



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

FÜRSORGERECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: Dr. iur. Matthias Suter, Vorsitz

Ersatzrichter lic. iur. Bruno Bosshard und Ersatzrichter lic. iur. Jakob Senn

Gerichtsschreiber: MLaw Luca Bernasconi

URTEIL vom 13. Februar 2025 *[rechtskräftig]*

in Sachen

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

B. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie
Allgemeine Innere Medizin

Triaplus AG Klinik Zugersee, Widenstrasse 55, 6317 Oberwil b. Zug

Verfahrensbeteiligte

betreffend

Fürsorgerische Unterbringung

F 2025 3

A. A. _____, geboren 1993, wurde am 3. Februar 2025 in C. _____ von B. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin, mit fürsorglicher Unterbringung (FU) in die Triaplust AG Klinik Zugersee (nachfolgend Klinik) eingewiesen. Die Einweisung erfolgte, nachdem A. _____ gegenüber seiner Schwester suizidale Äusserungen gemacht habe, worauf diese die Polizei informierte. Gemäss der beigezogenen Fachärztin habe A. _____ manisch psychotisch imponiert mit einem ausgeprägten paranoiden Wahnsystem.

B. Gegen diese Unterbringung beschwerte sich A. _____ mit Eingabe vom 5. Februar 2025 beim Verwaltungsgericht (Eingang auf der Gerichtskanzlei am 6. Februar 2025).

C. Am 13. Februar 2025 wurde der Beschwerdeführer von der fürsorgerechtlchen Kammer des Verwaltungsgerichts in den Räumlichkeiten der Klinik angehört. An der Verhandlung nahmen seitens der Klinik die zuständige Oberärztin D. _____, Assistenzarzt E. _____ sowie Assistenzarzt F. _____ teil. Als gerichtlicher Gutachter fungierte Dr. med. G. _____, Facharzt FMH 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 Protokoll und die Tonaufnahme der Verhandlung stehen bis zum Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids 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. _____ von einer im Kanton Zug praktizierenden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit kantonaler Berufsausübungsbewilligung 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, rechtzeitig eingereichte 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 beim Beschwerdeführer ein Schwächezustand im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB vorliegt.

Es handelt sich vorliegend um die dritte Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Klinik. Nach Angabe der Klinikärzte sei im Rahmen der ersten beiden Hospitalisationen die Diagnose einer bipolaren Störung gestellt worden. Notabene stellte auch die einweisende Psychiaterin u.a. die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen. Aktuell, so die Klinik, bestehe hingegen der Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie. Beim Patienten würden starke Ich-Störungen, Depersonalisationserleben und ausgeprägtes Wahnerleben vorherrschen. Der Wahn sei systematisiert, ausdifferenziert und nihilistisch. Der Patient wisse teils nicht, ob er tot oder noch hier sei. Im Eintrittsbericht hielten die Klinikvertreter auch die Diagnosen ICD-10 F12.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom) und F12.5 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung) fest. Der Gerichtsgutachter geht von einer Mischpsychose – schizoaffektive Störung mit THC-Abhängigkeit – aus. Dabei sei offen, ob es sich um eine sekundäre Psychose, d.h. eine THC-indizierte, oder ein eigenes Krankheitsbild handle. Dass beim Beschwerdeführer ein problematischer Umgang mit Cannabis vorherrscht und der Konsum seine psychische Verfassung zusätzlich resp. besonders beeinträchtigen kann, scheint dieser auch selber zu realisieren. So gestand er ein, dass es sicherlich keine gute Idee gewesen sei, [im Zeitpunkt vor der Einweisung] Cannabis zu konsumieren, zumal er deswegen auch schon seinen Führerausweis verloren habe. Der bei Klinikeintritt gegeben gewesene agitierte, angetriebene Zustand des Beschwerdeführers – die Zuführung erfolgte in Handschellen durch vier Polizisten der Zuger Polizei – habe gemäss den Ausführungen der Klinikvertreter mit der Notfallmedikation durch Haldol zwar schnell durchbrochen werden können, was sich auch mit der Einschätzung des Gutachters deckt, wonach die Akutphase am Abklingen sei. Der Wahn, so die Klinikärzte weiter, bestehe aber auch mit der Gabe von Haldol weiter fort.

Auf dieser Grundlage ist das Vorliegen eines Schwächezustandes in Form einer psychischen Störung zu bejahen. Daran ändert nichts, dass das Symptombild ärztseits diagnostisch (noch) nicht einheitlich eingeordnet werden konnte.

4. Zu prüfen ist im Weiteren, ob die beim Beschwerdeführer bestehende Störung eine Behandlung resp. eine Betreuung nötig macht, was namentlich anhand des Selbst- und Fremdgefährdungspotentials – im Fall des Ausbleibens der Behandlung – zu beurteilen ist. Demnach ist zu untersuchen, wie sich die psychische Beeinträchtigung konkret auswirkt.

4.1 Bei der Beurteilung der Selbstgefährdung stellt sich einerseits die Frage nach einer allfälligen Suizidgefahr. Andererseits ist auch danach zu fragen, ob die Gesundheitsschädigung bedrohliche Ausmasse annimmt, und ob Anzeichen für ein Fortschreiten der Erkrankung bestehen, und 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, welche 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 Zur Situation vor der Einweisung gab der Beschwerdeführer an, er sei zuhause in einem Work-Flow gewesen und habe sehr kreativ gearbeitet und seiner Schwester kryptische Nachrichten geschickt. Diese habe seine Nachrichten missverstanden. Sie habe gedacht, er sei suizidgefährdet und habe darum die Polizei gerufen. Der genaue Inhalt der Nachrichten ist zwar nicht bekannt. Angesichts der Polizeimeldung ist aber davon auszugehen, dass diesen klare Suizidabsichten zu entnehmen waren. Nach Angabe der Klinikärztin habe der Beschwerdeführer denn auch im Klinikrahmen zunehmend Suizidgedanken geäußert, was der Klinik Sorgen mache. Ohne Behandlung, so die Klinikvertreter weiter, bestehe definitiv die Gefahr von Suizidalität. Einhergehend damit führte auch der Gerichtsgutachter aus, mit der Psychose gehe per se eine höhere Suizidgefährdung einher.

Eine Suizidalität ist im Entscheidzeitpunkt mithin zu bejahen.

4.1.2 Eine Behandlung ist aber auch noch aus anderen Gründen nötig: Nach Angaben der Klinikvertreter würde der Beschwerdeführer ohne Behandlung nämlich absehbar wieder in den (Akut-)Zustand zurückfallen, wie er im Zeitpunkt der Einweisung vorgeherrscht habe. Gemäss dem Gerichtsgutachter besteht zudem die Gefahr einer Chronifizierung der Psychose. Wenn sodann Wahnhalte in den Alltag integriert würden, so der Sachverständige, könne dies dazu führen, dass die betroffene Person sich nicht mehr richtig ernähre, zu viel konsumiere oder anderes passiere. Solche Risiken seien hier latent vorhanden. Dies fällt umso mehr ins Gewicht, als der Wahn nach Einschätzung der Klinikärzte schon für einen sehr langen Zeitraum bestehe und es sich beim Beschwerdeführer um einen sehr intelligenten und kreativen Menschen handle, dessen Gehirn es zu schützen gelte. Ferner besteht nach den Klinikvertretern sowie dem Gutachter im aktuellen Zustand auch die Gefahr, dass der Beschwerdeführer [wohl: durch sein krankheitsbedingt inadäquates Verhalten] seinem beruflichen Ansehen und Fortkommen – der Beschwerdeführer ist

. _____, wobei der Arbeitgeber offenbar (seit längerem) über die psychischen Probleme des Beschwerdeführers Bescheid weiss – unwiderruflich schaden könnte.

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 Unterbringung 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).

Der Gutachter verneinte spezielle Hinweise auf eine Fremdgefährdung ohne Behandlung. Aufgrund des Krankheitsbildes sei aber grundsätzlich eine erhöhte Fremdgefährdung – im Sinne von aggressivem Verhalten, wie es sich im Rahmen des Klinikeintritts gezeigt habe – möglich. Dies deckt sich mit den Aussagen der Klinikärzte. Diese erwähnten zudem, der Beschwerdeführer bilde sich in seinem Wahnsystem auch . _____ ein, allerdings nicht in einem sexuellen Sinn. Es bestehe daher auch eine gewisse Gefahr für die . _____. Eine Gefährdungsmeldung an die KESB sei erfolgt, allerdings nicht durch die Klinik.

Nach dem Gesagten muss zumindest von einem latenten Fremdgefährdungspotential ausgegangen werden.

4.3 In der Gesamtwürdigung besteht beim Beschwerdeführer ohne weitere Behandlung eine akute und erhebliche Selbstgefährdung im Sinne einer Suizidalität sowie einer Gefahr der erneuten Dekompensation resp. der Chronifizierung der psychischen Erkrankung mit damit einhergehenden sozialen Folgen sowie einem nicht rückgängig zu machenden kognitiven Abbau und einer weiteren Verschlechterung des Zustandes. Daneben besteht auch ein latentes Fremdgefährdungspotential.

5. Sind der Schwächezustand und die Behandlungsbedürftigkeit erstellt, stellt sich schliesslich die Frage, wie bzw. wo die Behandlung zu erfolgen hat. Dabei ist zu beachten, dass eine fürsorgliche Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen nur dann zulässig und verhältnismässig ist, wenn ihm die nötige persönliche Fürsorge nicht anderweitig erwiesen werden kann, beispielsweise durch eine ambulante Psychotherapie und/oder

eine ambulante Abgabe von Medikamenten. Bei der Beurteilung dieser Frage sind auch die folgenden Kriterien in die Entscheidung miteinzubeziehen: Krankheitseinsicht, Bereitschaft, 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 Gesamtumstände und der psychischen Verfassung des Patienten im Zeitpunkt des jeweiligen Entscheides (vgl. etwa VGer ZG F 2013 60 vom 4. Dezember 2013 E. 4, in: GVP 2013 1.1.9.2).

5.1 Die psychische Krankheit des Beschwerdeführers muss nach einhelliger Meinung der Fachpersonen medikamentös behandelt werden. Gemäss Klinik liege derzeit der Hauptfokus auf der Identifikation der adäquaten Medikation. Die Akutmedikation (mit Haldol und Valium) sollte durch ein besser verträgliches, atypisches Neuroleptikum ersetzt werden. Die Behandlung mit einem derartigen Medikament, Aripiprazol, sei denn auch bereits aufgenommen worden. Auch eine Behandlung mit Clozapin käme in Betracht. Übereinstimmend damit hielt der Gutachter fest, die Behandlung lege artis erfolge durch Gabe von Neuroleptika und Stimmungsstabilisatoren. Das Finden der wirksamen und erträglichen Medikation in Fällen wie dem vorliegenden sei aber häufig schwierig und anspruchsvoll. Das Krankheitsbild sei schwer zu behandeln, wobei die THC-Abhängigkeit die Behandlung nochmals schwieriger mache. Für die richtige Medikamenteneinstellung, so der Gutachter, sei der stationäre Aufenthalt auch in den nächsten Wochen notwendig. Die Klinik sei dafür eine geeignete Einrichtung. Übereinstimmend damit führten die Klinikärzte aus, die Identifikation der richtigen Medikation bedinge einen wohl mehrere Wochen dauernden stationären Aufenthalt.

Auf Grundlage dieser nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzungen erscheint klar, dass die nötige Behandlung im Klinikrahmen zu erfolgen hat. Der Vollständigkeit halber ist zudem festzuhalten, dass eine stationäre Behandlung wohl auch dann nötig wäre, wenn die adäquate Medikation bereits gefunden worden wäre, präsentiert sich das ambulante Setting doch labil – der Beschwerdeführer sei mit seinem derzeitigen ambulanten Behandler unzufrieden und wolle diesen wechseln – und ist gemäss den Aussagen der Klinikvertreter doch davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Fall einer sofortigen Entlassung – mangels Krankheitseinsicht und Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit (siehe sogleich E. 5.2) – keine Medikamente mehr einnehmen würde. Gegen eine ambulante Behandlung spricht gegenwärtig sodann auch, dass der Beschwerdeführer im Entlassungsfall wohl

wieder Cannabis konsumieren würde, nachdem er selber angab, davon nur schwer loskommen zu können.

5.2 Nachdem beim Eintritt noch eine Zwangsmedikation hatte erfolgen müssen, nimmt der Beschwerdeführer die von der Klinik angebotenen Medikamente mittlerweile freiwillig ein. Auch im Rahmen der ambulanten Behandlung durch seinen Psychiater habe der Beschwerdeführer offenbar Medikamente eingenommen. Eine grundsätzliche Behandlungsbereitschaft kann dem Beschwerdeführer also nicht abgesprochen werden. Eine eigentliche Einsicht hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit besteht beim Beschwerdeführer im Anhörungszeitpunkt indes nicht. Daneben ist auch eine Krankheitseinsicht zu verneinen. So führte er zu Beginn der Anhörung – zu den gestellten Diagnosen befragt – aus, er habe nicht das Gefühl, dass diese auf ihn zuträfen bzw. dass er eine Behandlung nötig habe. Zu einem späteren Zeitpunkt der Anhörung gab er zwar an, er wisse um die Bedeutung der Medikamente, weshalb er völlig kooperativ und bereit sei, künftig, wie ärztlich empfohlen, Medikamente (auch ambulant) einzunehmen. Diese Aussagen, zumal im direkten Widerspruch zu den vorangehenden Ausführungen, sind indes als Schutzbehauptungen zu werten, nachdem er sie erst im Kontext der Bedeutung der Anhörung resp. des Beschwerdeverfahrens machte und sich davon offensichtlich eine vorteilhafte Beurteilung durch das Gericht erhoffte. Notabene gingen auch die Klinikärzte sowie der Gutachter Dr. G. _____ übereinstimmend vom Fehlen einer Krankheits- resp. Behandlungseinsicht aus.

5.3 Auch die sozialen Begleitumstände scheinen ungünstig. Der Beschwerdeführer schilderte zwar grundsätzlich glaubhaft, über ein Beziehungsnetz, primär bestehend aus Familienangehörigen, zu verfügen. Dass er – namentlich durch seine Geschwister – Unterstützung erfährt, zeigt sich namentlich auch anhand der zahlreichen Telefonate mit seinem Bruder während des Klinikaufenthalts. Dieser habe ihn auch besucht. Gleichzeitig scheinen seine Bezugspersonen aber überfordert zu sein mit der Situation. So wusste sich die Schwester des Beschwerdeführers nach dem Erhalt seiner – aus ihrer Sicht suizidale Absichten enthaltenden – Nachrichten nicht anders zu helfen, als die Polizei zu alarmieren. Wohlgermerkt berichtete auch der Beschwerdeführer selbst, seine Familie mache sich grosse Sorgen um ihn. Dazu erklärte der Sachverständige, die Unterstützung durch die Geschwister sei fragil und von der Kooperation des Beschwerdeführers abhängig; das familiäre Umfeld werde diese erhebliche Belastung längerfristig nicht tragen können. In beruflicher Hinsicht erscheint eine Rückkehr an die Arbeitsstelle nicht realistisch. Der Arbeitgeber ist offenbar seit längerem über die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers

im Bilde. Der Gutachter gab an, der Beschwerdeführer habe ihm mitgeteilt, dass er sich bei der Invalidenversicherung angemeldet habe. Ungünstig sei gemäss dem Gerichtsgutachter auch, dass der Beschwerdeführer alleine lebe und auch dessen (prekäre) finanzielle Situation geklärt werden müsse.

5.4 Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich, mittels Aufrechterhaltung der aktuellen fürsorgerischen Unterbringung den Rahmen dafür zu schaffen, dass das Beschwerdebild des Beschwerdeführers diagnostisch klarer eingeordnet und mithin die für ihn adäquate Medikation gefunden werden kann. Im Rahmen der Unterbringung dürften zudem namentlich auch die Klärung des ambulanten Settings sowie die Regelung der beruflichen und häuslichen resp. finanziellen Situation im Fokus stehen. Bei der Unterbringung handelt sich im gegenwärtigen Zeitpunkt um ein notwendiges, mildest mögliches Mittel zur Abwendung akut drohender Gefahr vom Beschwerdeführer. Infolgedessen ist die fürsorgerische Unterbringung als verhältnismässig zu qualifizieren und ist die Beschwerde abzuweisen.

Angesichts des Umstands, dass nur schwer zum Voraus prognostizierbar ist, für wie lange der Beschwerdeführer die stationäre Behandlung benötigt, sowie der ohnehin auf maximal sechs Wochen beschränkten Dauer der ärztlichen fürsorgerischen Unterbringung, ist eine Einschränkung der Unterbringungsdauer durch das Gericht nicht angezeigt. Es versteht sich von selbst, dass die Klinik den Beschwerdeführer auch vor Ablauf dieser Maximalfrist entlassen kann und soll, falls die (noch) nötige Behandlung resp. Betreuung auch ausserhalb der Klinik erfolgen kann (Art. 429 Abs. 1 und 3 ZGB; § 51 Abs. 3 EG ZGB).

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.

7. Mit Blick auf die erfolgte Gefährdungsmeldung ist das vorliegende Urteil auch der KESB zu eröffnen (Art. 314e Abs. 4 ZGB i.V.m. § 44 Abs. 2 EG ZGB).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen und die fürsorgliche Unterbringung vom 3. Februar 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 und begründeten Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Lausanne Beschwerde in Zivilsachen eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Beschwerdeführer (via Chefarztsekretariat, mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), an die einweisende Ärztin B._____, an die ärztliche Leitung der Triaplus AG Klinik Zugersee sowie an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde des Kantons Zug.

Zug, 13. Februar 2025

Im Namen der
FÜRSORGERECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am