

# NW\_GERICHTE VA 22 16 vom 18. Juli 2022

NW Gerichte, 2022-07-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw\\_gerichte\\_VA 22 16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_VA 22 16)

FR: NW\_GERICHTE VA 22 16 du 18 juillet 2022

IT: NW\_GERICHTE VA 22 16 del 18 luglio 2022

## 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 7. Juli 2022 verfügte fürsorgerische Unterbringung. Die Beschwerdefrist wurde mit der gleichdatierenden Eingabe (Eingang beim Verwaltungsgericht Nidwalden am 12. Juli 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 durch eine im Kantonsspital Nidwalden praktizierende Ärztin 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 [NG 211.1] und Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]) und ist dementsprechend zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde örtlich wie sachlich zuständig.

### 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

5■16 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 Selbst- beziehungsweise 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 Behandlungs- beziehungsweise Betreuungsbedarf bejaht, hat das 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. C. \_\_, welcher den Beschwerdeführer persönlich untersucht hat und dessen wesentlicher Inhalt dem Beschwerdeführer an der Anhörung eröffnet wurde, wurde dieser Vorschrift Genüge getan.

6■16

## **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 Chefärzte, 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: Bächler et al. [Hrsg.], Erwachsenenschutz, 2013, N 4 zu Art. 430 ZGB). Ärztin B. \_\_ ist in der internistischen Abteilung/Klinik des Kantonsspitals Nidwalden tätig und ist zur Anordnung einer fürsorglichen Unterbringung legitimiert. Zudem enthält die Einweisungsverfügung die gemäss Art. 430 Abs. 2 Ziffn. 2-4 ZGB vorgeschriebenen Minimalangaben. Dass die Untersuchung gemäss Art. 430 Abs. 1 ZGB stattgefunden hat, wird in der Verfügung entgegen Art. 430 Abs. 2 Ziff. 1 ZGB zwar nicht erläutert. Davon ist aufgrund dem vorliegenden Austrittsbericht des Kantonsspitals Nidwalden vom 7. Juli 2022 und der darin erläuterten Untersuchungsbefunde und Diagnosen aber auszugehen. Gestützt auf die bekannte Befundlage bestand eine hinreichende Grundlage für die ärztliche Anordnung der fürsorglichen Unterbringung.

7■16

#### **E. 4**

Von welcher Dauer ist die festgestellte Erkrankung? Es sei anzunehmen, dass die Erkrankung chronifiziert und damit dauerhaft ist.

##### **E. 4.1**

In tatsächlicher Hinsicht hat sich Folgendes ergeben:

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

Im provisorisch vorliegenden Austrittsbericht des Kantonsspitals Nidwalden, Klinik Allgemeine Innere Medizin (AIM), vom 7. Juli 2022 werden betreffend den seit dem 4. Juli 2022 (bis zu seiner Einweisung am 7. Juli 2022) dort hospitalisierten Beschwerdeführer folgende Diagnosen genannt: – V.a. paranoide Persönlichkeitsstörung DD Paranoide Schizophrenie – V.a. Demenz – Verkehrsunfall am 04.07.2022 – Frontaler Aufprall mit ca. 120km/h – CT-Traumaspirale vom 04.07.2022: blande – Röntgen Hand links vom 04.07.2022: Regelrechte Weichteile, Intakte ossäre Strukturen mit regelrechten Artikulationen – CT Hand links vom 04.07.2022: Keine frische ossäre Läsion. Degenerative Veränderungen. Chondrokalzinose. – St. n. rechtsführende Herzinsuffizienz NYHA II, ED 04/2022 – Hospitalisation im Spital Wallis – Diuretische Therapie mit Torasemid seit 04/2022 – Echokardiographie vom Patient abgelehnt – Normochrome, normozytäre Anämie ED 11.04.2022 – Folsäuresubstitution vom 12.04.2022 - 03.05.2022 – Komplizierter Harnwegsinfekt, ED 04.07.2022 – Urinkultur – Antibiotische Therapie: Sulfamethoxazol + Trimethoprim vom 04.07.2022 - dato – Akute Niereninsuffizienz AKI 1 nach KDIGO, ED 04.07.2022 – Mangelernährung Grad II, ED 04/22 – Mässiggradige Sigmadivertikulose, ED 03.03.2004 – Kolonoskopie am 03.03.2004 – St. n. Sturz am 20.11.2009 aus ca. 4 m mit Scapulafraktur rechts mit Beteiligung des Glenoids, links reine Blattfraktur, Rippenfraktur 5 rechts – St. n. Polytrauma wegen Motorradunfall mit 27 Gesichtsoperationen mit Glasauge links – St. n. suprakondylärer open wedge Femur-Osteotomie links am 23.10.2001 – Penicillinallergie (Urtikaria) Die Zuweisung sei notfallmässig durch den Rettungsdienst bei Verkehrsunfall mit etwa 120 km/h erfolgt. Der Patient berichte, er sei von der Fahrbahn abgekommen und gegen beide Leitplanken

gefahren. Das Auto sei laut Rettungsdienst frontal stark eingedrückt, alle Airbags ausgelöst. Der Patient habe selbstständig aussteigen können und berichte nur über Schmer-

8■16 zen im Daumenballen links sowie in der HWS. Er lebe in einer Fahrzeughalle und sei verschuldet. Der Patient werde nach Rücksprache mit der Triage-Stelle zur weiteren Diagnostik und Therapie aufgrund akuter Selbstgefährdung und Verwahrlosung per FU in die Psychiatrische Klinik LUPS St. Urban überwiesen.

#### **E. 4.1.2**

Gutachter Dr. med. C. \_\_ erstattete dem Gericht vor der Anhörung vom 18. Juli 2022 mündlich sein Kurzgutachten beziehungsweise beantwortete die ihm gestellten Fragen (AHP Abschnitt A): Einleitende Erläuterungen/Untersuchungsablauf: Der Explorand sei heute im Rahmen einer rund einstündigen Exploration persönlich untersucht worden. Er lehne das Gericht beziehungsweise Gerichte und damit auch die Untersuchung grundsätzlich ab. Eine Untersuchung sei aber möglich gewesen, weil der Explorand die Fragen des Gutachtens trotzdem beantwortet habe. Dabei hätten sich namentlich formale Denkstörungen, Wahngedanken sowie Grössen- und Beziehungswahn gezeigt. Es bestünden paranoide Inhalte, der Explorand neige zu zerfahrenem Denken und Denksprüngen. Habe man den Exploranden einlässlicher zu einzelnen Thematiken befragt, habe dieser sehr emotional reagiert, namentlich sei er hierbei wütend, laut und (sprachlich) aggressiv geworden. Der Explorand sei aber nicht physisch aggressiv worden, dafür hätten sich auch in seinem Verhalten keine Hinweise gefunden. Er sei vielmehr logorrhöisch, neige also zu ununterbrochenem Redefluss. Er sei denn auch regelmässig von den ihm gestellten Fragen abgeschweift, weshalb eine weitere Exploration nicht mehr zielführend gewesen und die Untersuchung nach rund einer Stunde beendet worden sei. 1. Besteht bei A. \_\_ eine psychische Erkrankung, eine geistige Behinderung oder eine schwere Verwahrlosung? Falls ja, welcher Art? Ohne eingehende Untersuchung könne festgehalten werden, dass der Explorand hochgradig auffällig sei und sich in einem hochpathologischen Zustand befinde. An der Urteilsfähigkeit fehle es mit grosser Wahrscheinlichkeit. Der Explorand leide an einer paranoiden Schizophrenie. Diese Diagnose stünde im Vordergrund, die vom Klinikarzt angegebene schizoaffektive Störung sei hingegen weniger wahrscheinlich, komme aber als Differentialdiagnose in Frage. Der Explorand sei denn aufgrund der paranoiden Schizophrenie auch behandlungsbedürftig. An einer Krankheitseinsicht fehle es gänzlich. Zusammengefasst könne gesagt werden, dass der Explorand hochgradig gestört sei, insbesondere Denkabläufe nicht ordentlich funktionieren

9■16 würden und er unter Wahngedanken leide. Dabei gebe es auch Anhalt für Paramnesie, das heisst der Explorand falsche Erinnerungen betreffend seine Lebensgeschichte habe. 2. Wie ist der gegenwärtige Gesundheitszustand von A. \_\_? Der bei Frage 1 geschilderte Zustand persistiere aktuell. Der Explorand sei akut psychotisch, er nehme keine Medikamente und sei zurzeit entsprechend auch nicht mediziert. 3. Gefährdet A. \_\_ sich selbst oder die Sicherheit von Drittpersonen? Wenn ja, inwiefern? Die Krankheit bestehe vermutlich schon seit dem jungen Erwachsenenalter oder später Jugend, damals wohl noch in einer Prodromalphase. Er sei in seiner Kindheit/Jugend in verschiedenen Heimen untergebracht gewesen, der Zustand habe sich über Jahrzehnte stark chronifiziert. Prognostisch sei eher von einer Verschlechterung auszugehen, wobei der Zustand schwer behandelbar sei, selbst wenn der Explorand über längere Zeit Medikamente einnehmen würde. Eine Restsymptomatik würde wahrscheinlich bleiben. Eine Selbstgefährdung sei bei diesem Zustand klar zu bejahen, auch mit Blick auf den zur Einweisung einführenden

Selbstunfall.

## **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»). Welche 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).

11■16 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 (CHRISTOF BERNHART, Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung, 2011, N 271). Ungenügend ist hingegen eine bloss soziale 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). Verwahrlosung bezeichnet einen Zustand, in dem die Mindestanforderungen, welche die Gesellschaft an eine Person stellt, nicht erfüllt sind 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

12■16 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 fürsorgliche Unterbringung stellt einen schweren Eingriff in die persönliche Freiheit dar und ist deshalb nur zulässig, wenn keine leichteren Massnahmen der betroffenen Person einen genügenden Schutz gewähren. Daraus lässt sich zudem das Erfordernis ableiten, dass die fürsorgliche Unterbringung überhaupt nur dann zulässig erscheint, wenn mit ihr das angestrebte Ziel überhaupt erreicht werden kann. Vor- und Nachteile, welche die fürsorgliche Unterbringung der betroffenen Person bringen, sind gegeneinander abzuwägen (GEISER/ET-ZENSBERGER, 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 fürsorgliche Unterbringung nie zu rechtfertigen, sondern immer nur zusammen mit der Notwendigkeit einer Behandlung oder Betreuung in einer Einrichtung. Mit anderen Worten ist eine ambulante Behandlung der Unterbringung stets vorzuziehen. Die Unterbringung oder Zurückbehaltung in einer Einrichtung ist indes gerechtfertigt, wenn ohne sie auch durch eine ambulante 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 symptom-spezifisch (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.).

13■16 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 Unterbrin- gung mit anderen Worten zu unterbleiben (Urteil des Bundesgerichts 5A\_228/2016 vom

#### **E. 4.3**

Gemäss gutachterlicher Einschätzung leidet der Beschwerdeführer an einer paranoiden Schi- zophrenie (ICD-10 F20.0), das heisst einer psychischen Störung und damit einem im Sinne von Art. 426 ZGB relevanten Schwächezustand (s. vorne E. 4.2.2). Der hochgradig auffällige Beschwerdeführer befindet sich in einem hochpathologischen Zustand, was bei ihm in forma- len Denkstörungen, Wahngedanken sowie Grössen- und Beziehungswahn zum Ausdruck kommt. Dabei bestehen paranoide Inhalte, wobei der Beschwerdeführer zu zerfahrenem Den- ken und Denksprüngen neigt. Bei gleichzeitig logorrhöischen Tendenz in der Untersuchung (und bei der Befragung durch das Gericht [s. AHP]) gibt es auch Anhalt für Paramnesie, das heisst falsche Erinnerungen betreffend seine Lebensgeschichte sowie allenfalls demenzbe- dingte Limitierungen. Der Gutachter kommt auch zum Schluss, dass das Beschwerdebild der paranoiden Schizo- phrenie seit vielen Jahren besteht, entsprechend in einem chronifizierten Stadium ist. Die da- mit im Zusammenhang stehenden Problematiken, namentlich die Einschränkung der formalen Denkfähigkeit und die Wahnvorstellungen, beeinträchtigen den Beschwerdeführer in der täg-

14■16 lichen Lebensführung, was sich auch in seinem schlechten physischen Zustand (St. n. Herz- insuffizienz, Anämie, Harnwegsinfekt, akute Niereninsuffizienz, Mangelernährung Grad II [vorne E. 4.1.1]) niederschlägt und bei der Anhörung durch das Gericht (zerfahrenes, teilweise emo- tional geladenes Aussageverhalten) zum Ausdruck kam. Daran ändert nichts, dass er selbst nicht in der Lage ist, diesen Umstand einzusehen. Obwohl der akut psychotische Beschwer- deführer gemäss der gutachterlichen Einschätzung diesbezüglich zwingend einer (medika- mentösen) Behandlung bedürfte, verweigert er sich jeglicher Medikation. So hielt er auch in seiner Befragung fest, dass er keinen ärztlichen Rat/Behandlung benötige, selbst zu sich schau und dabei allerhöchstens einmal ein «Alka C» (gemeint wohl Alka-Seltzer Brausetab- letten) zu sich nehme (AHP Abschnitt D dep. 18). Mangels Einsicht in seine Krankheit und in seine Behandlungsbedürftigkeit ist eine stationäre Behandlung seiner psychischen Störung unabdingbar und alternativlos, zumal gemäss gutachterlicher Einschätzung ohne Behandlung eine weitere Chronifizierung und Verschlechterung seines Gesundheitszustands nicht ausge- schlossen ist. Hingegen besteht

mit der stationären Behandlung eine gewisse Möglichkeit den Zustand des Beschwerdeführers zu verbessern oder aber mindestens insoweit zu versorgen, dass eine längerfristige Anschlussmöglichkeit gesucht werden könnte. Im Übrigen ist hervorzuheben, dass eine ambulante Behandlung mangels Krankheitseinsicht ausgeschlossen ist, andere mildere Behandlungsmöglichkeiten mitunter ebenso nicht ersichtlich sind. Schlussendlich dient eine stationäre Behandlung dem Schutz des Beschwerdeführers vor sich selbst. Mit seinem uneinsichtigen Krankheitsumgang beziehungsweise seinem derzeitigen Zustand gefährdet er sich und seine Gesundheit. Dabei ist auch in Erwägung zu ziehen, dass der ohne gültigen Fahrausweis verkehrende Beschwerdeführer einen potentiell lebensgefährlichen Selbstunfall verursachte, indem er mit einem Tempo von 120 km/h frontal in eine Leitplanke prallte. Hier kommt erschwerend hinzu, dass der Beschwerdeführer die Ursache dieses Unfalls retrospektiv, in wenig glaubhafter Form in einem angeblichen technischen Defekt – plötzliche Rauchbildung und Auslösung der Airbags ohne Eigen- oder Fremdeinwirkung – verortet und die Eigengefährlichkeit dieses Handelns damit marginalisiert (AHP Abschnitt D dep. 11-13). Mit anderen Worten besteht eine, durch den Schwächezustand bedingte konkrete und erhebliche Gefahr für die Gesundheit oder das Leben des Beschwerdeführers (sowie Dritter), wobei eine Unterbringung diesbezüglich mangels Alternative, mindestens vorläufig, unausweichlich ist. Unter den geschilderten Voraussetzungen (schwerer Schwächezustand, Eigengefährdung, Behandlungsbedürftigkeit, Alternativlosigkeit der Massnahme) ist die Verhältnismässigkeit der Massnahme gegeben. Nach Auffassung des Gutachters steht mit der Akutabteilung der Alterspsychiatrie der Klinik St. Urban auch eine geeignete Einrichtung zur Verfügung.

15■16 Darüber hinaus ist der Vollständigkeit halber zu bemerken, dass beim Beschwerdeführer wohl auch – mindestens soweit dies gestützt auf dessen Anhörung und die verfügbaren Akten festgestellt werden kann – eine schwere Verwahrlosung und damit ein weiterer Schwächezustand im Sinne von Art. 426 ZGB vorliegt (s. vorne E. 4.2.2). Der Beschwerdeführer gibt zwar an, gut für sich selbst zu sorgen, etwa sich selbst täglich ein mehrgängiges Menu zu kochen (AHP Abschnitt D dep. 14). Bei der Einlieferung ins Kantonsspital stellten die Ärzte indes eine Mangelernährung zweiten Grades fest (vorne E. 4.1.1), was dem von ihm porträtierten Bild diametral widerspricht. Der Beschwerdeführer wohnt zudem gemäss eigener Angabe in einer selber erbauten «Werkstatt» (welches nach eigener Angabe als sein «Museum» gedient habe) in einer Einstellhalle (AHP Abschnitt D dep. 2-3), mutmasslich der D.\_\_. Über fliessendes Wasser und eine eigentliche Toilette verfügt er nicht (AHP Abschnitt D dep. 7). An anderer Stelle hält er fest, dass die dortigen Zustände chaotisch sind, er an einem normalen Tag nach der Morgentoilette mit dem Aufräumen dieses Chaos beschäftigt sei (AHP Abschnitt D dep. 20). Damit ist anzunehmen, dass der Beschwerdeführer unter die gesellschaftlichen Mindestanforderungen nicht erfüllenden Umständen, mit anderen Worten schwer verwahrlost, lebt. Auch diesbezüglich ist von einer akuten Selbstgefährdung auszugehen. 5. Die Beschwerde ist unbegründet und wird abgewiesen. 6. Das gerichtliche Verfahren bezüglich fürsorglicher Unterbringung ist kostenlos (Art. 44 Abs. 1 EG ZGB). Der Entscheid ergeht kosten- und entschädigungslos. Der Gutachter Dr. med. C.\_\_ macht ein Honorar von Fr. 1'452.– geltend. Dieses geht zu Lasten des Staates. Die Gerichtskasse ist entsprechend anzuweisen.

16■16

E. 5

Unter welchen Umständen tritt sie in Erscheinung? Ohne Behandlung wird die Störung anhalten, allenfalls sei gar eine stete Verschlechterung zu erwarten.

#### **E. 6**

Ist A. \_\_ behandlungsbedürftig? a) Falls ja, kann ihm die notwendige Behandlung und Betreuung nur stationär in einer Einrichtung erwiesen werden? b) Falls ja, auch gegen seinen Willen? c) Welche Behandlung ist möglich und notwendig? d) Verfügt A. \_\_ über Krankheits- und Behandlungseinsicht? Der Explorand sei klar behandlungsbedürftig. Erforderlich sei eine Behandlung im stationären Rahmen, nötigenfalls auch gegen dessen Willen. Die Wirkung der notwendigen medikamentösen Behandlung wirke mit oder ohne Einwilligung des Exploranden. Im Vordergrund stehe im aktuellen Zustand eine medikamentöse Behandlung in einem stationären Rahmen. Der Explorand sei überhaupt nicht krankheits- und/oder behandlungseinsichtig.

10■16

#### **E. 7**

In welcher Einrichtung kann A. \_\_ die notwendige Behandlung und Betreuung in geeigneter Weise gewährt werden? Aktuell sei der Explorand am richtigen Ort, in einer Akutabteilung einer Alterspsychiatrie. Eine längere Behandlung – über mehrere Monate – werde erforderlich sein, bevor eine Verlegung in eine längerfristige Lösung möglich wäre. Man müsste schauen, in welchem Zustand sich der Explorand nach längerer Medikamenteneinnahme befände.

#### **E. 8**

Haben Sie weitere sachdienliche Hinweise (allfällige Akten bitte zur Einsicht übermitteln)? Verschiedentlich habe sich der Explorand in der Untersuchung negativ über eine (bestehende) Vormundschaft geäußert. Es sei nicht klar respektive wäre zu klären, ob bereits erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen bestehen. Zu ergänzen sei, dass die Gedächtnisfunktionen nicht hätten getestet werden können. Es bestehe die Möglichkeit einer dementiellen Entwicklung. Der Explorand sei bei diesen Tests sehr aufbrausend, laut geworden. Auf Nachfrage des Gerichts: Fragen zu Suizidalität, klassische Fragen und Tests zur Schizophrenie würden den Exploranden «triggern». Man müsse ihn einfach sprechen lassen, bei expliziten Fragen werde er laut und beginne wild zu gestikulieren.

#### **E. 11**

Juli 2016 E. 3.1 m.H.; ausführlich: GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., N 35 ff. zu Art. 426 ZGB).

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