



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## FÜRSORGERECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: Dr. iur. Diana Oswald, Vorsitz  
lic. iur. Adrian Willimann und lic. iur. Judith Fischer  
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

URTEIL vom 27. Oktober 2025 *[rechtskräftig]*

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_ zzt. Triaplus AG Klinik Zugersee, Widenstrasse 55, 6317 Oberwil b. Zug  
Beschwerdeführer

gegen

**B.** \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
**Triaplus AG Klinik Zugersee**, Widenstrasse 55, 6317 Oberwil b. Zug  
Verfahrensbeteiligte

betreffend

Fürsorgerische Unterbringung

F 2025 31

A. A. \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_ 1944, wurde am 15. Oktober 2025 in C. \_\_\_\_\_ von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Zug, mit fürsorglicher Unterbringung (FU) in die Triaplus AG Klinik Zugersee eingewiesen, nachdem im Altersheim D. \_\_\_\_\_ suizidale Äusserungen und Weglauftendenzen berichtet wurden. Thematisiert wurden auch eine teilweise bestehende Desorientierung und wiederholte Stürze zuhause, bei Verdacht auf demenzielle Entwicklung.

B. Gegen seine Unterbringung beschwerte sich A. \_\_\_\_\_ mit Eingabe datiert vom 17. Oktober 2025 beim Verwaltungsgericht (Eingang auf der Gerichtskanzlei am 20. Oktober 2025).

C. Am 27. Oktober 2025 wurde der Beschwerdeführer im Beisein seiner Vertrauensperson E. \_\_\_\_\_ von der fürsorgerechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts in den Räumlichkeiten der Triaplus AG Klinik Zugersee angehört. An der Verhandlung nahmen seitens der Klinik die zuständige Oberärztin F. \_\_\_\_\_ sowie der fallführende Arzt G. \_\_\_\_\_ teil. Als gerichtlicher Gutachter wirkte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, u.a. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der sein Gutachten im Anschluss an die Anhörung mündlich erstattete. Die Verhandlung wurde anschliessend zur Beratung unterbrochen und der Urteilsspruch danach mündlich eröffnet. Das (zusammenfassende) Protokoll und die Tonaufnahme der Anhörung stehen den Parteien bis zum Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheides auf Wunsch zur Einsicht zur Verfügung.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Gegen eine ärztlich angeordnete Unterbringung kann die betroffene oder eine ihr nahestehende Person innert zehn Tagen seit Mitteilung des Entscheids schriftlich das Gericht anrufen (Art. 439 Abs. 1 Ziff. 1 und Abs. 2 ZGB). Zuständiges Gericht für die Beurteilung von Beschwerden in den Fällen von Art. 439 ZGB ist gemäss § 58 Abs. 1 lit. b des Gesetzes betreffend die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches für den Kanton Zug (EG ZGB; BGS 211.1) das Verwaltungsgericht. Der Beschwerdeführer ist in C. \_\_\_\_\_, Kanton Zug, von einer hier zur Berufsausübung berechtigten Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie eingewiesen worden, so dass die örtliche und sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug gegeben (BGE 146 III 377) und

die den minimalen formellen Anforderungen genügende Beschwerde (Art. 439 Abs. 3 i.V.m. Art. 450e Abs. 1 ZGB) zu prüfen ist.

2.

2.1 Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger 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). Die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten sind mit zu berücksichtigen (Art. 426 Abs. 2 ZGB; Geiser/Etzensberger, Basler Kommentar Zivilgesetzbuch I, 7. Aufl. 2022, Art. 426 N 8 ff.; eine Fremdgefährlichkeit allein reicht nicht aus, vgl. BGE 145 III 441 E. 8.4). Die betroffene Person wird entlassen, sobald die Voraussetzungen für ihre Unterbringung nicht mehr erfüllt sind; über die Entlassung entscheidet die Einrichtung (Art. 426 Abs. 3 und Art. 429 Abs. 3 ZGB). Die ärztliche Unterbringung fällt spätestens nach sechs Wochen dahin, sofern nicht ein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid der Erwachsenenschutzbehörde vorliegt (Art. 429 Abs. 2 ZGB i.V.m. § 51 Abs. 3 und 53 Abs. 1 EG ZGB). Hat die betroffene Person gegen eine fürsorgerische Unterbringung Beschwerde erhoben, hört sie die gerichtliche Beschwerdeinstanz in der Regel als Kollegium an (Art. 450e Abs. 4 Satz 1 ZGB) und entscheidet innert fünf Arbeitstagen seit Eingang der Beschwerde (Art. 450e Abs. 5 ZGB). Bei psychischen Störungen muss gestützt auf das Gutachten einer sachverständigen Person entschieden werden (Art. 450e Abs. 3 ZGB).

2.2 Bei der fürsorgerischen Unterbringung handelt es sich um einen schweren Eingriff in die persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) der betroffenen Person, auch wenn ihre Dauer bei ärztlicher Anordnung befristet ist (BGE 148 III 1 E. 2.3.3; 143 III 189 E. 3.2 i.f.). Konkret wird die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person (als Teilgehalt des Grundrechts der persönlichen Freiheit) beschränkt, wenn diese gezwungen wird, gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik zu verbleiben. Die Vor- und Nachteile, welche die Unterbringung der betroffenen Person bringt, sind einander im Sinne einer umfassenden Interessen- und Güterabwägung gegenüberzustellen. Es ist dabei jeweils im Einzelfall auszuloten, wo die Grenze zwischen Selbstbestimmung und staatlicher Fürsorge verläuft. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Achtung und Schutz der Menschenwürde (Art. 7 BV; vgl. grundlegend zur Menschenwürde als Leitsatz jeglicher staatlichen Tätigkeit sowie als innerster Kern und Grundlage der Freiheitsrechte BGE 127 I 6 E. 5b mit Hinweisen; ausserdem BGE 143 IV 77 E. 4.1) es dem Gemeinwesen im Sinne einer minimalen Sorgfaltpflicht auch gebieten können, einer erkrankten Person die notwendige Pflege und Behand-

lung zukommen zu lassen, dank der sie überhaupt (wieder) befähigt wird, ihre Persönlichkeit zu entfalten und ihre persönliche Freiheit auszuüben (vgl. zum Ganzen BGE 130 I 16 E. 5 sowie [ausführlicher] BGE 127 I 6 E. 5).

2.3 Das Gesetz nennt als Voraussetzung für Anordnung oder Fortbestand einer fürsorglichen Unterbringung das Vorliegen eines Schwächezustandes, der eine Behandlung oder Betreuung notwendig macht, die nicht anders als durch den Entzug der Freiheit erbracht werden kann (vgl. auch Geiser/Etzensberger, a.a.O., Art. 426 ZGB N 8). Zu ermitteln ist auf tatsächlicher Ebene zunächst, ob ein solcher Zustand vorliegt und ob bzw. inwiefern deshalb ein Fürsorgebedarf besteht. Anknüpfend am soeben Gesagten geht es darum zu ermitteln, ob die Fähigkeit einer Person zu eigenbestimmtem Handeln eingeschränkt ist und sie Unterstützung benötigt, um diese Fähigkeit – soweit möglich – wiederzuerlangen (etwa: Geiser/Etzensberger, a.a.O., vor Art. 426-439 ZGB N 14). Ob ein Fürsorgebedarf vorliegt, ist aufgrund der konkreten Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Person bzw. von Dritten, die besteht, wenn die Behandlung der psychischen Störung bzw. die Betreuung unterbleibt, zu beurteilen. Anhand dieser tatsächlichen Angaben ist in rechtlicher Hinsicht zu beurteilen, ob, und wenn ja, warum, eine Behandlung bzw. eine Betreuung (im Beurteilungszeitpunkt noch) "nötig" ist (vgl. BGer 5A\_254/2013 vom 17. April 2013 E. 2.2).

2.4 Schliesslich ist die Verhältnismässigkeit der Unterbringung abzuwägen. Diese muss erforderlich, geeignet und verhältnismässig im engeren Sinne sein. Lassen sich eine Störung oder ihre Auswirkungen beseitigen oder mindestens abschwächen, ist während der fürsorglichen Unterbringung alles Nötige vorzukehren, damit die betroffene Person wieder aus der Einrichtung entlassen werden und ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen, Neigungen und Fähigkeiten selbst gestalten und organisieren kann. Jedenfalls muss die Unterbringung die Lebensqualität der betroffenen Person verbessern (vgl. etwa BGer 5A\_567/2020 vom 18. September 2020 E. 2.3; Geiser/Etzensberger, a.a.O., vor Art. 426–439 ZGB N 14). Die freiheitsbeschränkende Unterbringung ist weiter nur gesetzeskonform, wenn der angestrebte Zweck nicht mit einer mildereren Massnahme erreicht werden kann.

3. Zunächst ist zu prüfen, ob ein Schwächezustand im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB vorliegt.

3.1 Wie der gerichtliche Gutachter einleuchtend aufzeigte, besteht beim Beschwerdeführer der Verdacht auf eine Demenzerkrankung (die aktuell in der Klinik näher abgeklärt wird). Gemäss Angabe der Klinikvertreterin bestand dieser Verdacht bereits im Herbst 2024, wobei der Patient jedoch keine weiteren Abklärungen vornehmen wollte. Es liessen sich – so der Gutachter weiter – zum Zeitpunkt von Begutachtung und Anhörung klinisch relevante Einschränkungen von Steuerungs- und Planungsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit objektivieren. Der Beschwerdeführer konnte sich etwa an Datum und zeitliche Abfolgen nicht erinnern, keine planerischen Abfolgen aufstellen oder einhalten, auf Fragen nicht zielgerichtet eingehen, etc. Die Einschränkungen in der Steuerungsfähigkeit würden die Fähigkeit zur Selbstfürsorge beeinträchtigen, der Patient könne sich dann nicht selbst regulieren, was sich etwa zeige, wenn er in der Klinik mitten in der Nacht aufwache und dann umgehend austreten wolle, ohne Einsicht, dass dies nicht möglich sei, oder auch wenn er überzeugt sei, umgehend und ohne vorherige Planung nach I. \_\_\_\_\_ auswandern zu können, so wie er früher offenbar jeweils dorthin in die Ferien gereist sei. Wie die Vertreter der Klinik ergänzten, manifestierten sich diese Einschränkungen auch im Längsschnitt. Insbesondere in der Nacht seien die Orientierungsschwierigkeiten sehr prominent, aufgrund der Weglauftendenzen sei der Beschwerdeführer im Altersheim D. \_\_\_\_\_ so nicht tragbar und könne dort aktuell nicht betreut werden. Der älteste Sohn sei in grosser Sorge wegen der Sturzgefahr, da sein Vater nicht verstehe, dass er nicht mehr alles könne, was früher möglich gewesen sei.

Anhaltspunkte für eine akute Suizidalität konnten im Anhörungszeitpunkt hingegen weder die Klinikärzte noch der Gerichtsgutachter benennen. Gemäss Auffassung der verantwortlichen Oberärztin könne es im Rahmen einer Demenz gut sein, dass es beim Patienten zu einer vorübergehenden Überlastung komme und er dann in diesem Kontext suizidale Äusserungen tätige. Der konkrete Beschwerdeführer habe solche im Altersheim geäussert und diese auch in der ersten Visite in der Klinik bestätigt; seither sei dies nicht mehr vorgekommen.

3.2 Nach übereinstimmender Auffassung der Ärzte besteht beim Beschwerdeführer aufgrund des Schwächezustands jedenfalls ein umfangreicher Unterstützungs- und Betreuungsbedarf, vor allem in der Nacht. Dabei würden sich die Effekte der kognitiven Einschränkungen im Zusammenspiel mit den somatischen Einschränkungen, insbesondere der Gangunsicherheit, ungünstig gegenseitig beeinflussen; aktenkundig sei, dass es noch zuhause in C. \_\_\_\_\_ zu zahlreichen Stürzen gekommen sei, weshalb sich auch die Kinder des Beschwerdeführers grosse Sorgen machen würden. Er sehe nicht ein, dass er

nicht mehr so leistungsfähig sei wie früher, sondern gehe davon aus, er könne weiterhin alles machen, was früher möglich gewesen sei. Solange er sich nicht ein Helfernetz aufgebaut habe, auf welches er sich dann auch stütze, sei es letztlich aleatorisch, ob bzw. wie lange er nach einer Entlassung aus der Klinik unbeschadet zurechtkommen würde; jedenfalls bestehe eine erhebliche Gefahr von Stürzen und Verwahrlosung. Mit den objektivierten kognitiven Einschränkungen liegt ein Schwächezustand zweifelsohne vor.

4. Zu beantworten ist sodann die Frage, ob die beim Beschwerdeführer bestehende Störung eine Behandlung und/oder eine Betreuung nötig macht, was unter anderem anhand des Selbst- und Fremdgefährdungspotentials zu beurteilen ist.

4.1 Bei der Beurteilung der Selbstgefährdung stellt sich einerseits die Frage nach einer allfälligen Suizidgefahr. Andererseits ist auch danach zu fragen, ob die Gesundheitschädigung bedrohliche Ausmasse annimmt, ob Anzeichen für ein Fortschreiten der Erkrankung bestehen, ob die betroffene Person daran ist, in ihrer Lebensgestaltung, ihrem Verhalten in ihrer Umgebung, ihrer persönlichen Hygiene und ihrer Gesamtverfassung in einen Zustand von Selbstdestruktion zu geraten, der der Menschenwürde nicht mehr entspricht (vgl. noch zum alten Recht R. Furger, Unterbringung Jugendlicher und Erwachsener im Sinne der FFE aus psychiatrischer Sicht, ZVW 38, 41 ff.).

4.1.1 Die Defizite in der Orientierung würden sich, so der Gutachter, im Alltag etwa darin äussern, dass bereits ein Einkauf im Supermarkt allein nicht mehr bewältigt werden könne, sondern nur mit Unterstützung. Die konkreten Auswirkungen der Defizite würden, so der Experte weiter, stark vom Helfernetz abhängen, aber auch von der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen. Aktuell sei jedoch die Krankheits- und Behandlungseinsicht sehr gering. Weiter stellten sowohl der Experte als auch die Klinikärzte die akute Gefahr von Stürzen und Verwahrlosung nachvollziehbar dar, wenn der Beschwerdeführer nach Hause zurückkehren würde (vgl. oben E. 3.2) oder sich gar überstürzt nach I. \_\_\_\_\_ begeben würde, wo er offenbar seit 30 Jahren über ein Ferienhaus verfügt. Die Klinikärzte erklärten weiter, A. \_\_\_\_\_ vermöge sich in kurzen Gesprächen unauffällig zu verhalten, sobald man aber länger mit ihm spreche, werde er auffällig. So äussere er etwa, man befinde sich im Jahr 1975 oder 2075, oder er sei 92 bzw. 93 Jahre alt, was nicht zutreffe.

4.1.2 Die Defizite des Beschwerdeführers äusserten sich auch im Gespräch mit dem Gericht, indem dieser sich z.B. oft wiederholte oder immer wieder zusammenhanglos auf Themen zu sprechen kam, welche mit den an ihn gerichteten Fragen nichts zu tun hatten

(etwa auf das Thema seiner Ehefrau, die ihn verlassen habe, obwohl die Ehe 43 Jahre lang gut gewesen sei; er wolle wieder mit ihr zusammenleben). Weiter vermochte er z.B. nicht zu erklären, unter welchen Umständen er in das Altersheim D. \_\_\_\_\_ gekommen sei, wo er nun offenbar nicht bleiben wolle. Erst aus der Befragung der Klinikvertreter ergab sich, dass der Beschwerdeführer diese Übersiedlung wohl selbst organisiert habe, wenn auch unter Druck seiner besorgten Kinder, die ihn beim Umzug offenbar unterstützten. Zu Beginn der persönlichen Anhörung beteuerte der Beschwerdeführer gar (durchaus mit offensichtlicher Überzeugung), er habe nie im D. \_\_\_\_\_ geschlafen, er wohne zuhause. Es wurde dabei offensichtlich, dass er sich nur bruchstückhaft an die entsprechenden Abläufe zu erinnern vermochte.

4.1.3 Nach dem Gesagten ist eine Selbstgefährdung beim Beschwerdeführer zu bejahen dahingehend, dass er allein sicher nicht für sich sorgen kann (Ernährung, Haushalt, Planung z.B. der Medikamente etc.), sondern nur mit einem ausgebauten Helfernetz. Solange er in seinem Eigenheim in C. \_\_\_\_\_ wohnte, konnte er offenbar auf Unterstützung der Apotheke zählen, die ihm in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt die Medikamente direkt in Tagesportionen einpackte, sowie der Haushaltsspitex, welche ihn seit dem Auszug seiner Ex-Ehefrau im Haushalt und beim Einkaufen unterstützte (wie er erläuterte, konnte er sonst z.B. nicht die 18 Liter Coca-Cola, die er benötige, nach Hause tragen). Eine Unterstützung insbesondere in der Nacht bestand nicht, und es kam zu zahlreichen Stürzen zuhause (der Beschwerdeführer leidet nebst einer beginnenden Demenz unklarer Genese auch an einer Gangunsicherheit und diversen anderen somatischen Leiden). Ein geeignetes Helfernetz bestünde z.B. im Altersheim D. \_\_\_\_\_, wohin A. \_\_\_\_\_ denn auch nach einhelliger Einschätzung der Fachärzte entlassen werden könnte, wenn er bereit wäre, dort zu bleiben, was aber aktuell nicht der Fall sei (Weglauftendenz; auch in der Anhörung betonte A. \_\_\_\_\_ auf mehrfache Nachfrage des Gerichts hin, es sei für ihn keine Option, ins D. \_\_\_\_\_ zurückzukehren; er wünsche vorübergehend in seinem Eigenheim zu wohnen, bis dieses verkauft werde, und hernach umgehend nach I. \_\_\_\_\_ überzusiedeln, wo er sich immer um alles selbst gekümmert habe). Zusammenfassend liegt aktuell eine Selbstgefährdung im Sinne einer akuten Gefahr der Verwahrlosung und auch der somatischen Schäden (durch Stürze) vor, wenn der Beschwerdeführer entlassen wird in ein Setting, welches nicht genügend ausgebaut ist, um ihn aufzufangen und engmaschig zu begleiten. Hinzu kommt die ebenfalls akute Gefahr weiterer gesundheitlicher Schäden, wenn der Beschwerdeführer in einem ungeeigneten Setting bei der Einnahme seiner somatischen Medikation nicht mehr unterstützt wird. Ebenso legten die Ärzte dar, dass die Demenz eigentlich dringend abgeklärt werden müsste, um Näheres über deren

Art zu erfahren, da gewisse Erkrankungen verlangsamt werden könnten mit einer geeigneten Behandlung, dies aber nur möglich sei, wenn man wisse, womit man es zu tun habe. Auch dies leuchtet ein; allgemeinnotorisch ist die Gefahr weiterer gesundheitlicher Verschlechterung bei unbehandelter Demenz erheblich. Schliesslich ist der Vollständigkeit halber auch die Gefahr zu erwähnen, dass A. \_\_\_\_\_ zwar aktuell für Dritte offensichtlich erkennbar kognitiv beeinträchtigt ist, wenn mit ihm ein längeres Gespräch geführt wird, seine Einschränkungen aber – wie dies auch die Ärzte beschrieben – durchaus (noch) nicht auf den ersten Blick erkennbar zu Tage treten, so dass er offensichtlich ohne Einbettung in ein engmaschiges Betreuungsnetz auch erhebliche Gefahr läuft, von nicht wohlwollenden Dritten finanziell ausgenutzt zu werden. Die entsprechende Gefahr anerkennt offensichtlich auch der Treuhänder (und Vertrauensperson) von A. \_\_\_\_\_, thematisierte er doch anlässlich der Verhandlung vom 27. Oktober 2025 das Aufsetzen eines Vorsorgeauftrags bzw. die Errichtung einer Schutzmassnahme durch die KESB für den Bereich der Vermögensverwaltung.

4.2 Bei der Beurteilung der Fremdgefährdung geht es nicht nur um die Gefahr für Leib und Leben von Drittpersonen, sondern ebenso sehr auch um elementare Gefährdungen des Wohlbefindens und der seelischen Gesundheit anderer. Neben der eigentlichen Fremdgefährdung ist auch die Drittgefährdung im Sinne der Belastung der Umgebung durch den Betroffenen mit zu berücksichtigen, die indes allein nicht für eine Einweisung oder eine Rückbehaltung ausreicht (vgl. vorstehend E. 2.1). Das geltende Recht hält im Gegensatz zum früheren ausdrücklich fest, dass nicht nur die Belastung, sondern auch der Schutz Angehöriger und Dritter zu berücksichtigen ist (Geiser/Etzensberger, a.a.O., Art. 426 ZGB N 42).

4.2.1 Vorliegend bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer eine unmittelbare Gefahr für Dritte darstellen würde. Weder sind in den Klinikakten nennenswerte Aggressionen dokumentiert, noch fiel A. \_\_\_\_\_ in der gerichtlichen Anhörung und Verhandlung negativ auf; vielmehr war sein Verhalten jederzeit höflich, freundlich und korrekt. Aktenkundig ist, dass er drei Kinder hat, welche sich grosse Sorgen um ihn machen. Wie die Vertreter der Klinik sowie auch der Patient übereinstimmend darlegten, kümmere sich vor allem der älteste Sohn um A. \_\_\_\_\_. Der Sohn wohne jedoch in J. \_\_\_\_\_ und habe selber eine Berufstätigkeit und eine Familie; er könne jeweils nur mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zum Besuch anreisen, so dass die Betreuung für ihn eine auf Dauer nicht zu bewältigende Aufgabe darstelle. Er Sorge sich jedoch sehr um den Vater; insbesondere habe ihn die Situation zuhause mit den zahlreichen Stürzen sehr beun-

ruhigt, da er fürchtete, dass A. \_\_\_\_\_ stürzen könnte, ohne dass jemand da wäre, um zu helfen. Der älteste Sohn habe auch den Vater bei den Finanzen unterstützt; wobei in der Anhörung nicht ganz klar wurde, ob es inzwischen zu einem Zerwürfnis gekommen ist oder nicht. Jedenfalls erklärte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde an das Gericht, er gedenke, seinen ältesten Sohn von jeder Erbschaft auszuschliessen, was er aber in der gerichtlichen Anhörung relativierte. Das Vorgehen leuchtet vor dem Hintergrund nicht ein, dass er in der Klinik offenbar kundtat, der älteste Sohn sei der einzige, der sich noch um ihn kümmere; es dürfte sich um ein weiteres Beispiel für die eingeschränkte Planungs- und Steuerungsfähigkeit handeln, zumal der Beschwerdeführer auf Nachfrage des Gerichts hin seine Vorgehensweise auch nicht stringent erklären konnte.

4.2.2 Zusammenfassend kann von einer hohen Belastung des ältesten Sohnes des Beschwerdeführers ausgegangen werden, wenn A. \_\_\_\_\_ aus der Klinik entlassen würde, was indes für sich alleine für eine Unterbringung nicht ausreichen würde, sondern nur zusätzlich zur bestehenden Eigengefährdung in die Waagschale zu werfen ist.

4.3 In der Gesamtwürdigung liegt bei A. \_\_\_\_\_ in Form verschiedener kognitiver Einschränkungen (insbesondere von Steuerungs-, Planungs- und Orientierungsfähigkeit) ein Schwächezustand vor. Für diesen bedarf A. \_\_\_\_\_ einer umfassenderen Betreuung und Behandlung, als er gegenwärtig bereit ist, sich selbst einzugestehen und in Anspruch zu nehmen. Insbesondere weiss er seit Herbst 2024 (in welchem Zeitpunkt es bereits zu einem Klinikaufenthalt kam), dass seine demenzielle Entwicklung zwecks Aufgleisens einer geeigneten Behandlung dringend näher abgeklärt werden sollte, hat sich darum aber bis anhin im ambulanten Rahmen nicht gekümmert. Weiter hat er zwar seine Übersiedlung ins Altersheim D. \_\_\_\_\_ offenbar selbst organisiert und an die Hand genommen, woran er sich aber gegenwärtig nicht mehr erinnern kann und wo er jetzt nicht bleiben will. Abgesehen von der Haushaltsspitex (welche anscheinend im Wesentlichen den Wegfall der Ex-Ehefrau im Haushalt kompensiert, aber weder die Medikamenteneinnahme überwacht noch etwa eine Nachtwache oder pflegerische Hilfeleistungen bietet) hat A. \_\_\_\_\_ sich für ein Setting zuhause bis anhin keine Hilfe organisiert.

5. Eine fürsorgerische Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen ist schliesslich nur dann zulässig und verhältnismässig, wenn ihm die nötige persönliche Fürsorge – im Entscheidzeitpunkt – nicht anderweitig erwiesen werden kann, beispielsweise durch eine ambulante, aufsuchende Betreuung und Begleitung. Bei der Beurteilung dieser Frage sind die folgenden Kriterien in die Entscheidung miteinzubeziehen: Krankheitseinsicht, Be-

reitschaft, in eine medizinische Behandlung einzuwilligen, soziale Begleitumstände (Wohnung, Arbeit, Beziehungsnetz) und die Folgen einer sofortigen Entlassung in medizinischer und sozialer Hinsicht. Ob die fürsorgerische Unterbringung aufrecht erhalten bleiben soll, beurteilt sich anhand der Lage im Zeitpunkt der jeweiligen Entscheidung (vgl. etwa VGer ZG F 2013 60 vom 4. Dezember 2013 E. 4, in: GVP 2013 1.1.9.2).

5.1 Wie sich an der Anhörung und Verhandlung vom 27. Oktober 2025 klar herauskristallisierte, besteht beim Beschwerdeführer aktuell erst eine unzureichende Einsicht, dass er aktuell aus objektiver Sicht kognitive Einschränkungen aufweist, und deshalb mehr Hilfe beziehen muss, als er dies von früher gewohnt ist. Auch die Einwilligung in eine allenfalls mögliche medizinische Behandlung ist nicht gegeben, hat der Beschwerdeführer doch bereits die Diagnostik nicht in Angriff genommen, die Voraussetzung dafür wäre, dass eruiert werden könnte, welche medikamentöse Behandlung für ihn die geeignete ist.

Die sozialen Begleitumstände sind schwierig einzuschätzen: Seitens der Familie ist offenbar keine ausreichende Stütze erhältlich, da die Kinder des Beschwerdeführers sich in einem Alter befinden, in welchem sie mit Berufstätigkeit und eigenen Familien bereits ausgelastet sind. Jedoch erklärte anlässlich der Anhörung sein langjähriger Treuhänder, Herr E. \_\_\_\_\_ (K. \_\_\_\_\_), er werde eine Betreuungslösung mit Bekannten im Eigenheim des Beschwerdeführers organisieren. Ansonsten verfügt der Beschwerdeführer offenbar nebst seinen Kindern nicht über ein ausgedehntes Beziehungsnetz. Von seiner langjährigen Ehefrau ist er geschieden, was er nicht akzeptieren kann. Unklar ist zudem die Wohnsituation: Das Eigenheim in C. \_\_\_\_\_ soll offenbar – laut Angabe des Treuhänders – in Erfüllung eines Scheidungsurteils bald verkauft werden; ins Altersheim D. \_\_\_\_\_ möchte der Beschwerdeführer nicht zurück, sondern umgehend nach I. \_\_\_\_\_ auswandern. Dort rechnet er sich gute Chancen aus, sich Hilfe organisieren zu können, hat dies aber noch nicht konkret in Angriff genommen. Kristallisiert sich eine dahingehende Lösung heraus, was jedenfalls nicht zum vornherein als unrealistisch bezeichnet werden kann, wäre dies grundsätzlich eine mögliche Alternative zur Unterbringung in der Klinik Zugersee, und es ist A. \_\_\_\_\_ zu wünschen, dass sich seine Vorstellungen so umsetzen lassen, damit er seinen Lebensabend so gestalten kann, wie ihm dies vorschwebt. Der Beschwerdeführer bzw. seine Vertrauensperson müssten indes für eine Entlassung konkret aufzeigen können, dass entweder im Eigenheim in C. \_\_\_\_\_ oder in I. \_\_\_\_\_ ein engmaschig begleitendes Setting realistischerweise besteht, welches A. \_\_\_\_\_s kognitive Einschränkungen auszugleichen und aufzufangen vermag, so dass er dort ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen könnte.

5.2 Nach einhelliger Auffassung der Ärzte kommen denn auch mildere Massnahmen jedenfalls dem Grundsatz nach durchaus in Frage in dem Sinne, dass überhaupt nicht zwingend ist, dass sich A. \_\_\_\_\_ stationär in der Psychiatrie aufhalten müsste. Eine baldige Entlassung wird auch durch die Klinikärzte als wünschenswert befürwortet, sobald die ambulante Betreuung organisiert ist, zumal die nötigen weiteren Demenzabklärungen offenbar ebenfalls ambulant erfolgen können, Kooperation des Patienten vorausgesetzt. Die Problematik sei jedoch allgemein, dass die milderer Alternativen nur mit der Kooperation des Patienten möglich seien. Möglich wäre z.B. sofort ein Austritt in das Altersheim D. \_\_\_\_\_, wenn der Beschwerdeführer hierzu bereit wäre (was er aber in der Anhörung vom 27. Oktober 2025 vehement verneinte). Ebenfalls käme ein Austritt vorübergehend zurück ins Eigenheim in C. \_\_\_\_\_ in Frage, wenn der Beschwerdeführer dort auf ein Helfernetz zählen könnte, das nebst dem bisherigen (Haushaltsspitex, Medikamentendienst, Mahlzeitendienst) auch eine aufsuchende Begleitung durch die Spitex mehrmals am Tag sowie auch – jedenfalls für eine gewisse Zeit – auch eine Betreuung in der Nacht umfassen würde. Eine solche wurde bis anhin nicht organisiert; offenbar wird sich aber nun die Vertrauensperson des Beschwerdeführers gemeinsam mit dem Sozialdienst der Klinik zusammensetzen um entsprechendes zu tun. Es ist festzuhalten, dass der Klinik die Entlassungskompetenz verbleibt, wenn sich die Umstände dahingehend ändern, dass ein solches Helfernetz organisiert wurde, d.h. in diesem Fall könnte der Beschwerdeführer durch die Klinik entlassen werden.

5.3 Zusammenfassend ist die fürsorgerische Unterbringung in der Momentaufnahme am 27. Oktober 2025 nach wie vor durch den Schwächezustand gerechtfertigt, zu dessen Abfederung notwendig und kann der Schutz des Beschwerdeführers vor weiterem Schaden nicht mit milderer (aktuell zur Verfügung stehenden) Mitteln erreicht werden. Sie ist deshalb zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

6. Das Verfahren ist kostenlos (§ 57 Abs. 2 EG ZGB), weshalb vorliegend keine Gerichtskosten zu erheben sind. Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen und die fürsorgliche Unterbringung vom 15. Oktober 2025 bestätigt.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Lausanne Beschwerde in Zivilsachen eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Beschwerdeführer (via Chefarztsekretariat), an E.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_, (Vertrauensperson), an die ärztliche Leitung der Triaplust AG Klinik Zugersee sowie an B.\_\_\_\_\_.

Zug, 27. Oktober 2025

Im Namen der  
FÜRSORGERECHTLICHEN KAMMER  
Die Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am