

Obergericht des Kantons Zürich

II. Zivilkammer



Geschäfts-Nr.: PA220028-O/U

Mitwirkend: Oberrichterin lic. iur. E. Lichti Aschwanden, Vorsitzende,
Oberrichterin lic. iur. M. Stammbach und Oberrichterin lic. iur.
R. Bantli Keller sowie Gerichtsschreiber MLaw B. Lakic

Urteil vom 7. Juli 2022

in Sachen

A. _____,

Beschwerdeführerin

vertreten durch **B.** _____,

sowie

Psychiatrische Klinik Clenia Schlössli AG,

Verfahrensbeteiligte

betreffend **Überprüfung der fürsorgerischen Unterbringung**

**Beschwerde gegen ein Urteil des Einzelgerichtes im ordentlichen Verfahren
des Bezirksgerichtes Uster vom 15. Juni 2022 (FF220003)**

Erwägungen:

I.

1.1. Die Beschwerdeführerin wurde am 25. April 2022 mittels ärztlich angeordneter fürsorgerischer Unterbringung in die Psychiatrische Klinik Clienia Schlössli AG (fortan Klinik) eingewiesen (Geschäfts-Nr. PA220022-O act. 4). Mit Eingaben vom 2. und 4. Mai 2022 erhoben die Schwester der Beschwerdeführerin und die Beschwerdeführerin selbst beim Bezirksgericht Meilen Beschwerde gegen die fürsorgerische Unterbringung (Geschäfts-Nr. PA220022-O act. 1 und 13). Mit Urteil vom 10. Mai 2022 wies das Bezirksgericht Meilen die Beschwerde ab (Geschäfts-Nr. PA220022-O act. 32).

1.2. Gegen diesen Entscheid erhob die Schwester der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 20. Mai 2022 Beschwerde beim Obergericht des Kantons Zürich (Geschäfts-Nr. PA220022-O act. 33). Die Beschwerde wurde mit Urteil vom 9. Juni 2022 abgewiesen, soweit sie nicht abgeschrieben wurde (Geschäfts-Nr. PA220022-O act. 39). Als Begründung wurde erwogen, die KESB Dübendorf (fortan KESB) habe mit Zirkularentscheid vom 2. Juni 2022 die weitere Unterbringung der Beschwerdeführerin in der Klinik angeordnet resp. die ärztlich angeordnete fürsorgerische Unterbringung verlängert (Geschäfts-Nr. PA220022-O act. 38 = act. 3 im vorliegenden Geschäft). Entsprechend der bundegerichtlichen Rechtsprechung wurde damit das aktuelle Rechtsschutzinteresse an einer Überprüfung des Entscheides über die ärztlich angeordnete fürsorgerische Unterbringung verneint.

2.1. In der Zwischenzeit erhob die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 7. Juni 2022 bei der Vorinstanz Beschwerde gegen den Entscheid der KESB vom 2. Juni 2022 (act. 1 f.). Im vorinstanzlichen Beschwerdeverfahren beantragte die Klinik in ihrer Stellungnahme vom 13. Juni 2022 sinngemäss die Abweisung der Beschwerde und stellte der Vorinstanz die Patientenakten zur Verfügung (act. 14 und 15/1-12). Die KESB verzichtete mit E-Mail vom 13. Juni 2022 auf eine Stellungnahme (act. 16). Daraufhin fand am 15. Juni 2022 die vorinstanzliche Hauptverhandlung/Anhörung statt, an welcher Dr. med. C. _____ (fortan:

Gutachterin) das Gutachten erstattete und Vertreter der Klinik sowie die Beschwerdeführerin angehört wurden (VI Prot. S. 8 ff.). Mit Urteil vom selben Tag wies die Vorinstanz die Beschwerde ab (act. 20 = act. 23).

2.2. Mit Schreiben vom 15. Juni 2022 wandte sich die Beschwerdeführerin an die KESB und stellte ein Entlassungsgesuch (act. 25). Dieses Schreiben wurde zuständigkeitshalber der Kammer weitergeleitet und als Beschwerde gegen das Urteil der Vorinstanz vom 15. Juni 2022 entgegengenommen (hierorts eingegangen am 20. Juni 2022, act. 24). Mit Schreiben der Kammer vom 20. Juni 2022 wurde die Beschwerdeführerin unter anderem darauf hingewiesen, dass die Beschwerdefrist noch laufe und sie daher berechtigt sei, die Beschwerde innert der laufenden Beschwerdefrist zu ergänzen (act. 27). Die Beschwerdeführerin ergänzte ihre Beschwerde nicht.

2.3. Die vorinstanzlichen Akten wurden von Amtes wegen beigezogen (act. 1 – 21). Vom Einholen einer Stellungnahme bzw. Vernehmlassung wurde abgesehen. Das Verfahren ist spruchreif. Auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin ist nur insoweit einzugehen, als sie für das Beschwerdeverfahren relevant sind.

II.

1. Der Kanton Zürich sieht für die Beurteilung der fürsorgerischen Unterbringung gemäss Art. 426 ff. ZGB ein zweistufiges Verfahren mit erstinstanzlicher Zuständigkeit der Einzelgerichte der Bezirksgerichte und der zweitinstanzlichen Zuständigkeit des Obergerichtes vor (§ 62 Abs. 1 und § 64 EG KESR/ZH; § 30 GOG/ZH). Das Verfahren der fürsorgerischen Unterbringung richtet sich in erster Linie nach dem ZGB und dem kantonalen EG KESR. Enthalten diese Gesetze keine Bestimmungen, gelten für die gerichtlichen Beschwerdeverfahren das kantonale GOG und subsidiär die Bestimmungen der ZPO (Art. 439 Abs. 3 i.V.m. Art. 450f ZGB i.V.m. § 40 EG KESR). Aus der Beschwerde muss hervorgehen, wie die Beschwerdeinstanz zu entscheiden hat, einer Begründung bedarf es hingegen nicht (vgl. Art. 450e Abs. 1 ZGB; OGer ZH PA170031 vom 28. November 2017, E. 2.2. m.w.H.).

2. Voraussetzung für eine fürsorgerische Unterbringung ist zunächst das Vorliegen eines Schwächezustandes. Dabei handelt es sich abschliessend um eine psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung (Art. 426 Abs. 1 ZGB; vgl. BSK ZGB I-GEISER/ETZENSBERGER, 6. Auflage, Art. 426 N 12). Bei psychischen Störungen handelt es sich um erhebliche, objektiv feststellbare Abweichungen vom normalen Erleben oder Verhalten, wobei Denken, Fühlen und Handeln betroffen sind. Eine Abweichung von einer zumindest in den Grenzbereichen willkürlichen Normalität bedeutet, dass die Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit fließend ist. Sodann besteht die Möglichkeit, charakteristische psychische Symptome zu objektivieren und zu klassifizieren. Massgebend ist heutzutage die ICD Klassifikation (vgl. BERNHART, Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung, Rz. 269 ff.). Damit von einer psychischen Störung gesprochen werden kann, muss ein Krankheitsbild vorliegen, welches erhebliche Auswirkungen auf das soziale Funktionieren des Patienten hat (vgl. BSK ZGB I-GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., Art. 426 N 15).

2.1. Wie die Vorinstanz zutreffend erwog, diagnostizierte die Gutachterin bei der Beschwerdeführerin in erster Linie eine degenerative Hirnerkrankung. An dieser leide die Beschwerdeführerin im Rahmen chronischer organischer und primär psychischer psychiatrischer Multimorbidität bei chronisch-progredienter somatischer Polymorbidität, insbesondere aufgrund der Multisystemerkrankung im Rahmen einer mitochondrialen Enzephalomyopathie mit MELAS-Syndrom (Mitochondriale Myopathie, Enzephalopathie, Laktazidose und schlaganfallähnliche Episoden). Psychiatrisch phänomenologisch bestehe ein progredientes demenzielles Syndrom mit passagere deliranten und/oder psychotischen Episoden mit paranoid-wahnhafter und agitierter Symptomatik sowie Inaktivität und sozialem Rückzug. Die intermittierenden Erlebnis- und Verhaltensstörungen – bspw. Verwirrungszustände, Schreien, Unruhe, Zerstören des Mobiliars, Entsorgung der Müllsäcke über den Balkon, etc. – hätten wiederholt zu Polizeieinsätzen und Problemen mit den Nachbarn sowie den (wenig verbliebenen) Betreuungspersonen und zu psychiatrischen Hospitalisationen unter FU-Bedingungen geführt. Insbesondere die kognitiven Einschränkungen hätten eine schwere Beeinträchtigung in der Erledigung der

finanziellen Bereiche sowie der Medikamenteneinnahme zur Folge und würden seit geraumer Zeit im Zuzug der KESB resultieren (act. 17 S. 2).

Die Klinik schloss sich anlässlich der Anhörung hinsichtlich des Krankheitsbilds der Gutachterin an (VI Prot. S. 17). Sie brachte im Rahmen des Verfahrens vor der KESB unter anderem vor, die Beschwerdeführerin leide an einer mitochondrialen Zytopathie mit Phänotyp MELAS-Syndrom-Spektrum. Zudem diagnostizierte die Klinik eine organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Benzodiazepine und Opiode (act. 15/8 S. 1). Auch im vorinstanzlichen Verfahren erklärte die Klinik, es bestünden kognitive Ausfälle im Rahmen des MELAS-Syndroms und eine verminderte Affektsteuerung und Impulsivität (act. 14).

2.2. Zum Gutachten gefragt erklärte die Beschwerdeführerin anlässlich der Anhörung, die Meinung der Gutachterin sei schon in Ordnung (VI Prot. S. 14). Ansonsten kann weder aus der vorinstanzlichen Anhörung noch aus der Beschwerde an das Obergericht entnommen werden, wie die Beschwerdeführerin zu den gestellten Diagnosen steht (E. 2.1.).

Aufgrund der Befunde der involvierten Ärzte leidet die Beschwerdeführerin neben Krankheiten, die sich auf der körperlichen Ebene zeigen, auch an psychischen Erkrankungen (act. 15/8). Es verbinden sich mit den somatischen (u.a. auch hirnorganischen) und psychischen Erkrankungen zudem soziale und emotionale schwierige Umstände. Die Beschwerdeführerin leidet neben ihren körperlichen und psychischen Erkrankungen auch unter zunehmender Einsamkeit, seit ihr Partner im Jahr 2019 verstorben ist. Die degenerative Hirnerkrankung wird von den Fachpersonen als Grunderkrankung gesehen (act. 17 S. 2, act. 18/7 S. 3, VI Prot. S. 10). Inwiefern konkret die psychischen Erkrankungen durch die somatischen Beschwerden, wie z.B. durch die mitochondriale Zytopathie mit Phänotyp MELAS Syndrom-Spektrum oder die Gehörkrankheit (act. 18/8), (mit-)verursacht worden sind bzw. wie sich die verschiedenen Krankheitsbilder bedingen, kann nicht gesagt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Schädigung des Gehirns (so gemäss Gutachterin) bzw. die kognitiven Ausfälle (so gemäss Klinikarzt Dr. D._____) eine psychiatrische

Symptomatik hat (VI Prot. S. 9). In psychopathologischer Hinsicht diagnostiziert die Klinik (bestätigt durch die Gutachterin, act. 17 S. 2) der Beschwerdeführerin eine wahnhaft (schizophreniforme) Störung gemäss ICD-10: F06.2. und psychische und Verhaltensstörungen infolge Opioid- und Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10; F. 13.2. und F.11.2.; act. 15/8; E. 2.1.). Der persönliche Fürsorgebedarf der Beschwerdeführerin kann somit in Bezug gesetzt werden zum Unterbringungstatbestand der psychischen Erkrankung, was, wie erwähnt (E. 2. vorstehend), eine Voraussetzung ist für die Anordnung einer fürsorglichen Unterbringung.

Die mangelnde Krankheitseinsicht der Beschwerdeführerin hinsichtlich der bei ihr bestehenden somatischen Beschwerden kann nur dann als Schwächezustand im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB gesehen werden und eine Behandlung gegen den Willen bzw. ohne Zustimmung der Patientin geschehen, wenn der Patientin Urteilsunfähigkeit zu attestieren wäre (Art. 377 ff. ZGB). Die Gutachterin hat grosse Vorbehalte gegenüber der Urteilsfähigkeit der Beschwerdeführerin (VI Prot. S. 9) bzw. verneint diese (act. 17 S. 7 unten). Sie merkt an, dass die fehlende Krankheitseinsicht hirnorganisch bedingt und das Urteilsvermögen der Beschwerdeführerin stark eingeschränkt sei (VI Prot. S. 13). Die fehlende Krankheitseinsicht müsse heute wegen vorwiegend organischer psychischer Störung verneint werden. Die überlebenswichtige Medikamenteneinnahme sei nicht gewährleistet (VI Prot. S. 11). So leidet die Beschwerdeführerin unter anderem an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 2 (act. 15/8 S. 1, S. 3). Die Beschwerdeführerin hält auf entsprechenden Vorhalt durch den Einzelrichter fest, sie habe einen Schlaganfall erlitten, der nächste sei vielleicht tödlich und dann sterbe sie. Dann sei sie erlöst (VI Prot. S. 16). Vielleicht stürze sie irgendwann wieder ganz ab, wenn sie keine Hoffnung mehr habe. Sie verstehe nicht (auf Frage), warum es erstrebenswert wäre, dies nicht soweit kommen zu lassen, sie sei nicht eine so wichtige Person (VI Prot. S. 15). Mit diesen Ausführungen äussert die Beschwerdeführerin nicht einen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung von Informationen gewonnenen eigenen Willen, der sie in die Lage bringen würde, in einer begründeten Risikoabwägung die Folgen einer nicht genügenden Behandlung

ihrer somatischen Beschwerden abschätzen zu können und die Folgen einer Nichtbehandlung in letzter Konsequenz auch zu wollen (siehe auch E. 3.2.1.unten). Die Urteilsfähigkeit bezüglich der Erkrankung und der weiteren medizinischen Behandlung der somatischen Beschwerden ist derzeit als nicht gegeben zu erachten. Zusammenfassend ist eine psychische Störung im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB zu bejahen.

3. Weiter wird für die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung vorausgesetzt, dass die Betreuung oder die Behandlung der betroffenen Person nötig ist (vgl. Art. 426 Abs. 1 ZGB). Die vorinstanzlichen Erwägungen dazu sind korrekt, weshalb zwecks Vermeidung von Wiederholungen darauf verwiesen werden kann.

Auch die Geeignetheit der Einrichtung ist zu prüfen (vgl. OGer ZH PA150024 vom 16. November 2015, E. 3.3.1). Es muss sich um eine Institution handeln, die mit den ihr zur Verfügung stehenden, organisatorischen und personellen Mitteln in der Lage ist, die wesentlichen Bedürfnisse der eingewiesenen Person bezüglich Behandlung und Betreuung zu befriedigen (vgl. BGer 5A_257/2015 vom 23. April 2015 E. 3.1 m.w.H.). Weiter muss die Massnahme verhältnismässig sein. Das angestrebte Ziel muss voraussichtlich erreicht werden können (Geeignetheit der Massnahme). Die Massnahme soll in erster Linie der Wiedererlangung der Selbstständigkeit und der Eigenverantwortung dienen. Ist eine Besserung des Zustandes ausgeschlossen, muss sie die notwendige persönliche Betreuung ermöglichen, um der betroffenen Person ein menschenwürdiges Leben zu sichern. Ferner darf keine weniger einschneidende, jedoch genügend Schutz bietende Massnahme zur Verfügung stehen (Erforderlichkeit der Massnahme). Mit anderen Worten darf die Betreuung oder Behandlung der betroffenen Person nicht anders, namentlich mit leichteren Massnahmen, als durch die fürsorgerische Unterbringung erfolgen können (vgl. zum Ganzen BSK ZGB I-GEISER/ETZENSBERGER, a.a.O., Art. 426 N 22 ff.). Bei der Verhältnismässigkeitsprüfung sind die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen (Art. 426 Abs. 2 ZGB). Der Schutz Dritter kann für sich allein aber nicht ausschlaggebend sein (vgl. Botschaft vom 28. Juni 2006 zur

Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, BBI 2006 S. 7001 ff., S. 7062 f.).

3.1.1. Die Gutachterin bejaht die Notwendigkeit einer Unterbringung der Beschwerdeführerin und führt dazu aus, es liege eine massive Selbstgefährdung vor (act. 17 S. 6). Die Beschwerdeführerin sei im Rahmen ihrer Polymorbidität dauerhaft behandlungs- und betreuungsbedürftig, wobei eine Krankheitseinsicht fehle (act. 17 S. 5; VI Prot. S. 13). Um Fortschritte zu machen, bedürfe es einer stationären Stabilisierung, wie sie antipsychotisch in der Klinik bereits erreicht worden sei und bezüglich der Stoffwechsel- und Elektrolytentgleisungen mit den somatischen Spezialisten angegangen werde. Psychiatrisch gebe es keine Medikamente, welche nachweislich gegen den Verlauf der ihrer Meinung nach vorhandenen demenziellen Entwicklung als Bestandteil der mitochondrialen und vaskulären Enzephalopathie helfen würden. Ferner scheine die Beschwerdeführerin vom Behandlungsangebot zu profitieren, wie der Ergotherapie, an welcher sie gerne teilnehme (act. 17 S. 5 f.). Bei sofortiger Entlassung wäre eine prompte Verschlechterung absehbar in dem aktuell auf niedrigem Niveau knapp kompensierten psychischen Gesundheitszustand, insbesondere mit erneuter psychotischer Dekompensation (Angst, Wahn mit Verfolgungs- und Beeinträchtigungserleben, Verhaltensstörungen). In deliranten und psychotischen Zuständen, welche per se medizinischen Notfallsituationen gleichkämen, sei auch die Unfallgefahr erhöht. Mit der Weiterführung der Medikation wäre die Beschwerdeführerin überfordert, zumal auch die von verschiedenen Stellen angedachte Massnahme mit der Psychiatriespitex nicht akzeptiert werde und wohl chancenlos bliebe. Im gegenwärtigen Zustand der Beschwerdeführerin käme es bei einer Entlassung umgehend wieder zur häuslichen Überforderung. Dabei seien ihr auch ihre sozialen Ressourcen abhandengekommen (act. 17 S. 6; vgl. auch VI Prot. S. 11).

Die nächsten Bezugspersonen der Beschwerdeführerin sind die Patentante und die Schwester. Die Gutachterin geht davon aus, dass die Belastung und allenfalls Gefährdung für das direkte soziale Umfeld der Beschwerdeführerin – etwa durch umherfallende Möbelstücke oder Messer– in

den psychischen Ausnahmezuständen mit den Verhaltensstörungen, bei welchen sich die verschiedenen Behörden nicht zu helfen wüssten, rasch zunehmen würden (act. 17 S. 7). Die Risiken seien nicht unerheblich (VI Prot. S. 12). Damit bejaht die Gutachterin auch eine gewisse, wenn auch eher geringe Fremdgefährdung.

3.1.2. Die Klinik führte aus, die Beschwerdeführerin müsse weiterhin stationär behandelt werden, da sie die Medikation nicht mehr ohne Unterstützung selber bewerkstelligen könne. Sie lehne dabei eine mehrmals tägliche Spitexbetreuung ab. Diese müsse wegen der Schwerhörigkeit und der impulsiven Meinungsänderungen auch gegen den Willen der Beschwerdeführerin Zugang zur Wohnung haben (act. 14). Es bestehe die Gefahr eines Selbstversorgungsdefizits mit Selbstgefährdung wobei ein erhöhtes Risiko einer psychischen und somatischen Dekompensation, die bei verfrühtem Austritt ohne zusätzliche Massnahmen zu einer lebensbedrohlichen Gefährdung der Patientin führen können (act. 15/8 S. 3). Im Vordergrund stünden die psychiatrischen Auffälligkeiten, die zu der verminderten Krankheitseinsicht führen würden (VI Prot. S. 17).

3.2.1. Diese in den wichtigsten Punkten übereinstimmenden Ausführungen der Fachpersonen vermag die Beschwerdeführerin nicht zu entkräften. Es lässt sich aus der Anhörung der Eindruck gewinnen, die Beschwerdeführerin sehe ihr Verhalten eher als nicht derart gravierend an (s. den Vorfall mit dem Runterschmeissen des Abfallsacks vom Balkon, VI Prot. S. 16 oben). Sie fühlt sich gar geplagt, wenn sie auf ihre Krankheit angesprochen wird (VI Prot. S. 14 unten). Folglich fehlt es auch an einer Auseinandersetzung mit ihrer psychischen Störung, die wiederum auch Auswirkungen auf ihre übrigen körperlichen und behandlungsbedürftigen Leiden hat (so die Hyponatriämie, die arterielle Hypertonie, die hypertrophische Kardiomyopathie, der schlecht eingestellte insulinpflichtige Diabetes mellitus Typ II, die arterielle Hypertonie, vgl. act. 15/8). Umgekehrt beeinflussen bzw. beeinträchtigen die körperlichen Leiden die psychische Gesundheit und die Möglichkeit reflektierender Überlegungen. Dabei wäre es für die Beschwerdeführerin wichtig, dass sie die psychiatrische

Behandlung zulässt, damit sie möglichst rasch die (korrekte) Medikation – wie z.B. betreffend Blutzucker – ohne Unterstützung selber einnehmen kann oder zumindest Unterstützung ausserhalb eines stationären Rahmens zulässt. Dass eine nicht (korrekt) erfolgte Behandlung der Leiden der Beschwerdeführerin selbstgefährdend ist, versteht sich von selbst.

3.2.2. Aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht ist die Beschwerdeführerin derzeit nicht in der Lage, sich selbst zu helfen. Es ist nicht anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin derzeit zu Hause die notwendigen Massnahmen ohne Dritthilfe verlässlich organisieren kann. So lehnt sie eine engmaschige Spitexbetreuung ab (vgl. VI Prot. S. 17 oben). Einverstanden ist die Beschwerdeführerin mit einer Spitex, die alle zwei Tage das Essen vorbeibringt; es reiche, wenn die Spitex jeden zweiten Tag das Essen vorbei bringe, sie habe ihre eigenen Sachen, die sie zum Essen kaufen möchte, dies sei kein Problem, sie habe ein Taxi, das sie fahre und das reiche ihr (VI Prot. S. 17 oben). Die Beschwerdeführerin verfügt über kein Beziehungsnetz, das sie ausserhalb der Klinik genügend auffangen, unterstützen und begleiten könnte. So führte ihre Patentante gegenüber der Klinik aus, sie besuche die Beschwerdeführerin alle zwei bis drei Wochen und die Beschwerdeführerin mache zu Hause alles selbständig, jedoch äusserst ungenügend (act. 15/2 S. 9 oben). Die Beschwerdeführerin gab selbst an, sie habe nie eine Bezugsperson gehabt und wolle keine (VI Prot. S. 17). Inwiefern ihre Schwester, die sie im vorliegenden Verfahren vertritt, eine geeignete und genügende Bezugsperson darstellt, kann nicht festgestellt werden. Wie die Gutachterin zu Recht vorbringt, scheinen die bislang aktenkundig involvierten Personen und Stellen – Patentante, Liegenschaftsverwalter, Nachbarn – mit der Situation der Beschwerdeführerin überfordert zu sein (vgl. act. 18/4 und 18/8-10). Die fürsorgliche Unterbringung gilt als ultima ratio und stellt grundsätzlich eine befristete Lösung dar. Im Hinblick auf die Wiedererlangung einer Form von Selbständigkeit und der Eigenverantwortung im Entlassungszeitpunkt braucht es derzeit eine stationäre Unterbringung. Geeignete mildere Massnahmen sind derzeit nicht ersichtlich. Eine Spitexbetreuung als mildere Massnahme wird zumindest von der Klinik aufgeworfen (vgl. act. 14). Die Klinik bringt jedoch vor, dass die Installation einer

solchen Betreuung mangels Akzeptanz der Beschwerdeführerin nicht möglich sei. Alles in allem scheint es gemäss Einschätzung des Oberarztes und stellvertretenden Chefarztes der Klinik, Dr. med. D._____, zunehmend unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin eine genügend engmaschige Spitexbetreuung zulasse. Möglicherweise laufe es auf eine zumindest vorübergehende Platzierung hinaus (act. 14). In der Zwischenzeit würde die Klinik versuchen, die Beschwerdeführerin einen besseren Umgang mit dem Blutzucker zu ermöglichen, oder sie davon zu überzeugen versuchen, doch Hilfe anzunehmen (act. 14). Die Beschwerdeführerin vermag derzeit die fachärztlich festgestellte psychische Erkrankung selber nicht zu erkennen, und ohne ärztliche Begleitung und stützende Medikation besteht die erhebliche Gefahr einer erneuten (zwangsweisen) Hospitalisierung. Die Stabilisierung in der Klinik und Aufgleisung einer weiterführenden engmaschigen Betreuung nach dem stationären Aufenthalt (vgl. VI Prot. S. 17) sind das Hauptziel der aktuellen Massnahme. Wenn möglich sollte die Beschwerdeführerin nach dem Klinikaufenthalt in der Lage sein, wieder in ihre Wohnung zurückzukehren und eine engmaschige Betreuung (etwa) durch die Spitex zu akzeptieren. Es ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin nicht grundsätzlich eine Betreuung ablehnt (E. 3.2.2. vorstehend). Eine eigene Wohnung zu haben, ist für die Beschwerdeführerin wichtig. Sie gibt ihr Schutz und Privatsphäre. Die Klinik, die auf Behandlung psychischer Krankheiten spezialisiert ist und ein breites Behandlungsangebot aufweist, und der Behandlungsplan sind für die angemessene Behandlung und im Hinblick auf die Voraussetzungen einer Nachbetreuung als geeignet zu erachten. Den von der Klinik aufgesetzten Behandlungsplan erachtet die Gutachterin als geeignet (act. 17 S. 6). Die Gutachterin betrachtet die Psychiatriespitex im Gegensatz zum verantwortlichen Arzt in der Klinik als chancenlos (VI Prot. S. 11 unten) und eine Entlassung der Beschwerdeführerin kommt für sie auf unabsehbare Zeit nicht in Frage (VI Prot. S. 12 unten). Der Verlauf in der Clenia müsse abgewartet werden. Die Gutachterin befürwortet eine weiter andauernde fürsorgliche Unterbringung, um im Hinblick auf zu ergreifende mildere Massnahmen vorbereitet zu sein. Die Gutachterin bestätigt die Wichtigkeit einer vertrauten Umgebung (VI Prot. S. 13

oben), sieht die Beschwerdeführerin aber für die Zeit nach der Klinik in einer betreuten Wohnform mit eigener Wohnung (VI Prot. S. 13 oben).

4. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen der fürsorgerischen Unterbringung im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB gegeben sind und die Vorinstanz die Beschwerde gegen die fürsorgerische Unterbringung zu Recht abgewiesen hat. Die Voraussetzungen einer fürsorgerischen Unterbringung sind auch im heutigen Zeitpunkt noch gegeben. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

5.1. Da die Beschwerde abzuweisen ist, würde die Beschwerdeführerin grundsätzlich kostenpflichtig (vgl. Art. 450f ZGB i.V.m. Art. 106 Abs. 1 ZPO). Umstande halber ist indes von einer Kostenerhebung abzusehen. Eine Entschädigung ist nicht zuzusprechen.

5.2. Die Schwester und Vertreterin der Beschwerdeführerin stellte innerhalb der Beschwerdeschrift ein Gesuch, ihr den Anteil an den Gerichtskosten des Beschwerdeverfahrens vor dem Bezirksgericht Meilen zu erlassen, der ihr persönlich auferlegt wurde (act. 25 S. 2). Dieses Gesuch ist der Verwaltungskommission zur weiteren Bearbeitung weiterzuleiten (vgl. auch Schreiben an die Vertreterin der Beschwerdeführerin vom 20. Juni 2022, act. 27).

Es wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Für das Beschwerdeverfahren werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Entschädigung zugesprochen.
4. Schriftliche Mitteilung an die Parteien, an die verfahrensbeteiligte Klinik, die KESB Dübendorf, in den Erwägungen gemäss II./5.2. und im Dispositiv an die Verwaltungskommission des Obergerichts unter Beilage einer Kopie von act. 25 sowie an das Bezirksgericht Uster, je gegen Empfangsschein.

Die erstinstanzlichen Akten gehen nach unbenütztem Ablauf der Rechtsmittelfrist an die Vorinstanz zurück.

5. Eine **Beschwerde** gegen diesen Entscheid an das Bundesgericht ist innert **30 Tagen** von der Zustellung an beim Schweizerischen Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, einzureichen. Zulässigkeit und Form einer solchen Beschwerde richten sich nach Art. 72 ff. (Beschwerde in Zivilsachen) oder Art. 113 ff. (subsidiäre Verfassungsbeschwerde) in Verbindung mit Art. 42 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG).

Dies ist ein Endentscheid im Sinne von Art. 90 BGG.

Es handelt sich um eine nicht vermögensrechtliche Angelegenheit.

Die Beschwerde an das Bundesgericht hat keine aufschiebende Wirkung.

Obergericht des Kantons Zürich
II. Zivilkammer

Der Gerichtsschreiber:

MLaw B. Lacic

versandt am:
7. Juli 2022