

# ZH\_OBERGERICHT PA150017 vom 30. Juni 2015

ZH Obergericht, 2015-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_obergericht\\_PA150017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_obergericht_PA150017)

FR: ZH\_OBERGERICHT PA150017 du 30 juin 2015

IT: ZH\_OBERGERICHT PA150017 del 30 giugno 2015

## Erwägungen

### E. 1

Sachverhalt und Prozessgeschichte

#### E. 1.1

Mit Beschluss des Bezirksgerichts Meilen vom 19. November 2003 wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführer die Tatbestände der versuchten vorsätzlichen Tötung, der mehrfachen einfachen Körperverletzung, der Sachbeschädigung sowie des Hausfriedensbruchs im Zustand der nicht selbstverschuldeten Zurechnungsunfähigkeit im Sinne von Art. 10 aStGB erfüllt hatte. Es wurde eine stationäre Massnahme nach Art. 43 Ziff. 1 Abs. 1 aStGB angeordnet. Diese Massnahme wurde bereits mehrfach in Anwendung von Art. 59 Abs. 4 StGB verlängert. Aktuell steht wiederum eine Verlängerung an (vgl. act. 2 S. 1). Der Beschwerdeführer befindet sich zur Zeit in der B.\_\_\_\_\_ in ... (fortan Klinik).

#### E. 1.2

Am 18. Februar 2015 ordnete die Klinik eine antipsychotische Behandlung an (act. 3/5/4). Die dagegen vom Beistand namens des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 19. Februar 2015 beim Einzelgericht im ordentlichen Verfahren am Bezirksgericht Andelfingen (fortan Vorinstanz) erhobene Beschwerde wurde mit Schreiben vom 20. Februar 2015 wieder zurückgezogen (act. 3/5/1, 3/5/5 und 3/5/6). Mit Schreiben vom 22. Februar 2015 stellte der Beschwerdeführer selbst den Antrag um gerichtliche Beurteilung der angeordneten Behandlung (act. 3/4/1). Nach Einholung eines Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Durchführung einer Anhörung/Verhandlung hiess die Vorinstanz die Beschwerde mit (unbegründetem) Urteil vom 3. März 2015 gut. Die angeordnete Behandlung wurde aufgehoben (act. 3/4/11). Am 18. März 2015 ordnete die Klinik abermals eine antipsychotische Behandlung an (act. 3/3/3). Dagegen wurde ebenfalls Beschwerde erhoben (act. 3/3/1). Die Vorinstanz hiess diese Beschwerde nach Einholung eines Gutachtens von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Durchführung einer Anhörung/Verhandlung mit (unbegründetem) Urteil vom 27. März 2015 gut (act. 3/3/11). Mit Schreiben vom 17. April 2015 – welches der Vorinstanz zur Kenntnisnahme zugestellt wurde – wandte sich der Beistand an die Klinik und teilte mit, er sei zur Auffassung gekommen, dass der Beschwerdeführer zurzeit in einer wahnhaften Phase sei und selber darunter lei-

- 3 - de. In einem solchen Zustand gehe auch ein gewisses Gefährdungspotential von ihm aus. Er ersuche darum, die notwendigen medizinischen Massnahmen in die Wege zu leiten. Er habe dies am 21. März 2015 mit dem Beschwerdeführer abgemacht (act. 3/3/13). Am 29. April 2015 wurde von der Klinik erneut eine länger dauernde antipsychotische Behandlung angeordnet (act. 3/2). Hiergegen erhob der Beschwerdeführer am 6. Mai 2015 Beschwerde (act. 3/1), die – nach Einholung eines Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und

Durchführung einer Anhörung/Verhandlung – mit (un- begründetem) Urteil vom 15. Mai 2015 abermals gutgeheissen wurde (act. 3/19).

### **E. 1.3**

Am 22. Mai 2015 und am 25. Mai 2015 wurden gegenüber dem Beschwerdeführer aufgrund von Zwischenfällen auf der Station (22. Mai 2015: Schwere Störung des Gemeinschaftslebens und Fremdgefährdung; 25. Mai 2015: Schwere Störung des Gemeinschaftslebens) jeweils einmalige Zwangsmassnahmen angeordnet und vorgenommen (act. 8 S. 1 und 2).

### **E. 1.4**

Am 27. Mai 2015 ordnete die Klinik wiederum eine antipsychotische Behandlung gemäss § 26 des zürcherischen Patientengesetzes an (act. 2). Mit Eingabe vom 27. Mai 2015 ersuchte der Beschwerdeführer bei der Vorinstanz um gerichtliche Beurteilung der angekündigten Zwangsmedikation (act. 1). Aufgrund der Angaben der Klinik (act. 2, act. 7, 8 und 9), des mündlich erstatteten Gutachtens von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (act. 10) sowie der Anhörung des Beschwerdeführers (Prot. I S. 7 ff.) wies die Vorinstanz die Beschwerde gegen die Zwangsmedikation mit Urteil vom 5. Juni 2015 ab und genehmigte diese (act. 13 S. 8 Dispositivziffer 1). Ferner erteilte sie der Beschwerde die aufschiebende Wirkung.

### **E. 1.5**

Gegen diesen Entscheid erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 9. Juni 2015 (Datum Poststempel: 10. Juni 2015) fristgerecht Beschwerde (act. 17). Da für die Beschwerdefrist die Zustellung des begründeten Entscheids massgebend ist, lief die Frist zur Beschwerdebegründung bis zum 22. Juni 2015 (vgl. act. 14/1). Der Beschwerdeführer ergänzte seine Beschwerdebegründung mit Eingabe vom 22. Juni 2015 (Datum Poststempel: 23. Juni 2015; act. 25). Am

- 4 - 23. Juni 2015 stellte er ein Gesuch um Fristwiederherstellung, da ihn für die verspätete Übergabe an die Post kein Verschulden treffe (act. 23 und 24).

### **E. 2**

Prozessuales Der Beschwerdeführer befindet sich in einer stationären Massnahme. Für die Zwangsbehandlung gelangt somit das Patientinnen- und Patientengesetz vom

### **E. 5**

April 2004 (nachfolgend PatientenG) zur Anwendung (§ 1 Abs. 2 PatientenG). Für das Verfahren und den Rechtsschutz im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen gelangen die Bestimmungen des ZGB sowie des Einführungsgesetzes zum Kindes- und Erwachsenenschutz vom 25. Juni 2012 (EG KESR) zu den freiheitseinschränkenden Massnahmen und den Zwangsbehandlungen im Rahmen fürsorglicher Unterbringungen sinngemäss zur Anwendung (§ 27 Abs. 2 PatientenG). Entsprechend richtet sich das Verfahren bei der Beschwerde nach den Bestimmungen über das Verfahren vor der gerichtlichen Beschwerdeinstanz nach Art. 450 ff. ZGB (vgl. Art. 439 Abs. 1 und 2 ZGB). Nach Art. 450e ZGB muss bei psychischen Störungen gestützt auf ein Gutachten einer sachverständigen Person entschieden werden. Sodann gelangen §§ 62 ff. EG KESR zur Anwendung, worin unter anderem Art. 446 Abs. 1 ZGB als sinngemäss anwendbar erklärt wird, d.h. der Sachverhalt ist von Amtes wegen zu erforschen. Der Beschwerdeführer bittet in seinem Schreiben vom 22. Juni 2015 um eine Anhörung (act. 25 S. 6). Nach § 69 EG

KESR führt das Obergericht in der Regel keine Anhörung durch. Eine solche scheint vorliegend aufgrund der Aktenlage, namentlich der Protokolle von diversen bereits durch die Vorinstanz erfolgten Anhörungen, auch nicht erforderlich.

- 5 - 3. Materielles 3.1. Vorbringen des Beschwerdeführers Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerdebegründung vor, er sei klar in seinen Gedanken und Äusserungen, oft jähzornig, nicht suizidal und fremdgefährdend, jedoch ausgesprochen logorrhöisch (act. 17). Im erstinstanzlichen Urteil sei ausser Acht gelassen worden, dass er weder für sich selbst noch für andere Personen eine ernsthafte und unmittelbare Gefahr sei. Eine "ernsthafte und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit oder das Leben Dritter" nach Patientengesetz sei somit nicht gegeben. Es gäbe mildere Massnahmen, worum er sich jetzt kümmern werde, namentlich homöopathische Mittel oder auch die Aromatherapie, um welche er bereits ohne Erfolg gebeten habe. Abhängig von Cannabis sei er nicht. Es stimme nicht, dass sich seine Situation im Vergleich zu früheren Gutachten massiv verschlechtert habe. Sein Verhalten sei ohne Medikation besser als mit. Er würde nicht unablässig gegen die Tür treten. Es stimme, dass er manchmal verbal unflätig werde, jedoch werde er auch oft so behandelt, von der Pflege und von Patienten. Er sei voll urteilsfähig, jedoch nicht – und zwar nicht nur beschränkt, sondern überhaupt nicht – in der Lage, ein Krankheitsverständnis zu entwickeln. Frühere Behandlungen hätten sich leider nie positiv auf seinen Gesundheitszustand ausgewirkt. Bei den genannten Medikamenten habe er immer extreme Nebenwirkungen gehabt. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ habe in beiden Gutachten keine Krankheitssymptome bei ihm gesehen, beim zweiten Gutachten sogar keine Krankheit. Sodann sei die in der Anordnung und im angefochtenen Urteil genannte Dosierung viel zu hoch. Aus den genannten Gründen bitte er um Gutheissung der Beschwerde. Bei einem negativen Bescheid bitte er um Begrenzung der Medikation auf maximal vier Wochen (act. 25). 3.2. Voraussetzungen der Zwangsbehandlung Befindet sich eine Person im Massnahmenvollzug, ist eine Zwangsbehandlung gegen den Willen des Betroffenen gemäss § 24 Abs. 1 lit. b Patientengesetz grundsätzlich möglich. Eine länger dauernde medikamentöse Zwangsbehandlung ist zuläs-

- 6 - sig, wenn (a) sie nach Massgabe des Einweisungsgrundes medizinisch indiziert ist und die nötige persönliche Fürsorge nicht durch eine mildere Massnahme erbracht werden oder (b) damit eine ernsthafte und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit oder das Leben Dritter abgewendet werden kann (§ 26 Abs. 2 lit. a und b Patientengesetz). Die medikamentöse Zwangsbehandlung stellt einen schweren Eingriff in die persönliche Freiheit im Sinne der körperlichen und geistigen Integrität nach Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 8 Ziff. 1 EMRK dar und betrifft auch die menschliche Würde (Art. 7 BV) zentral (BGE 127 I 6 Erw. 5; BGE 130 I 16 Erw. 3). Deshalb verlangt der Eingriff nebst der erforderlichen gesetzlichen Grundlage, die mit §§ 24 ff. Patientengesetz gegeben ist (BGER 5A\_792/2009 vom 21. Dezember 2009 Erw. 4), eine umfassende Interessenabwägung. Neben den kantonalen Regelungen sind auch die Erfordernisse von Art. 36 BV zu beachten. Zu berücksichtigen sind dabei die öffentlichen Interessen, die Notwendigkeit der Behandlung, die Auswirkungen einer Nichtbehandlung, die Prüfung von Alternativen sowie die Beurteilung von Selbst- und Fremdgefährdung. In diese Interessenabwägung miteinzubeziehen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung insbesondere auch die Nebenwirkungen einer zwangsweise vorgesehenen Neuroleptika-Behandlung (BGER 5A\_38/2011 vom 2. Februar 2011 Erw. 3.1; BGE 130 I 16 Erw. 4 und 5). Zu unterscheiden ist die Anordnung der Zwangsbehandlung nach § 26 Patientengesetz (u.a. für Personen in einer

stationären Massnahme) von derjenigen nach Art. 434 ZGB (gilt seit 1. Januar 2013 für Personen in der fürsorgerischen Unterbringung). Nach § 27 Abs. 2 PatientenG gelangen die Regelungen des ZGB und des EG KESR nur für das Verfahren und den Rechtsschutz sinngemäss zur Anwendung, nicht hingegen bezüglich der konkreten Voraussetzungen der Anordnung einer Zwangsbehandlung. Bei einer Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB ist kumulativ erforderlich, (1) dass ohne Behandlung der betroffenen Person ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist, (2) dass die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist, und (3) dass keine angemessene Massnahme zur Verfügung steht, die weniger einschneidend ist. Bei

- 7 - einer Medikation gegen den Willen des Betroffenen muss es sich somit zwar in beiden Fällen um die mildeste Massnahme handeln, jedoch ist eine Behandlung im Rahmen einer stationären Massnahme grundsätzlich auch dann möglich, wenn der Betroffene nicht urteilsunfähig ist bezüglich seiner Behandlungsbedürftigkeit. Ebenso ist nicht jedenfalls erforderlich, dass dem Betroffenen oder einem Dritten ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht. Wie ausgeführt kann eine Massnahme nach § 26 Abs. 2 lit. a PatientenG auch angezeigt sein, wenn dies – nach Vornahme einer umfassenden Interessensabwägung – nach Massgabe des Einweisungsgrundes medizinisch indiziert ist und die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erbracht werden kann. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Zwangsbehandlung vorliegend erfüllt sind. 3.3. Zur medizinischen Indikation 3.3.1. Da die Gutachter eine ernsthafte und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit oder das Leben Dritter verneinten (vgl. act. 10 S. 3; act. 3/3/9 S. 2, act. 3/4/10 S. 3; act. act. 3/22 S. 3), ist eine Zwangsbehandlung nach § 26 Abs. 2 lit. b PatientenG ausgeschlossen. Entsprechend ist zu prüfen, ob die medikamentöse Behandlung gemäss § 26 Abs. 2 lit. a PatientenG nach Massgabe des Einweisungsgrundes medizinisch indiziert ist. Die medizinische Indikation als Voraussetzung einer Zwangsbehandlung verweist auf die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst. Die angeordnete Therapie muss nach dem derzeitigen Wissensstand eine bzw. die angebrachte Reaktion auf die Krankheit der betroffenen Person sein. Dabei ist den verantwortlichen Ärzten ein Ermessensspielraum zuzugestehen (BGer 5A\_524/2009 vom 2. September 2009 Erw. 2.4.2). Zunächst stellt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer an einer psychischen Störung leidet, verneint der Beschwerdeführer doch eine solche und stützt er sich hierbei auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_. Wird eine solche Störung bejaht, ist weiter zu prüfen, wie dieser zu begegnen ist.

- 8 - 3.3.2. Die Klinik führte in ihrem Antrag aus, beim Beschwerdeführer bestehe psychiatrisch-diagnostisch eine hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F20.1) und eine Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F12.21), zwei Störungsbilder, die sich in ungünstiger Weise beeinflussen würden. Aufgrund des inzwischen langjährigen Krankheitsverlaufs zeige der Beschwerdeführer eine chronifizierte Symptomatik im Rahmen seiner schizophrenen Grunderkrankung mit teils produktiv-psychotischen und teils negativen (residualen) Symptomen. Die Intensität dieser Symptomatik habe unter dem auf der Massnahmestation zuletzt verstärkten Cannabiskonsum deutlich zugenommen (act. 2 und 7). Dr. med. E.\_\_\_\_\_ führte im Rahmen seines Gutachtens am 5. Juni 2015 aus, der Beschwerdeführer leide aus seiner Sicht an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, einer langjährigen chronifizierten Störung. Weiter bestehe eine Cannabisabhängigkeit, wobei der Beschwerdeführer aufgrund der Unterbringung zur Zeit

abstinent sei. Die Situation habe sich deutlich verschlechtert, was sich aus den Unterlagen und den Angaben der zuständigen Pflegefachperson ergebe. Der Beschwerdeführer werde fordernd, verbal aggressiv (was auch massivste übelste Beschimpfungen beinhalte), trete unablässig gegen die Tür, vor allem abends und in der Nacht. Der Mitarbeiter habe dem Gutachter gegenüber mehrfach betont, dass das Team am Rande seiner Belastbarkeit angelangt sei. Es werde auch logorrhöisches Denken beschrieben mit deutlichen Wahnhaltungen. Für den unvoreingenommenen Betrachter sei dies nicht unbedingt ersichtlich. Wer ihn gut kenne, erkenne immer wieder Hinweise dafür. Manchmal sei es auch deutlicher. Ihm (dem Gutachter) gegenüber habe er freundlich und einigermaßen geordnet Auskunft gegeben. Er habe einen deutlichen Rededrang gezeigt, teilweise logorrhöisch. Wenn er ihn habe unterbrechen wollen oder nachgefragt habe, sei er ungeduldig gewesen und habe gereizt reagiert. Es werde auch immer wieder beschrieben, dass der Beschwerdeführer sich auf der Station ruhig und angepasst verhalte. Dies könne aber sehr rasch wechseln. Auch seine Affektivität werde so beschrieben. Zusammenfassend stellte er fest, dass der Beschwerdeführer an einer psychischen Störung leidet (act. 10 S. 2 f.).

- 9 - Bei den Akten finden sich sodann weitere Gutachten: Dr. med. F. \_\_\_\_\_ gelangte im Gutachten vom 14. Januar 2003 im Zusammenhang mit dem Strafverfahren zur Auffassung, dass der Beschwerdeführer im Tatzeitpunkt an einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 Nr. F 20.0) litt (act. 3/16 S. 17). Im davor erstellten Gutachten vom 14. Februar 2002 sprach er auch schon von schizotyper Störung (act. 3/17 S. 26). Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte im Gutachten vom 30. Januar 2014 aus, aktuell lasse sich beim Beschwerdeführer weiterhin feststellen: Schizophrenie (ICD-10: F20) mit hebephrenem Subtyp (ICD-10: F20.1) und einem episodischen Verlauf mit stabilem Residualzustand (ICD-10: F20.12), ausgeprägte unreife Persönlichkeitsstörung mit dissozialen Anteilen (ICD-10: F60.8), schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10: F12.1) und seit 2012 eine schubförmig verlaufende Multiple Sklerose (act. 3/15 S. 108). Am 26. März 2015 erstattete Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ein Gutachten über den Beschwerdeführer. Darin führte er aus, der Beschwerdeführer leide an einer chronischen Schizophrenie, wahrscheinlich vom hebephrenen Subtyp. Die Unterlagen und die Verlaufseintragung würden darauf hinweisen. Diese Störung manifestiere sich vor allem darin, dass der Beschwerdeführer affektive Veränderungen im Sinne eines verflachten Affektes zeige und dass er eine generelle Ziel- und Planlosigkeit aufweise, was seine aktuelle Lebenssituation betreffe und die Frage, wie er diese verbessern könnte. Zur Zeit seien hingegen keine Wahnsymptome festzustellen. Zwar seien in den Unterlagen gelegentliche paranoide Ideen oder Beziehungsideen beschrieben, zum Teil auch Grössenideen. Im Gespräch mit dem Beschwerdeführer habe er zur Zeit jedoch keine positiven bzw. konkret vorhandenen Wahnsymptome feststellen können (act. 3/3/9 S. 2). Lediglich ein Gutachter ist anderer Meinung: Dr. med. C. \_\_\_\_\_ führte am 3. März 2015 aus, der Beschwerdeführer leide eigentlich nicht an einer psychischen Störung. Er zeige keine Symptome einer solchen, namentlich zeige er keine psychischen Phänomene und keine Denkstörungen. Der Beschwerdeführer verneine Halluzinationen, das Hören von Stimmen und es liege auch keine Ich-Störung vor. Der Beschwerdeführer reagiere affektiv sehr gut. Er sei spürbar und könne lachen. Die gesamte Palette sei vorhanden. Das sei bei einem Hebephrenen nach einer 13-jährigen Geschichte kaum vorstellbar. Dort sei der Affekt in der Regel flach und die Person unnahbar. Aufgrund der Akten müsse man jedoch sagen,

- 10 - dass wahrscheinlich eine Schizophrenie vorliege. Man sei sich allerdings nicht einig, ob es sich eher um eine paranoide oder um eine hebephrene Schizophrenie handle. Zudem liege eine Cannabis-Abhängigkeit vor. Aufgrund der Akten würde er, der Gutachter, sagen, dass der Beschwerdeführer an einer psychischen Störung leide, im jetzigen Moment könne er jedoch keine solche Diagnose stellen (act. 3/4/10 S. 2). In dem am 15. Mai 2015 von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ erstatteten Gutachten antwortete er auf die Frage, ob der Beschwerdeführer an einer psychischen Störung leide, dass dies eine schwierige Frage sei. Tradiert werde die hebephrene Schizophrenie. Er habe aber auch aktuell keine derartigen Symptome beim Beschwerdeführer feststellen können. Auch in den Akten finde er diesbezüglich wenig bis gar nichts. Die Klinik beschreibe das Verhalten des Beschwerdeführers als aggressiv, übergreifend und distanzgemindert. Dies könne allerdings teilweise mit der artifiziellen Situation im geschlossenen Setting erklärt werden, welche wenig Bewegungsfreiheit zulasse. In einer solchen Umgebung werde ein derartiges Verhalten schon fast provoziert. Beim Beschwerdeführer seien aktuell keine Symptome einer hebephrenen Schizophrenie feststellbar. Das Ganze ziehe sich durch, vom ersten Gutachten bis heute. Der Beschwerdeführer erscheine nicht distanzlos, nicht läppisch, er tue nicht blöd. Er rate den Kollegen der Klinik, ihre Diagnose zu überprüfen (act. 3/22 S. 2). Zu beachten ist, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zu den weiteren Fragen unter anderem ausführt, dass er dem Beschwerdeführer rate bezüglich der medikamentösen Behandlung einzulassen. Falls die vorgesehene Medikation keinen Einfluss auf die von der Klinik als Symptome einer Hebephrenie bezeichnete habe, hätte die Klinik nach Alternativen zu suchen. Eine medikamentöse Behandlung wäre über längere Zeit indiziert, wenn der Beschwerdeführer an einer hebephrenen Schizophrenie leiden würde, ansonsten entsprechend kürzer. Die Zwangsbehandlung würde rund vier Wochen dauern, um ein positives Resultat zu erreichen. Die vorgeschlagene medikamentöse Behandlung sei sodann geeignet, um den beschriebenen Umständen gerecht zu werden (act. 3/22 S. 3 f.). Auf Nachfrage des Einzelrichters führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe ernsthaft zu befürchten, dass eines Tages eine zwangsweise medikamentöse Behandlung notwendig werden könne. Momentan sei eine ernsthafte Gefährdung für Leib und

- 11 - Leben des Beschwerdeführers oder Dritter allerdings schlicht nicht gegeben (S. 10). Aufgrund der Akten und insbesondere der diversen Gutachten muss von einer psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Selbst das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gibt für das Gegenteil zu wenig Anhaltspunkte, würde er doch einem völlig Gesunden kaum zu einer medikamentösen Behandlung mit Neuroleptika raten. Die psychische Störung des Beschwerdeführers war Grund für die Anordnung der stationären Massnahme sowie für deren mehrfache Verlängerung. Dafür, dass eine solche Störung nun nicht mehr vorläge, fehlt es an Anhaltspunkten. Im Gegenteil: Aufgrund der diversen überzeugenden Gutachten ist von einer schizophrenen Störung des Beschwerdeführers auszugehen. Diese gilt es zu behandeln. 3.3.3. Die Klinik führte in der Anordnung aus, die therapeutische Zusammenarbeit mit dem Beschwerdeführer gestalte sich ausgesprochen schwierig. Aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers, das bei fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht über lange Zeiträume weitestgehend von sehr subjektiven Anschauungen, Überzeugungen und Erwartungen geprägt gewesen sei, sei es im gesamten bisherigen Therapieverlauf nicht gelungen, notwendige und ausreichende Voraussetzungen für die Etablierung einer realistischen Zukunftsperspektive zu schaffen. Regelmässig zu beobachtende situativ unpassende und unangemessene, auf Dominanz und Durchsetzung eigener Wünsche und Interessen ausgerichtete Denk- und Verhaltensweisen

einschliesslich wiederholter Regel- übertretungen und -verstösse liessen eine nur ungenügende Kooperationsberei- schaft und ein deutliches Vermeidungsverhalten beim Beschwerdeführer erken- nen. In Verbindung mit der Unfähigkeit bzw. dem fehlenden Wunsch zu dauerhaf- ter Cannabisabstinenz seien im Therapieverlauf mehrere Versuche einer Platzie- rung in einem der stationären Behandlung nachgeschalteten Nachsorgesetting gescheitert. Zudem sei seit Anfang Jahr die Situation schwieriger geworden. Es sei am 4. März 2015 und am 13. März 2015 zu tätlichen Angriffen auf eine Pflle- gekraft gekommen. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer in den letzten Wochen zunehmend psychotische Symptome gezeigt. Es sei nicht zu verantworten, dass

- 12 - diese mit einem erhöhten Aggressionspotential verbundene Erkrankung, die sich progressiv verschlechtere, nicht ausreichend medikamentös behandelt werde, zumal die Prognose umso ungünstiger werde, je länger die erforderliche medika- mentöse Behandlung nicht durchgeführt werde. Von der medikamentösen Be- handlung werde erwartet, dass sich die Krankheitssymptome bessern und der Beschwerdeführer mehr Einsicht in die Krankheit gewinne sowie die Fähigkeit zu einem adäquateren Verhalten im Alltag und im Umgang mit anderen Menschen entwickle, ohne dass es zukünftig erneut zu tätlichen Übergriffen auf andere Per- sonen komme. Damit könne eine Zukunftsperspektive etabliert werden (act. 2 und 7). Der Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_\_ führte am 5. Juni 2015 aus, es bestehe bei Nichtbehandlung die Gefahr einer weiteren Chronifizierung und einer Schädigung der Persönlichkeit im Sinne einer Verarmung und einer fehlenden Behandlungs- möglichkeit. Die Gefährdung Dritter sei aus seiner Sicht aktuell nicht akut. Er sehe aber bei weiterhin fehlender Behandlung ein Risiko, dass es früher oder später wieder zu fremdgefährdenden Situationen kommen könnte, dies auch vor dem Hintergrund der Vorgeschichte. Mit seinen verbalen Aggressionen und Unflätig- keiten gefährde der Beschwerdeführer die Integrität des Gegenübers. Die Fähig- keit, Grenzen einzuhalten, werde ohne Medikation weiter reduziert (act. 10 S. 3 ff.). Da sich der Beschwerdeführer selbst als nicht behandlungsbedürftig erachtet, ist er einer freiwilligen Therapie nicht zugänglich. Sein Verhalten ist zunehmend ag- gressiv, was den Verlaufsprotokollen zu entnehmen ist (act. 8 und 9). Dass sich der Beschwerdeführer nach Ausbrüchen jeweils wieder beruhigen konnte, ändert daran nichts. Die antipsychotische Behandlung ist damit indiziert. 3.3.4. Die Klinik ordnete folgende Behandlung an: Zunächst eine orale medika- mentöse Kombinationsbehandlung mit den Wirkstoffen Zuclopenthixol (Clopixol), angestrebter Dosisbereich 75-150 mg/d, und Natriumvalproat (Orfiril long), ange- strebter Dosisbereich 1500-2000 mg/d. Sollte die orale Einnahme dieser Medika- mente verweigert werden, würde Zuclopenthixolacetat (Clopixol Acutard) 100 mg in 2-3-tägigem Abstand intramuskulär verabreicht werden, gefolgt von der Gabe

- 13 - von Zuclopenthixoldecanoat (Clopixol Depot) 200-400 mg alle 2 bis 3 Wochen. Bei nicht ausreichender Wirksamkeit der beschriebenen Vorgehensweise werde, je nach Verlauf, zusätzlich oder alternativ Haloperidol bis 15 mg/d (Haldol) oral, gegebenenfalls auch intramuskulär, verabreicht werden, mit der Möglichkeit der Umstellung auf die Depotform Haldol decanoas bis 150 mg alle 2 bis 4 Wochen (act. 2). Dr. med. E.\_\_\_\_\_ erachtet das von der Klinik vorgeschlagene Behandlungskon- zept als geeignet, um den Umständen gerecht zu werden. Angesichts des Krank- heitsbildes und der zur Verfügung stehenden Mediation stelle die Verabreichung des Medikaments in jedem Fall ein Gewinn dar (act. 10 S. 4). Nach überzeugender Ansicht der Klinik und des Gutachters Dr. med. E.\_\_\_\_\_ kann die schizophrene Erkrankung des Beschwerdeführers nur durch eine anti- psychotische

Medikation adäquat behandelt werden. Mit zunehmender Dauer ohne Behandlung verschlechtert sich die Prognose und es muss mit einer dauerhaften Beeinträchtigung durch Krankheitssymptome gerechnet werden. Es besteht ein hohes Risiko einer weiteren Chronifizierung. Auch steigt die Gefahr der Fremdgefährdung, wenn man die Vorgeschichte berücksichtigt. Demzufolge ist die vorgesehene medikamentöse Behandlung aufgrund des momentanen Gesundheitszustandes medizinisch angezeigt. Die Dosis ist – entsprechend den Gutachten – nicht zu beanstanden. 3.4. Zum Fehlen einer milderen Massnahme Dr. med. E.\_\_\_\_\_ führte aus, eine Alternative zur Medikation sehe er nicht. Es bestünden unterstützende Massnahmen, aber keine Alternativen. Das Risiko der Gefahr der weiteren Chronifizierung sowie der Problematik der Führbarkeit könne durch die Medikation deutlich reduziert werden (act. 10 S. 4). Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Möglichkeiten homöopathischer Mittel oder der Aromatherapie vermögen vielleicht einen positiven Einfluss auf den Zustand bzw. das subjektive Wohlbefinden des Beschwerdeführers zu haben, jedoch sind sie nicht geeignet, die psychische Störung zu behandeln. Da weder die

- 14 - stationäre Behandlung an sich noch bisherige Isolationen weiterführend waren, ist keine mildere, aber dennoch wirksame Massnahme ersichtlich. 3.5. Zur umfassenden Interessensabwägung 3.5.1. Auswirkungen und Nebenfolgen Dr. med. E.\_\_\_\_\_ verwies in seinem Gutachten zu den Nebenwirkungen auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (vgl. act. 10 S. 4). Dieser führte in seinem Gutachten vom 15. Mai 2015 auf die Frage zu den Auswirkungen und Nebenfolgen der dem Beschwerdeführer zu verabreichenden Medikamente aus, Clopixol sei ein typisches Antipsychotikum, welches oft zu extrapyramidalmotorischen Störungen führe. Das seien Krämpfe der quergestreiften Muskulatur; meist Krämpfe im Bereich der Schlund-, Blick-, Gesichtsmuskulatur, unter Umständen auch der Extremitäten. Es könne unter Umständen auch zu einer sogenannten Akathisie (innere Unruhe, Unwohlsein, mit entsprechenden Bewegungen) kommen. Weiter würden alle Neuroleptika Appetitsteigerungen verursachen, was zu einer Gewichtszunahme führen könne. Weiter komme es häufig zu einer Reizleitungsverlängerung beim Herzen. Vielfach komme es auch zu einer Prolaktinerhöhung (Prolaktin: Hormon, das bei Frauen während der Schwangerschaft in der Brustdrüse Milch bereitstelle). Schwindel, Schlaflosigkeit etc. seien weitere mögliche Nebenfolgen. Valproat (Orfiril etc.) verursache vor allem zu Beginn Müdigkeit, was sich in der Regel lege. Damit könne gut umgegangen werden. Grundsätzlich handle es sich aus Sicht des Fachmanns trotz der aufgezählten möglichen Nebenwirkungen um harmlose Medikamente (act. 3/22 S. 5). Diese Nebenfolgen sind weniger stark zu gewichten als die abzuwendenden Gefahren. Die Nebenwirkungen sind auch insbesondere vor dem Hintergrund vertretbar, dass mit der medikamentösen Behandlung der Gefahr einer Gesamtverschlechterung der schizophrenen Erkrankung sowie weiterer aggressiver Handlungen von Seiten des Beschwerdeführers entgegengewirkt werden kann. Eine schonendere, gleichermassen wirksame und aus fachärztlicher Sicht indizierte Alternative besteht vorliegend nicht. Demnach scheinen die Nebenwirkungen dieser antipsychotischer Medikation vorliegend vernachlässigbar. Der Nutzen überwiegt.

- 15 - 3.5.2. Selbst- oder Fremdgefährdung Die Klinik führte aus, der Beschwerdeführer verhalte sich zwar nicht selbstgefährdend, jedoch sei während den letzten Wochen auf der Massnahmestation fremdgefährdendes Verhalten in Form von massiven verbalen Drohungen mit steigender Intensität dokumentiert worden. Erstmals habe der

Beschwerdeführer auch konkrete Drohungen gegenüber dem Personal und anderen Personen geäußert (act. 7 S. 2). Dieses Verhalten ergibt sich aus den Verlaufsberichten (act. 8 und 9). Die Ausraster des Beschwerdeführers sind in dieser Häufigkeit für das Personal der Klinik äussernd belastend. Dies muss in der Interessensabwägung entsprechend berücksichtigt werden.

3.5.3. Dauer der Behandlung Zur Dauer der medikamentösen Zwangsbehandlung äussert sich die Klinik in der Anordnung nicht. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ geht von einem Zeitraum von vier Wochen aus (act. 10 S. 4). Dies entspricht auch der Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_\_ (act. 3/22 S. 4). Entsprechend drängt es sich auf, die angeordnete Zwangsmassnahmen auf vier Wochen zu befristen. Sollte diese Behandlung nicht genügen, wäre eine neue Anordnung seitens der Klinik erforderlich. Es ist zu hoffen, dass der Beschwerdeführer in dieser Zeit merkt, dass ihm die Medikation etwas nützt.

3.5.4. Gesamtwürdigung in Anbetracht der Verfassungsgarantien Das Ziel der medikamentösen Behandlung liegt in der Verbesserung der psychischen Symptomatik. Weiter ist zu erwarten, dass der Beschwerdeführer ohne die Behandlung eine dauerhafte Gefahr für Dritte darstellen könnte. Damit ist die Behandlung des Beschwerdeführers von einem öffentlichen Interesse gedeckt und von erheblicher Notwendigkeit. Die möglichen Nebenwirkungen erscheinen nicht derart gravierend, als dass ein Behandlungsversuch die Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Beschwerdeführers ausschliessen würde. Würde dessen persönliche Freiheit nicht vorübergehend durch die Zwangsmedikation eingeschränkt, bestünde die ernsthafte Gefahr einer stetigen Verschlechterung seines Zustandes

- 16 - mit bleibenden gesundheitlichen Schädigungen, was offensichtlich nicht in seinem Interesse sein kann.

3.6. Fazit Zusammenfassend ist die Anordnung der Zwangsbehandlung medizinisch indiziert; eine mildere Massnahme steht nicht zur Verfügung, weshalb die am 27. Mai 2015 angeordnete Zwangsmedikation zu bestätigen ist, jedoch mit der Einschränkung der Dauer der Behandlung auf vier Wochen. Eine Fortsetzung der Behandlung müsste mit neuer Verfügung angeordnet werden. Die Beschwerde erweist sich demnach als teilweise begründet. Sie ist in diesem Umfang gutzuheissen, im Mehrumfang hingegen abzuweisen. Um die Rechte des Beschwerdeführers zu wahren, ist mit dem Beginn der Zwangsbehandlung jedoch zuzuwarten, bis die Beschwerdefrist ans Bundesgericht ungenutzt verstrichen ist bzw. das Bundesgericht über eine allfällige Beschwerde entschieden hat. Vorbehalten bleibt ein anderslautender Entscheid des Bundesgerichts.

4. Kostenfolgen Umstände halber sind dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Es wird erkannt:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.