

# UR\_GERICHTE OG V 26 5 vom 24. Februar 2026

UR Obergericht, 2026-02-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur\\_gerichte OG V 26 5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte OG V 26 5)

FR: UR\_GERICHTE OG V 26 5 du 24 février 2026

IT: UR\_GERICHTE OG V 26 5 del 24 febbraio 2026

## Erwägungen

### E. 1

Gegen eine ärztlich angeordnete Unterbringung kann die betroffene oder eine ihr nahestehende Person innert zehn Tagen nach Mitteilung des Entscheids schriftlich das Gericht anrufen (Art. 439 Abs. 1 Ziff. 1 und Abs. 2 Satz 1 Schweizerisches Zivilgesetzbuch [ZGB, SR 210]). Das Verfahren richtet sich sinngemäss nach den Bestimmungen über das Verfahren vor der gerichtlichen Beschwerdeinstanz (Art. 439 Abs. 3 ZGB). Gegen Entscheide der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde sowie in den Fällen nach Artikel 439 ZGB kann beim Obergericht Beschwerde erhoben werden (Art. 14 Gesetz über die

Seite 3 von 9 V1.1

Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts [EG/KESR, RB 9.2113]). Das Verfahren vor Ober- gericht richtet sich nach den Bestimmungen über die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gemäss der Ver- ordnung über die Verwaltungsrechtspflege (VRPV, RB 2.2345), soweit das Bundesrecht nichts anderes bestimmt (Art. 15 EG/KESR). Die Beschwerde gegen einen Entscheid auf dem Gebiet der fürsorgeri- schen Unterbringung muss nicht begründet werden (Art. 450e Abs. 1 ZGB). Die Frist- und Formvor- schriften wurden mit der eigenhändig unterzeichneten Eingabe vom 30. Januar 2026 eingehalten. Der Beschwerdeführer ist als fürsorgerisch untergebrachte Person grundsätzlich beschwerdebefugt.

### E. 2

Nach Art. 426 Abs. 1 ZGB darf eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behin- derung leidet oder schwer 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 für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind (Abs. 3). Die ärztliche Unter- bringung fällt spätestens nach Ablauf von sechs Wochen dahin, sofern nicht ein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid der Erwachsenenschutzbehörde vorliegt (Art. 429 Abs. 1 und 2 ZGB i.V.m. Art. 21 Abs. 1 EG/KESR). Ziel der fürsorgerischen Unterbringung ist es, die betroffene Person in die Selbstän- digkeit zu führen, ihre Eigenverantwortung zu stärken und ein menschenwürdiges Dasein zu ermögli- chen. Lässt sich der Schwächezustand beseitigen oder mindestens abschwächen, ist mit der fürsorge- rischen Unterbringung dafür zu sorgen, dass die betroffene Person wieder aus der Einrichtung entlas- sen werden und ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen, Neigungen und Fähigkeiten selber ge- stalten und organisieren kann. Die fürsorgerische Unterbringung dient in jedem Fall dem Schutz der betroffenen Person. Voraussetzung ist deshalb immer, dass der Betroffene eines besonderen Schutzes bedarf, der eben nur mit einer Freiheitsentziehung erbracht werden kann; diese

muss die persönliche Fürsorge sicherstellen (Entscheid Verwaltungsgericht des Kantons Zug vom 13.09.2021, F 2021 36, E. 2.1).

### **E. 3**

Nach Art. 439 Abs. 3 i.V.m. Art. 450e Abs. 3 ZGB muss bei psychischen Störungen gestützt auf ein Gutachten einer sachverständigen Person entschieden werden. Dieses Gutachten 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 der Betreuung der betroffenen Person besteht. Wird ein

Seite 4 von 9 V1.1

Behandlungs- beziehungsweise Betreuungsbedarf bejaht, ist weiter wesentlich, 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 Experte zu beantworten, ob eine geeignete Institution zur Verfügung steht und wenn ja, warum die vorgeschlagene Institution infrage kommt (BGE 140 III 106 f. E. 2.4, 140 III 102 f. E. 6.2.2, 137 III 292 f. E. 4.5).

### **E. 4.1**

Gemäss Aufnahmebericht der Klinik Zugersee vom 30. Januar 2026 sei der Beschwerdeführer per ärztlicher fürsorglicher Unterbringung auf die Akutstation A7 aufgrund einer Verschlechterung der psychotischen Symptomatik bei einer vorbekannten psychotischen Störung gekommen. Im Kontakt sei der Beschwerdeführer wortkarg, blockiert und misstrauisch erlebt worden. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er einen Verfolgungswahn erlebe, habe jedoch keine Einsicht in sein psychotisches Erleben gezeigt. Der Beschwerdeführer habe andere psychotische Symptome verneint. Es hätten sich jedoch Hinweise ergeben, dass auch anderes psychotisches Erleben vorhanden sei. Der Beschwerdeführer habe akute Suizidalität verneint. Gemäss Zuweiser habe er jedoch vor einem Monat einen Abschiedsbrief erstellt. Im Kontakt sei der Beschwerdeführer nicht spürbar erlebt worden. Das Suizidrisiko sei als erhöht eingeschätzt worden. Aufgrund der akuten psychotischen Episode wurde die Eigengefährdung bejaht. Fremdgefährdung wurde verneint. Gemäss Behandlungsplan der Klinik Zugersee vom 30. Januar 2026 wurde als Hauptdiagnose von einer sonstigen akuten vorwiegend wahnhaften psychotischen Störung (ICD-10: F23.3); Differentialdiagnose Paranoide Schizophrenie, ausgegangen.

### **E. 4.2.1**

Dem Gerichtsgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Februar 2026 kann entnommen werden, dass sich ein über Monate progredienter Verlauf mit deutlichen psychosozialen Funktionseinbussen und möglichen

präpsychotischen und psychotischen Symptomen (Misstrauen, Beeinträchtigungsideen, möglicherweise paranoiden Vorstellungen) sowie einem Abschiedsbrief (vom Exploranden als «Abschiedsrede» betitelt) ergeben habe. Im stationären Verlauf werde über den gesamten Beobachtungszeitraum ein persistierendes Muster aus ausgeprägtem sozialem Rückzug, Passivität und Hypersomnie beschrieben. Der Beschwerdeführer erscheine meist nur zu den Mahlzeiten und ziehe sich danach unmittelbar wieder zurück. Die Kontaktaufnahme erfolge kaum spontan; Antworten seien häufig einsilbig, distanziert oder blockiert. Teilweise werde beschrieben, der Beschwerdeführer wirke im Kontakt «psychotisch» beziehungsweise «blockiert». Parallel dazu sei eine

Seite 5 von 9 V1.1

konsequente Ablehnung der medikamentösen Therapie dokumentiert, trotz vorhandener Medikationsplanung. In der gutachterlichen Exploration habe sich der Beschwerdeführer sehr ruhig, insgesamt wortkarg und in den Antworten teils verzögert und unsicher gezeigt. Der Kontakt sei sachlich, distanziert, nur bedingt spürbar und wenig spontan gewesen. Affektiv habe der Beschwerdeführer flach und emotional wenig moduliert gewirkt, habe selten gelacht, ein affektiver Rapport sei nur knapp zustande gekommen. Fremdanamnestic sei berichtet worden, der Beschwerdeführer habe sich seit Monaten verändert beziehungsweise «anders» gefühlt, ohne dies näher präzisieren zu können. Die Eltern hätten eine zunehmende Wesensveränderung und «seltsames» Verhalten beschrieben. Klinikseitig sei berichtet worden, eine vertiefte Exploration psychotischer Anteile sei aufgrund mangelnder Zugänglichkeit nicht möglich gewesen. Zentral sei die Diskrepanz zwischen subjektivem Erleben und objektivierbaren Befunden. Der Beschwerdeführer beschreibe seine Befindlichkeit wiederholt als gut, fühle sich gesund und sehe keinen Nutzen der stationären Behandlung. Diese Selbsteinschätzung stehe im Widerspruch zu den Befunden (Rückzug, Passivität, Hypersomnie, affektive Verflachung, formale Denkverlangsamung, eingeschränkte Zugänglichkeit) sowie zur Fremdanamnese und sei als Ausdruck einer deutlich eingeschränkten Problem- und Krankheitseinsicht zu werten. Die anamnestic dokumentierte hypochondrische Symptomatik (F45.2) sei als Vorgeschichte zu berücksichtigen. Im aktuellen stationären Verlauf und in der Exploration hätten sich jedoch keine Hinweise auf eine gegenwärtig führende hypochondrische Symptomatik gefunden. Ergänzend sei festzuhalten, dass sich keine Hinweise auf Körperhalluzinationen (somatische Halluzinationen) beziehungsweise körperbezogene Wahrnehmungsstörungen ergeben hätten. Unter Würdigung der Gesamtbefunde besteht am ehesten der Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Eine abschließende Subtypisierung sei zum jetzigen Zeitpunkt erschwert, da der Beschwerdeführer psychotische Kernsymptome eigenanamnestic verneine, die Exploration psychotischer Inhalte aufgrund eingeschränkter Zugänglichkeit nur begrenzt möglich gewesen sei und diagnostische Zusatzuntersuchungen abgelehnt worden seien. Als Diagnosen ergäben sich Verdacht auf Schizophrenie (F20.x) und eine Hypochondrische Störung (F45.2; anamnestic; aktuell keine entsprechenden Hinweise führend). Es handelt sich bezüglich der Schizophrenie um eine Verdachtsdiagnose im Rahmen einer wahrscheinlichen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Differentialdiagnostisch wäre beispielsweise auch z.B. eine paranoide Schizophrenie denkbar. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis seien durch charakteristische psychopathologische Symptome gekennzeichnet, welche typischerweise zu einer relevanten Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus führten. Dabei könnten

Positivsymptome (z. B. Wahnphänomene, Wahrnehmungsstörungen, Denkstörungen, Ich-Störungen) und Negativsymptome (z. B. affektive Verflachung, sozialer Rückzug, Antriebsverminderung, verminderte Spontaneität, reduzierte sprachliche Produktion, emotionale Verarmung) in unterschiedlicher Gewichtung auftreten. Im vorliegenden Fall stünden Negativsymptome sowie funktionelle Beeinträchtigungen im Vordergrund.  
Dokumentiert

Seite 6 von 9 V1.1

seien ein persistierender sozialer Rückzug, ausgeprägte Passivität, Hypersomnie, reduzierte Eigeninitiative, affektive Verflachung, psychomotorische Verlangsamung, formale Denkverlangsamung sowie eingeschränkte emotionale Resonanz. Diese Konstellation entspreche dem klinischen Bild einer ausgeprägten Negativsymptomatik. Zusätzlich bestünden fremdanamnestiche und klinisch beobachtete Hinweise auf paranoide Deutungsmuster und misstrauisches Erleben, was auf mögliche Positivsymptome beziehungsweise wahnhaftige Verarbeitungsweisen hindeute. Die eigenanamnestische Verneinung psychotischer Symptome sei vor dem Hintergrund der deutlich eingeschränkten Krankheitseinsicht zu interpretieren. Die Dauer des Zustandsbildes über mehrere Monate mit schleichendem Verlauf, zunehmender psychosozialer Beeinträchtigung und fehlender Remission erfülle die zeitlichen und funktionellen Kriterien, die typischerweise bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis diskutiert würden. Die Differentialdiagnose einer wahnhaften Störung (F22.0) sei zu berücksichtigen, erscheine jedoch aufgrund der Ausprägung negativer Symptome, des global reduzierten Funktionsniveaus sowie der breiten Funktionsbeeinträchtigung weniger wahrscheinlich als eine Störung aus dem schizophrenen Spektrum. Substanzinduzierte Störungen seien mangels Hinweisen auf Substanzkonsum nicht naheliegend.

#### **E. 4.2.2**

Im stationären Verlauf werde wiederholt festgehalten, dass keine Anhaltspunkte für eine akute, handlungsrelevante Selbst- oder Fremdgefährdung bestünden. Der Beschwerdeführer distanzierte sich klar von suizidalen Gedanken. Fremdgefährdende Verhaltensweisen seien weder anamnestisch noch stationär beschrieben worden. Gleichzeitig sei der im Vorfeld verfasste Abschiedsbrief (vom Exploranden als «Abschiedsrede» betitelt) als relevanter Risikomarker zu würdigen. Auch wenn der Beschwerdeführer aktuell und auch für die Vergangenheit eine suizidale Absicht verneint habe, weise die Existenz eines Abschiedstextes auf eine frühere erhebliche Krisenlage hin. Diese sei im Rahmen einer Risikoeinschätzung zu berücksichtigen. Eine indirekte Selbstgefährdung ergebe sich vor allem aus dem Risiko einer weiteren sozialen und funktionellen Dekompensation mit ausgeprägtem Rückzug, Hypersomnie, fehlender Tagesstruktur, Perspektivarmut, fehlender Problem- und Krankheitseinsicht sowie fehlender Behandlung und Behandlungsbereitschaft. Bei weiterer Verschlechterung könne sich dann auch eine Zunahme von Positivsymptomen und Hoffnungslosigkeit entwickeln; wodurch mittelbar die Entstehung suizidaler Gedanken begünstigt werden könne. Somit bestehe auch das Risiko, dass psychotische Symptome bei fehlender Behandlung wieder zunehmen würden. Eine vorläufige Fortführung der stationären Behandlung sei fachlich zu empfehlen, bis eine ausreichende Stabilisierung und eine verbindlich geregelte ambulante Anschlusslösung etabliert seien. Gleichzeitig sei die Situation als Grenzfall zu bewerten, da keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestehe und die stationäre Behandlung durch mangelnde Mitwirkung erheblich limitiert sei. Eine zeitnahe Reevaluation sei erforderlich,

insbesondere bei Veränderung der Kooperationsbereitschaft. Unter Berücksichtigung des Verhältnismässigkeitsprinzips erscheine eine Fortführung der stationären Behandlung derzeit fachlich noch

Seite 7 von 9 V1.1

vertretbar, solange keine tragfähige ambulante Anschlusslösung bestehe. Eine Entlassung sei perspektivisch möglich, sollte aktuell allenfalls nur unter klaren Auflagen und bei verbindlich gesicherter ambulanter Nachbetreuung erfolgen. Eine vorläufige Fortführung der stationären Behandlung erscheine fachlich gerechtfertigt, bis Stabilisierung und Anschlussversorgung ausreichend gesichert seien. Im Falle einer ambulanten Behandlung seien Auflagen zu empfehlen, so insbesondere eine regelmässige ambulante psychiatrische Behandlung bei einer Fachärztin/-arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Erörterung einer medikamentösen Behandlung sowie Verpflichtung des Beschwerdeführers bei Auftreten suizidaler Gedanken, deutlicher psychischer Verschlechterung etc. umgehend Kontakt aufzunehmen mit den behandelnden Fachpersonen. Bei wiederholter Nichteinhaltung der ambulanten Termine, Abbruch der Behandlung etc. sei eine zeitnahe erneute stationäre psychiatrische Beurteilung bzw. Krisenintervention zu veranlassen. Da der Beschwerdeführer psychiatrische Unterstützung aktuell ablehne, Medikation verweigere und eine psychiatrische Spitex ablehne, seien ambulante Alternativen zum jetzigen Zeitpunkt nur bedingt vertretbar und an Auflagen zu knüpfen. Bei Unterbleiben einer adäquaten Behandlung sei mit einer Chronifizierung und einer Verschlechterung der psychischen Symptomatik zu rechnen. Insbesondere drohten zunehmender Rückzug, fortschreitende soziale Isolation, weitere Reduktion der Tagesstruktur, Verstärkung psychotischer Symptome und wahnnahe Verarbeitungsmuster (misstrauisch-paranoide Deutungen). Unter diesen Bedingungen könne sich Perspektivlosigkeit und Hoffnungslosigkeit entwickeln, wodurch mittelbar auch suizidale Gedanken oder Handlungen begünstigt werden könnten.

### **E. 5.1**

Gestützt auf Art. 450e Abs. 4 ZGB hört die gerichtliche Beschwerdeinstanz die betroffene Person an. Anlässlich der mündlichen Anhörung vom 23. Februar 2026 durch das Gericht wurde von der Klinik Zugersee eine Anschlusslösung für eine ambulante Behandlung des Beschwerdeführers in Aussicht gestellt. Diese beinhaltete Folgendes: • Kontaktaufnahme durch die Klinik mit den Eltern des Beschwerdeführers zur Planung bzw. Organisation der Rückkehr in sein angestammtes häusliches Umfeld. • Festlegung des ersten ambulanten Behandlungstermins auf nächsten Montag (02.03.2026) – vorzugsweise im Ambulatorium in Altdorf, falls dies nicht möglich ist: beim behandelnden Oberarzt der Klinik Zugersee, Dr. med. D.\_\_\_\_. • Danach weitere Behandlung im Rahmen ambulanter Behandlungstermine grundsätzlich einmal pro Woche nach Absprache mit den behandelnden Fachpersonen.

Seite 8 von 9 V1.1

- Verpflichtung des Beschwerdeführers die Termine wahrzunehmen und bei Verschlechterung seines psychischen Zustands auch ausserhalb der Termine selbstständig mit den behandelnden Fachpersonen Kontakt aufzunehmen oder sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer stimmte anlässlich der Anhörung der skizzierten Anschlusslösung zu. Die Klinik Zugersee sicherte die Umsetzung zu. Vor diesem Hintergrund zog der Beschwerdeführer die Beschwerde zurück.

#### **E. 6**

Derjenige, der den Rückzug der Beschwerde erklärt, will das eingereichte Rechtsmittel nicht weiter aufrechterhalten, wobei ein Beschwerderückzug möglich ist, bis die Rechtsmittelinstanz ihren Entscheid eröffnet hat (Cavelti/Vögeli, Verwaltungsgerichtsbarkeit im Kanton St. Gallen, 2. Aufl., St. Gallen 2003, Rz. 1040). Mit dem Rückzug entfällt das schutzwürdige Interesse an der Behandlung der Beschwerde, weshalb diese als gegenstandslos geworden am Geschäftsprotokoll abgeschrieben werden kann. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist demnach infolge Rückzugs am Geschäftsprotokoll abzuschreiben. Prozessentscheide ohne Sachurteil fallen in die Zuständigkeit der Vorsitzenden der Abteilung (Art. 37g i.V.m. Art. 25a Abs. 3 lit. b Gerichtsorganisationsgesetz [GOG, RB 2.3221]).

#### **E. 7**

Praxisgemäss erhebt das Obergericht (Verwaltungsrechtliche Abteilung) als gerichtliche Beschwerdeinstanz bei ärztlich angeordneter fürsorgerischer Unterbringung bei den Beteiligten keine amtlichen Kosten (Art. 34 Abs. 4 VRPV). Entschädigungspflichtiger Prozessaufwand ist nicht entstanden. Eine Parteientschädigung ist entsprechend nicht geschuldet.

Seite 9 von 9 V1.1

Das Obergericht erkennt:

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