

ZH_OBERGERICHT PA170002 vom 5. April 2017

ZH Obergericht, 2017-04-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_obergericht_PA170002

FR: ZH_OBERGERICHT PA170002 du 5 avril 2017

IT: ZH_OBERGERICHT PA170002 del 5 aprile 2017

Erwägungen

E. 17

November 2015 abgewiesen (act. 5/16). 1.2 Mit Beschluss der KESB des Bezirkes Horgen (nachfolgend KESB) vom 25. November 2015 wurde A._____ schliesslich gestützt auf Art. 426 i.V.m. Art. 428 ZGB im Sanatorium Kilchberg fürsorgerisch untergebracht, wobei festgehalten wurde, dass er von dort schnellstmöglich ins Pflegezentrum B._____ zu verlegen sei (act. 6/3 = act. 14/115). Eine dagegen von A._____ erhobene Beschwerde wurde vom Einzelgericht des Bezirksgerichts Horgen mit Entscheid vom 4. Dezember 2015 abgewiesen (act. 6/15). Nachdem diese FU mit Entscheid der KESB vom 31. Mai 2016 ein erstes Mal verlängert worden war (act. 14/152), unterzog sie die KESB im November 2016 gestützt auf Art. 431 ZGB einer erneuten Überprüfung. In diesem Zusammenhang setzte die KESB auf den 8. Dezember 2016, 15:00 Uhr, einen Anhörungstermin fest (act. 14/167). Zudem verlangte sie von der Beiständin sowie vom Pflegezentrum B._____ einen Zwischenbericht

- 3 - (vgl. act. 14/168-169). Am 18. November 2016 erstattete die Beiständin den Zwischenbericht, in welchem sie zusammengefasst ausführte, dass aus ihrer Sicht die Notwendigkeit einer weiteren FU bei A._____ gegeben sei, zumal er in keiner Weise krankheitseinsichtig sei und die Medikamenteneinnahme nach wie vor streng kontrolliert werden müsse (act. 14/170). Am 28. November 2016 erstattete das Pflegezentrum B._____ zunächst eine Gefährdungsmeldung bei der KESB, in welcher es zusammengefasst mitteilte, dass bei A._____ aufgrund der Weigerung sich Insulin nachspritzen zu lassen, sowohl kurz- als auch längerfristig ein gesundheitlicher Schaden drohe (act. 14/171). Am 30. November 2016 reichte das Pflegezentrum B._____ sodann den verlangten Zwischenbericht zur FU ein, wobei darin zusammengefasst ausgeführt wurde, dass man die Aufrechterhaltung der FU für notwendig erachte (act. 14/173). Nach Anhörung von A._____ am 8. Dezember 2016 (vgl. act. 14/174) stellte die KESB schliesslich mit Beschluss vom 14. Dezember 2016 fest, dass die Voraussetzungen für die FU im Pflegezentrum B._____ weiterhin erfüllt seien (act. 2 = act. 14/178). 1.3 Am 22. Dezember 2016 erhob A._____ dagegen beim Einzelgericht des Bezirkes Horgen (nachfolgend Vorinstanz) Beschwerde und beantragte die sofortige Aufhebung der FU (act. 1). Mit Verfügung vom 23. Dezember 2016 setzte die Vorinstanz der KESB Frist zur Vernehmlassung sowie zur Einreichung der Akten an (act. 8). Am 27. Dezember 2016 beantragte die KESB die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine Vernehmlassung verzichtete und auf ihren Entscheid verwies (act. 11); zudem reichte sie die Akten ein (act. 14/1-181). In der Folge lud die Vorinstanz auf den 3. Januar 2017 zur Verhandlung vor und bestellte Dr. med. C._____ als Gutachter (act. 15). Mit Stellungnahme vom 30. Dezember 2016 beantragte das Pflegezentrum B._____ sinngemäss die Abweisung der Beschwerde (act. 24). Anlässlich der Verhandlung erstattete Dr. med. C._____ das

Gutachten (Prot. Vi. S. 16 ff.), zu welchem D._____ als Vertreterin der Klinik sowie A._____ Stellung nahmen (Prot. Vi. S. 20 ff.). Nach durchgeführter Verhandlung wies die Vorinstanz die Beschwerde ab (act. 28). Das Entscheidenddispositiv wurde A._____ nach der Hauptverhandlung durch die Klinik übergeben (act. 28 Disp.-Ziff. 4). Der begründete Entscheid (act. 30 = act. 34, nachfolgend zitiert als act. 34) wurde ihm am 9. Januar 2017 zugestellt (act. 31/1).

- 4 - 1.4 Dagegen richtet sich die vom A._____ (nachfolgend Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 13. Januar 2017 rechtzeitig erhobene Beschwerde an die Kammer (act. 35), mit welcher er sinngemäss die Aufhebung der FU beantragt. 2. Die vorinstanzlichen Akten, welche auch die Akten der KESB beinhalten, wurden beigezogen (act. 1-32). Am 20. März 2017 wurde der Beschwerdeführer von der Referentin und der Gerichtsschreiberin (nachfolgend Gerichtsdelegation) im Pflegezentrum B._____ angehört (Prot. S. 5 ff.). Zudem wurden die Beiständin des Beschwerdeführers, X._____, der für die psychiatrischen Belange zuständige Arzt der Klinik, med. pract. E._____, der Pflegedienstleiter der Klinik, M._____, sowie die Erwachsenenschutzbeauftragte der Klinik, F._____, durch die Gerichtsdelegation befragt, wobei der Beschwerdeführer zu deren Ausführungen jeweils Stellung nehmen konnte (vgl. Prot. S. 11 ff.). Anlässlich der Verhandlung willigte der Beschwerdeführer zudem in ein Telefongespräch zwischen der Referentin und dem für somatische Beschwerden zuständigen Arzt des Pflegezentrums B._____, Dr. med. G._____, ein (Prot. S. 17). Dieses Gespräch fand am 21. März 2017 statt (vgl. act. 41), wobei der Inhalt dieses Gesprächs dem Beschwerdeführer gleichentags zur Kenntnis gebracht und ihm Gelegenheit zur freigestellten Stellungnahme gegeben wurde (vgl. act. 42). Der Beschwerdeführer liess sich in der Folge nicht verlauten. Das Verfahren ist nun spruchreif.

II. Zur Beschwerde im Einzelnen 1. Eine natürliche Person, die an einer psychischen Störung oder an einer geistigen Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann (Art. 426 Abs. 1 ZGB). Dabei ist gegebenenfalls die Belastung zu berücksichtigen, welche die Person für Angehörige und Dritte bedeutet (Art. 426 Abs. 2 ZGB). Die betroffene Person muss entlassen werden, sobald die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht mehr erfüllt sind (Art. 426 Abs. 3 ZGB). Um unnötig lange Unterbringungen zu verhindern, sieht Art. 431

- 5 - ZGB eine Pflicht der KESB vor, die FU periodisch zu überprüfen. Eine (weitere) Unterbringung ist gemäss Art. 431 Abs. 1 ZGB nur gerechtfertigt, wenn die Voraussetzungen der Unterbringung noch erfüllt sind und die Einrichtung weiterhin geeignet ist. 2. Voraussetzungen der FU 2.1 Voraussetzung für die fürsorgerische Unterbringung ist zunächst das Vorliegen eines Schwächezustandes. Die möglichen Schwächezustände werden dabei in Art. 426 Abs. 1 ZGB abschliessend aufgeführt, nämlich psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung (BSK Erwachsenenschutz-THOMAS GEISER/MARIO ETZENSBERGER, Basel 2012, Art. 426 N 12). Vorliegend erfolgte die Anordnung bzw. die Weiterführung der FU aufgrund einer mit einer Alkoholabhängigkeit des Beschwerdeführers in Zusammenhang stehenden psychischen Störung (vgl. act. 6/3; act. 6/15; act. 14/152; act. 2; act. 34 S. 2 ff., E. 2.1). Damit von einer psychischen Störung gesprochen werden kann, muss ein Krankheitsbild vorliegen, welches – wie die Vorinstanz zutreffend ausgeführt hat (act. 34 S. 3, E. 2.2) – zusätzlich erhebliche Auswirkungen auf das soziale Funktionieren des Patienten haben muss. Massgeblich ist, ob die betroffene Person ihre Entscheidungsfreiheit behalten hat und am

sozialen Leben teilnehmen kann. Eine soziale Störung allein reicht mit anderen Worten für das Feststellen einer psychischen Störung nicht aus. Ebenfalls zu den psychischen Störungen im Sinne von Art. 426 ZGB zählen die Suchtkrankheiten und zwar unabhängig davon, ob es sich um eine Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit handelt. Damit aufgrund einer Suchtkrankheit ein FU gerechtfertigt werden kann, muss ein Abhängigkeitssyndrom mit der entsprechenden sozialen Funktionsstörung vorliegen, mithin die betroffene Person nicht mehr aus eigenem Willen aufhören können. Ob die Abhängigkeit körperlicher oder bloss psychischer Natur ist, spielt hingegen keine Rolle (vgl. etwa GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., Art. 426 N 15 f.). 2.1.1 Zur allgemeinen Verfassung des Beschwerdeführers vor Einweisung in die FU im November 2015 ist vorab festzuhalten, dass dieser bereits vor den zur aktuellen FU führenden Vorfällen wiederholt aufgrund seines problematischen Alkoholkonsums aufgefallen ist, wobei in diesem Zusammenhang seit Mai 2014 meh-

- 6 - rere Gefährdungsmeldungen an die zuständige KESB erfolgt sind (vgl. act. 14/1; act. 14/3; act. 14/22; act. 14/49; act. 14/68). Wie sich aus mehreren solchen Meldungen ergibt, war die Wohnung des Beschwerdeführers zum damaligen Zeitpunkt in einem desolaten Zustand; insbesondere war in der ganzen Wohnung Müll gestapelt und es roch stark nach Katzenkot und Urin. Der Beschwerdeführer selbst war stark verwahrlost (vgl. etwa act. 14/1; act. 14/2; act. 14/78; act. 14/83). Sodann wurde der Beschwerdeführer verschiedentlich in stark alkoholisiertem – mithin hilflosem – Zustand im öffentlichen Raum angetroffen, wobei er sich in diesem Zustand immer wieder – teilweise auch schwere – Verletzungen zuzog (vgl. etwa act. 14/1/1; act. 14/2). Im Juli 2014 wurde durch die KESB Horgen erstmals die Anordnung erwachsenenschutzrechtlicher Massnahmen geprüft (act. 14/13 ff.). Da der Beschwerdeführer jedoch die Errichtung einer Beistandschaft vehement ablehnte und sich bereit erklärte, an einer Suchtberatung teilzunehmen (vgl. act. 14/31; act. 14/45), wurde das Verfahren bei der KESB Horgen am 6. November 2014 schliesslich ohne Anordnung von Erwachsenenenschutzmassnahmen abgeschlossen (act. 14/43; act. 14/45). Am 5. Februar 2015 wurde der Beschwerdeführer, wie bereits erwähnt, per FU ins Sanatorium Kilchberg eingewiesen. Aus der im damaligen FU-Verfahren erstatteten Stellungnahme des Sanatoriums Kilchberg geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 2. Februar 2015 zunächst in die Unfallchirurgie des Universitätsspitals Zürich eingeliefert worden war, nachdem er infolge eines mehrmaligen epileptischen Krampfanfalles (DD Alkoholentzugskrampf) ein Schädel-Hirn-Trauma mit intrazerebraler Blutung erlitten hatte. Festgehalten wurde in diesem Zusammenhang auch, dass der Beschwerdeführer bereits in den Jahren zuvor mehrfach stationär im Universitätsspital Zürich behandelt worden war, zuletzt im Juli 2013 aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas, welches er sich ebenfalls bei einem durch einen alkoholbedingten epileptischen Anfall verursachten Sturz zugezogen hatte (act. 4/7/2). Zwar wurde der Beschwerdeführer am 27. Februar 2015 wieder aus der FU entlassen, doch erfolgte gleichzeitig eine Gefährdungsmeldung des Sanatoriums Kilchberg an die KESB (act. 5/12/14, act. 14/68). Aus dieser geht hervor, dass beim Beschwerdeführer eine Einsicht in seine Krankheit sowie Urteilsfähigkeit im Hinblick auf das gesundheitliche Risiko im Falle des Weiter-

- 7 - konsums von Alkohol unter Medikamenten (Gefahr des Atemstillstandes) bzw. eines Absetzens der Medikation (erneute Krampfanfälle mit Gefahr von Stürzen und lebensbedrohlichen Verletzungen u.a. intrakranielle Blutungen) fehle, weshalb man von

Seiten der Klinik ein hohes und potentiell lebensbedrohendes Risiko für den Beschwerdeführer ohne Sicherung einer ausreichenden ambulanten Weiter- versorgung und Weiterbetreuung sehe. Zwar hätte der Beschwerdeführer nach Entlassung aus der Klinik ambulant weiterbetreut werden sollen, doch habe er sich dort nur einmalig vorgestellt (act. 14/68). Im Juli 2015 und September 2015 erfolgten zwei weitere Meldungen der Kantonspolizei Zürich an die KESB Horgen wegen Verwahrlosung des Beschwerdeführers (vgl. act. 14/78; act. 14/83). Insbesondere wurde der Beschwerdeführer am 15. September 2015 in stark verwahrlostem Zustand in seiner Garage liegend angetroffen, wo er offenbar während drei Tagen gelegen hatte. Sein Bauchbe- reich war stark aufgebläht und er war nicht mehr in der Lage, selbständig aufzu- stehen. Auch befand sich die Wohnung des Beschwerdeführers nach wie vor in einem desolaten Zustand (act. 14/83). Am 10. November 2015 wurde die Woh- nung des Beschwerdeführers, welche ihm zuvor gekündigt worden war, schliess- lich zwangsweise geräumt. Anlässlich dieser gegen seinen Willen erfolgten Räu- mung habe der Beschwerdeführer gemäss Beschluss der KESB vom 25. No- vember 2015 mit einem Messer hantiert und sowohl suizidale als auch fremdag- gressive Äusserungen gemacht (act. 14/115). Aufgrund dessen wurde er per FU ins Sanatorium Kilchberg eingewiesen. Seit dieser Einweisung am 10. November 2015 war der Beschwerdeführer durchgehend fürsorgerisch untergebracht. Zum Zeitpunkt der damaligen Einweisung sei der Beschwerdeführer stark alkoholisiert gewesen. Sodann wurde bei ihm eine durch Alkoholmissbrauch verursachte Le- berzirrhose mit schweren Komplikationen festgestellt (act. 5/12/4). Im Mai 2016 wurde bei Beschwerdeführer zudem eine Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert (act. 14/171). Diese veranlasste das Pflegezentrum B._____ am 28. November 2016 zur Erstattung einer Gefährdungsmeldung bei der KESB, weil die Diabetes das regelmässige Nachspritzen von Insulin notwendig mache. Dieses habe sich der Beschwerdeführer zwar anfänglich nachspritzen lassen, doch habe er dies nach ein paar Wochen mit der Begründung verweigert, dass sein Körper das In-

- 8 - sulin nicht kenne und nicht brauche. Aufgrund dessen habe der Beschwerdefüh- rer seit einiger Zeit sehr hohe Werte, welche am Donnerstag vor Einreichung der Gefährdungsmeldung sogar eine lebensgefährliche Höhe erreicht hätten; den- noch habe der Beschwerdeführer das Nachspritzen verweigert. Zwar habe er bei einer späteren Visite versprochen, sich den Blutzuckerwert zwei Mal täglich mes- sen und sich bei sehr hohen Werten (über 30 mmol/l) Insulin nachspritzen zu las- sen. Da die Verweigerung des Nachspritzens sowohl kurz- als auch längerfristig gesundheitlichen Schaden verursachen könne, sehe man sich gezwungen, eine Gefährdungsmeldung einzureichen (act. 14/171).

2.1.2 Eine durch Alkohol verursachte psychische Störung wurde beim Beschwer- deführer bereits im Rahmen der im Februar 2015 angeordneten FU bejaht. So hielt das Sanatorium Kilchberg im in diesem Verfahren erstatteten Austrittsbericht vom 16. März 2015 fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, welche unter die Klassifikation ICD-10.2 (Ab- hängigkeitssyndrom) falle (act. 14/49.1; vgl. auch act. 14/68). In einem von der KESB in Auftrag gegebenen Gutachten vom 12. November 2015 wurde diese Di- agnose von med. pract. H._____ bestätigt. So lägen die diagnostischen Kriterien für eine psychische Störung und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeits- syndrom (F10.2) nach ICD 10 vor. Diese Diagnose beruhe darauf, dass beim Be- schwerdeführer nach fremd- und eigenanamnestischen Angaben ein starker Wunsch bestehe, Alkohol in grossen Mengen zu konsumieren. Die Kontrollfähig- keit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums sei vermindert. Nach der Aktenlage sei es bei Beendigung oder Reduktion des Kon- sums wiederholt zu

körperlichem Entzugssyndrom gekommen. Eine Toleranzentwicklung und eine fortgeschrittene Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums würden nach der Aktenlage vorliegen. Es bestehe ein anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, die dem Beschwerdeführer offensichtlich bewusst seien. Die Manifestation der festgestellten Diagnose bestehe zudem länger als ein Jahr, was die Kriterien für eine Abhängigkeit nach ICD 10 erfülle (act. 14/103).

- 9 - 2.1.3 Die Vorinstanz hat die Frage, ob beim Beschwerdeführer auch heute noch eine psychische Störung im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB bestehe, gestützt auf das von der KESB in Auftrag gegebene Gutachten von med. pract. H. _____ vom 12. November 2015 (act. 14/103), die Stellungnahme des Pflegezentrums B. _____ vom 30. Dezember 2016 (act. 24), ihre eigene Wahrnehmung anlässlich der Verhandlung (vgl. act. 34 S. 4, E. 2.2.1) sowie die Ausführungen des beigezogenen Gutachters (Prot. Vi. S. 16 ff.) bejaht (act. 34 S. 2 ff., E. 2.1-2). Dabei hat sie zusammengefasst ausgeführt, der Gutachter und das Pflegeheim würden zwar ausführen, dass der Beschwerdeführer zurzeit im geschützten Rahmen weitgehend abstinent sei, weshalb der momentane Zustand der Alkoholkrankheit für sich alleine nicht als psychische Störung im Sinne des Gesetzes zu werten sei. Jedoch sei [angesichts] der Realitätsverkenning in Bezug auf die somatische Erkrankung (Leberzirrhose, Blutzuckerwerte), im Zusammenhang mit der nach wie vor latent vorhandenen Alkoholproblematik, von einer psychischen Störung im Sinne des Gesetzes beim Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt auszugehen (act. 34 S. 4, E. 2.2.2). Zwar ist der Vorinstanz im Ergebnis zuzustimmen, dass beim Beschwerdeführer das Bestehen einer psychischen Störung nach wie vor zu bejahen ist. Doch ist hervorzuheben, dass – wie die Vorinstanz selbst zutreffend ausführt (act. 34 S. 3, E. 2.2) – der Begriff der psychischen Störung der modernen Medizin entnommen ist und der Klassifikation der WHO (ICD; International Classification of Disturbances) entspricht, welche sowohl die Geisteskrankheiten als auch die Geistesschwäche und die Suchterkrankungen umfasst. Zwar handelt es sich beim Begriff der psychischen Störung um einen Begriff des Rechts und nicht der Medizin (vgl. etwa FamKomm Erwachsenenschutz-GUILLOD, 2. Aufl. 2013, Art. 426 N 36), dennoch hat sich das Gericht bei der Feststellung einer psychischen Störung gemäss Art. 450e Abs. 3 ZGB auf das Gutachten eines Sachverständigen abzustützen. Die von der Vorinstanz als psychische Störung benannte Realitätsverkenning des Beschwerdeführers hat zumindest gewisse Auswirkungen auf sein soziales Funktionieren (zu diesem Kriterium vgl. vorstehend Ziff. II.2.1), doch entspricht sie weder einem Krankheitsbild gemäss Klassifikation der WHO, noch kann sich die Vorinstanz bei deren Qualifikation als psychische Störung auf das

- 10 - Gutachten einer sachverständigen Person stützen. Vielmehr hat der von der Vorinstanz beigezogene Gutachter Dr. med. C. _____ in Übereinstimmung mit den Einschätzungen vorheriger Gutachter auf die Frage, ob der Beschwerdeführer an einer psychischen Störung (inklusive Suchtabhängigkeiten) leide, geantwortet, beim Beschwerdeführer liege aufgrund der fortgeschrittenen Organschäden und aufgrund des eingetretenen sozialen Abstiegs sicher eine Alkoholkrankheit vor (Prot. Vi. S. 18). Dass der Gutachter weiter ausgeführt hat, der Beschwerdeführer sei heute – nachdem die Alkoholkrankheit 2015 besonders schwer gewesen sei – in einem geschützten Rahmen weitgehend abstinent (Prot. Vi. S. 18), ändert entgegen der Vorinstanz nichts daran, dass der Alkoholkrankheit des Beschwerdeführers weiterhin der Charakter einer psychischen Störung zukommt, zumal diese Erkrankung aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht des

Beschwerdeführers bis anhin weitgehend unbehandelt geblieben ist. Zwar wendet der Beschwerdeführer ein, die Alkoholkrankheit habe sich aus seiner Sicht total und endgültig erledigt (act. 35 S. 1; Prot. S. 8), doch ist es dem Beschwerdeführer in der Vergangenheit nicht gelungen, ausserhalb eines geschützten Rahmens abstinent zu bleiben. So war der Beschwerdeführer bereits während seines Aufenthaltes im Sanatorium Kilchberg vom 5. Februar 2015 bis zum 27. Februar 2015 weitgehend abstinent (vgl. act. 14/49.1), nach seiner Entlassung aus der Klinik hat er sich dann jedoch nur einmalig zur ambulanten Betreuung beim Zentrum für Suchtmittelmissbrauch (ARUD) gemeldet (vgl. act. 14/68 S. 2) und hat bereits kurze Zeit später wieder in erheblichem Masse Alkohol konsumiert. Bereits im Juli 2015 erfolgte wieder ein Bericht der Kantonspolizei Zürich an die KESB, weil der Beschwerdeführer stark betrunken und mit diversen Schürf- und entzündeten Wunden im öffentlichen Raum angetroffen worden war, wobei er sich gerade noch sitzend auf einer Bank halten, jedoch nicht mehr aus eigener Kraft aufstehen konnte (act. 14/78). Insgesamt ist deshalb der Einschätzung der bis anhin involvierten Fachpersonen zuzustimmen, dass der starken Alkoholabhängigkeit des Beschwerdeführers der Charakter einer psychischen und Verhaltensstörung zukommt, welche gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter die Klassifikation ICD-10.2 fällt, und damit eine psychische Störung im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB darstellt. Ob diese aufgrund der derzeitigen weitgehenden Abstinenz

- 11 - des Beschwerdeführers dessen weitere Unterbringung in einer Klinik rechtfertigt, ist nicht eine Frage des Vorliegens einer psychischen Störung, sondern vielmehr – worauf nachstehend einzugehen ist – eine Frage der Notwendigkeit der Betreuung oder Behandlung des Beschwerdeführers. 2.2 So wird für die Anordnung bzw.

Aufrechterhaltung einer FU weiter vorausgesetzt, dass die Betreuung oder die Behandlung der betroffenen Person nötig ist (vgl. Art. 426 Abs. 1 ZGB). Mit anderen Worten muss die betroffene Person eines besonderen Schutzes bedürfen, der eben nur mit einer Freiheitsentziehung erbracht werden kann. Die Freiheitsentziehung muss die persönliche Fürsorge des Betroffenen sicherstellen, welche einerseits therapeutische Massnahmen und andererseits jede Form von Betreuung erfasst, deren eine Person für ein menschenwürdiges Dasein bedarf (GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., Art. 426 N 8 ff.). 2.2.1 Die Vorinstanz hat das Bestehen einer Behandlungs- bzw. Betreuungsbedürftigkeit des Beschwerdeführers bejaht (act. 34, S. 5 ff., E. 2.6-8). Sie hat ausgeführt, der Beschwerdeführer habe an der Hauptverhandlung nur eine schwache Krankheits- und Behandlungseinsicht in Bezug auf seine somatischen Folgeerkrankungen gezeigt. Die Diabetes führe er indirekt auf seinen Aufenthalt in der Klinik zurück und habe erklärt, dass er dieser vorwiegend mit gesunder Ernährung und Sport entgegenwirken wolle. Das Insulin würde er ausserhalb der Klinik zu Gunsten von guter Ernährung und Sport mehr und mehr reduzieren. Die Krankengeschichte des Beschwerdeführers zeige, dass seine Blutzuckerwerte nicht nur vereinzelt zu hoch, sondern dass sie vielmehr bereits im Oktober und November 2016 verschiedentlich zu hoch gewesen seien, wobei der Beschwerdeführer die Insulininjektion jeweils verweigert habe. Ein gleiches Verhalten habe er auch im Dezember 2016 gezeigt, weshalb nicht davon gesprochen werden könne, dass der Beschwerdeführer – wie er selbst ausgesagt habe – während rund einer Woche "ausprobiert" habe, wie die Werte auf die Medikation reagieren würden. Vielmehr sei der Beschwerdeführer offenbar nicht in der Lage, adäquat mit seinen Beschwerden umzugehen; mithin bestehe aufgrund seines Verhaltens sogar im Rahmen des Klinikaufenthaltes die grosse Gefahr einer Selbstschädigung. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer bei einer

allfälligen Entlassung weder eine

- 12 - Unterkunft noch eine medizinische Betreuung ausserhalb der Klinik organisiert habe (act. 34 S. 5 f., E. 2.7). Somit sei festzuhalten, dass – auch wenn gemäss Aussage von Dr. med. C. _____ in Bezug auf die Alkoholkrankheit eine Aufhebung der FU in Betracht gezogen werden könnte –, eine Entlassung aus der FU in Bezug auf seine somatischen Folgeerkrankung, Diabetes mellitus, zu einem hohen Risiko einer Selbstgefährdung führen würde. Es sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer das Insulin nicht, nicht in genügendem Ausmass oder nur unregelmässig spritzen würde, womit er sich – insbesondere auch aufgrund der erst kürzlich gemessenen sehr hohen Blutzuckerwerte – innert kürzester Zeit in Lebensgefahr begeben würde (act. 34 S. 6, E. 2.8).

2.2.2 Zusammengefasst begründet die Vorinstanz die besondere Schutzbedürftigkeit des Beschwerdeführers damit alleine mit dessen Diabeteserkrankung, wobei sie sich hierbei auf den Verlängerungsentscheid der KESB vom 14. Dezember 2016 stützt (act. 2), welcher wiederum schwergewichtig auf ein Schreiben der Beiständin vom 18. November 2016 (act. 14/170) sowie auf einen Zwischenbericht des Pflegezentrums B. _____ vom 30. November 2016 (vgl. act. 14/172) abstellt (vgl. act. 2 S. 2, E. 5 und 6).

a) Bereits an dieser Stelle anzumerken ist, dass die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass die beim Beschwerdeführer nach wie vor zu bejahende psychische Störung in Form der diagnostizierten Alkoholabhängigkeit keine weitere Unterbringung rechtfertigt. So ist – wie bereits erwähnt – eine Person aus der FU zu entlassen, sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind (Art. 426 Abs. 3 ZGB); mithin darf die FU nicht länger dauern, als nötig ist, damit sie ihren Zweck erfüllt (vgl. etwa GUILLOD, a.a.O., Art. 426 N 78 ff.). Es ist eine Interessenabwägung im Hinblick auf den Zweck der fürsorgerischen Unterbringung, nämlich die Wiedererlangung der Selbständigkeit und der Eigenverantwortung im Entlassungszeitpunkt vorzunehmen (GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., Art. 426 N 45). Im Zusammenhang mit Suchterkrankungen stellt sich immer auch die Frage, ob eine Anstaltseinweisung dann zulässig ist, wenn keine Aussicht auf eine eigentliche Besserung besteht. Diesfalls bezweckt die Anstaltsunterbringung nur die Ausnüchterung und den körperlichen Entzug sowie das

- 13 - Fernhalten der betroffenen Person von den entsprechenden Suchtmitteln. Entsprechend erweist sich die Unterbringung regelmässig nur für eine erste Phase als rechtmässig und steht unter der weiteren Voraussetzung, dass wenigstens eine vertretbare Hoffnung besteht, dieser Entzug motiviere die betroffene Person für eine weitergehende Behandlung. Sowohl eine langfristige Internierung ohne eigentliche Behandlung wie im Übrigen auch die Wiederholung kurzfristiger Anstaltseinweisungen erscheinen als unverhältnismässig und sind mit dem Zweck der fürsorgerischen Unterbringung unvereinbar, zumal es nicht um eine blosser Verwahrung gehen kann (vgl. BGE 134 III 289, E. 4.1 in fine; GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., Art. 426 N 18). Der Beschwerdeführer ist hinsichtlich seiner Alkoholabhängigkeit weder behandlungs- noch überhaupt krankheitseinsichtig (vgl. etwa Prot. S. 8), doch ist er in geschütztem Rahmen seit seiner Einweisung im November 2015 weitgehend abstinent (vgl. Prot. Vi. S. 18; Prot. S. 15). Der von der Vorinstanz beigezogene Gutachter Dr. med C. _____ hat vor diesem Hintergrund die (weitere) Schutzbedürftigkeit des Beschwerdeführers hinsichtlich seiner Alkoholabhängigkeit klar verneint und dazu ausgeführt, zwar bestehe bezüglich des Alkoholabusus sicher eine Rückfallgefahr, doch müsse nach einem angemessenen zeitlichen Abstand die Befürchtung eines Rückfalls erhärtet werden bzw. dem

Beschwerdeführer die Möglichkeit gegeben werden, sich zu bewähren. Man könne bezüglich des Alkoholkonsums einen Rückfall riskieren und in Kauf nehmen, dies gehöre zur Krankheit (Prot. VI. S. 18 f.). Diesem Standpunkt entgegen steht im Wesentlichen die auch von der KESB (vgl. act. 14/152; act. 14/178 = act. 2) und der Beiständin (vgl. act. 14/170) übernommene Meinung des behandelnden Psychiaters med. pract. E._____, wonach der Beschwerdeführer bei einer Entlassung und einem für diesen Fall zu erwartenden Rückfall in sein altes Trinkverhalten in höchstem Masse vital gefährdet sei, da aufgrund der ausgeprägten Ösophagusvarizen (Krampfadern in der Speiseröhre) bei Alkoholkonsum die Gefahr lebensgefährlicher Blutungen bestehe (vgl. act. 24; act. 14/172; act. 14/147). Es wird mit anderen Worten die Meinung vertreten, ein Rückfall könne nicht riskiert werden, weil ein solcher eine konkrete Gefahr für das Leben des Beschwerdeführers darstelle. Indes lassen sich weder den vorinstanzlichen (act. 1-32) noch den darin enthalte-

- 14 - nen Akten der KESB (act. 14) Hinweise für eine konkrete Gefährdung des Lebens des Beschwerdeführers im Falle eines Rückfalls entnehmen. Auch hat der von der Vorinstanz beigezogene Gutachter keine solche Gefährdung erwähnt (vgl. Prot. VI. S. 16 ff.). Sodann konnte die naheliegende Möglichkeit einer konkreten Gefährdung des Lebens des Beschwerdeführers im Falle eines Rückfalls auch im vorliegenden Verfahren nicht erhärtet werden. Vielmehr hat der für die Behandlung der somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers zuständige Arzt, Dr. med. G._____, auf Nachfrage der Referentin erklärt, dass die Gefahr einer Varizenblutung auch bei vollständiger Alkoholabstinenz des Beschwerdeführers bestehe; die Mortalität bei Varizen sei mit rund 10 % relativ hoch. Zwar werde die Gefahr einer Varizenblutung durch einen erneuten Alkoholkonsum des Beschwerdeführers gemäss dem vorzitierten Arzt sicherlich erhöht, doch lasse sich die Gefahr nicht auf eine Person herunterbrechen (vgl. act. 41 S. 2). Mithin steigt damit die Wahrscheinlichkeit einer Varizenblutung nicht dergestalt, dass für den Fall eines Rückfalls des Beschwerdeführers eine unmittelbare bzw. konkrete Lebensgefahr anzunehmen wäre. Die weitere Unterbringung des Beschwerdeführers im Pflegezentrum B._____ kann deshalb nicht damit gerechtfertigt werden, ein Rückfall in sein altes Trinkverhalten könne aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden Ösophagusvarizen nicht riskiert werden, zumal das Bestehen einer erhöhten aber dennoch abstrakten Lebensgefahr für die Anordnung bzw. Aufrechterhaltung einer FU nicht genügen kann (vgl. etwa BGer 5A_111/2012 vom 27. Februar 2012, E. 3; BGer 5A_312/2007 vom 10. Juli 2007, E. 2.3).

b) Eine alleine mit der Diabeteserkrankung des Beschwerdeführers begründete Schutzbedürftigkeit ist sodann ebenfalls zu verneinen. Eine Betreuungs- bzw. Behandlungsbedürftigkeit im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB liegt nur dann vor, wenn sie direkt auf die psychische Störung zurückgeführt werden kann, sich die Notwendigkeit der Betreuung mithin direkt aus der psychischen Erkrankung des Betroffenen ableitet (GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O. Art. 426 N 12; GUILLOD, a.a.O., Art. 426 N 49). Dies ist bei der Diabeteserkrankung des Beschwerdeführers nicht der Fall. Selbst wenn die Diabeteserkrankung – wovon die Vorinstanz ausgeht – durch den übermässigen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers verursacht worden sein sollte, steht die Notwendigkeit der Behandlung der Diabetes

- 15 - in keinem direkten Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit. Vielmehr besteht die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung der Diabeteserkrankung des Beschwerdeführers unabhängig vom Fortbestehen bzw. der Therapie von dessen

Alkoholabhängigkeit. Der fehlende Bezug des persönlichen Fürsorgebedarfs zum Unterbringungs- tatbestand der psychischen Erkrankung wird im vorinstanzlichen Entscheid dadurch hergestellt, indem – wie bereits erwähnt – die mangelnde Krankheitseinsicht des Beschwerdeführers hinsichtlich der bei ihm bestehenden somatischen Erkrankungen als Schwächezustand definiert und so ein Zusammenhang zwischen Schwächezustand und Behandlungsbedürftigkeit geschaffen wird. Richtig- erweise handelt es sich bei der beim Beschwerdeführer diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 jedoch nicht um einen Schwächezustand im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB, sondern vielmehr um eine rein somatische Erkrankung, deren Be- handlung nur dann gegen den Willen bzw. ohne Zustimmung des Beschwerdefüh- rers erfolgen könnte, wenn ihm Urteilsunfähigkeit zu attestieren wäre (vgl. Art. 377 ff. ZGB; vgl. etwa GUILLOD, a.a.O., Art. 426 N 56). Dies ist jedoch nicht der Fall. Zwar hat pract. med. E._____ anlässlich der Anhörung des Beschwerdeführers durch die Delegation der Kammer gewisse Vorbehalte bezüglich der Urteilsfähig- keit des Beschwerdeführers angebracht, indem er angemerkt hat, der Beschwer- deführer sei zwar grundsätzlich in der Lage, die Folgen seines Handelns zu er- kennen, deute die Realität dann allerdings um (Prot. S. 17). Dies führt jedoch nicht dazu, dass die Urteilsfähigkeit des Beschwerdeführers bezüglich seiner wei- teren medizinischen Behandlung in Frage zu stellen wäre. So hat Dr. med. G._____ erklärt, er habe dem Beschwerdeführer sowohl hinsichtlich der Diabetes als auch bezüglich der Ösophagusvarizen erklärt, was Sache sei, und ihm die entsprechenden Zusammenhänge aufgezeigt, wobei der Beschwerdeführer dies verstanden habe. Der Beschwerdeführer sei im direkten Gespräch urteilsfähig, auch bezüglich dieser Fragen (act. 41 S. 2). Zudem wurde dem Beschwerdefüh- rer in einem Bericht des psychiatrischen Konzils vom 9. Juli 2015 Urteilsfähigkeit attestiert und festgehalten, der Beschwerdeführer sei fähig, den eigenen Willen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung von Informatio- nen zu bestimmen und zu äussern. Urteilsfähigkeit bezüglich der weiteren medi-

- 16 - zinischen Behandlung sei gegeben (act. 14/75). Die Aufrechterhaltung der fürsor- gerischen Unterbringung des Beschwerdeführers mit dem einzigen bzw. überwie- genden Zweck der medikamentösen Behandlung seiner Diabeteserkrankung ist aus diesem Grund nicht zulässig. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer die ihm von Dr. med. G._____ empfohlene Insulinmedikation seit Anfang März 2017 zuverlässig einnimmt, weshalb die Blutzuckerwerte nach Angaben des ge- nannten Arztes derzeit einigermaßen gut seien (vgl. act. 41). Zudem hat der Be- schwerdeführer erklärt, dass er seine Zuckerwerte auch nach seiner Entlassung weiterhin messen und das Insulin weiterhin spritzen werde (vgl. act. 35 S. 3; Prot. S. 8). 2.2.3 a) Weiter hat die Vorinstanz zur Begründung der Schutzbedürftigkeit des Beschwerdeführers ausgeführt, zum von ihr festgestellten Schwächezustand der mit der fehlenden Krankheitseinsicht einhergehenden Selbstgefährdung komme hinzu, dass der Beschwerdeführer bei einer allfälligen Entlassung weder eine Un- terkunft noch eine medizinische Betreuung ausserhalb der Klinik organisiert habe (act. 34 S. 6., E. 2.7). Dabei übersieht sie, dass es aufgrund des im Erwachse- nenschutzrecht geltenden Subsidiaritätsprinzips Aufgabe der KESB ist, laufend, sicher aber im Hinblick auf eine anstehende periodische Überprüfung der FU ge- mäss Art. 431 ZGB zu hinterfragen, ob eine allenfalls nötige Behandlung oder Be- treuung der betroffenen Person nicht auf andere Weise als im Rahmen eines FU erfolgen kann (vgl. Art. 426 ZGB). Hierzu ist insbesondere zu eruieren, ob alterna- tive Wohnformen bestehen, mit welchen dem allfällig notwendigen Schutz der be- troffenen Person ebenfalls Genüge getan

werden kann; die Vorinstanz beanstandet in diesem Zusammenhang zu Recht den fehlenden Therapie- und Behandlungsplan. Vorliegend hat die zuständige KESB für den Beschwerdeführer eine Vertretungsbeistandschaft errichtet und der ernannten Beiständin unter anderem den Auftrag erteilt, soweit notwendig für eine geeignete Wohnsituation besorgt zu sein und den Beschwerdeführer bei allen in diesem Zusammenhang erforderlichen Handlungen soweit notwendig zu vertreten, namentlich das Case Management mit den zuständigen Fachpersonen im Pflegezentrum B._____ zu führen (act. 14/119). Es war und ist deshalb nicht in erster Linie die Aufgabe des Beschwerdeführers, selbst für eine geeignete Wohnsituation besorgt zu sein. Ge-

- 17 - rade weil der Beschwerdeführer über eine eingeschränkte Autonomiefähigkeit verfügt, wurde für ihn eine Beistandschaft errichtet. Eine Beistandschaft von der Art der angeordneten heisst, dass der Beistand in den ihm übertragenen Bereichen eine aktive Rolle zu übernehmen hat. Das Argument, der Beschwerdeführer habe nicht für eine geeignete Wohnform gesucht, kann deshalb nicht als Argument für die unbefristete Aufrechterhaltung der FU herangezogen werden. b) Es kann nicht übersehen werden, dass aufgrund von Versäumnissen der involvierten Fachpersonen bis anhin keinerlei konkrete Schritte zur Suche einer möglichen Anschlusslösung für den Beschwerdeführer unternommen wurden. So hat die für das Case Management zuständige Beiständin anlässlich der Anhörung des Beschwerdeführers durch die Gerichtsdelegation erklärt, es habe bis anhin keinerlei Gespräche mit dem Beschwerdeführer über mögliche Anschlusslösungen gegeben, da der Beschwerdeführer wenig kooperativ sei und eine eigene Wohnung wolle, was sie aus verschiedenen Gründen nicht unterstützen könne. Zwar bilde die Regelung der Wohnsituation des Beschwerdeführers Teil ihres Auftrages, doch hält sie explizit fest, sie suche für niemanden eine Wohnung; sie suche keine Wohnungen (Prot. S. 12 unten). Sie könne den Beschwerdeführer einzig bei der Suche nach einer betreuten bzw. begleiteten Wohnmöglichkeit unterstützen (Prot. S. 12 f.). Dazu ist zunächst anzumerken, dass der Beschwerdeführer betreute bzw. begleitete Wohnformen nicht vollständig abgelehnt hat. Vielmehr hat er bereits anlässlich einer Anhörung durch die KESB vom 24. Mai 2016 das Sanatorium Kilchberg sowie eine betreute Wohngruppe in I._____ als mögliche Alternativen zur FU benannt (vgl. act. 14/148 S. 3). Ferner hat der Beschwerdeführer der KESB am 26. Mai 2016 mitgeteilt, dass das betreute Wohnen J._____ in K._____ (bzw. wohl K.'_____) eine mögliche Option sei (vgl. act. 14/149). Dies hat der Beschwerdeführer auch anlässlich der Anhörung durch die Gerichtsdelegation bestätigt (Prot. S. 15). L._____ (eine bekannte und bewährte Institution: www.L._____.ch) wäre möglicherweise auch eine Option. Die Tatsache, dass von der KESB bzw. der Beiständin bis anhin keine konkreten Schritte in diese Richtung unternommen wurden, würde nunmehr dazu führen, dass der Beschwerde-

- 18 - führer im Falle der sofortigen Aufhebung der FU ohne Anschlusslösung und ohne jegliche Vorbereitung bezüglich medizinischer und fachlicher Betreuung entlassen werden müsste. Dies erweist sich als stossend, kann es doch nicht sein, dass Versäumnisse der involvierten Fachpersonen dazu führen, dass die vom Beschwerdeführer bis anhin erzielten Fortschritte zur Wiedererlangung seiner Selbstständigkeit gefährdet bzw. wieder zunichte gemacht würden. Aus diesem Grund rechtfertigt es sich, die FU nicht unverzüglich, sondern mit einer Übergangsfrist von (in Anbetracht der Osterfeiertage) zwei Monaten aufzuheben, um die Aufgleisung einer geeigneten Anschlusslösung zu ermöglichen. Der Beschwerdeführer ist damit spätestens per Ende Mai 2017 aus dem

Pflegezentrum B._____ zu ent- lassen. Vorbehalten bleibt nach diesem Zeitpunkt einzig ein freiwilliger längerer Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik. Die KESB kann gestützt auf Art. 437 ZGB i.V.m. §§ 36 - 39 EG KESR eine ambulante Nachbetreuung nach dem Klinikaustritt regeln. 3. Die Kammer kommt nicht umhin festzustellen, dass sich die Frage nach der Eignung der aktuellen Beiständin des Beschwerdeführers stellt. Die Beiständin ist als Case Manager eingesetzt. Damit hat sie als Ansprechperson die Fäden in der Hand, muss die verschiedenen Beteiligten bzw. deren Empfehlungen sammeln und um die anstehenden Abklärungen wissen, damit innert nützlicher Frist mildere Massnahmen greifen können. Gemäss eigenen Angaben ist die Beiständin nicht in der Lage bzw. nicht gewillt, ohne Kooperation des Beschwerdeführers auf die Erfüllung der ihr konkret übertragenen Aufgaben hinzuwirken, insbesondere die Wohnsituation des Beschwerdeführers zu regeln. Die Beiständin hält explizit fest, ihr Auftrag sei unter diesen Umständen nicht erfüllbar (Prot. S. 14). X._____ wurde im Zuge der FU am 25. November 2015 zur Beiständin des Beschwerdeführers ernannt (act. 14/118-119). Im Kontext von Zwangsmassnah- men kommt es entscheidend auf die Urteilsfähigkeit des Patienten / Klienten an. Die Beiständin, welche eine weiter andauernde fürsorgerische Unterbringung be- fürwortet, verwies anlässlich der Anhörung durch die Gerichtsdelegation am 20. März 2017 allerdings mehrfach auf die Eigenverantwortung des Beschwerdefüh- rers, er entscheide, wann es für ihn einen Schritt weiter gehe, der Beschwerde-

- 19 - führer sei urteils- und handlungsfähig (Prot. S. 13). Erst als die Gerichtsdelegation erklärte, dass Zwangsmassnahmen bei Patienten, die hinsichtlich ihrer Krankheit und Behandlung urteilsfähig seien, nicht aufrecht erhalten werden dürfen, meinte die Beiständin, sie sei keine Medizinerin, keine Psychologin, sie sei Sozialarbeite- rin (Prot. S. 14). Es ist angesichts dieser Ausführungen möglich, dass die Bei- ständin eine jahrelange FU als üblichen Bestandteil eines pflegerischen Handelns bei einem urteilsfähigen Patienten / Klienten sieht. Ein solcher möglicher Wissen- stand bzw. Einstellung ist nicht weiterführend. Sodann besteht zwischen Beistän- din und Beschwerdeführer offenbar keine tragbare Beziehung, welche es der Bei- ständin ermöglichen würde, auch ausserhalb eines institutionellen Rahmens die zur Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben notwendige Kommunikation aufrecht zu erhalten. Die zuständige KESB wird deshalb ersucht, einen Wechsel der Bei- standsperson des Beschwerdeführers zu prüfen. III. Kosten- und Entschädigungsfolgen Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens (inklusive Gutachterkosten) auf die Staatskasse zu nehmen. Das vom Beschwerdeführer vorinstanzlich gestellte Gesuch um Bewilligung der unentgeltli- chen Rechtspflege ist als dadurch gegenstandslos geworden abzuschreiben. Für das Beschwerdeverfahren vor der Kammer sind keine Kosten zu erheben. Eine Parteientschädigung ist dem Beschwerdeführer bereits mangels Antrag nicht zu- zusprechen. Es wird erkannt:

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