

# NW\_GERICHTE 31190 vom 26. Oktober 2022

NW Gerichte, 2022-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw\\_gerichte\\_31190](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_31190)

FR: NW\_GERICHTE 31190 du 26 octobre 2022

IT: NW\_GERICHTE 31190 del 26 ottobre 2022

## Regeste

Fürsorgerische Unterbringung (VA 22 22)

## Erwägungen

### E. 1

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist eine ärztlich angeordnete fürsorgerische Unterbringung (FU) nach Art. 429 Abs. 1 ZGB. Dagegen kann die betroffene Person oder eine ihr nahestehende Person innert zehn Tagen schriftlich beim zuständigen Gericht Beschwerde erheben (Art. 439 Abs. 1 und Abs. 2 ZGB). Eine Begründung ist nicht notwendig (Art. 439 Abs. 3 ZGB i.V.m. Art. 450e Abs. 1 ZGB). Die vom Beschwerdeführer eingereichte Beschwerde richtet sich gegen die am 11. Oktober 2022 verfügte fürsorgerische Unterbringung. Die Beschwerdefrist wurde mit der auf den 12. Oktober 2022 datierten Eingabe (Eingang beim Verwaltungsgericht Nidwalden am 19. Oktober 2022) somit gewahrt. Für die Beurteilung der Beschwerde ist im interkantonalen Verhältnis das Gericht zuständig, auf dessen Hoheitsgebiet die fürsorgerische Unterbringung angeordnet wurde, unabhängig vom Ort, an dem die fürsorgerische Unterbringung vollzogen wird oder die betroffene Person ihren Wohnsitz hat (BGE 146 III 377 E. 6.3.3). Die fürsorgerische Unterbringung wurde gemäss Art. 39 Abs. 2 EG ZGB (NG 211.1) durch einen im Kanton Nidwalden zur selbstständigen Berufsausübung zugelassenen Arzt angeordnet. Das Verwaltungsgericht Nidwalden entscheidet in Dreierbesetzung über Beschwerden im Bereich der fürsorgerischen Unterbringung (Art. 439 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB i.V.m. Art. 5 EG ZGB und Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]) und ist dementsprechend zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde örtlich wie sachlich zuständig.

4■20

### E. 2.1

Das Verfahren vor der gerichtlichen Beschwerdeinstanz richtet sich nach Art. 450a ff. ZGB. Zu beachten sind sodann die allgemeinen Verfahrensgrundsätze des erstinstanzlichen Verfahrens (Art. 443 ff. ZGB), die auch im Verfahren vor der gerichtlichen Beschwerdeinstanz anwendbar sind, soweit das Gesetz in den Art. 450 ff. ZGB keine abweichenden Vorschriften enthält (LORENZ DROESE/DANIEL STECK, in: Geiser/Fountoulakis [Hrsg.], BSK-ZGB I, 6. A., 2018, N 13 zu Art. 450 ZGB). Dies gilt namentlich für die in Art. 446 ZGB verankerte uneingeschränkte Untersuchungs- und Officialmaxime und das an gleicher Stelle festgeschriebene Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen. Der Anwendungsbereich dieser zentralen Verfahrensgrundsätze bezieht sich auf sämtliche Verfahren vor der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde und erstreckt sich – wenn auch teilweise in abgeschwächter Form – nach dem Grundsatz der

Einheit des Prozesses auch auf die Verfahren vor der gerichtlichen Beschwerdeinstanz (LUCA MARANTA/CHRISTOPH AUER/MICHÈLE MARTI, in: BSK-ZGB I, a.a.O., N 1 f. zu Art. 446 ZGB m.w.H.). Aus Art. 450a ZGB wie auch aus Art. 5 Ziff. 4 EMRK ergibt sich schliesslich, dass das Gericht Tat- und Rechtsfragen wie auch die Angemessenheit frei überprüft und ihm von Bundesrechts wegen volle Kognition zukommt.

### **E. 2.2**

Das Gesetz schreibt ausdrücklich vor, dass das Gericht aufgrund eines Gutachtens entscheiden muss, wenn die betroffene Person an einer psychischen Störung leidet (Art. 439 Abs. 3 i.V.m. Art. 450e Abs. 3 ZGB). Das Gutachten muss von einer unabhängigen, im laufenden Verfahren noch nicht involvierten sachverständigen Person erstellt werden und in dem Sinne aktuell sein, dass es sich zu den sich im gerichtlichen Verfahren stellenden Fragen äussern muss (BGE 143 III 189 E. 3.2 f.; THOMAS GEISER/MARIO ETZENSBERGER, in: BSK-ZGB I, a.a.O., N 48 ff. zu Art. 439 ZGB; THOMAS GEISER, in: BSK-ZGB I, a.a.O., N 19 zu Art. 450e ZGB). Das Gutachten hat es der Beschwerdeinstanz zu ermöglichen, die sich aus Art. 426 Abs. 1 ZGB ergebenden Rechtsfragen zu beantworten. Es hat sich insbesondere über den Gesundheitszustand der betroffenen Person, aber auch darüber zu äussern, wie sich allfällige gesundheitliche Störungen hinsichtlich der Gefahr einer Selbstbeziehungsweise Drittgefährdung oder einer Verwahrlosung auswirken können und ob sich daraus ein Handlungsbedarf ergibt. In diesem Zusammenhang interessiert insbesondere, ob ein Bedarf an der Behandlung einer festgestellten psychischen Erkrankung beziehungsweise an Betreuung der betroffenen Person besteht. Wird ein Behandlungsbeziehungsweise Betreuungsbedarf bejaht, hat das

5■20 Gutachten weiter darüber Auskunft zu geben, mit welcher konkreten Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Person beziehungsweise von Dritten zu rechnen ist, wenn die Behandlung der gutachterlich festgestellten Krankheit beziehungsweise die Betreuung unterbleibt. Im Weiteren ist durch den Gutachter Antwort darauf zu geben, ob aufgrund des festgestellten Handlungsbedarfs eine stationäre Behandlung beziehungsweise Betreuung unerlässlich ist. Dabei hat der Experte auch darüber Auskunft zu geben, ob die betroffene Person über glaubwürdige Krankheits- und Behandlungseinsicht verfügt. Schliesslich hat der Gutachter zu beantworten, ob eine Anstalt zur Verfügung steht und wenn ja, warum die vorgeschlagene Anstalt infrage kommt (BGE 143 III 189 E. 3.3 m.w.H.). Mit dem mündlich erstatteten Kurzgutachten von Dr. med. D., welcher den Beschwerdeführer persönlich untersucht hat und dessen wesentlicher Inhalt dem Beschwerdeführer an der Anhörung eröffnet wurde, wurde dieser Vorschrift Genüge getan.

### **E. 2.3**

Gemäss Art. 450e Abs. 4 Satz 1 ZGB muss die gerichtliche Beschwerdeinstanz die betroffene Person in der Regel als Kollegium anhören, was faktisch zwingend zur Durchführung einer mündlichen Hauptverhandlung führt (vgl. CHRISTOF BERNHART, Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung, 2011, N 848 f.). Mit der heutigen Anhörung wurde diese Vorgabe umgesetzt.

### **E. 3**

Neben der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde können gemäss Art. 429 Abs. 1 ZGB auch die von den Kantonen bezeichneten Ärztinnen und Ärzte eine fürsorgerische Unterbringung, welche die Höchstdauer von sechs Wochen nicht überschreiten darf,

anordnen. Im Kanton Nidwalden sind dies die zur selbständigen Berufsausübung im Kanton zugelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Chefärztinnen und Chefarzte, die leitenden Ärztinnen und Ärzte und die Oberärztinnen und Oberärzte des Kantonsspitals (Art. 39 Abs. 2 EG ZGB). Dabei hat der einweisende Arzt die betroffene Person persönlich zu untersuchen und anzuhören (Art. 430 Abs. 1 ZGB) und ihr anschliessend den Unterbringungsentscheid mit den gesetzlich vorgeschriebenen Angaben auszuhändigen (Art. 430 Abs. 2 und 4 ZGB). Dies bedeutet, dass die Untersuchung dem Einweisungsentscheid unmittelbar vorauszugehen hat (GEISER/ET-ZENSBERGER, a.a.O., N 20 ff. zu Art. 429/430 ZGB). Der einweisende Arzt muss sich gestützt auf eine klinische Untersuchung und soweit möglich nach einem Gespräch mit der betroffenen

Person eine Meinung bilden (OLIVER GUILLOD, in: Büchler et al. [Hrsg.], Erwachsenenschutz, 2013, N 4 zu Art. 430 ZGB). Dr. med. B. ist ein im Kanton Nidwalden zur selbständigen Berufsausübung zugelassener Arzt und damit zur Anordnung einer fürsorglichen Unterbringung legitimiert. Zudem enthält die Einweisungsverfügung die gemäss Art. 430 Abs. 2 ZGB vorgeschriebenen Minimalangaben. Gestützt auf die bekannte Befundlage bestand eine hinreichende Grundlage für die ärztliche Anordnung der fürsorglichen Unterbringung.

#### **E. 4**

Von welcher Dauer ist die festgestellte Erkrankung? Grundsätzlich reicht die Erkrankung gestützt auf die Krankheitsgeschichte mindestens zehn Jahre zurück. Es ist zu erwarten, dass es eine dauerhafte Erkrankung ist, die auch wellenförmig verlaufen kann. Das heisst es kann Schübe geben, in welchen es deutlich schlechter gehen kann. Es kann auch Phasen geben, in welchen die Wahnsymptome weniger aktuell sind. Im Langzeitverlauf ist aber von einem stetigen Abwärtstrend auszugehen. So dass zum Beispiel die Arbeitsfähigkeit schwergradig beeinträchtigt sein wird, auch die Fähigkeit selbstständig zu wohnen oder soziale Kontakte zu pflegen.

#### **E. 4.1**

In tatsächlicher Hinsicht hat sich Folgendes ergeben:

##### **E. 4.1.1**

Die Psychologinnen Dr. med. E. und F., Luzerner Psychiatrie berichten der IV-Stelle Nidwalden per 27. Juli 2022 (Datum der letzten ärztlichen Kontrolle) betreffend den Beschwerdeführer die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.01, episodisch mit zunehmendem Residuum). Seit der Erstdiagnose als psychotische Störung (03/2012) seien wohl chronisch rezidivierende psychotische Episoden aufgetreten, seit mindestens 2020 gebe es zunehmende Hinweise auf die paranoide Schizophrenie. Der Beschwerdeführer sei an einer Schizophrenie erkrankt, welche ihn wohl bereits über Jahre an einem geregelten Erwerbsleben gehindert habe. Aufgrund von Misstrauen, welches während der psychotischen Schübe zu massivem Rückzug und Abbruch sämtlicher sozialer Kontakte geführt habe, habe er sich immer wieder von Angehörigen, Behandlern und Arbeitsstellen zurückgezogen, was auch versicherungsrechtliche und finanzielle Konsequenzen gehabt habe. Krankheitsbedingt lehne er aktuell seit mehreren Wochen jede weitere psychiatrische Behandlung ab. Sein Gesundheitszustand habe sich in den vergangenen fünf Monaten zunehmend verschlechtert, sein psychosoziales Funktionsniveau nehme immer weiter ab. Er nehme aus Krankheitsgründen die dringend empfohlene Medikation nicht ein und lehne ebenfalls krankheitsbedingt zur Zeit

ambulante oder stationäre psychiatrische Therapien ab. Er sei seit Monaten nicht mehr zur Arbeit gegangen und sei durch sie krankgeschrieben, habe aber die Krankschreibungen zum Teil nicht weitergeleitet, was erneute finanzielle Schwierigkeiten zur Folge haben könne.

7■20 In den vergangenen Wochen habe er seine Wohnung teilweise ausgeräumt und es sei unklar, ob diese noch in einem guten Zustand sei und ob der Beschwerdeführer seine Rechnungen noch bezahle. Die Nachbarschaft und die Verwaltung seien in Angst durch sein abweisendes und teilweise unberechenbar wirkendes Verhalten, nachdem er Möbelstücke und Kerzen im Gang des Mehrfamilienhauses aufgestellt habe, wo diese nicht hingehörten. Er habe Ende Juli seine Wohnung gekündigt, vermutlich ohne eine neue Wohnung zu haben (Die meisten dieser Informationen hätten sie von Dritten erhalten, da der Beschwerdeführer sich in den kurzen Gesprächen, auf die er sich mit ihnen noch habe einlassen können, keine Auskünfte habe geben können). Der Beschwerdeführer habe ebenfalls krankheitsbedingt Gespräche mit der IV-Stelle nicht wahrgenommen. Sein Arbeitgeber schein bis zuletzt wohlwollend und würde ihm allenfalls weitere Arbeitsversuche ermöglichen. Der Beschwerdeführer habe in seiner aktuellen Krankheitsepisode jeglichen Kontakt abgebrochen. Vom 22. bis zum 27. Juli 2022 sei es zur Hospitalisation per ärztlicher FU mit Zwangsbehandlung (antipsychotische Medikation) und dem Versuch dem Beschwerdeführer eine angemessene Behandlung zukommen zu lassen gekommen. Bei anhaltend fehlender Kooperation sei er jedoch wieder entlassen worden, ohne dass die weitere psychiatrische Therapie habe aufrechterhalten werden können. Aktuelle Befunde gemäss AMDP (Psychostatus vom 27. Juli 2022): Wach, autopsychisch und situativ orientiert, leichte Sprachverarmung, leichte bis mittelschwere Einschränkungen der Konzentration, Gedächtnisleistung nicht explizit geprüft. Im formalen Denken sprunghaft, z.T. vorbeirend, z.T. Hinweise auf leichte Denkhemmung/-sperrung, inhaltlich teilweise negativistisch (scheint grundsätzlich alles zu verneinen, was vorgeschlagen wird). Keine konkreten Anhaltspunkte auf Sinnestäuschungen. Antrieb im Auftreten nervös, misstrauisch, freundlich-abweisend, trotz Anspannung kontrolliert, V.a. Denkstörungen, der Affekt wird leicht verflacht, Schwingungsfähigkeit aber vorhanden, im Affekt leicht ängstlich, misstrauisch, leicht reizbar, massiver sozialer Rückzug. Keine Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Keine Krankheitseinsicht und folglich auch kein Wunsch nach Behandlung. Therapeutische Massnahmen seien aufgrund der genannten Gründe nicht möglich. Die antipsychotische Medikation wäre sicherlich die vordringlichste medizinische Massnahme zu Verbesserung des Gesundheitszustands.

8■20

#### **E. 4.1.2**

Der von der Polizei beigezogene Internist Dr. med. B. \_\_ erläutern in seinem Zuweisungsbericht vom 11. Oktober 2022, dass der Beschwerdeführer eine bekannte Schizophrenie habe, aber leider nicht krankheitseinsichtig sei. Am 10. August 2022 habe der leitende Arzt Dr. med. G. \_\_, Klinik Sarnen, Luzerner Psychiatrie, eine Gefährdungsmeldung ausgestellt. Ein paar Tage später sei der Beschwerdeführer von Dr. med. H. \_\_ – mutmasslich per FU – in die Luzerner Psychiatrie, Standort St. Urban, eingewiesen worden, wo er gegen ärztlichen Rat ausgetreten sei und eine Therapie im Ambulatorium der Luzerner Psychiatrie, Standort Sarnen, hätte aufnehmen sollen, was er nicht getan habe. Ohne Einkommen habe sich der Beschwerdeführer immer wieder in eine Pizzeria in C. \_\_ begeben und nach Lohn verlangt, weil er geglaubt habe, dort gearbeitet zu haben. Die Pizzeria habe ihm dann gratis zu essen gegeben. Die KESB habe nun die Polizei

gebeten, den Beschwerdeführer in der Pizzeria aufzugreifen und ihn wegen Selbstgefährdung via Dienstarzt in die Luzerner Psychiatrie einweisen zu lassen. Dr. med. B. \_\_\_ ordnete die Fürsorgerische Unterbringung in die Luzerner Psychiatrie (LUPS), Standort St. Urban, an.

#### **E. 4.1.3**

Gestützt auf die ärztliche Einweisungsverfügung wurde der Beschwerdeführer durch den Rettungsdienst in die Psychiatrie verbracht. Deren Einsatzprotokoll ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor dem Polizeiposten angetroffen worden sei (unauffälliger Status bei Erstkontakt). Er sei nicht damit einverstanden, in die Psychiatrie zu gehen. Er müsse sich um die Arbeitssuche kümmern und er sehe keinen Grund für eine Fürsorgerische Unterbringung. Fragen wolle er keine beantworten, es sei sein Privatleben, was respektiert werde. Er sei freiwillig in die Ambulanz eingestiegen. Nach Eigenangabe nehme der Beschwerdeführer keine Medikamente.

#### **E. 4.1.4**

Mit Entscheid vom 18. Oktober 2022 hat die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) des Kantons Nidwalden für den Beschwerdeführer eine Vertretungsbeistandschaft inklusive Einkommens- und Vermögensverwaltung nach Art. 394 in Verbindung mit Art. 395 ZGB errichtet mit den Aufgaben,

9■20 a) den Beschwerdeführer bei der Erledigung der administrativen Angelegenheiten sowie nötig zu vertreten, insbesondere auch im Verkehr mit Behörden, Ämtern, Banken, Post, (Sozial-)Versicherungen, sonstigen Institutionen und Privatpersonen; b) den Beschwerdeführer bei der Erledigung der finanziellen Angelegenheiten zu vertreten, insbesondere sein gesamtes Einkommen und Vermögen, mit Ausnahme eines persönlichen Kontos zur freien Verfügung, sorgfältig zu verwahren; c) für das gesundheitliche Wohl des Beschwerdeführers sowie für eine hinreichende medizinische Betreuung zu sorgen und ihn bei allen dafür erforderlichen Vorkehrungen soweit nötig zu vertreten, insbesondere bei Urteilsunfähigkeit über die Erteilung oder Verweigerung der Zustimmung zu ambulanten oder stationären Massnahmen zu entscheiden; d) stets für eine geeignete Wohnsituation bzw. Unterkunft des Beschwerdeführers besorgt zu sein und ihn bei allen in diesem Zusammenhang erforderlichen Handlungen soweit nötig zu vertreten; e) den Beschwerdeführer im Bereich Arbeit zu unterstützen und soweit nötig zu vertreten. Dies mit im Wesentlichen folgender Begründung: Der Beschwerdeführer sei an einer Schizophrenie erkrankt, zeige keine Krankheitseinsicht und ihm gelinge es deshalb nicht, sich angemessen um seine persönlichen Angelegenheiten zu kümmern. Damit liege ein Schwächezustand im Sinne von Art. 390 Abs. 1 ZGB vor (E. 2.3 S. 3). Es bestehe zudem ein Unterstützungsbedarf in Bezug auf die Erledigung der administrativen und finanziellen Angelegenheiten, auf die Vertretung in medizinischen Angelegenheiten sowie betreffend das Wohnen und Arbeiten (E. 2.4 S. 4). Bisher sei dieser durch seine Verwandten abgedeckt worden; der Beschwerdeführer selbst scheine seine Situation und den Unterstützungsbedarf nicht erkennen zu können. Bereits in den Jahren 2016 und 2019 sei je eine ärztliche fürsorgerische Unterbringung, seit Juli 2022 drei weitere angeordnet worden. Der Zustand scheine sich verschlechtert zu haben. Mangels Alternativen erscheine die Errichtung einer Vertretungsbeistandschaft in den genannten Bereichen als geeignet, den Unterstützungsbedarf abzudecken und sei auch erforderlich sowie zumutbar (E. 2.5 S. 4 f.).

**E. 4.1.5**

Psychologin I. \_\_, Assistenzärztin Luzerner Psychiatrie, Standort St. Urban, berichtet mit E-Mail vom 19. Oktober 2022 (Stand der Dokumentation bei Eintritt am 11. Oktober 2022) von einer notfallmässigen Zuweisung des Beschwerdeführers per ärztliche FU durch Dr. B. \_\_ wegen akuter Psychose mit Selbst- und Fremdgefährdung bei bekannter paranoider Schizophrenie. Der Eintritt sei komplikationslos erfolgt, nachdem der Beschwerdeführer 10mg Haldol vor Abfahrt erhalten habe. Im Eintrittsgespräch habe sich der Beschwerdeführer ohne Krankheitseinsicht gezeigt und habe wieder austreten wollen, sei aber letztendlich friedlich überredet worden, auf Station zu bleiben. Es handle sich um eine mehrfache Hospitalisation in LUPS, zuletzt im 3. OG Ende 08/22, sonst an Ambulatorium Sarnen angebunden. Im Eintrittsgespräch habe sich der Beschwerdeführer glaubhaft von Suizidalität distanziert. Es bestünden keine Hinweise auf Fremdaggressivität. Fremdanamnestisch sei durch den Rettungsdienst zu erfahren, dass der Beschwerdeführer eine polizeiliche Kontrolle erhalten habe. Er habe sich gegen ärztlichen Rat aus der letzten Hospitalisation entlassen und die Medikation mit Zyprexa vermutlich abgesetzt. Drogenkonsum werde verneint, Alkohol werde nur gelegentlich konsumiert. Die ärztliche FU werde (aus Sicht der Psychiatrie) aufgrund der Selbstgefährdung durch Realitätsverkenning, fehlende Krankheitseinsicht und Verwahrlosung begründet. Aus den Akten des Ambulatoriums Sarnen sei zu verfahren, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Monaten arbeitslos sei, davor habe er als Maler gearbeitet. Aktuell sei er mittellos, ein IV-Antrag sei nicht vollzogen worden, weil es der Versicherte nicht zugelassen habe. Die Wohnung sei seit dem Sommer verwahrlost und sei gekündigt worden. Dies basiere aber auf den Informationen von Dritten, Dokumente dazu würden nicht vorliegen. Vom Ambulatorium Sarnen sei ebenfalls zu erfahren, dass eine Gefährdungsmeldung ausgestellt worden sei. Die KESB sei involviert, einen Beistand lehne der Beschwerdeführer aktuell ab.

**E. 4.1.6**

Gutachter Dr. med. D. \_\_ erstattete dem Gericht vor der Anhörung vom 26. Oktober 2022 mündlich sein Kurzgutachten beziehungsweise beantwortete die ihm gestellten Fragen: 1. Besteht [beim Beschwerdeführer] eine psychische Erkrankung, eine geistige Behinderung oder eine schwere Verwahrlosung? Falls ja, welcher Art (Diagnose)? In der Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers ist die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie mit zunehmendem Residuum gestellt worden. Die Diagnose erfolgte wegen 11■20 Wahnsymptomen, Wahnideen, aufgrund von formalen Denkstörungen, die in der Krankheitsgeschichte beschrieben sind. Sie werden auch im aktuellen Eintrittsbefund psychopathologisch wieder festgehalten. Es handelt sich um eine schwere psychische Störung, die paranoide Schizophrenie, welche in den meisten Fällen in Schüben auftritt, nun schon über viele Monate zunehmend auch chronifiziert. Der Beschwerdeführer hat eine entsprechende Medikation und ist meiner Einschätzung nach aktuell gut mediziert. 2. Wie ist der gegenwärtige Gesundheitszustand [des Beschwerdeführers]? Er hat sich im Gespräch mit mir angepasst gezeigt, er war orientiert sowohl zeitlich als auch örtlich. Auch über die Daten des Eintritts, obwohl er die Eintrittsgründe nicht nachvollziehen kann. Er ist anderer Auffassung, hat eine grundsätzlich andere Überzeugung von den Eintrittsgründen. Ansonsten ist er von der Stimmung her angepasst, zeigte sich ausgeglichen. Gedanken an

Fremd- und Selbstgefährdung hat er verneint. Nachfragen zu psychopathologischen Beschwerden wie z.B. Stimmen-Hören, Fremdbeeinflussungserlebnisse, Störungen des Ich-Erlebens hat er allesamt verneint. Wie es tatsächlich ist, kann ich nicht beurteilen. Ich kann einzig sagen, dass er in der Situation orientiert und angepasst ist. Die Rechtsmittelbelehrung hat er beispielsweise ganz klar verstanden und bereitwillig unterzeichnet. Er hat dieses Recht zum Teil dann auch wahrgenommen, bei welchen er fand, diese belasteten ihn und er wolle diese deshalb nicht beantworten, z.B. Fragen zum familiären Hintergrund, Beziehung zu den Geschwistern, Konfrontationen mit dem was Fremdauskünfte angegeben haben. Dazu hat er keine Stellung nehmen wollen. Ansonsten vom formalen Gedankengang geordnet, beim Eintritt war er zum Beispiel noch ungeordneter, gesperrter beschrieben worden. Diese Beschwerden sind offenbar nicht mehr vorhanden; man bemerkt einzig noch eine leichte Umständlichkeit, leichte Detailbehftung im Denken. In der Gesprächsführung haben sich diese bei mir aber nicht störend ausgewirkt. Der aktuelle gesundheitliche Zustand, der ist behandelt, offenbar die richtige Medikation auf welche er anspricht. Er ist in einem vergleichsweise guten, weitgehend remittierten Zustand. 3. Gefährdet [der Beschwerdeführer] sich selbst oder die Sicherheit von Drittpersonen? Wenn ja, inwiefern? Dabei ist zu unterscheiden. Zum einen ist er in einem Zustand, in welchem er zu sich selber schauen kann. Aber er hat immer noch die Überzeugung, dass ihm ein Herr J. Unrecht getan habe, dass dieser ihm Geld schuldet und er für ihn gearbeitet habe. Dies entgegen dem was Herr J. offenbar in den Akten angegeben hat, nämlich dass man ihn aus Mitleid im Restaurant sitzen liess und Essen gab. Aber dass die Lohnforderung des Beschwerdeführers unbegründet sei. Wir haben quasi zwei grundsätzlich entgegengesetzte Darstellungen. Der Beschwerdeführer hat ganz klar gesagt, er werde rechtlich gegen Herr J. vorgehen. Es ist

12■20 zu befürchten, dass der Beschwerdeführer wieder dort auftaucht und Forderungen stellt. Dies- bezüglich ist durchaus denkbar, dass sich Gefahrensituationen ergeben. Wenn man die zwei Versionen entgegenstellt und derjenigen von Herr J. Glauben schenkt, muss man weiterhin davon ausgehen, dass eine wahnhafte Überzeugung da ist. Es ist gut vorstellbar, v.a. wenn die Medikation weggelassen wird, dass diese Überzeugung auch handlungsrelevant wird. Er mit anderen Worten der Überzeugung entsprechend handeln könnte. Insofern ist eine Gefährdung von Drittpersonen nicht auszuschliessen. Von einer Selbstgefährdung distanziert sich der Beschwerdeführer. Im aktuell medizierten Zustand schätze ich die Selbstgefährdung als gering ein.

## **E. 4.2**

Gemäss Art. 426 Abs. 1 ZGB darf eine Person, welche an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder verwahrlost ist, in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten sind zu berücksichtigen (Abs. 2). Die betroffene Person wird entlassen, sobald die Voraussetzungen der Unterbringung nicht mehr erfüllt sind (Abs. 3). Der Entscheid über die Entlassung ist stets anhand des Zustandes des Betroffenen im aktuellen Zeitpunkt zu bestimmen (GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., N 44 zu Art. 426 ZGB). Die (nachfolgend beschriebenen) Voraussetzungen müssen dabei als Tatbestandselemente kumulativ erfüllt sein.

### **E. 4.2.1**

**Besondere Schutzbedürftigkeit** Die Massnahme gelangt zur Anwendung, wenn eine Person der persönlichen Fürsorge oder Pflege (in einem stationären Rahmen) bedarf (s. Art. 426 Abs. 1 ZGB: «nötige Behandlung oder Betreuung»). Welcher Art die Behandlung und Betreuung zu sein hat und in welchem Umfang sie zu gewähren ist, hängt von den Umständen und Bedürfnissen des Einzelfalles ab (GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., N 6 zu Vor Art. 426-439 ZGB; N 8 zu Art. 426 ZGB). Wenn auch die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen sind (Art. 426 Abs. 2 ZGB), so dient die fürsorgerische Unterbringung in jedem Fall dem Schutz der betroffenen Person. Dem Schutz der Umgebung kommt nur subsidiäre Bedeutung zu (GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., N 8 zu Art. 426 ZGB m.H. auf BGE 140 III 103 E. 6.2.3). Fremdgefährdung allein genügt nicht (BGE 145 III 441 E. 8).

#### **E. 4.2.2**

**Schwächezustand** Die vorbeschriebene besondere Schutzbedürftigkeit muss dabei auf bestimmte, gesetzlich umschriebene Schwächezustände zurückzuführen sein. Neben der hier mangels Relevanz nicht behandelten geistigen Behinderung ist dies zunächst der Schwächezustand der psychischen Störung. Der Begriff der psychischen Störung entspricht der Klassifikation der WHO (ICD-10). Von einer im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB relevanten psychischen Störung ist bei einer Diagnose innerhalb der Klassen F00-F99 nach ICD-10 (psychische und Verhaltensstörung) auszugehen (BERNHART, a.a.O., N 271). Ungenügend ist hingegen eine bloss soziale

15■20 Störung ohne Krankheitswert (GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., N 15 zu Art. 426 ZGB). Die Feststellung einer psychischen Störung ist eine materiell-medizinische Frage, erfordert entsprechend psychiatrisches Fachwissen (JÜRGEN GASSMANN/RENÉ BRIDLER, in: Fountoulakis et al. [Hrsg.], Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, 2016, N 9.58). Ebenfalls erfasst ist die schwere Verwahrlosung: Der gesetzliche Begriff der schweren Verwahrlosung beschreibt einen Zustand der Verkommenheit, welcher mit der Menschenwürde schlechterdings nicht mehr vereinbar ist (BGE 128 III 12 E. 3; GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., N 20 zu Art. 426 ZGB). In diesem Zustand sind die Mindesterwartungen, welche die Gesellschaft an eine Person stellt, nicht erfüllt und umfasst das anhaltende und alle Bereiche des Lebens betreffende Abweichen einer Person von den Erwartungen seiner Umwelt. Die schlechte Verfassung eines Menschen schränkt seine Gemeinschaftsfähigkeit ein. Äussere Verwahrlosung zeigt sich zunächst durch eine ungenügende Körperpflege. Ferner ist sie gekennzeichnet durch hygienisch inakzeptable Wohnbedingungen, begleitet von massiver Selbstvernachlässigung mit der Folge extremer körperlicher Verschmutzung, zunehmender Malnutrition (Mangelernährung) und Exazerbation (Verschlimmerung) behandelbarer Erkrankungen (Infektionen etc.; BERNHART, a.a.O., N 306 unter Verweis auf HEWER ET AL., Akute psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter, in: Hewer/Wulf [Hrsg.], Akute psychische Erkrankungen, 2007, S. 462). Die Verwahrlosung ist mit anderen Worten eine nicht einheitlich verwendete Bezeichnung für Verhalten und Lebensumstände, die den Erwartungen der Gesellschaft, zum Beispiel hinsichtlich Ordnung, Sauberkeit und Hygiene, widersprechen (s. Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch, 268. A., 2020, S. 1883). Die in Art. 426 ZGB gemeinte Verwahrlosung bezieht sich einzig auf die körperliche, nicht auch auf die seelisch-affektive oder wirtschaftliche (BERNHART, a.a.O., N 308). Mit Blick auf den Verhältnismässigkeitsgrundsatz (Art. 388 Abs. 2 ZGB) kann eine allgemeine Gefahr der Verwahrlosung nur in jenen Fällen eine Unterbringung rechtfertigen, in denen

sie sich als so intensiv erweist, dass ein akutes Risiko besteht, dass sich die betroffene Person damit selbst gefährdet (BERNHART, a.a.O., N 309).

#### **E. 4.2.3**

**Verhältnismässigkeit** Zu beachten ist im Übrigen der Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 389 ZGB). Die für- sorgliche Unterbringung stellt einen schweren Eingriff in die persönliche Freiheit dar und ist deshalb nur zulässig, wenn keine leichteren Massnahmen der betroffenen Person einen ge- nügenden Schutz gewähren. Daraus lässt sich zudem das Erfordernis ableiten, dass die für- sorgerische Unterbringung überhaupt nur dann zulässig erscheint, wenn mit ihr das

16■20 angestrebte Ziel überhaupt erreicht werden kann. Vor- und Nachteile, welche die fürsorgeri- sche Unterbringung der betroffenen Person bringen, sind gegeneinander abzuwägen (GEI- SER/ETZENSBERGER, a.a.O., N 22 ff. zu Art. 426 ZGB m.H.). Die erwähnten Voraussetzungen der besonderen Schutzbedürftigkeit und des Schwächezustands bedingen sich gegenseitig und sind nur in ihrem Zusammenhang verständlich. Der Schwächezustand allein vermag eine fürsorgerische Unterbringung nie zu rechtfertigen, sondern immer nur zusammen mit der Not- wendigkeit einer Behandlung oder Betreuung in einer Einrichtung. Mit anderen Worten ist eine ambulante Behandlung der Unterbringung stets vorzuziehen. Die Unterbringung oder Zurück- behaltung in einer Einrichtung ist indes gerechtfertigt, wenn ohne sie auch durch eine ambu- lante Massnahme die professionelle Betreuung der betroffenen Person nicht gewährleistet ist. Das ist namentlich der Fall, wenn begründeter Anlass für die Vermutung besteht, dass sich der Patient der notwendigen Behandlung entziehen wird. Die Möglichkeit einer ambulanten Massnahme ist neben der Abhängigkeit von weiteren Umständen insbesondere auch syndrom- und symptomspezifisch (BERNHART, a.a.O., N 370 f.). Im Falle einer psychischen Störung bleiben für die rechtliche Beurteilung der Verhältnismässigkeit einer Unterbringung Art und Ausmass der durch die Störung verursachten Beeinträchtigung(en) entscheidend. Die Massnahmen sind am Krankheitswert zu messen. Entscheidend für die Angemessenheit sind nicht die medizinische Diagnose, sondern die Auswirkungen des Psychostatus insbesondere auf eine Fremd- oder Selbstgefährdung (BERNHART, a.a.O., N 317 ff., insbesondere 317 und 324, jeweils m.w.H.). Behandlungs- und Betreuungsbedürftigkeit allein vermögen eine fürsorgerische Unterbringung nicht zu legitimieren. Zulässig ist sie nur dann, wenn darüber hinaus eine Selbst- und Drittge- fährdung von einem bestimmten Ausmass besteht. Es sind hohe Anforderungen an das Aus- mass der Gefährdung zu stellen, die sich aus dem Schwächezustand ergibt. Eine Unterbrin- gung ist nach der klaren Rechtsprechung des Bundesgerichts nur dann gerechtfertigt, wenn diese aufgrund einer konkreten und erheblichen Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Person und beziehungsweise von Dritten unausweichlich ist. Eine abstrakte oder hypothetische Gefährdung genügt nicht (GASSMANN/BRIDLER, a.a.O., N 9.76 f.). Eine Fremdgefährdung allein genügt wie erwähnt nicht (BGE 145 III 441 E. 8).

#### **E. 4.2.4**

**Geeignete Einrichtung** Die Rechtsfolge ist die Unterbringung in einer geeigneten Einrichtung (s. Art. 426 Abs. 1 ZGB). Das Vorhandensein einer geeigneten Einrichtung bildet selbst Voraussetzung für die Anord- nung einer fürsorgerischen Unterbringung. Ist eine solche nicht vorhanden, hat die

17■20 Unterbringung mit anderen Worten zu unterbleiben (Urteil des Bundesgerichts 5A\_228/2016 vom 11. Juli 2016 E. 3.1 m.H.; ausführlich: GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., N 35 ff. zu Art. 426 ZGB).

### E. 4.3

Gemäss gutachterlicher Einschätzung wurde beim Beschwerdeführer eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit zunehmendem Residuum, das heisst einer psychischen Störung und damit einem im Sinne von Art. 426 ZGB relevanten Schwächezustand (s. vorne E. 4.2.2). diagnostiziert. Die bestehende Diagnose stützt darauf ab, dass sich beim Beschwerdeführer Wahnsymptome und -ideen zeigten, das heisst formale Denkstörungen. Diese treten diagnostisch in Phasen/Schüben auf, wobei davon auszugehen ist, dass sich der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Vorfalls, welcher zur Einweisung führte, in einer solchen Akutphase befand. Das beschriebene Beschwerdebild besteht seit Jahren, wobei gutachterlich eine tendenzielle Verschlechterung, aktuell in eine Chronifizierung mündend, ausgemacht wird. Die psychopathologischen Störungen werden gemäss dem Gutachter auch im aktuellen Eintrittsbefund festgehalten, vom Beschwerdeführer derzeit aber verneint (AHP S. 3 dep. 2). Indes anerkennt er, an einer Krankheit zu leiden, vermag diese aber nicht genauer zu erfassen oder zu benennen; er gesteht denn auch ein, dass die Krankheit bei ihm zu einem (teilweisen) Leistungsverlust, sich zeigend in einer verminderten Arbeitsfähigkeit, führt (s. bspw. AHP S. 7 dep. 4). Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund des psychischen Beschwerdebilds wird auch aus fachärztlicher Sicht bestätigt; es werden zurzeit invalidenversicherungsrechtliche Leistungsansprüche geprüft (Arztbericht vom 27. Juli 2022 [vorne E. 4.1.1]). Zusammenfassend liegt beim Beschwerdeführer gestützt auf die Akten wahrscheinlich eine schwere psychische Störung, eine paranoide Schizophrenie, vor. Objektive Funktionseinschränkungen persistieren in phasenweise auftretenden formalen Denkstörungen (Wahngedanken, -ideen), welche masslich einen Einfluss auf die (wirtschaftliche) Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Zu bemerken bleibt, dass aktuell der psychopathologische Befund formaler Denkstörungen und damit die Diagnose der paranoiden Schizophrenie wesentlich auf Umstände im Zusammenhang mit einer Auseinandersetzung mit einem Restaurantbesitzer (Herr J. \_\_\_) fusst, von welchem der Beschwerdeführer Lohn für erledigte Arbeiten fordert (AHP S. 3 f. dep. 3). Die tatsächlichen Gegebenheiten, namentlich, ob der Beschwerdeführer allenfalls tatsächlich unbezahlt Arbeiten für diesen erledigte, sind indes ungeklärt. Andere aktuelle Wahngedanken oder -ideen sind keine bekannt.

18■20 Gemäss gutachterlicher Einschätzung ist der Beschwerdeführer behandlungsbedürftig, bedarf einer dauerhaften, über viele Jahrzehnte dauernden medikamentösen Behandlung (AHP S. 4 dep. 6). Diese könnte sowohl ambulant wie auch stationär gewährleistet werden, nötigenfalls auch gegen den Willen des Beschwerdeführers, wobei – im Falle einer stationären Behandlung – auch die Klinik St. Urban geeignet wäre (AHP S. 5 dep. 6a, 6b, 6c, S. 6 dep. 7). Auf die Medikation spricht der Beschwerdeführer – wie sich im Rahmen der aktuellen fürsorgerischen Unterbringung zeigt – gut an, diesfalls sind die beschriebenen Beschwerden weitgehend re-mittiert (AHP S. 3 dep. 2). Grundsätzlich fehlt es dem Beschwerdeführer aber am Willen, seine Beschwerden in einem stationären Setting medikamentös zu behandeln (AHP S. 5 f. dep. 6b, 6d). Einer ambulanten Behandlung stünde der Beschwerdeführer hingegen nicht kategorisch negativ gegenüber; eine solche scheiterte in der Vergangenheit aber an dessen fehlender Compliance/Zuverlässigkeit (Arztbericht vom 27. Juli 2022 [vorne E. 4.1.1]). Mit anderen

Wor- ten wäre aus rein medizinischer Sicht eine kontrollierte, medikamentöse Behandlung wün- schenswert, mithin eine zwangsweise Behandlung im Rahmen einer fürsorgerischen Unter- bringung – insbesondere mit Blick auf die früheren erfolglosen, ambulanten Behandlungsver- suche – auch im (gesundheitlichen) Interesse des Beschwerdeführers. Dies, zumal er das Vorliegen einer leistungseinschränkenden Krankheit im Grundsatz anerkennt, mitunter bloss noch den Psychose-remittierenden Effekt einer antipsychotischen Medikation nicht zu erken- nen vermag. Im Hinblick auf die Beurteilung der Zulässigkeit der fürsorgerischen Unterbringung bleibt aber einerseits der referierte Verhältnismässigkeitsgrundsatz zu beachten (Art. 389 ZGB), anderer- seits zu berücksichtigen, dass die fürsorgerische Unterbringung immer dem Schutz der be- troffenen Person zu dienen hat (Art. 388 i.V.m. Art. 426 Abs. 1 ZGB). Eine drastische Ein- schränkung der Freiheit mittels einer Unterbringung erweist sich nur dann als zulässig, wenn sich die hilfsbedürftige Person andernfalls, ohne die notwendige Behandlung (körperlich) selbst gefährden würde. Das ist hier nicht der Fall. Eine Eigengefährdung wird durch Gutachter Dr. med. D. \_\_\_ verneint (AHP S. 3 f. dep. 3). Auch ansonsten ergeben sich weder aus den Akten noch aus der persönlichen Anhörung des Beschwerdeführers Anhaltspunkte dafür, dass er sich – sei es in mediziertem oder unmediziertem Zustand – selbst gefährden könnte. Die im ärztlichen Einweisungsbefund beschriebene Selbstgefährdung bei paranoider Schizophrenie kann mindestens aktuell nicht mehr nachvollzogen werden. Auch die Klinik St. Urban verneint in der Person der leitenden Psychologin Anzeichen einer Selbstgefährdung (AHP S. 10 Ab- schn. D), zumal diese dem Beschwerdeführer mehrmals Tagesurlaub gewährte, was bei an- genommener Eigengefährdung ausgeschlossen gewesen wäre. Mangels Eigengefährdung ist

19■20 die Fürsorgerische Unterbringung aufzuheben und der Beschwerdeführer zu entlassen (Art. 426 Abs. 3 ZGB). Es bestehen (und bestanden) denn auch keine Anhaltspunkte für eine körperliche Verwahrlo- sung. Unerheblich ist, dass der Beschwerdeführer aktenbekannt seine Arbeitsstelle und Woh- nung gekündigt hat sowie mutmasslich sein Krankentaggeld ausläuft und durch seine Haltung oder fehlende Mitwirkung invalidenversicherungsrechtliche Ansprüche vereitelt. Zwar mag er damit objektiv betrachtet irrationale Lebensentscheide gefällt und allenfalls seine wirtschaftli- che Existenz oder Zukunft gefährdet haben. Ein solches Verhalten ist – auch wenn ein Schwä- chezustand in der Form einer psychischen Störung vorliegt – weder eigengefährdend noch stellt es einen relevanten Schwächezustand im Sinne einer schweren Verwahrlosung dar. Es ist wiederholend hervorzuheben, dass Art. 426 Abs. 1 ZGB lediglich körperliche, nicht aber wirtschaftliche Verwahrlosungen miterfasst (s. vorne E. 4.2.2). Besteht eine diesbezügliche Unterstützungsbedürftigkeit ist nicht eine fürsorgerische Unterbringung, sondern eine Bei- standschaft (Art. 390 ff. ZGB) die richtige Massnahme, was die zuständige KESB richtig er- kannt und umgesetzt hat (s. vorne E. 4.1.4).

5. Die Beschwerde ist begründet und wird gutgeheissen. Der Beschwerdeführer ist unverzüglich aus der fürsorgerischen Unterbringung zu entlassen.

6. Das gerichtliche Verfahren bezüglich fürsorgerischer Unterbringung ist kostenlos (Art. 44 Abs. 1 EG ZGB). Der Entscheid ergeht kosten- und entschädigungslos. Der Gutachter Dr. med. D. \_\_\_ macht ein Honorar von Fr. \_\_\_ geltend. Dieses geht zu Lasten des Staates. Die Gerichtskasse ist entsprechend anzuweisen.

## E. 5

Unter welchen Umständen tritt sie in Erscheinung? Es ist zu erwarten, wenn die derzeitige, starke Medikation (Zyprexa) wegfällt, es mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Krankheitsschub kommt, mit wiederauftretenden Störungen des Denkablaufs, verstärkten Wahnsymptomen.

## E. 6

Ist [der Beschwerdeführer] behandlungsbedürftig? Eindeutig ja, er bedarf einer dauerhaften Behandlung. Es ist zu erwarten, dass er über viele Jahrzehnte einer medikamentösen Behandlung bedarf. 6a. Falls ja, kann ihm die notwendige Behandlung und Betreuung nur stationär in einer Einrichtung erwiesen werden? Beides ist möglich; die Behandlung kann in einem ambulanten wie auch stationären Rahmen gewährleistet werden. Voraussetzung ist, dass eine Zuverlässigkeit vorhanden ist. Ein stabiles Behandlungsbedürfnis, dass er sich darauf einlässt und zuverlässig ist. In der Regel ist das Ziel, dass soweit wie möglich Selbstständigkeit ermöglicht wird und dann die Behandlung in einem ambulanten Setting erfolgt. Nach einer Entlassung zu Beginn in einem wöchentlichen

13■20 Rhythmus, dann zweiwöchentlich und bei gutem Verlauf wäre zum Beispiel auch bloss noch monatliche Kontakte möglich. 6b. Falls ja, auch gegen seinen Willen? Die Medikation wirkt, auch wenn der Beschwerdeführer nicht einverstanden ist. Sie würde auch gegen seinen Willen wirken. Schwierig würde es erst werden, mit der Einhaltung von Terminen, der Zuverlässigkeit. Das ist von ihm abhängig, beispielsweise bei ambulanten Setting. Wenn er etwa nicht mehr auftaucht, die Medikamente nicht nimmt, die Spitex nicht ins Haus lässt oder nicht mehr zum Arzt geht für die Depotspritze., Dann wird es im ambulanten Setting schwierig. 6c. Welche Behandlung ist möglich und notwendig? Ja, er benötigt dauerhaft eine antipsychotische Medikation. Im günstigsten Fall mit einer Depotmedikation, bestehend aus einer monatlichen Depotspritze beim Arzt. Das braucht aber dessen Einverständnis. Darum gibt man – bei fehlendem Einverständnis – Tabletten. Sobald eine Krankheitseinsicht vorhanden ist, kommt eine Depotmedikation in Frage. Ein Behandlungswille und eine Krankheitseinsicht muss sich dafür entwickeln. 6d. Verfügt [der Beschwerdeführer] über Krankheits- und Behandlungseinsicht? Im Grunde nein, weder das eine noch das andere sind effektiv vorhanden. Er sagt klar, er werde sich darauf einlassen, in die ambulante Behandlung zu gehen. Die Krankheitsgeschichte zeigt, dass er dies in ähnlichen Situationen nicht einhielt. Und im Grunde genommen sagt er auch im Gespräch, dass er die Diagnose nicht nachvollziehen kann. Im Gespräch hat er klar gesagt, er fühle sich gut und nicht krank, jedenfalls habe er sicher keine Schizophrenie. Er hat aber auch trotzdem angegeben, er würde Medikamente weiternehmen. Er konnte auch sagen, welches Medikament er nimmt, wenn er auch bei der Dossierung nicht ganz sicher war. Auch kann er die Tageszeit nennen, zu welcher er die Medikation einnehmen muss. Es ist aber zu befürchten und zu erwarten, dass – in Freiheit, wenn die Möglichkeit besteht – die Medikation abgesetzt wird.

## E. 7

In welcher Einrichtung kann [der Beschwerdeführer] die notwendige Behandlung und Betreuung in geeigneter Weise gewährt werden? Aktuell in der Klinik St. Urban kann die Behandlung auf jeden Fall gewährt werden. Es darf nicht vergessen, man hat einen Patienten, wenn man die Akten durchschaut, dass weiterhin Wahnsymptomen bestehen (ihm sei ein Unrecht widerfahren, Herr J. \_\_ verleumde ihn, üble

14■20 Nachrede). Im stationären Rahmen kann die Behandlung auf jeden Fall gewährleistet werden. Eine Entlassung in ein ambulantes Setting ist mit grossen Schwierigkeiten verbunden.

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