentialdiagnostik scheitert insbesondere daran, dass der Betroffene selbst keine relevanten Auskünfte zu geben in der Lage ist. Auch hier scheint ihm seine paranoide Grundeinstellung die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Therapeuten und Ärzten zu verunmöglichen.

Die diagnostizierte und testpsychologisch untermauerte Persönlichkeitsstörung bezeichnet ein klinisch ausdrucksvolles länger andauerndes Zustandsbild mit repetitiven überwiegend dysfunktionalen Verhaltensmustern. Es ist auch beim Betroffenen Ausdruck eines charakteristischen individuellen Lebensstils, einschließlich des Verhältnisses seiner Person zu anderen Menschen. Es zeigt sich in jedem Fall beim Betroffenen deutlich, dass tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster bestehen, die ein deutlich paranoides Grundgepräge tragen und sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.

So hat der Betroffene nicht gelernt, flexibel mit äußeren Regelsetzungen und möglichen daraus erwachsenden Konflikten umzugehen, sämtliche Realitäten dieser Art werden sofort in ein Gefüge aus Externalisierung (die anderen, Deutschland oder die Welt sind daran Schuld) und paranoider Umdeutung (Resultat der Einflüsse des kollektiven Bewusstseins, Quantenmedizin) eingeordnet. Auch beim Betroffenen verkörpert die Persönlichkeitsstörung ge-

genüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen insbesondere im Wahrnehmen, Denken und in den Beziehungen zu Dritten.

Stabile Beziehungen unterhält der Betroffene eigentlich nur noch zu einem einzigen Freund, die Familie einschließlich seiner emotional völlig überforderten Kinder hat sich mittlerweile von ihm abgewandt. Auch beim Betroffenen geht die Störung mit einem erheblichen Ausmaß persönlichen Leidens, sozialen Abstiegs und derzeit stark beeinträchtigter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

Es besteht beim Betroffenen eine ganz außerordentlich übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, ein Nachtragen von Kränkungen, ein ausgeprägtes Misstrauen und eine Neigung, das Erlebte so zu verdrehen, dass neutrale oder sogar freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden. Wie auch in der ICD beschrieben, können Menschen mit diesem Erkrankungsbild zu einem überhöhten Selbstwertgefühl und häufiger übertriebener Selbstbezogenheit neigen. Eine gewisse Impulsivität und eine Schwierigkeit, Impulse zu unterdrücken und sich ausreichend zu steuern, kommt in akuten Phasen durchaus Krankheitswert zu.

Der Betroffene neigt einerseits darüber hinaus zu Substanzmissbrauch, wobei offenbar durchaus auch Abstinenzfähigkeit und Abstinenzmotivation bestehen, andererseits sind immer wieder flüchtige psychotische Episoden zu verzeichnen, die sich handlungsrelevant in den Vordergrund schieben, teils sind diese im Rahmen der Persönlichkeitsstörung zu interpretieren, teils ist eine drogenbedingte Genese auch nicht auszuschließen.

c) Auswirkungen

Trotz der beschriebenen Unsicherheiten in der Differentialdiagnostik, die größtenteils krankheitsbedingt den Betroffenen selbst zuzurechnen sind, kann an der betreuungsrechtlichen Relevanz der Krankheitsfolgen ebenso wenig Zweifel bestehen wie an der aktuellen und langfristigen Behandlungsbedürftigkeit. So liegt offen, dass der Betroffene seine Gesundheitssorge in keinem relevanten Bereich adäquat erledigt, dies beginnt mit der völlig unkritischen Haltung von

Substanzkonsum, geht mit der völligen Verknennung der Realitäten der regelhaften psychotischen Episoden weiter und umfasst auch die insuffizient oder fehlende Behandlung der HIV-Prophylaxe.

Die ausgesprochene Widersprüchlichkeit des Betroffenen zeigt sich hier in der zunächst geäußerten Einschätzung, "wegen der HIV-Erkrankung keine Schuldenregulierung" mehr vornehmen zu müssen, dabei implizierend, dass er vermutlich bald versterben werde und auf der anderen Seite mittlerweile sicher davon auszugehen scheint, dass er geheilt ist, wobei er hier insbesondere in Anrechnung bringt, dass er sich gesund fühle, obwohl er anders lautende Einschätzungen erhalten habe. Die diesbezügliche Therapie und Prophylaxe führt er ausschließlich und *expressis verbis* mit den "Geistheilern" und riskiert damit sukzessive auch Lebensgefahr, wohingegen eine langfristige Prophylaxe mittlerweile erwiesenermaßen den Ausbruch der Infektion langfristig und zuverlässig verhindern kann.

Auch in Bezug auf Postkontrolle und die Regelung bei Ämtern und Behörden können deutliche krankheitsbedingte Insuffizienzen festgestellt werden: Der Betroffene bearbeitet die Post nicht, zerreißt sie mitunter, überweist seine Krankenkassenbeiträge nicht und zeigt auch diesbezüglich ein eigentümlich schwankendes Interesse. Selbst was die finanziellen Angelegenheiten angeht, lässt sich keine zielgerichtete Planung feststellen, der Betroffene gibt keine Auskunft darüber, wofür er die hohe Nachzahlung aufgewendet hat, im Hinblick auf die Tatsache, dass er keine Mietzahlungen zu leisten hat, scheint zumindest die Tatsache, dass er lebensnotwendige Zahlungen nicht leistet, deutlich selbstgefährdend zu sein.

Es lässt sich also vorbehaltlich der beschriebenen differentialdiagnostischen Unsicherheiten gleichwohl klar herausarbeiten, dass die Krankheitsfolgen mittlerweile so intensiv sind, dass der Betroffene umfassend in all seinen Verrichtungen beeinträchtigt ist und aufgrund seiner gegenwärtigen Lebensführung weitere soziale Folgeschäden riskiert. So haben sich seine Mutter und seine Kinder bereits von ihm abgewandt, auch werden Freunde und alte Bekannte in Mitleidenschaft gezogen und können, in Unkenntnis der Details und der Vorge-

schichte, immer nur rudimentär reagieren. Der Kern der Problematik ist mit Sicherheit der polyvalente Drogenabusus und dessen Folgen, den der Betroffene zu keinem Zeitpunkt selbstkritisch zu reflektieren in der Lage ist.

So sollte denn die Betreuung fürderhin umfassend sein und sämtliche Aufgabenkreise beinhalten:

- **Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmungsrecht**
- **Vertretung bei Ämtern und Behörden**
- **Kontrolle über den Empfang und das Öffnen der Post**
- **Wohnungsangelegenheiten**
- **Finanzielle Angelegenheiten**

d) Beantwortung der Gutachtenfragen

Zur Betreuungserweiterung wurde Stellung genommen.

Für die sonstige gutachtliche Fragestellung im Vordergrund steht die Kombination der Diagnosen und ihre wechselseitige symptomatische Auswirkung, im Vordergrund für die Reduktion des Betroffenen für die eigenen Angelegenheiten ausreichend zu sorgen, steht dabei die Persönlichkeitsstörung. So ist durch diese Herr K. in seinen Alltagsverrichtungen derzeit derart beeinträchtigt, dass er den Erfordernissen des Alltags nicht mehr angemessen und eigenständig begegnen kann.

Es liegt offen, dass beim Betroffenen starre, unflexible Verhaltensmuster im Alltag verbunden mit einer gelegentlich eigentümlichen Interesselosigkeit an der Erledigung selbst wichtiger Alltagsangelegenheiten dazu geführt haben, dass Verrichtungen lange Zeit aufgeschoben bzw. phasenweise ganz unterlassen wurden.

Aus der paranoiden Störung heraus ergeben sich mit Sicherheit auch latente Eigengefährdungsaspekte, die der Betroffene mitunter als impulsive Suizid-äußerungen kundtut, die auch jederzeit einer Aggravation und eine Zuspitzung erfahren können und die Möglichkeit eigen- und fremdgefährdender Symptome in sich bergen.

nie geäußert

Wie auch in der ICD beschrieben, können Menschen mit diesem Erkrankungsbild zu einem überhöhten Selbstwertgefühl und häufiger übertriebener Selbstbezogenheit neigen. Eine gewisse Impulsivität und eine Schwierigkeit, Impulse zu unterdrücken und sich ausreichend zu steuern, kommt in akuten Phasen durchaus Krankheitswert zu.

Der Betroffene neigt einerseits darüber hinaus zu Substanzmissbrauch, wobei offenbar durchaus auch Abstinenzfähigkeit und Abstinenzmotivation bestehen, andererseits sind immer wieder flüchtige psychotische Episoden zu verzeichnen, die sich derzeit handlungsrelevant in den Vordergrund schieben, teils sind diese im Rahmen der Persönlichkeitsstörung zu interpretieren, weder ist allerdings eine drogenbedingte Genese, noch die Entwicklung einer Schizophrenie auszuschließen.

Da der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, seine Alltagswahrnehmungen sicher zu differenzieren und sein eigenes Störungsbild zu analysieren, muss er gegenwärtig als **geschäftsunfähig** gelten. Die Feststellung einer Geschäftsunfähigkeit muss generell aber insbesondere für den Bereich der Gesundheitsfürsorge und des Aufenthaltsbestimmungsrechts erfolgen, da dem Betr. diesbezüglich durch Kritikunfähigkeit und Mangel an Impulskontrolle das Abwägen und die freie Willensbildung umfassend erschwert wird.

Zudem akzentuieren sich derzeit die psychotischen Symptome derart, dass die Entwicklung von Gefährdungsaspekten nicht mehr auszuschließen ist und sich die diesbezüglichen schadenstiftenden Ereignisse zwar nicht vorhersehen lassen, ihr Eintreten im Rahmen der Gesamtkonstellation jedoch zeitnah wahrscheinlich erscheint.

Die beschriebene Ausprägung der psychiatrischen Erkrankung, die Akzentuierung der selbstschädigenden und fremdschädigenden Symptome, letztere allerdings auch vorwiegend als Ausdruck krankheitsbedingter Selbstschädigung, über die letzten Wochen und das erheblich zunehmend aggressive Potential des Betroffenen erfordert zur Abwehr von eigen- und fremdgefähr-


GA: KREß, Peter, *30.05.1969Seite 23

denden Verhaltensweisen derzeit dringlich die **Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Klinik** (LVR Klinik Düren) nebst Behandlung gemäß § 1906 BGB.

Die Erlaubnis sollte dem Betreuer für **mindestens drei Monate** erteilt werden.

Hier kann im reizabgeschirmten Milieu unter der erzwungenen Abstinenz die Differenzialdiagnostik abgeschlossen, der Betr. ggf. in ein vertrauensvolleres psychotherapeutisch-psychoedukatives Setting eingegliedert und er möglicherweise auch antipsychotisch medikamentös behandelt werden, um so die **gegenwärtig schlechte Prognose** bessern zu können.

Gegen die Bekanntmachung der Entscheidungsgründe und gegen eine persönliche Anhörung, die nach schriftlicher Einladung in der LVR-Klinik Düren stattfinden muss, bestehen aus ärztlicher Sicht keine Bedenken.


Dr. med. Dominik Laumann
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Es wird Fremdsprachennese
aus 5 Gesprächen oder
Erzählungen gegeben

In Wahrheit nur 2
dann wieder Aktenkap (weitere
drei)

18.8.2018
9.5 17

down
APD
75