



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

FÜRSORGERECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: Dr. iur. Diana Oswald, Vorsitz
lic. iur. Adrian Willimann und Ersatzrichter lic. iur. Bruno Bosshard
Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

U R T E I L vom 23. März 2026 *[rechtskräftig]*

in Sachen

A._____

Beschwerdeführer

gegen

B._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik C._____

Klinik D._____

Verfahrensbeteiligte

betreffend

Fürsorgerische Unterbringung

F 2026 7

A. A. _____, geboren 1969, rief am 9. März 2026 nach einem Konflikt mit einem Handwerker an seinem Wohnort die Polizei. Diese begleitete ihn aufgrund seines Verhaltens zunächst ins Spital E. _____ zur somatischen Abklärung, wo der Patient durch den Chefarzt Innere Medizin in die Klinik C. _____ zur weiteren Behandlung eingewiesen wurde, da er sich maniform angetrieben gezeigt habe mit Fremdaggression. Aus der C. _____ wurde der Patient anschliessend aufgrund seines Wohnsitzes von B. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 10. März 2026 mit fürsorglicher Unterbringung weiter nach F. _____ in die Klinik D. _____ verlegt. Die Fachärztin hielt dabei fest, der Patient zeige sich weiterhin maniform angetrieben mit Fremdaggression, bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufs nicht urteilsfähig sowie nicht fähig, sich selbst zu regulieren, wodurch er sich selbst gefährde.

B. Gegen diese Unterbringung beschwerte sich A. _____ mit Eingabe datiert vom 12. März 2026, eingegangen auf der Gerichtskanzlei am 16. März 2026.

C. Am 23. März 2026 wurde der Beschwerdeführer nach Rücksprache mit dem Kantonsgericht F. _____ von der fürsorgerechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts in den Räumlichkeiten der Klinik D. _____, angehört. An der Verhandlung nahmen seitens der Klinik die zuständige Oberpsychologin G. _____ sowie die Bezugsperson der Pflege, H. _____, teil. Das gerichtliche Gutachten wurde durch Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, J. _____, am 20. März 2026 schriftlich erstattet und an der Anhörung vom 23. März 2026 den Parteien durch die Vorsitzende zusammengefasst zur Kenntnis gebracht. Die Verhandlung wurde nach Anhörung der Klinikvertreterin sowie des Beschwerdeführers 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 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 Beurtei-

lung 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 K. _____ von einer im Kanton Zug praktizierenden Fachärztin für Psychiatrie 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.

2.3 Das Gesetz nennt als Voraussetzung für Anordnung oder Fortbestand einer fürsorgerischen Unterbringung das Vorliegen eines Schwächezustandes, der eine Behand-

lung 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).

2.3.1 Es sind die Vor- und Nachteile, welche die Unterbringung dem Patienten bringt, 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) nicht nur jeder Person eine gewisse minimale Autonomie garantieren, sondern es dem Gemeinwesen im Sinne einer minimalen Sorgfalts- und Fürsorgepflicht auch gebieten können, einer erkrankten Person die notwendige Pflege, Fürsorge und Behandlung zukommen zu lassen, dank der sie überhaupt (wieder) befähigt wird, ihre Persönlichkeit zu entfalten und ihre persönliche Freiheit auszuüben (vgl. in diesem Sinne etwa BGE 130 I 16 E. 5 sowie [ausführlicher] BGE 127 I 6 E. 5). Die elementare persönliche Fürsorge umfasst dabei unter anderem die Befriedigung der für ein menschenwürdiges Dasein notwendigen Bedürfnisse wie Essen, Körperpflege, Kleidung und ein Mindestmass an persönlicher Beschäftigung (vgl. Geiser/Etzensberger, a.a.O., vor Art. 426–439 ZGB N 6 sowie Art. 426 ZGB N 8 ff.).

2.3.2 Fehlende Urteilsfähigkeit einer Person führt dazu, dass ihr die Fähigkeit abgesprochen wird, selbst verbindlich über ihre Behandlung und Betreuung zu bestimmen. Sie entbindet aber die alsdann an ihrer statt substituierten Entscheidungsträger – Behörden, Ärzte oder Gerichte – nicht davon, bei ihrem Entscheid für die betroffene Person in deren Sinne zu entscheiden, d.h. ihren (mutmasslichen) Willen soweit irgend möglich zu ermit-

teilen und zu berücksichtigen, und nicht etwa in generischer Weise von eigenen persönlichen Wertungen oder einem gängigen Ideal bzw. einem generischen Vernunftbegriff auszugehen (vgl. etwa Anne Kühler, Würde, Autonomie und Selbstzweckhaftigkeit. Zur Kontroverse um ein kantisches Verständnis der Menschenwürde als Verfassungsbegriff, ZSR 2022 I S. 77 ff., S. 94 f.: während Urteilsfähigkeit an der Vernunftfähigkeit des Subjekts anknüpft, beruft sich das Konzept der Menschenwürde auf die Idee der Selbstzweckhaftigkeit des Menschen unbesehen hiervon).

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 fürsorgerischen 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 milderer Massnahme erreicht werden kann.

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

3.1 Beim Beschwerdeführer lag im Einweisungszeitpunkt nach klarer und nachvollziehbarer Einschätzung der einweisenden Fachärztin sowie auch gemäss dem Laieneindruck der herbeigerufenen Polizei und des sozialen Umfelds des Beschwerdeführers ein manischer, zerfahrener, angetriebener Zustand vor. Der Beschwerdeführer hat offenbar durch typische Verhaltensweisen wie Distanzlosigkeit (körperlich, aber etwa auch durch zahlreiche Telefonanrufe), Frustration, motorische Unruhe etc. sein Umfeld massiv überfordert und auf dieses den Eindruck gemacht, offensichtlich psychisch krank zu sein. Andere Personen konnten seinen sprunghaften Forderungen und Anliegen nicht folgen, es kam zu vielen Missverständnissen und Abwehrhandlungen gegen den Beschwerdeführer (verbal oder physisch, verbal etwa durch Abweisen seiner Kontaktversuche, physisch beispielsweise durch Wegstossen, wie er an der Anhörung vom 23. März 2026 selbst schilderte). Ein Schwächezustand lag gemäss übereinstimmender Einschätzung der Gerichtsgutachterin sowie der einweisenden Fachärztin insofern vor, als es dem Patienten an der

Steuerungsfähigkeit und der Krankheitseinsicht mangelte, was mit Blick auf die Reaktionen des Gegenübers zu einem hohen Selbstgefährdungspotenzial führe. Die Ausführungen des Beschwerdeführers in seiner gerichtlichen Anhörung bestätigten, dass es mehrfach durch "Missverständnisse", wie dieser es ausdrückte, zu Eskalationen kam. Das Selbstgefährdungspotenzial manifestierte sich etwa im Rahmen eines Konflikts mit einem Handwerker: dieser fühlte sich durch das Verhalten des Beschwerdeführers bedroht und erwehrte sich seiner in der Folge, wobei unklar ist, ob es tatsächlich zu Tötlichkeiten kam oder nur fast. Weiter trat an der Anhörung vom 23. März 2026 zutage, dass der Beschwerdeführer auch sein grundsätzlich wohlwollendes Umfeld aktuell durch sein Verhalten entfremdet; bereits nehmen viele Bekannte sowie auch seine ambulant behandelnde Psychiaterin offenbar das Telefon nicht mehr ab, wenn er im aktuellen, manisch angetriebenen Zustand anruft.

3.2 Diagnostisch gingen sowohl die einweisende Ärztin als auch die Gerichtsgutachterin von einer bipolaren affektiven Störung aus. Auch die Vertreterin der Klinik geht vorderhand von dieser Diagnose aus, da der Beschwerdeführer in der Vergangenheit bereits depressive Episoden durchlebt habe und im Anhörungszeitpunkt eine manische Episode vorliege. Mit verschiedenen depressiven Episoden und mindestens einer manischen Episode seien die diagnostischen Kriterien einer bipolaren affektiven Störung gemäss ICD-10 erfüllt. Der Beschwerdeführer ist mit dieser Einordnung nicht einverstanden, unter Verweis darauf, das manische Zustandsbild sei lediglich deshalb entstanden, weil er innert neun Monaten seinen Benzodiazepin-Konsum von 120 mg Dormicum auf 0 mg reduziert habe. Es werde hingegen in Zukunft nie mehr zu einer solchen Episode kommen. Nach seinem Dafürhalten wäre es schlimm, wenn eine bipolare affektive Störung tatsächlich vorläge. Wie es sich damit auf diagnostischer Ebene genau verhält, kann indes offen bleiben, da der Schwächezustand jedenfalls im Einweisungs- sowie auch im Anhörungszeitpunkt insofern bestand, als ein auch für Laien offensichtliches manisches Zustandsbild mit reduzierter Steuerungsfähigkeit vorlag, welches sich in der Anhörung durch Dazwischenreden, mangelnde Distanz, etc. manifestierte.

4. Zu prüfen ist im Weiteren, ob die beim Beschwerdeführer bestehende Störung im Überprüfungszeitpunkt 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 Gesundheits-

schädigung 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 Von einer Suizidgefahr gingen weder die einweisende Ärztin noch die Klinikvertreter aus. Der Beschwerdeführer verneint eine solche. Weiterungen hierzu erübrigen sich; mangels konkreter Anhaltspunkte für eine Suizidgefahr ist eine solche nicht zu unterstellen.

4.1.2 Eine Selbstgefährdung im weiteren Sinne liegt hingegen vor: Wie die Klinikvertreterin nachvollziehbar ausführte, konnte der Beschwerdeführer in den knapp zwei Wochen seines Aufenthalts in der Klinik D._____ bereits merklich profitieren von der aktuellen Akutmedikation, die er nun einnimmt. Dadurch sei er wesentlich ruhiger und geordneter geworden als im Zeitpunkt des Eintritts. Es sei jedoch noch in der Vorwoche nach wie vor gelegentlich zu raptusartigen (d.h. sehr plötzlich und unerwartet auftretenden) Ausbrüchen gekommen, wobei der Beschwerdeführer aggressiv gegenüber Gegenständen geworden sei (etwa Fernbedienung auseinandergenommen, Stationstelefon umhergeworfen). Andere Personen auf der Station hätten sich von ihm bedroht gefühlt; ausserhalb des wohlwollenden Klinikumfelds sei schwierig zu prognostizieren wann es zur nächsten Eskalation komme, da das Umfeld überfordert und belastet sei und die Allgemeinheit dem Beschwerdeführer wohl nicht mit der gleichen Toleranz begegne wie das Stationsmilieu. Die Klinikvertreterin ging sodann davon aus, da die Krankheitseinsicht noch zu wenig stabil und andauernd sei, würde der Patient wohl seine antipsychotische Medikation selbstständig wieder absetzen, so dass die manischen Symptome wieder auftauchen würden. In der akuten manischen Episode sei der Beschwerdeführer absehbar auch nicht in der Lage, sich selbst um seine Grundbedürfnisse zu kümmern und für sich selbst zu sorgen, etwa vernünftig mit seinem Geld zu wirtschaften, einzukaufen, etc. Insbesondere habe er in der Vergangenheit seine Interessen auch dadurch gefährdet, dass er in der Manie Ausgaben getätigt habe, die seine finanziellen Mittel übersteigen würden, dies nota bene sogar in der Klinik. Diesbezüglich sei ein Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft durch A._____ selbst anhängig gemacht worden. In der Anhörung führte dieser denn auch aus, er sei bescheiden aufgewachsen und komme mit wenig aus; mithin ist nachvollziehbar, dass das unkontrollierte Ausgeben von Geld wohl nicht dem normalen Verhalten von A._____

entspricht, sondern krankheitsbedingt einzuordnen ist. Mittelfristig werde es zudem – so die Klinikvertreterin weiter – sicher schwieriger sein, den Verlauf der Störung zu beeinflussen, wenn die adäquate Behandlung unterbrochen würde, eine Residualsymptomatik wie bei der Schizophrenie bestehe aber eher weniger (genauer konnte sich indes die nichtärztliche Klinikvertreterin hierzu nicht äussern).

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 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 als zusätzliches Element mit zu berücksichtigen ist (Geiser/Etzensberger, a.a.O., Art. 426 ZGB N 42).

4.2.1 Eine Fremdgefährdung im Sinne eines eigentlichen Gewaltpotenzials gegenüber Personen wurde von den Vertreterinnen der Klinik verneint; der Beschwerdeführer werde verbal distanzlos, frustriert und ungehalten und richte eine gewisse Aggression auch gegen Sachen. Er sei jedoch zumindest im Klinikrahmen nie aggressiv gegen Personen geworden. Diese Beschreibung deckt sich auch mit dem Eindruck des Gerichts anlässlich der persönlichen Anhörung: Der Beschwerdeführer war wohl schwierig führbar, angetrieben und hatte Mühe, geordnete Abläufe und Anweisungen einzuhalten; offensichtlich war er auch schnell frustriert und unruhig; im engeren Sinne bedrohlich wirkte er indes zu keinem Zeitpunkt. Auch in den Akten wird das mitunter erwähnte Fremdaggressionspotenzial nicht näher umschrieben, so dass grundsätzlich ebenfalls wohl von unangemessenem, insbesondere forderndem, Verhalten auszugehen ist, das missverstanden werden kann, nicht aber von einem grossen Gefahrenpotenzial. So schilderte der Beschwerdeführer etwa in der gerichtlichen Anhörung, nach seinem Konflikt mit dem Handwerker in seiner Wohnung habe er die Polizei angerufen und dieser genaueste Anweisungen gegeben, wo die Polizisten ihr Fahrzeug abzustellen, was sie zu tun und zu lassen hätten, wobei diese sich daran nicht gehalten hätten, was ihn aufgeregt habe, ohne dass es indes zu einer körperlichen Auseinandersetzung kam.

4.2.2 In grosser Sorge sind – laut der Klinikvertreterin, gestützt auf mit dem Umfeld geführte Telefongespräche – Familie und Freunde des Beschwerdeführers. Diese zeigten sich auch belastet und überfordert ob der nächtelangen Kontakte, Nachrichten, etc. sowie

erleichtert, dass nun eine Behandlung stattfinde. In der gerichtlichen Anhörung war so-
dann zu erfahren, dass der Beschwerdeführer offenbar aktuell noch über ein durchaus
stützendes Umfeld und eine Tagesstruktur verfügt; er habe viele Freunde und Bekannte
und sei selbständig erwerbstätig in geringfügigem Umfang; er sei auch daran, sich in
L. _____ eine kleine Werkstatt einzurichten (des Übrigen lebe er von einer Rente der
Invalidenversicherung sowie von Ergänzungsleistungen). Vor kurzem habe er nach
L. _____ ziehen können, wo er eine 2.5-Zimmer-Wohnung erhalten habe, die nur 925
Franken monatlich koste, inklusive Parkplatz. Die Überbauung gehöre der M. _____
Kirche, für welche er – in der Siedlung sowie auch darüber hinaus – Hauswartungsaufga-
ben übernehmen dürfe. Der Beschwerdeführer sorgte sich sehr darum, allenfalls diese
neue, für ihn sehr passende, Wohnung und Erwerbsmöglichkeit durch den ungeplanten
Klinikaufenthalt zu verlieren, zumal er diesbezüglich offenbar (noch) nicht informiert habe.
Eine gewisse Belastung des Umfelds ist demnach festzustellen. Grösser als die Fremdge-
fährdung erscheint indes auch diesbezüglich das Selbstgefährdungspotenzial das darin
liegt, dass der Beschwerdeführer ohne adäquate Behandlung das Risiko läuft, seine aktu-
elle Wohn- und geschützte Arbeitsmöglichkeit zu verlieren, wenn er für das dortige Umfeld
in akut manischem Zustand nicht mehr tragbar ist.

4.3 In der Gesamtwürdigung ist demnach ein akutes Selbstgefährdungspotenzial aus-
gewiesen: Der Beschwerdeführer ist distanzlos, angetrieben und inkohärent und tritt damit
für alle deutlich erkennbar als psychisch kranker Mann in Erscheinung. Selber vermag er
dies nicht zu erkennen und tritt deshalb gegenüber Dritten forsch und fordernd auf, womit
er provoziert und seine Stellung in der Gemeinschaft – in der er nach eigener Aussage un-
ter anderem als Hauswart auch regelmässig mit Kindern, Jugendlichen, behinderten und
älteren Personen verkehrt, die selbst des besonderen Schutzes bedürfen – unnötig ge-
fährdet. Soweit ersichtlich ist das Verhalten krankheitsbedingt, scheint sich doch der Be-
schwerdeführer ausserhalb akuter manischer Phasen durchaus sehr angenehm zu verhal-
ten und ein geschätztes Mitglied seiner Gemeinschaft zu sein. Diese wichtige Ressource
gilt es zu schützen.

5. Eine fürsorgerische Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen ist schliess-
lich nur dann zulässig und verhältnismässig, wenn ihm die nötige persönliche Fürsorge
nicht anderweitig erwiesen werden kann, beispielsweise durch eine ambulante Psychothe-
rapie und/oder eine ambulante Abgabe von Medikamenten. Bei der Beurteilung dieser
Frage sind die folgenden Kriterien in die Entscheidung miteinzubeziehen: Krankheitsein-
sicht, Bereitschaft, in eine medizinische Behandlung einzuwilligen, soziale Begleit-

umstände (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 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 Festzuhalten ist zunächst, dass der Aufenthalt in der Klinik grundsätzlich geeignet ist, um das Wohl des Beschwerdeführers zu fördern. Zwar ist nachvollziehbar, wenn dieser wenig erfreut ist darüber, sich auf der Station mit Personen aufhalten zu müssen, die noch wesentlich stärker beeinträchtigt sind als er und er den Wunsch nach mehr Privatsphäre, Freiheit und Ruhe hat. Diesbezüglich ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer sich aktuell noch in der Initialphase der Behandlung auf der Akutstation befindet und bereits geplant ist, ihn im weiteren Verlauf auf die offene Station zu verlegen zur weiteren medikamentösen Einstellung und Therapie, nachdem die Akutmedikation offensichtlich bereits ihre Wirkungen gezeigt hat. Nachvollziehbar sind sodann die Ausführungen der Klinikvertreterin, wonach der Entzug von Benzodiazepinen langsam und kontrolliert erfolgen muss und gleichsam auch die Aufdosierung von Lithium als neuer Dauermedikation langsam und kontrolliert, mit Spiegelkontrollen, erfolgen sollte, bei gleichzeitiger Reduktion der Akutmedikation, was im Klinikrahmen einfacher sei.

5.2 Anlässlich der gerichtlichen Anhörung konnte nicht restlos geklärt werden, inwiefern aktuell eine stationäre Behandlung noch zwingend nötig bzw. eine ambulante Medikation des weitgehend kooperativen Beschwerdeführers noch nicht möglich sei. Hiergegen sprachen jedenfalls unmittelbar im Anhörungszeitpunkt noch die widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers bezüglich seiner Erkrankung: Gab er einerseits an, die manische Episode retrospektiv zu erkennen, erläuterte er gleichzeitig, diese sei – was offensichtlich nicht zutraf – nun bereits vorüber und werde nie mehr wiederkommen. Einerseits beteuerte er sodann, die verschriebenen Medikamente nehmen zu wollen, andererseits liess er durchblicken, diese umgehend abzusetzen, sollte er dadurch weiterhin Heisshunger verspüren und zunehmen. Die Krankheitseinsicht präsentierte sich mithin nachvollziehbar als fragil; eine echte Einsicht in die Natur der bipolaren Erkrankung sowie der dafür notwendigen phasenprophylaktischen Behandlung scheint noch nicht zu bestehen. Immerhin ist der Beschwerdeführer indes bereit, sich zur weiteren ambulanten Behandlung bei seiner Psychiaterin, Dr. N._____, O._____, zu melden; diese konnten jedoch in den vergangenen zwei Wochen weder er selbst noch die Klinik erreichen. Eine gesicherte psychiatrische Anbindung mit regelmässigen Terminen wäre aber jedenfalls als Minimum notwendig, wenn das Lithium eingestellt und die Benzodiazepine abgesetzt werden sollen,

da hierzu allgemeinnotorisch eine engmaschige ärztliche Überwachung vonnöten ist (wie die Klinikvertreterin ausführte, kann es sonst beim Absetzen der Diazepine zu gefährlichem Delir kommen und kann das Lithium ohne Spiegelkontrollen nicht richtig eingestellt werden).

Die sozialen Umstände sind grundsätzlich günstig: Der Beschwerdeführer verfügt über eine Wohnung in einer Überbauung der M. _____ Kirche sowie über eine Beschäftigung mit Tagesstruktur und ein noch intaktes Beziehungsnetz. Im persönlichen Kontakt präsentierte er sich zwar offensichtlich und erkennbar immer noch manisch, aber grundsätzlich höflich, freundlich und zuvorkommend. In der Gesamtschau ist demnach für das Gericht nicht einsichtig, weshalb der Beschwerdeführer zwingend über längere Zeit stationär statt ambulant behandelt werden müsste.

5.3 Gleichzeitig ist jedoch klar, dass die nötige Behandlung jetzt weitergeführt werden muss, um den Beschwerdeführer zu stabilisieren und ihn davor zu bewahren, in die Drehtürpsychiatrie abzurutschen (vgl. dazu, dass nach dem Willen des Gesetzgebers eine sogenannte "Drehtürpsychiatrie" vermieden werden soll, was bei der Beurteilung der Zulässigkeit und des Fortbestands von fürsorgerischen Unterbringungen zu berücksichtigen ist insofern, als diese nicht beim ersten Besserungsanzeichen aufgehoben werden sollten, Botschaft vom 28. Juni 2006 zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht] BBl 2006 7063).

In diesem Sinne ist eine Entlassung des Beschwerdeführers von der Bedingung abhängig zu machen, dass der Klinik schriftlich ein ärztlicher ambulanter Behandlungsplan vorgelegt wird und sich ein Psychiater oder eine Psychiaterin mit Berufsausübungsbewilligung bereit erklärt, den Patienten zur darin vorgesehenen Behandlung zu übernehmen. Ein ambulanter Behandlungsplan sowie das im ambulanten Rahmen nötige "Care Team" muss selbstverständlich vor dem Klinikaustritt organisiert sein und bereitstehen; es reicht nicht aus, dass der Beschwerdeführer zuversichtlich ist, dies nach seiner Entlassung organisieren zu können.

Diesbezüglich ist einerseits die Klinik in der Pflicht, parallel zur stationären Behandlung die ambulante Nachbetreuung aufzugleisen, zumal die stationäre Unterbringung gegen den Willen des Patienten nur zulässig ist, wenn und solange mildere Mittel nicht in Frage kommen. Die aufnehmende Institution hat dabei während der Unterbringung alles Nötige vorzukehren, damit die betroffene Person so rasch wie möglich wieder entlassen werden und

ihr Leben selber in die Hand nehmen kann, nicht entsprechend dem, was aus objektiver Sicht empfehlenswert wäre (Verbleib in der Klinik zur Medikamenteneinstellung), sondern nach dem, was unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Beschwerdeführers vertretbar ist ohne dessen Gesundheit unverhältnismässig zu gefährden (vgl. oben E. 2.4). Die entsprechenden Vorbereitungen sind denn offenbar auch bereits geplant, insbesondere ist ein Termin mit der Sozialarbeiterin der Klinik angesetzt, welche den Beschwerdeführer dabei unterstützen wird, sein ambulantes "Care Team" aufzubauen und zu organisieren.

Andererseits hat es auch der Beschwerdeführer selbst in der Hand, aktiv am Aufbau seines ambulanten Behandlungssettings mitzuwirken, insbesondere dafür zu sorgen, dass der Kontakt mit seiner ambulant behandelnden Psychiaterin – oder allenfalls einer anderen Facharztperson, welche die Behandlungsverantwortung übernehmen kann, falls die behandelnde Psychiaterin aktuell tatsächlich selber gesundheitlich angeschlagen ist – hergestellt werden kann.

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 Einverständnis des Beschwerdeführers kann das vorliegende Urteil der behandelnden Psychiaterin Dr. N. _____ zugestellt werden.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insofern teilweise gutgeheissen, als dem Entlassungswunsch unter folgenden Bedingungen stattzugeben ist:
 - Es wird ein ärztlicher ambulanter Behandlungsplan vorgelegt und
 - Ein Psychiater, eine Psychiaterin mit Berufsausübungsbewilligung erklärt sich bereit, den Patienten zur darin vorgesehenen Behandlung zu übernehmen. Behandlungsplan und Übernahmeerklärung sind der Klinik schriftlich vorzulegen. Bis zur Erfüllung der Bedingungen bleibt die fürsorgliche Unterbringung bestehen.
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 Ärztesekretariat), an die ärztliche Leitung der Klinik D._____, an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, P._____, an die einweisende Psychiaterin B._____ sowie an Dr. med. N._____.

Zug, 23. März 2026

Im Namen der
FÜRSORGERECHTLICHEN KAMMER
Die Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am