



<b>Fall-Nr.:</b>	KES.2021.21-K2
<b>Stelle:</b>	Kantonsgericht
<b>Rubrik:</b>	Zivilkammern (inkl. Einzelrichter)
<b>Publikationsdatum:</b>	05.07.2022
<b>Entscheiddatum:</b>	30.11.2021

### **Entscheid Kantonsgericht, 30.11.2021**

**Art. 434 ZGB, Art. 434 f. und 437 ZGB: Diese Bestimmungen regeln die Behandlung einer psychischen Störung in einer psychiatrischen Klinik ohne Zustimmung des Patienten abschliessend (Abgrenzung zu Art. 378 ZGB, E. 1). Bei der "Anorexia nervosa" handelt es sich um eine psychische Störung. Urteilsfähigkeit verneint (E. 4) und Lebensgefahr bejaht (E. 3) bei einer Person mit BMI von 10.4 kg/m<sup>2</sup>. Verhältnismässigkeit der Anordnung einer Zwangsernährung bejaht (E. 5) Art. 426 Abs. 1 ZGB: Fürsorgerische Unterbringung im Zusammenhang mit einer Behandlung ohne Zustimmung (Kantonsgericht St. Gallen, II. Zivilkammer, 30. November 2021, KES.2021.21-K2; das Bundesgericht hat am 17. Dezember 2021 eine gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde abgewiesen, BGer 5A\_1021/2021).**

#### **Zusammenfassung des Sachverhalts:**

1. A., geb. 2003, leidet seit dem 11. Lebensjahr an "Anorexia nervosa". Sie wurde bereits mehrfach stationär behandelt und war mehrmals gestützt auf Verfügungen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (nachfolgend: KESB) fürsorgerisch untergebracht. Bis zu ihrer Volljährigkeit im Januar 2021 lebte A. im Schulheim K., seither wohnt sie bei ihrer Mutter. Das sie betreuende Ostschweizer Kinderspital reichte am DD.MM.2021 bei der KESB eine Gefährdungsmeldung ein. Mit Verfügungen vom DD.MM.2021 und DD.MM.2021 erweiterte die KESB die Aufträge der Beiständin auf gesundheitliche und medizinische Angelegenheiten und gab eine ambulante Begutachtung in Auftrag. Das Gutachten wurde am DD.MM.2021 erstattet.



2. Mit Verfügung vom DD.MM.2021 ordnete der Amtsarzt die fürsorgliche Unterbringung von A. für höchstens sechs Wochen an. Dagegen erhob A. am DD.MM. 2021 Beschwerde bei der Verwaltungsrekurskommission des Kantons St. Gallen (VRK), die letztere am DD.MM.2021 abwies.

3. ... Am DD.MM.2021 ordnete der stellvertretende Chefarzt, Dr. med. M.N., bei A. folgende Behandlung ohne Zustimmung an:

Anordnung einer Behandlung ohne Zustimmung (gemäss Art. 434 ZGB)

Hiermit wird für A., geb. 2003, eine zwangsweise Ernährung angeordnet.

Bei Frau A. drohen aufgrund ihrer schwersten Mangelernährung multiple Gesundheitsschäden (Knochen- und Muskelschwund, Störungen des Blutbilds, hormonelle Störungen, Salzhaushalt- und Nierenstörungen, Leberschädigung, Hirnschrumpfung, usw.) und lebensgefährliche Herz-Kreislaufkomplikationen, die zum Tod führen können.

Frau A. wird bezüglich Ihrer Krankheit (Essstörung) und deren Behandlungsnotwendigkeit in zwei Gutachten und auch von unserem Psychiater Dr. med. O.P. als urteilsunfähig eingeschätzt.

Es wurde mehrfach und über lange Zeit, ambulant und stationär (und ohne Zwangsmassnahmen) versucht, eine Gewichtszunahme zu erreichen, ohne jeglichen Erfolg.

Es ist eine Zwangsernährung über eine Sonde in den Magen oder Dünndarm geplant. Falls sich Frau A. gegen die Einlage der Sonde wehren würde, müsste sie evtl. physikalisch fixiert und/oder medikamentös gedämpft/ruhiggestellt werden. Das



Belassen der Sonde und die Weiterführung der Ernährung wird bei Bedarf mit personellen, physikalischen und/oder medikamentösen Massnahmen gewährleistet. Zusätzlich zu den üblichen Massnahmen/Überwachungen (Blutdruckmessungen, Pulsmessungen, etc.) werden eine Dauerinfusion und regelmässige Blutuntersuchungen notwendig sein.

Aufgrund aller bisherigen Erfahrungen besteht keine Aussicht, dass Frau A. rechtzeitig, d.h. in den nächsten Tagen, in diese Behandlung einwilligt. Deshalb muss leider die zwangsweise Ernährung angeordnet werden. Alle Voraussetzungen von Art. 434 ZGB sind dafür erfüllt.

Diese Anordnung wurde Frau A. am DD.MM.2021 mündlich persönlich eröffnet und ihr persönlich abgegeben.

4. Gegen diese Anordnung reichte A. eine Beschwerde bei der VRK und nachher beim Kantonsgericht ein.

### **Aus den Erwägungen:**

### **III.**

Das vorliegende Verfahren hat zwei Gegenstände, nämlich die fürsorgerische Unterbringung und die Behandlung ohne Zustimmung. Angesichts der Tatsache, dass die Behandlung ohne Zustimmung als besonders wichtig erscheint und die weitere Unterbringung bei Anordnung dieser Behandlung anders zu beurteilen ist als ohne die Behandlung, wird zuerst die Behandlung ohne Zustimmung begründet (vgl. unten, E. 1-7) und erst anschliessend die fürsorgerische Unterbringung (vgl. E. 8 und 9).



1. Sowohl das Spital bzw. dessen Chefarzt-Stellvertreter als auch die Vorinstanz erachteten die Anwendbarkeit von Art. 434 ZGB in Abgrenzung von Art. 378 ZGB als gegeben. Dabei ist mit Geiser/Etzensberger davon auszugehen, dass einzig der Gegenstand der Behandlung für die Abgrenzung massgeblich sein kann. Die beiden Autoren erklären, dass die Art. 434 f. und 437 ZGB die Behandlung einer psychischen Störung in einer psychiatrischen Klinik ohne Zustimmung des Patienten abschliessend regeln (BSK ZGB I-Geiser/Etzensberger, 6. Aufl., Art. 434/435 N 4-5 mit Hinweis auf die Botschaft Erwachsenenschutz, BBl 2006 S. 7001 ff., S. 7037 und S. 7063; vgl. dazu auch ZK-Boente, 2015, Art. 377 ZGB N 20 ff.). Bei der Zwangsernährung bei der Hauptdiagnose der "anorexia nervosa", handelt es sich zwar streng genommen um eine somatische Behandlung, die mit der Diagnose der psychischen Störung jedoch unabdingbar verknüpft ist, sollen doch damit überhaupt erst die Voraussetzungen geschaffen werden, damit eine psychiatrische Therapie erfolgen kann bzw. sind die somatischen Probleme doch direkt Folge der Essstörung. Auch die Botschaft (Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7070) nennt die Zwangsernährung als Anwendungsfall von Art. 434 ZGB. Ein Vorgehen gemäss Art. 434 ZGB erscheint demzufolge als richtig.

2. Die Vorinstanz erachtete die im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen für die *Anordnung einer Behandlung ohne Zustimmung* gemäss Art. 434 Abs. 1 ZGB als gegeben. Demnach kann die Chefärztin oder der Chefarzt der Abteilung bei Fehlen der Zustimmung der betroffenen Person die im Behandlungsplan vorgesehenen medizinischen Massnahmen schriftlich anordnen, wenn (1.) ohne Behandlung der betroffenen Person ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist, (2.) die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist; und (3.) keine angemessene Massnahme zur Verfügung steht, die weniger einschneidend ist.

a. Als erstes erkannte sie, dass eine *befugte Person (Chefärztin bzw. deren Stellvertreter)* die Behandlung angeordnet habe. Die Verfügung über die Behandlung



ohne Zustimmung (Zwangsernährung) sei vom Chefarzt-Stellvertreter der Klinik für Allgemeine Innere Medizin des Spitals erlassen worden. Aus dem Vorgehen, dass A. die Behandlung gemäss Einträgen in der Krankengeschichte wiederholt von den behandelnden Ärzten des Spitals dargelegt worden sei, folgerte die Vorinstanz, dass die Zwangsernährung nicht von demjenigen Arzt angeordnet worden sei, der für die Errichtung des Behandlungsplanes verantwortlich bzw. als behandelnder Arzt/ behandelnde Ärztin tätig gewesen sei.

b. A. macht mit Beschwerde geltend, die Ausführungen der Vorinstanz, wonach Dr. med. M.N. aktuell oder früher nicht in ihre Heilbehandlung involviert und deshalb ausreichend unabhängig gewesen sei, die angefochtene Anordnung zu erlassen, seien bestritten. Dr. med. M.N. habe sie aktuell und früher behandelt. Dies lasse sich anhand des Austrittsberichts vom DD.MM.2021.

c. Das Spital erklärte darauf in seiner Stellungnahme, dass Dr. med. M.N. vor den Arbeiten zum Erlass der Anordnung der Zwangsernährung nicht zum Behandlungsteam für A. gehört habe. Den Austrittsbericht vom MM.NN.2021 habe er lediglich als Chefarzt visiert, ohne sich mit der eigentlichen Behandlung von A. befasst zu haben. Dr. med. M.N. als Chefarzt-Stellvertreter hätte nur anlässlich der Chefarztvisite, die er abwechselnd mit dem Chefarzt jede zweite Woche durchführe, kurz mit A. Kontakt gehabt.

d. A. betont in ihrer abschliessenden Stellungnahme, dass Dr. med. M.N. "deutlich stärker" in ihre bisherige Behandlung involviert gewesen sei als von der Vorinstanz angenommen. Sie begründet aber auch hier diesen Einwand nicht weiter. Sie erklärt mit keinem Wort, wann Dr. med. M.N. sie behandelt habe, und nimmt zu dessen Erklärungen nicht Stellung. Warum die gesetzliche Anforderung an ihn als Chefarzt bzw. Stellvertreter nicht erfüllt sei, bleibt ebenfalls unbegründet.



e. Gemäss dem Wortlaut von Art. 434 Abs. 1 ZGB muss die entscheidende Person Chefarzt bzw. Chefärztin der zuständigen Abteilung oder Stellvertreter bzw. Stellvertreterin sein (Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7069 f.). Gleichzustellen ist nach BGE 143 III 337, E.2.4.2 sodann der Entscheid des leitenden Arztes als Stellvertreter. Gemeint ist somit diejenige Person, welche für die ganze Klinik oder wenigstens für die entsprechende Abteilung die medizinische Gesamtverantwortung trägt. Es darf überdies nicht diejenige Person sein, die den Behandlungsplan aufgestellt hat, d.h. der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin. Ziel der unterschiedlichen Kompetenzzuweisung ist, dass eine Behandlung ohne Zustimmung nur dann erfolgt, wenn mindestens zwei Spezialärzte von deren Notwendigkeit überzeugt sind (BSK ZGB I-Geiser/  
Etzensberger, Art. 434/435 N 33). Art. 434 ZGB verlangt nicht ausdrücklich eine gänzliche Unabhängigkeit des Chefarztes von der bisher betreuenden Ärztin. Im Regelfall ist somit jener dieser hierarchisch vorgesetzt.

Das Kriterium des leitenden Arztes ist vorliegend erfüllt. Das Spital führt aus, dass Dr. med. M.N. vor den Arbeiten, die zur Anordnung der Behandlung ohne Zustimmung führten, nicht zum engeren Behandlungsteam für A. gehörte. Das Visieren eines Austrittsberichts und eine zweiwöchige Chefarztvisite lassen Dr. med. M.N. nicht als Teil des Behandlungsteams erscheinen. A. begründet ihre weiteren Einwände aber nicht konkret genug, inwiefern Dr. med. M.N. voreingenommen wäre, sondern weist lediglich in (zu) unbestimmter Weise darauf hin, dass Dr. med. M.N. auch schon mit ihr zu tun gehabt habe. Das kann nicht genügen, fordert doch weder der Gesetzestext noch die dazugehörige Botschaft (Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7069) eine weitergehende Unabhängigkeit. Unter diesen Umständen erweist sich die Rüge der fehlenden Unabhängigkeit als unbegründet, womit sich auch die verlangte Befragung von Dr. med. M.N. erübrigt.

3. Klar ist, dass A. in Lebensgefahr ist (Art. 434 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB). Aus dem von der Vorinstanz erhobenen ärztlichen Gutachten geht ausdrücklich hervor, dass ein "hohes



Sterberisiko" bestehe. A. erhebt in ihrer Beschwerde diesbezüglich denn auch keine ausdrückliche Rüge.

4.a Die Vorinstanz bejahte weiter die Voraussetzung gemäss Art. 434 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB, wonach die betroffene Person *bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig* zu sein habe. Dabei stützte sie sich auf die Einschätzung des Sachverständigen ab, wonach A. kaum Krankheits- und keine Behandlungseinsicht habe, was die psychische Störung (Anorexia nervosa) betreffe. Das Gleiche gehe aus dem psychiatrischen Gutachten vom 15. August 2021 und dem fachpsychologischen Kurzgutachten vom 24. September 2021 hervor. Es fehle der Beschwerdeführerin an den notwendigen kognitiven Fähigkeiten, um in die Behandlung (Zwangsernährung) einzuwilligen. Dies habe sich auch daran gezeigt, dass sie erklärt habe, die Ärzte seien nur an der Zwangsernährung interessiert. Sie wolle unter ihren Bedingungen gesund werden, sie erachte eine palliative Behandlung für eine gute Idee als übergangsmässige Lösung, danach gehe sie in die USA.

b. A. macht in der Beschwerde geltend, sie sei in Bezug auf die Zwangsernährung mittels Magensonde unter entsprechender Fixierung durchaus urteilsfähig. Aus den Gutachten lasse sich keine diesbezügliche Erkenntnis ableiten. Sie wisse sehr wohl, was eine Magensonde unter langer Fixierung für sie bedeute. Sie habe grosse Angst davor. Ihre Aussagen anlässlich der Hauptverhandlung in Bezug darauf, dass sie zumindest in der Schweiz palliativ behandelt werden möchte, seien als Manifestation dieser Angst zu verstehen. Ähnlich erklärte A. dem verfahrensleitenden Richter, dass sie keine Magensonde möchte. Sie würde sie ohnehin herausziehen. Sie sei zwar krankheits-/behandlungseinsichtig, aber sie möchte keine Magensonde.

c. Art. 434 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB verlangt, dass die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist. Von dieser Bestimmung werden gemäss Geiser/Etzensberger Personen erfasst, welche zwar einen Willen ausdrücken können,



dessen Bildung aber nicht auf dem von Art. 16 ZGB geforderten Mindestmass an Rationalität beruht (BSK ZGB I-Geiser/Etzensberger, Art. 434/435 N 18, mit Hinweis auf Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7069 f.; Gassmann/Bridler, in: FHB Kindes- und Erwachsenenschutz, 2016, Rz 9.168). Dabei geht es einerseits um Personen, denen es an der kognitiven Fähigkeit mangelt, ihre Zustimmung oder Ablehnung zu äussern. Es geht andererseits aber auch um Personen, deren Krankheit ihre Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigt und die Entschlussfähigkeit lähmt. Dies ist beispielsweise der Fall bei einer Sucht, bei der Patientinnen oder Patienten zwar merken, worum es geht, einer angepassten Behandlung aber nicht zustimmen können und dies mit verbalem und allenfalls physischem Widerstand ausdrücken, weil sie in ihrer die ganze Persönlichkeit erfassenden Schwäche ihre Situation nicht vernunftgemäss einschätzen können (Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7069). Zu beachten ist aber immerhin, dass eine Urteilsunfähigkeit nicht nur dadurch belegt werden kann, dass eine vorgeschlagene Behandlung abgelehnt wird.

Vorliegend lehnt A. die vorgeschlagene Behandlung aber nicht nur ab. Vielmehr sind ihre eigenen Vorbringen, dass sie sehr wohl wisse, was eine Magensonde unter langer Fixierung bedeute, nicht schlüssig. Denn Art. 434 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB verlangt die Urteilsunfähigkeit nicht nur betreffend die Therapie selber, sondern auch und ausdrücklich *in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit*. Weiss A., was eine Magensonde ist, führt dies nicht automatisch zur Bejahung der Urteilsfähigkeit. Vielmehr ist der Vorinstanz darin recht zu geben, wenn sie erwägt, dass die Überlegung von A., mit einer palliativen Behandlung gesund zu werden und anschliessend in die USA zu reisen, nicht rational nachvollziehbar sei. Palliativ bedeutet lediglich schmerzlindernd; die Beschwerden einer Krankheit lindernd, aber nicht [mehr] die Ursachen einer Krankheit bekämpfend ([www.duden.de](http://www.duden.de)), d.h. eine palliative Behandlung ist auf die Schmerzlinderung, nicht aber auf eine Genesung ausgerichtet. Ähnlich erklärte A. anlässlich ihrer Anhörung auf die Frage, was sie denn machen würde, wenn sie nun wunschgemäss in die USA reisen könnte, dass sie dort durch Ärzte betreut werde, welche zuerst noch zu organisieren wären, sobald sie dort sei. Dort werde ihr geholfen. Angesichts der bisherigen Therapieversuche und der seit vielen Jahren bestehenden Krankheit erscheint dieser Plan als unrealistisch und lässt die Tatsache



## St.Galler Gerichte

ausser Acht, dass sie sich derzeit in akuter Lebensgefahr befindet, in der es keine andere Behandlungsoption mehr gibt als die Zwangsernährung. Diese Tatsache vermag A. nicht zu erkennen, auch dann, wenn sie ihr erklärt wird. Deshalb ist ihre Urteilsfähigkeit in Bezug auf ihre Behandlungsbedürftigkeit zu verneinen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass A. sich in ihrer Beschwerde nicht damit auseinandersetzt, dass ihre Urteilsfähigkeit mittlerweile von drei Fachpersonen verneint wurde, miteingeschlossen den unabhängigen Sachverständigen im vorinstanzlichen Verfahren. In ihrem Gutachten vom DD.MM.2021 kommt Dr. med. O.P. zum Schluss, dass A. in ihrem aktuellen Zustand nicht in der Lage sei, in Bezug auf medizinische und gesundheitliche Angelegenheiten die Realität zu erfassen, zu planen, Entschlüsse zu fassen und diese durchzusetzen. Das fachpsychologische Gutachten von lic. phil. I S. vom DD.MM.2021 äussert sich dahingehend, dass diese Beurteilung gestützt werde. Die eingeschränkte Urteilsfähigkeit sei Bestandteil bzw. Folge der chronifizierten Entwicklung der restriktiven Anorexia nervosa. A. wiederholt auch in Anbetracht dieser Gutachten lediglich ihren Standpunkt und zeigt nicht auf, weshalb genau ihre Urteilsfähigkeit trotz der Gutachten zu bejahen wäre. Ihre Rüge erscheint auch deshalb nicht als stichhaltig.

In ihrer abschliessenden Stellungnahme erklärt A., ihr Wunsch sei eine weitere Behandlung in einem alternativen Setting bzw. sie sei bereit, jegliche Hilfe anzunehmen, die von einem, von ihr mitbestimmten Ärzteteam, zu dem ein ausreichendes Vertrauensverhältnis bestehe, verschrieben worden sei. Diese Argumente und Beteuerungen stossen ins Leere. Nachdem es A. gerade an der Urteilsfähigkeit *bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten* fehlt und sie kein Argument vorbringt, weshalb ihre Urteilsunfähigkeit bisher falsch festgestellt worden sei, hat der Chefarzt bzw. die dessen Entscheid überprüfenden Gerichte auf gesetzlicher Basis die weitere Behandlung festzusetzen. Es ist davon auszugehen, dass sie nicht in der Lage ist, eine geeignete Behandlung vorzuschlagen. Sie erklärt denn auch in ihrer abschliessenden Eingabe nach wie vor nicht, welches Behandlungsteam sie



konsultieren möchte, sie belegt nicht, dass sie von diesem Behandlungsteam aufgenommen würde, welche konkrete Behandlung sie wünsche und warum diese dann erfolgreich wäre, nachdem sie nun schon während Jahren ohne nachhaltige Besserung konservativ behandelt wurde.

5.a Die Vorinstanz bejahte schliesslich auch die *Verhältnismässigkeit* der angeordneten Zwangsernährung. Sie erwog, dass eine Zwangsernährung ein äusserst grosser Eingriff sei. Dennoch erachtete die Vorinstanz die Behandlung als verhältnismässig. Die Konsequenzen einer fehlenden Behandlung, d.h. das Versterben, würden eindeutig schwerer wiegen. Es bestehe keine Alternative zur Zwangsernährung. Gemäss den Auskünften der behandelnden Ärzte habe der bisherige Versuch, konservativ eine Gewichtszunahme zu erreichen, nicht funktioniert. Schliesslich habe auch A. ein überwiegendes Interesse an einer wirksamen Behandlung, welches höher zu gewichten sei als die momentane Entscheidungsfreiheit und der Schutz vor den möglicherweise zu erwartenden Nebenwirkungen. Ethisch legitimiert sei die Anwendung von Zwang durch die Annahme, dass mit steigendem Gewicht die Psychopathologie abnehmen und die Beschwerdeführerin ein psychotherapeutisches Angebot annehmen werde und annehmen könne, was ihr wiederum die Chance auf ein Leben mit guter Lebensqualität gebe.

b. A. rügt in ihrer Beschwerde Folgendes:

- Die Belastungen bei der Zwangsernährung nach Narkotisierung, insbesondere die Rumination während permanenter Fixierung bedeuteten eine erhebliche Erstickungsgefahr. Diese sei im angefochtenen Entscheid nicht berücksichtigt. Zudem sei das erhöhte Risiko einer Infektion, Perforation und Sonden-Dislokation zu berücksichtigen.



## St.Galler Gerichte

- Sie bestreite, dass eine Zwangsernährung im vorliegenden Fall eine wirksame Behandlung sei. Gemäss Westmair/Perrar/Schweiger sei nicht belegt, dass die angestrebte Lebensverlängerung durch Zwangsernährung überhaupt erreicht werde (vgl. Westmair/Perrar/Schweiger, Ein palliativer Ansatz für schwerste Anorexia nervosa?, Der Nervenarzt, 91/2020). Im Gegenteil wiesen zwangsernährte Anorexia nervosa Patienten eine deutlich erhöhte Morbidität auf.
  
- Ferner habe die Vorinstanz den Umstand, dass die Zwangsernährung mit einer "mindestens" 12-wöchigen und permanenten Fixierung einhergehe, nicht ausreichend gewürdigt. In Bezug auf Zwangsernährung hätten sowohl das Bundesgericht als auch der EGMR festgehalten, dass eine lebensrettende Massnahme an sich keine unmenschliche Behandlung im Sinne von Art. 3 EMRK sei, solange damit die unmittelbare und akute Lebensgefahr abgewehrt werde (mit Hinweis auf BGE 136 IV 97 E. 6.1.1 [Rappaz] und EGMR, Urteil no. 54825/00, Nevmerzhitsky v. Ukraine). Diene eine Zwangsernährung aber nicht mehr der unmittelbaren und akuten Abwehr einer Lebensgefahr, so stelle diese eine unmenschliche Behandlung nach Art. 3 EMRK dar.
  
- c. Zu diesen Rügen ist zu bemerken, dass sie grundsätzlich keine neuen Aspekte in das Verfahren bringen. Wenn in diesem Verfahren nachzuprüfen ist, ob die Vorinstanz korrekterweise die Verhältnismässigkeit bejahte, ist dazu zu sagen, dass sie aufgrund des Berichtes des Sachverständigen anlässlich der Hauptverhandlung die Verhältnismässigkeit nicht nur bejahen durfte, sondern dies auch musste. Der Gutachter erklärte in Beantwortung der Frage 1 klar, es sei bis jetzt versucht worden, konservativ eine Gewichtszunahme zu erreichen – 500g pro Woche. Dies sei nicht gelungen. Die Zwangsernährung sei die letzte Möglichkeit. Ohne die Behandlung drohe ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden. Es bestehe die Gefahr, dass A. sterbe. Und auf die Frage, ob andere Behandlungen zur Verfügung stünden, antwortete er mit: "Zurzeit nicht. Es sei denn, man will in Kauf nehmen, dass A. stirbt". Und der leitende Arzt Psychosomatik führte aus, die Zwangsernährung sei nun zwingend erforderlich, da die körperlichen Ressourcen aufgebraucht seien. Ansonsten sehe er ganz klar einen



tödlichen Verlauf. Die angeordnete Dauer ermögliche eine Gewichtszunahme bis zu einem BMI von 13. Mit diesem BMI seien wieder andere Behandlungen möglich, was bedeute, dass ab einem BMI von 13 bei einer anderen Behandlung der mögliche tödliche Verlauf nicht mehr gegeben sei. Insoweit stehen auch die von A. angeführten Erwägungen in BGE 136 IV 97, der die Zwangsernährung eines in Hungerstreik getretenen Gefangenen betrifft, und EGMR Urteil no. 54825/00 (Nevmerzhiisky v. Ukraine) der Zwangsernährung der Beschwerdeführerin, die infolge Anorexie in Todesgefahr ist, nicht entgegen. Das Bundesgericht erwog im genannten Entscheid unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des EGMR, dass die Zwangsernährung einer Person gemäss Rechtsprechung erniedrigende Aspekte aufweise, die unter bestimmten Umständen gegen das Folterverbot in Art. 3 EMRK verstossen könnten. Wenn eine inhaftierte Person jedoch einen Hungerstreik fortsetze, könne dies unweigerlich zu einem Konflikt zwischen dem Recht auf körperliche Unversehrtheit des Einzelnen einerseits und der positiven Verpflichtung zur Erhaltung der Gesundheit und des Lebens der Inhaftierten, die Art. 2 EMRK den Vertragsstaaten auferlege, andererseits führen. Dieser Konflikt werde nicht durch die Konvention geregelt. Es sei Sache der nationalen Gesetzgebung, ihn zu lösen. Eine Zwangsernährung sei dann zulässig, wenn es keine andere Möglichkeit mehr zur Erhaltung des Lebens der betroffenen Person gebe. Wenn die Zwangsernährung nach innerstaatlichem Recht zulässig sei und in Würde praktiziert werde, sei die Zwangsernährung mit der Konvention vereinbar (BGE 136 IV 97 E. 6.1.1). Nachdem der Sachverständige im vorinstanzlichen Verfahren die Frage nach der Lebensgefahr klar bejahte und die Möglichkeit einer anderen Behandlung ebenso klar verneinte, erscheint die Anordnung der Zwangsernährung im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gemäss BGE 136 IV 97.

Auch die weiteren Einwendungen betreffend *Erfolgsaussichten* und *Nebenwirkungen* sind von vorneherein nicht stichhaltig. Es ist darauf hinzuweisen, dass das Rechtsmittelgericht keine medizinische Fachkenntnis hat. Seine Aufgabe ist es nicht, eine geeignete Behandlung für A. festzulegen, sondern zu überprüfen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die angeordnete Behandlung vorliegen. Es überprüft deshalb in erster Linie, ob ein verlässliches Gutachten von einer unabhängigen



Fachperson zu den relevanten Fragen eingeholt wurde. Diese Frage ist zu bejahen. Der Gutachter hat die Fragen nachvollziehbar, schlüssig und vollständig beantwortet. Es liegen keine Anzeichen für eine fehlende Verwertbarkeit des Gutachtens vor. A. bringt bezüglich das Gutachten denn auch keine Vorbehalte an. Sie rügt auch nicht, dass allfällige Ergänzungsfragen von ihr nicht beantwortet worden wären. Der Sachverständige antwortete auf die Frage, wie die Nebenwirkungen in Anbetracht des Nutzens zu beurteilen seien, dahingehend, dass mit der Überwachung die Nebenwirkungen vernachlässigbar seien. Wenn A. unter Bezug auf Fachpublikationen erklärt, die Zwangsernährung sei nicht verhältnismässig, da sie Nebenwirkungen (Ruminationsgefahr) bzw. fehlende Erfolgchancen habe, ist darauf hinzuweisen, dass diese Einwendungen nur den Standpunkt von A. wiederholen und sich nicht mit dem vorinstanzlich eingeholten Gutachten und der darauf abgestützten Begründung des vi-Entscheidendes auseinandersetzen.

Betreffend die Einwendungen zu den Nebenwirkungen bzw. den Komplikationen ist aber immerhin auf die Ausführungen des Spitals dazu zu verweisen. Es wird betont, dass die Gefahr von Komplikationen angesichts der bestehenden Todesgefahr geringer zu bewerten sind. Diese Einschätzung erscheint ohne weiteres als nachvollziehbar. Betreffend die Wirksamkeit wird überdies darauf hingewiesen, dass die Studienlage angesichts ethischer Bedenken bei der Erforschung schwierig sei, aber jedenfalls nicht gegen die Zwangsernährung spreche.

Das Gleiche gilt für die *Erfolgsaussichten* der angeordneten Zwangsernährung. Diese werden zwar keineswegs als sicher betrachtet, aber bereits der Sachverständige im vorinstanzlichen Verfahren räumte ein, dass es keine andere Behandlung für A. gebe. Die Alternative könnte damit lediglich das Sterbenlassen sein, wobei es wegen der mangelnden Urteilsfähigkeit an einer gültigen Einwilligung von A. fehlt.



d. In ihrer abschliessenden Stellungnahme weist A. darauf hin, dass auch der Chefarzt-Stellvertreter von *einer Behandlungsoption* spreche. Dieses Wort ist allerdings aus dem Zusammenhang genommen. Es sei wiederholt, dass der Gutachter die Frage, ob andere Behandlungen zur Verfügung stünden, mit folgendem Satz beantwortete: "Zurzeit nicht. Es sei denn, man will in Kauf nehmen, dass die Bf stirbt".

In der gleichen Stellungnahme macht A. neu geltend, dass der Chefarzt-Stellvertreter in der Stellungnahme des Spitals neu von einer *Jenunalsonde* spreche, was von der ursprünglichen Anordnung einer Zwangsernährung "mit Sonde" nicht abgedeckt sei. Eine *Jenunalsonde* oder "*Jejunalsonde* ist eine in der Medizintechnik verwendete Sondenform, die zur Ernährung von Patienten verwendet wird, wenn eine Zufuhr der Nahrung in den Magen nicht möglich ist" ([wikipedia.org/wiki/Jejunalsonde](https://wikipedia.org/wiki/Jejunalsonde), besucht am 29. November 2021). Warum eine "Sonde in den Magen oder Dünndarm" (Anordnung vom DD.MM.2021) etwas Anderes als eine *Jenunalsonde* wäre, begründet A. aber nicht. Vielmehr erscheint es als vertretbar, in der Anordnung die genaue Lage der Sondenspitze offenzulassen, um auf die konkrete Behandlung bei A. Rücksicht nehmen zu können.

6. A. verlangt schliesslich die Anordnung einer fachkundigen Sitzwache bzw. "Eins-zu-Eins Betreuung" und die tägliche Überprüfung bzw. Rapportierung an die KESB, ob aktuell nach wie vor Lebensgefahr bestehe.

a. Zu Letzterem erklären Geiser/Etzensberger, das Gesetz äussere sich nicht ausdrücklich zur Frage, ob die Anordnung der Behandlung ohne Zustimmung sich immer nur auf einen einzelnen Behandlungsschritt beziehe oder ob auch eine über längere Zeit andauernde, aus mehreren Eingriffen (z. B. Spritzen) bestehende Behandlung als Ganzes angeordnet werden könne. Soweit ersichtlich sei die Frage auch im Gesetzgebungsverfahren nicht diskutiert worden. Der Umstand, dass die Anordnung aufgrund eines Behandlungsplanes erfolge, spreche aber dafür, dass auch



eine Behandlung, die über längere Zeit verschiedene Interventionen vorsehe, mit einem einzigen Entscheid angeordnet werden könne (BSK ZGB I-Geiser/Etzensberger, Art. 434/435 N 27, mit Hinweis auf BGE 143 III 337 ff.).

Gestützt auf Geiser/Etzensberger erscheint es als möglich und in diesem Fall auch als richtig, eine länger andauernde Behandlung anzuordnen. Diese ist als Gesamtheit zu betrachten mit dem Ziel, A. wieder auf einen BMI  $13 \text{ kg/m}^2$  zu führen, wo keine Lebensgefahr mehr besteht und eine weitergehende Therapie möglich ist. Dies hat das Spital nochmals eingehend begründet, dass bis zu einem BMI von ca.  $13 \text{ kg/m}^2$  Lebensgefahr anzunehmen ist. Indessen könnte die Behandlung auf eine unbestimmte, nicht klar begrenzte Zeit nicht als verhältnismässig betrachtet werden. In der Annahme, die angeordnete Therapie verlaufe plangemäss, kann mit den Ausführungen des Spitals davon ausgegangen werden, dass das Ziel in zwölf Wochen zu erreichen wäre. Kann das Ziel eines BMI  $13 \text{ kg/m}^2$  indessen nicht erreicht werden, ist in erster Linie zu klären, ob A. einer weiteren Behandlung zustimmt und ob sie dafür urteilsfähig ist. Stimmt sie bei immer noch mangelnder Urteilsfähigkeit nicht zu, läge es am Chefarzt bzw. seinem Stellvertreter, eine neue Anordnung für eine Behandlung ohne Zustimmung zu erlassen.

b. Der andere Einwand betreffend Fachkunde der Sitzwache ist mit der nicht belegten Vermutung begründet, dabei handle es sich in der Regel um Studierende. Die Überwachung erfolgt durch das Spital als für den Eingriff als geeignet bezeichneter Institution (vgl. hierzu auch nachstehend E. 11). Nach Auskunft der Oberärztin erfolgt die Zwangsernährung vorerst auf der Intensivstation. Dabei ist es in der Verantwortung des Spitals, die geeigneten Personen für die Überwachung einzusetzen.

c. Nachdem die angeordnete Behandlung bis zum Erreichen eines BMI  $13 \text{ kg/m}^2$  als notwendig und verhältnismässig erscheint, weil für A. Lebensgefahr besteht, braucht sie bis zum Erreichen dieses BMI nicht täglich begründet zu werden. Dennoch hat A.



das Recht, fortlaufend über den Stand der Behandlung aufgeklärt zu werden. Weil sie vorläufig als nicht urteilsfähig eingeschätzt wird und bereits eine Beistandschaft mit dem Auftrag besteht, für das gesundheitliche Wohl sowie für hinreichende medizinische Betreuung von A. zu sorgen und sie bei allen dafür erforderlichen Vorkehrungen soweit nötig zu vertreten (Beschluss der KESB vom DD.MM.2021, Ziff. 4), wird das Spital angewiesen, die Beiständin wenigstens zweimal, d.h. nach zwei und nach sechs Wochen nach Beginn der Behandlung, über die folgenden, als besonders wichtig eingeschätzten Punkte zu unterrichten:

- den Verlauf der Behandlung,
- den weiteren Behandlungsplan und
- die Notwendigkeit einer Fixierung.

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die von A. erhobenen Rügen unbegründet sind. Die Erwägungen hiervoor führen zur Präzisierung der Anordnung und darüber hinaus zur Abweisung der Beschwerde gegen den vi-Entscheid bzw. die Anordnung des Chefarzt-Stellvertreters vom 11. Oktober 2021 betreffend Behandlung ohne Zustimmung.

8. Nach diesen Ausführungen ist auf die Frage der *fürsorgerischen Unterbringung* einzugehen. Die Vorinstanz betrachtete die Voraussetzungen dafür gemäss Art. 426 Abs. 1 ZGB als gegeben, wonach eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden darf, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Sie erwog, im mündlich erstatteten Gutachten habe der Sachverständige eine chronische, langdauernde Anorexia nervosa (F50.1 gemäss ICD-10-Codierung) sowie ein Ruminationsyndrom (im Zusammenhang mit der



Anorexia nervosa) diagnostiziert. Diese Einschätzung decke sich mit der Diagnose der Klinikärzte. Im Weiteren erwog die Vorinstanz, es sei unbestritten, dass A. auf medizinische und therapeutische Hilfe angewiesen sei. A. werde in Bezug auf die Anorexia nervosa mit einem aktuellen BMI von 10.4 kg/m<sup>2</sup> mit Olanzapin, Circadin, Calcium, Vitaminen und Nahrungsergänzungsmitteln behandelt. Gemäss dem Sachverständigen sei dies eine adäquate, aber ausbaufähige Medikation. Das Ziel des Spitals sei weiterhin, das Gewicht von A. zu steigern. Schliesslich bejahte die Vorinstanz die Voraussetzung, dass das Spital eine geeignete Einrichtung für die Unterbringung von A. sei. Gemäss den Aussagen der Auskunftspersonen könne A. im Spital im jetzigen Zeitpunkt die notwendige stationäre Behandlung und Betreuung gewährt werden. Andernfalls sei die zwingend erforderliche somatische Behandlung, Betreuung und Überwachung nicht möglich und ein Gewichtsaufbau nicht realistisch.

9. A. macht in ihrer *Beschwerde* geltend, weder im vorinstanzlichen noch im vorliegenden Beschwerdeverfahren sei bestritten gewesen, dass sie an einer psychischen Störung (Anorexia nervosa, Ruminationssyndrom) leide. Die Behandlungsbedürftigkeit sei grundsätzlich unbestritten. Der Freiheitsentzug lasse sich indessen nur dann rechtfertigen, wenn A. wieder an Gewicht zunehme und die aktuelle Gefährdungssituation sich wieder verbessere. Die bisherige Unterbringung während zweieinhalb Monaten habe *nicht der persönlichen Fürsorge* von A. gedient. Weder habe sich ihr Gesundheitszustand stabilisiert, noch habe eine pharmazeutische oder therapeutische Behandlung der psychischen Störung begonnen werden können. Der Versuch einer normalen Ernährung – was vorliegend dem bisherigen Behandlungsplan entsprochen habe – sei gescheitert. Da der Freiheitsentzug von A. nicht zu einer Verbesserung oder Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes habe beitragen können, sei dieser nicht mehr gerechtfertigt.

10.a Die fürsorgliche Unterbringung ("FU") dient in jedem Fall dem Schutz der betroffenen Person. Dem Schutz der Umgebung kommt nur eine subsidiäre Bedeutung zu (vgl. Art. 426 Abs. 2 ZGB; BGE 140 III 101 E. 6.2.3 = Pra 2015 Nr. 2; BSK ZGB I-



Geiser/

Etzensberger, 6. Aufl., 2018, Art. 426 N 8 und 41). Voraussetzung ist deshalb immer, dass der Betroffene eines besonderen Schutzes bedarf, der eben nur mit einer Freiheitsentziehung erbracht werden kann (FamKomm Erwachsenenschutz/Guillod, 1. Aufl., 2013, N 48 ff.). Diese muss die persönliche Fürsorge sicherstellen (ZK-Spirig, 1995, aArt. 397a ZGB N 196). Das geltende Recht präzisiert, dass darunter die Betreuung und nötigenfalls auch eine Behandlung zu verstehen sind. Diese soll – soweit möglich – die Entlassung aus der Einrichtung innert nützlicher Frist herbeiführen (BSK ZGB I-Geiser/Etzensberger, Art. 426 N 8 m.w.H.).

b. *Für die Zeit seit dem DD.MM.2021*, d.h. für die Zeit seit Anordnung der Zwangsernährung, sind die Voraussetzungen der fürsorgerischen Unterbringung ohne Weiteres zu bejahen. Dies ergibt sich bereits aus der Gesetzessystematik, wonach für eine Behandlung gemäss Art. 434 ZGB die betroffene Person fürsorgerisch in einer Einrichtung untergebracht worden sein muss (BSK ZGB I-Geiser/Etzensberger, Art. 434/435 N 13). Die angeordnete Behandlung findet vorerst auf der Intensivstation statt. Eine ambulante Behandlung ist nicht möglich.

c. *Für die Zeit vom DD.MM.2021 (angefochtene Verfügung der KESB) bis zum DD.MM.2021*, d.h. bis zum Zeitpunkt der Anordnung der Zwangsernährung, ist A. insoweit Recht zu geben, dass die Unterbringung – retrospektiv gesehen – nicht den gewünschten Erfolg brachte. Indessen bestreitet auch A. nicht, dass anfänglich taugliche Behandlungspläne vorhanden waren und somit durchaus die Möglichkeit bestand, dass diese bei ihr hätten Erfolg bringen können. Jedenfalls macht sie nicht geltend, dass sie von Anfang an darauf hingewiesen habe, dass diese Behandlungen nichts bringen würden und andere erfolgsversprechender gewesen wären. Dass den bisherigen Behandlungen kein Erfolg beschieden war, konnte nicht vorausgesehen werden und das Spital war dazu verpflichtet, nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip eine weniger beschränkende Behandlung zu versuchen, bis – als letzte Option – nur noch die Anordnung der Zwangsbehandlung übrig blieb. Schlussendlich ist darauf



hinzuweisen, dass die Vorbereitung der Anordnung der Behandlung ohne Zustimmung durchaus eine kurze Frist beanspruchen durfte. Unter diesen Umständen erscheint die FU auch für diese Zeitspanne als gerechtfertigt.

d. Festzuhalten ist schliesslich, dass für *die Zukunft* die Voraussetzungen der FU wegen der angeordneten Behandlung ohne Zustimmung, d.h. der Zwangsernährung, gegeben sind. Sollte sich das Spital aus *pandemiebedingten Kapazitätsgründen* oder anderen Gründen nicht in der Lage sehen, die angeordnete Behandlung durchführen zu können, oder sollte die Behandlung abgebrochen werden müssen, fällt der hier gutgeheissene Grund für die Rechtfertigung der FU weg. Deshalb wäre dann eine Entlassung von A. zu prüfen.