

WBE.2022.4 / jl / jb

Art. 6

Urteil vom 14. Januar 2022

Besetzung	Verwaltungsrichter Cotti, Vorsitz Verwaltungsrichter Haefeli Verwaltungsrichterin Klöti Gerichtsschreiberin Lang
Beschwerde- führerin	B. _____ unentgeltlich vertreten durch Dr. iur. Marcel Buttlinger, Rechtsanwalt, Kasinostrasse 30, Postfach, 5001 Aarau
Gegenstand	Beschwerdeverfahren betreffend fürsorgnerische Unterbringung (Nachbetreuung) Entscheid von Dr. med. C. _____, Oberärztin, PDAG, vom 3. Januar 2022

Das Verwaltungsgericht entnimmt den Akten:

A.

1.

B. wurde am [...] 1991 geboren. Sie hat einen Bruder, zu dem sie telefonischen Kontakt pflegt, sowie einen Lebenspartner, der getrennt von ihr wohnt und den sie ab und zu sieht (Protokoll der Anhörung vor dem Verwaltungsgericht vom 7. Januar 2022 [nachfolgend: Protokoll], S. 12). Ihre Eltern sind geschieden, wobei ihre Mutter im Jahr 2014 verstarb. Danach lebte B. bei ihrem Grossvater, der jedoch innerhalb eines Jahres ebenfalls verstarb (Protokoll, S. 14). In der Folge zog sie oft um, zuletzt Mitte August 2021 (Protokoll, S. 7, 9). B. ist gelernte [...] und wechselte, nachdem sie diesen Beruf zunächst ausgeübt hatte, ins Gastgewerbe (Protokoll, S. 13 f.). Im Verlauf der Coronapandemie verlor sie ihre Stelle, die sie während zwei Jahren mit einem Pensum von 80 % innehatte. Seither war sie nur in kurzen Anstellungsverhältnissen tätig. Derzeit arbeitet sie im Umfang von ca. 40–60 % in einem Restaurant auf Abruf (Protokoll, S. 10 f.).

2.

B. musste schon mehrfach stationär behandelt werden. Insgesamt kam es seit 2015 zu zehn stationären Aufenthalten in der Klinik der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) (vgl. angefochtener Entscheid, S. 1; Protokoll, S. 7, 15, 19). Dabei wurde im Rahmen der infolge Absetzens der neuroleptischen Medikation erfolgten und vom 22. Dezember 2017 bis 2. Februar 2018 dauernden Hospitalisierung eine (bereits vorbekannte) paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) diagnostiziert. Dannzumal bestanden Hinweise auf wahnhaftes Denken, wobei B. auch von akustischen Halluzinationen berichtet hatte (Austrittsbericht der PDAG vom 7. Februar 2018, S. 1 f.). Kurz nach der Entlassung aus der Klinik kam es am 31. März 2018 zu einem Vorfall, anlässlich dessen sie aus dem 3. Stock sprang und der eine weitere psychiatrische Hospitalisierung bis 27. April 2018 zur Folge hatte. Nach einer längeren stabilen Phase wurde sie vom 17. Februar 2020 bis 26. März 2020 aufgrund einer Exazerbation der vorbekannten paranoiden Schizophrenie abermals stationär behandelt, nachdem sie die vorbestehende neuroleptische Medikation reduziert hatte. B. zeigte sich dabei insbesondere blockiert und mutistisch respektive beinahe stuporös (vgl. Austrittsbericht der PDAG vom 26. März 2020, S. 1 f.). Anlässlich des stationären Aufenthalts vom 15. Februar 2021 bis 12. März 2021 wies sie bei Eintritt ein ähnliches Zustandsbild auf. Neben der bereits bekannten paranoiden Schizophrenie wurde zudem eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) festgestellt. Die erneute Dekompensation des psychischen Zustands wurde seitens der Klinik der PDAG auf das erneute Absetzen der neuroleptischen Medikation zurückgeführt, wohingegen B. den Grund dafür im Tod einer nahen Freundin verortete (vgl. Austrittsbericht der PDAG vom 25. März 2021, S. 1 ff.). Auch nach diesem Klinikaufenthalt setzte B. wiederum die

Medikamente ab, was zu einer Exazerbation mit mutistischem und blockiertem Zustandsbild und schliesslich am 30. Juli 2021 zu einer weiteren, bis 13. August 2021 dauernden Hospitalisation führte. Wie beim vorherigen Aufenthalt wurden dabei eine paranoide Schizophrenie sowie eine Panikstörung diagnostiziert (Austrittsbericht der PDAG vom 18. August 2021, S. 1 f.).

B.

1.

Zuletzt wurde B. mit Entscheid von Dr. med. E., mobile aerzte AG, vom 22. Dezember 2021 mittels fürsorgerischer Unterbringung in die Klinik der PDAG eingewiesen, nachdem sie zuvor während einer Stunde regungslos im Eingangsbereich eines Wohnblocks gestanden und sich auch gegenüber dem hinzugezogenen mobilen Arzt blockiert und mutistisch gezeigt hatte (vgl. Protokoll, S. 3 ff.; siehe auch Entscheid Dr. med. E., mobile aerzte AG, vom 22. Dezember 2021 sowie Bericht der PDAG zum Eintrittsgespräch vom 23. Dezember 2021, S. 1). Gegen den Unterbringungsentscheid sowie die danach von der Klinik der PDAG angeordneten Bewegungseinschränkungen und Behandlungen ohne Zustimmung beschwerte sich B. beim Verwaltungsgericht. Mit Entscheid von Dr. med. C., Oberärztin, PDAG, vom 3. Januar 2022 wurde B. aus der Klinik der PDAG entlassen, weshalb das Verwaltungsgericht die Beschwerden mit Verfügung vom 4. Januar 2022 als gegenstandslos von der Geschäftskontrolle abschrieb.

2.

Im Rahmen des Entlassungsentscheids erfolgte am 3. Januar 2022 seitens der PDAG durch Dr. med. C., Oberärztin, der folgende Nachbetreuungsentscheid:

Regelmässige Applikation der Depotmedikation: Xeplion Inj Susp 150 mg/ml Fertspr 1 ml (1){Paliperidon} alle 28 Tage i.m.; Dauer: 6 Monate.

Hierfür wurde bei Dr. med. G. ein Termin für den 27. Januar 2022 vereinbart.

C.

1.

Mit Eingabe vom 6. Januar 2022 (Eingang per Fax: gleichentags; Posteingang: 7. Januar 2022) liess B., vertreten durch Dr. iur. Marcel Buttlinger, Rechtsanwalt, Aarau, Beschwerde gegen den Nachbetreuungsentscheid vom 3. Januar 2022 erheben und folgende Anträge stellen:

1.

Es sei die Nachbetreuungsanordnung vom 3. Januar 2022 aufzuheben, insbesondere nachdem diese Anordnung der Nachbetreuung Teil des Entlassungsentscheides ist.

2.

Es sei die Verhandlung auf Freitag, 7. Januar 2022, 13:00 Uhr, anzusetzen und diese physisch vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Aargau oder digital durchzuführen, wobei die Beschwerdeführerin in meiner Kanzlei an der Verhandlung teilnimmt.

3.

Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsvertretung zu bewilligen.

4.

Unter den üblichen Kosten- und Entschädigungsfolgen.

2.

Mit Instruktionsverfügung vom 6. Januar 2022 wurde die Zusammensetzung des Spruchkörpers bekanntgegeben und es wurden verschiedene Beweisanordnungen getroffen. Insbesondere wurde Dr. med. I. als sachverständige Person zur Begutachtung bestimmt und es wurde auf den 7. Januar 2022 zu einer delegierten Videoanhörung durch den Verfahrensleiter vorgeladen.

3.

3.1.

An der delegierten Videoanhörung vom 7. Januar 2022 nahmen die Beschwerdeführerin, ihr Rechtsvertreter Dr. iur. Marcel Buttlinger, Rechtsanwalt, Aarau, sowie für die Einrichtung Oberärztin Dr. med. C. sowie Assistenzarzt J. teil. Ausserdem war Dr. med. I. als sachverständige Psychiaterin per Video zugeschaltet.

3.2.

Die mit technischen Hilfsmitteln aufgezeichnete Videoanhörung wurde anschliessend den übrigen Mitgliedern des Spruchkörpers in der Form eines Videoprotokolls zugänglich gemacht. Die Sachverständige wurde mit Schreiben vom 7. Januar 2022 mit der Erstattung eines schriftlichen Kurzgutachtens beauftragt.

3.3.

Am 7. Januar 2022 reichte Dr. med. I. das schriftliche Gutachten ein.

3.4.

Mit Eingabe vom 13. Januar 2022 (Eingang per Fax: gleichentags; Posteingang: 14. Januar 2022) liess die Beschwerdeführerin zum Gutachten von Dr. med. I. Stellung nehmen. Ihr Rechtsvertreter reichte zudem seine Kostennote ein.

4.

4.1.

Das Verwaltungsgericht hat den Fall unter Würdigung der gesundheitlichen und sozialen Umstände der Beschwerdeführerin im Zirkularverfahren entschieden (vgl. § 7 Abs. 1 und 2 des Gerichtsorganisationsgesetzes vom 6. Dezember 2011 [GOG; SAR 155.200]). Die Eröffnung erfolgte mit einer Kurzbegründung schriftlich im Dispositiv.

4.2.

Mit Eingabe vom 26. Januar 2022 (Posteingang: 27. Januar 2022) liess die Beschwerdeführerin um Zustellung einer vollständig begründeten Urteilsausfertigung ersuchen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

I.

1.

Das Verwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen eine angeordnete Nachbetreuung (Art. 437 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs vom 10. Dezember 1907 [ZGB; SR 210] i.V.m. § 59 Abs. 1 lit. i des Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 27. Juni 2017 [EG ZGB; SAR 210.300]). Es ist folglich zur Beurteilung der Beschwerde gegen die Anordnung der Nachbetreuung durch Dr. med. C., Oberärztin, PDAG, vom 3. Januar 2022 zuständig.

2.

Mit der Beschwerde können Rechtsverletzungen, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und Unangemessenheit gerügt werden (Art. 450a Abs. 1 ZGB). Soweit das ZGB und das EG ZGB keine Regelungen enthalten, sind die Bestimmungen der Zivilprozessordnung sinngemäss anwendbar (Art. 450f ZGB).

II.

1.

1.1.

Die Nachbetreuung und die ambulanten Massnahmen regeln die Kantone (Art. 437 ZGB). Im Kanton Aargau sind die Nachbetreuung in § 53 ff. EG ZGB und die ambulanten Massnahmen in § 56 EG ZGB geregelt. Die Nachbetreuung und die ambulanten Massnahmen unterscheiden sich durch den Zeitpunkt der Anordnung und weniger durch ihren Inhalt. Während die Nachbetreuung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt angeordnet wird, erfolgt die Beurteilung von ambulanten Massnahmen nicht direkt im Nachgang zu einem solchen (Botschaft vom 28. Juni 2006 zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [Erwachsenenschutz,

Personenrecht und Kindesrecht; nachfolgend: Botschaft Erwachsenenschutz], BBl 2006 7071 Ziff. 2.2.11; Botschaft des Regierungsrats des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 27. April 2011 zur Umsetzung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts, 11.153 [nachfolgend: Botschaft Regierungsrat], S. 72, 75).

§ 53 Abs. 1 EG ZGB statuiert, dass bei Rückfallgefahr beim Austritt (aus der Einrichtung) eine Nachbetreuung vorzusehen ist. Im Rahmen der Nachbetreuung sind jene Massnahmen zulässig, die geeignet erscheinen, einen Rückfall zu vermeiden, namentlich die (a) Verpflichtung, regelmässig eine fachliche Beratung oder Begleitung in Anspruch zu nehmen oder sich einer Therapie zu unterziehen, (b) Anweisungen, bestimmte Medikamente einzunehmen, (c) Anweisung, sich alkoholischer Getränke oder anderer Suchtmittel zu enthalten und dies gegebenenfalls mittels entsprechender Untersuchungen nachzuweisen. Stimmt die betroffene Person der Nachbetreuung zu, trifft die Einrichtung mit ihr im Rahmen des Austrittsgesprächs eine schriftliche Vereinbarung über die Durchführung der Nachbetreuung. Ist diese Vereinbarung sachgerecht, wird sie im Entlassungsentscheid genehmigt (§ 53 Abs. 2 EG ZGB). Fehlt die Zustimmung der betroffenen Person oder ist die Nachbetreuungsvereinbarung gemäss Absatz 2 nicht sachgerecht, entscheidet die für die Entlassung zuständige Stelle über die Nachbetreuung (§ 53 Abs. 3 EG ZGB).

1.2.

Die Zuständigkeit für den Entscheid über die Nachbetreuung liegt bei Einrichtungen mit ärztlicher Leitung bei den diensthabenden Kaderärztinnen und Kaderärzten, sofern die Einrichtung für die Entlassung zuständig ist (§ 54 Abs. 1 EG ZGB). Die Nachbetreuung ist auf höchstens sechs Monate zu befristen. Sie fällt spätestens mit Ablauf der festgelegten Dauer dahin, wenn keine Anordnung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde vorliegt (§ 54 Abs. 2 EG ZGB). Ist hingegen die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde für die Entlassung zuständig, entscheidet sie gestützt auf die ärztliche Beurteilung über die Anordnung der Nachbetreuung (§ 55 Abs. 1 EG ZGB). Die Nachbetreuung ist auf höchstens zwölf Monate zu befristen (§ 55 Abs. 2 EG ZGB).

Vorliegend ordnete die zuständige Kaderärztin der Klinik der PDAG, Dr. med. C., für die Beschwerdeführerin eine Nachbetreuung für die Dauer von sechs Monaten an. Der Entscheid erging am 3. Januar 2022, weshalb die PDAG zur Anordnung der Nachbetreuung zuständig war (§ 53 Abs. 3 i.V.m. Art. 429 Abs. 1 und 3 ZGB sowie § 46 Abs. 1 EG ZGB).

2.

2.1.

Als erste Voraussetzung für die Anordnung einer Nachbetreuung ist in Anwendung von § 53 Abs. 1 EG ZGB zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin weiterhin eine Rückfallgefahr besteht.

2.2.

2.2.1.

Das Tatbestandsmerkmal der Rückfallgefahr bezieht sich auf eine psychische Störung, die ohne Nachbetreuung der betroffenen Person dazu führen könnte, dass diese erneut stationär behandlungs- und/oder betreungsbedürftig wird. Der im ZGB verwendete Begriff der psychischen Störung (vgl. Art. 426 Abs. 1 ZGB) umfasst die anerkannten Krankheitsbilder der Psychiatrie (vgl. Botschaft Erwachsenenschutz, BBl 2006 7043 Ziff. 2.2.2). Beim Begriff der "psychischen Störung" handelt es sich um einen Rechtsbegriff, der im Grundsatz der Definitionsmacht und Auslegungshoheit der Jurisprudenz unterliegt. Wo die Begrifflichkeiten jedoch mit der medizinischen Terminologie übereinstimmen, wie bei der psychischen Störung, muss die rechtsanwendende Instanz daran gebunden sein (vgl. Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz [KOKES], Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht, 2012, S. 247; CHRISTOF BERNHART, Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung, 2011, Rz. 266 ff.).

2.2.2.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Herausgeberin der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD]). Per 1. Januar 2022 wurde die bis anhin gültige ICD-10-Klassifikation durch die ICD-11-Klassifikation abgelöst. Soweit ersichtlich ist derzeit allerdings noch keine deutsche Fassung verfügbar. Mit Blick auf die Übergangszeit, welche mehrere Jahre in Anspruch nehmen dürfte, ist daher nach wie vor ICD-10-GM [German Modification] in der Version 2022 heranzuziehen (vgl. www.bfs.admin.ch > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung > 2022 > ICD-10-GM; www.bfarm.de > Kodiersysteme > Klassifikationen > ICD > ICD-11; beide Seiten zuletzt besucht am 4. Februar 2022). Das Kapitel V dieser Dokumentation beinhaltet die psychischen Störungen.

Mit F20 wurde die Schizophrenie klassifiziert. Schizophrene Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder

Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person die Patientin oder den Patienten kommentieren oder über sie oder ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome (DILLING/FREYBERGER, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 9. Aufl. 2019, S. 93). Eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen oder Wahrnehmungsstörungen. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache; katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend. Eine paranoide Schizophrenie liegt vor, wenn die allgemeinen Kriterien einer Schizophrenie erfüllt sind (Diagnosekriterium A), wenn Wahnphänomene oder Halluzinationen vorherrschen (Diagnosekriterium B) und ein verflachter oder inadäquater Affekt, katatone Symptome oder Zerfahrenheit das klinische Bild nicht dominieren (Diagnosekriterium C) (DILLING/FREYBERGER, a.a.O., S. 96).

Somit ist die paranoide Schizophrenie als medizinischer Terminus klar definiert, weshalb die rechtsanwendende Instanz bei der Beurteilung, ob eine psychische Störung vorliegt, daran gebunden ist.

2.2.3.

Wie bereits erwähnt (siehe vorne lit. A/2), wurde bei der Beschwerdeführerin im Rahmen früherer Klinikaufenthalte in der PDAG in diagnostischer Hinsicht vom Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) ausgegangen. Anlässlich des stationären Aufenthalts in der Klinik der PDAG vom 30. Juli 2021 bis 13. August 2021 wurde – neben einer Panikstörung – ebenfalls eine paranoide Schizophrenie festgestellt.

Auch der letzte stationäre Aufenthalt in der Klinik der PDAG vom 22. Dezember 2021 bis 3. Januar 2022 führte zur Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (Kurzaustrittsbericht der PDAG vom 3. Januar 2022). Gemäss den Klinikakten habe sich die Beschwerdeführerin bei Eintritt blockiert, mutistisch, ängstlich, misstrauisch, florid psychotisch, verwirrt und realitätsverkennend gezeigt, wobei der Psychostatus aufgrund des Zustandsbilds nur partiell habe erhoben werden können. Formalgedanklich habe sie sich ungeordnet, inkohärent, sprunghaft sowie vorbeirend präsentiert. Hinweise auf wahnhaftes Erleben, Stimmenhören und Ich-Störungen hätten während des kurzen Gesprächs weder eruiert noch ausgeschlossen werden können (Bericht der PDAG zum Eintrittsgespräch vom 23. Dezember 2021). Aufgrund des Zustandsbilds und fehlender Einschätzbarkeit sei sie mit Haldol und Valium zwangsmediziert worden. In der Visite am Folgetag habe sie sich im Kontakt einsilbig und mit langer Antwortlatenz bis mutistisch, im formalen Denken jedoch nunmehr geordnet gezeigt. Es hätten Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, auf Sinnestäuschungen und auf Ängste im Rahmen des Wahns bestanden, die jedoch

aufgrund mangelnder Gesprächsbereitschaft nicht tiefer explorierbar gewesen seien (Bericht der PDAG zum Eintrittsgespräch/Gemeinsame vom 23. Dezember 2021).

Da die Beschwerdeführerin die Einnahme der neuroleptischen Medikation erneut verweigerte, wurde seitens der Klinik der PDAG am 23. Dezember 2021 eine entsprechende ordentliche Behandlung gegen ihren Willen angeordnet und in Form einer Xeplion- sowie einer überbrückenden Clopixol Acutard-Depotmedikation appliziert. Danach wurde sie teilweise zunächst weiterhin als einsilbig und im Gespräch teilweise überfordert, im weiteren Verlauf jedoch als stark gebessert wahrgenommen, wobei sie selbst ihren verbesserten Zustand nicht auf die Medikamente zurückgeführt habe (Einträge Fachkrankengeschichte vom 24. Dezember 2021 und vom 27. Dezember 2021; Eintrag Pflegeverlaufsbericht vom 25. Dezember 2021, 19.26 Uhr). In Bezug auf die verordnete und am 30. Dezember 2021 verabreichte Xeplion-Depotmedikation zeigte sich die Beschwerdeführerin im Vorfeld sehr ambivalent respektive lehnte diese mehrheitlich ab (Eintrag Fachkrankengeschichte vom 28. Dezember 2021; Einträge Pflegeverlaufsbericht vom 28. Dezember 2021, 09.48 Uhr, sowie vom 30. Dezember 2021, 11.45 Uhr und 16.20 Uhr). In der Folge fiel sie teilweise als gereizt und gegenüber dem Pflegepersonal beleidigend auf, wobei sich die Situation nach kurzer Isolation wieder beruhigte (Einträge Fachkrankengeschichte vom 30. und 31. Dezember 2021; Einträge Pflegeverlaufsbericht vom 30. Dezember 2021, 18.54 Uhr und 21.36 Uhr, sowie vom 31. Dezember 2021, 10.11 Uhr). Noch im Austrittsgespräch hat sich die Beschwerdeführerin dahingehend geäußert, er sei ihr nie schlecht gegangen. Die Psychose sei bei Ersteintritt aufgrund der Psychopharmaka ausgelöst worden. Ihre "blöde Situation" schreibe sie ihren Kommunikationsschwierigkeiten mit der Polizei zu, zu welcher ihr das Vertrauen fehle (Eintrag Fachkrankengeschichte vom 3. Januar 2022).

Den Ausführungen der zuständigen Oberärztin an der Anhörung vom 7. Januar 2022 ist zu entnehmen, dass die Zustände bei Eintritt immer ähnlich seien, das heisst, die Beschwerdeführerin sei mutistisch und nicht dialogfähig, weshalb es jeweils schwierig sei, den Zustand zu beurteilen. Sie wirke in Gedanken abwesend und lehne die Medikamente ab. Im letzten Aufenthalt sei sie gegenüber dem Klinikpersonal sehr misstrauisch gewesen. Auch habe sie geäußert, die Polizei hätte etwas gegen sie, weil sie immer wieder per fürsorglicher Unterbringung in die Klinik komme. Nach Ansicht der Beschwerdeführerin hätte ihr Zustand keinen Klinikaufenthalt erfordert. Auf die Medikamente habe sie relativ rasch angesprochen und sie sei jetzt in einem sehr guten psychischen Zustand. Nach wie vor werde vom Vorliegen einer (chronisch) paranoiden Schizophrenie ausgegangen. Eine separate Diagnose in Bezug auf das Bestehen einer Panikstörung werde nicht gestellt, da sich während des Aufenthalts nichts Entsprechendes habe beobachten lassen (Protokoll, S. 16 ff.).

2.2.4.

Während die Beschwerdeführerin mit der diagnostischen Einschätzung seitens der Klinik nicht einverstanden ist (vgl. Protokoll, S. 6 f.; Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2022), deckt sich diese mit derjenigen der psychiatrischen Gutachterin. Gestützt auf die Akten sowie die Anhörung vom 7. Januar 2022 gelangte diese zum Schluss, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Die notwendigen Kriterien nach ICD-10 seien erfüllt. Bei der letzten Hospitalisation vom 22. Dezember 2021 bis 3. Januar 2022 hätten die sogenannten negativen Symptome wie Mutismus bis hin zum Stupor, welcher sich im regungslosen Stehen im Hauseingang während einer Stunde gezeigt habe, und eine vorübergehende Verflachung der Affekte im Vordergrund gestanden. Auch diese Symptome würden für die Diagnose einer Schizophrenie ausreichen, selbst wenn deswegen weitere positive Symptome nicht sichtbar würden. Solche hätten in der Vorgeschichte jedoch schon klar beobachtet werden können. Anlässlich der Anhörung habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin aktuell psychopathologisch unauffällig sei und weder positive noch negative Symptome aufweise. Von der Sprache, Psychomotorik, vom Antrieb und von den Affekten her sei sie völlig unauffällig. Auch eine Ermüdung respektive Müdigkeit hätten sich während der einstündigen Anhörung nicht feststellen lassen. Die neuroleptische Medikation wirke demnach bestens und werde ohne sichtbare Nebenwirkungen toleriert (Kurzgutachten von Dr. med. I. vom 7. Januar 2021 [nachfolgend: Kurzgutachten], S. 1).

2.2.5.

Mit Blick auf die von mehreren Fachpersonen gestellte medizinische Diagnose, die Akten und den an der Anhörung vom 7. Januar 2022 gewonnenen persönlichen Eindruck steht für das Verwaltungsgericht fest, dass sich die Beschwerdeführerin bei Klinikeintritt in einem Zustand befand, welcher Ausdruck der seit mehreren Jahren bestehenden paranoiden Schizophrenie ist, welche gemäss den Einschätzungen der Fachpersonen auch nach wie vor fortbesteht. Die Beschwerdeführerin räumte zudem selbst ein, in der Vergangenheit immer wieder in psychotische Zustände geraten zu sein (Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2022, S. 1). Diese psychotischen Zustandsbilder sind zumindest als Folge der bei ihr vorliegenden Erkrankung zu betrachten und lassen sich nicht ausschliesslich mit den – zweifellos erlittenen – Schicksalsschlägen erklären, zumal es seit 2015 zu insgesamt zehn stationären Aufenthalten in der Klinik der PDAG kam und die Mehrzahl davon ab dem Jahr 2017 verzeichnet wurde, als die Mutter und der Grossvater der Beschwerdeführerin bereits seit einiger Zeit verstorben waren. Der Beschwerdeführerin kann daher nicht gefolgt werden, wenn sie ausführt, die Psychosen seien einzig durch äussere Einflüsse bedingt (Stellungnahme vom 13. Januar 2022, S. 2). Was ihren

Hinweis betrifft, wonach sie sich nach Auftreten der psychotischen Zustände jeweils relativ rasch wieder erholt habe (vgl. Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2022, S. 1), ist nicht erkennbar, worauf sie damit abzielt, jedenfalls vermöchte ein derartiger Einwand die Diagnose des Vorliegens einer paranoiden Schizophrenie nicht in Frage zu stellen. Ob zusätzlich eine Panikstörung vorliegt, die anlässlich vergangener Klinikaufenthalte sowie zu Beginn des letzten Aufenthalts noch als zusätzliche Diagnose aufgeführt wurde, ist hier nicht entscheidend und kann offenbleiben, zumal sich dadurch an der fachärztlich übereinstimmend gestellten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nichts ändern würde. Für das Verwaltungsgericht besteht daher, insbesondere auch angesichts des schlüssigen Kurzgutachtens, kein Anlass, diese Diagnose anzuzweifeln. Folglich ist das Vorliegen einer psychischen Störung im Sinne von Art. 426 Abs. 1 ZGB zu bejahen.

2.3.

Die bisherige Krankheitsgeschichte und die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie haben gezeigt, dass die Beschwerdeführerin auf eine regelmässige neuroleptische Medikation angewiesen ist. Diese Annahme wird durch die entsprechende, als nachvollziehbar zu beurteilende gutachterliche Einschätzung bestätigt (vgl. Kurzgutachten, S. 1 f.) und zeigt sich insbesondere auch darin, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der bisherigen stationären Aufenthalte in der Klinik der PDAG stets von einer neuroleptischen Medikation profitieren und in signifikant gebessertem Zustand austreten konnte (vgl. Protokoll, S. 19). Die Beschwerdeführerin war seit 2015 bereits zehn Mal in der Klinik der PDAG hospitalisiert. Wiederholt zeigten sich Rückfälle in Form von Exazerbationen der psychischen Erkrankung, die gemäss Fachpersonen vor allem auf das Absetzen der verordneten Medikation zurückzuführen sind (vgl. Protokoll, S. 17; Kurzgutachten, S. 2). Selbst die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Anhörung vor Verwaltungsgericht zu, die Medikamente nach den jeweiligen Klinikaufenthalten abgesetzt zu haben (vgl. Protokoll, S. 7 f.). Entsprechend hielten die Phasen ohne stationären Aufenthalt – abgesehen von einem stabilen Zeitraum von Ende April 2018 bis Mitte Februar 2020 – meistens nicht lange an (vgl. Austrittsbericht der PDAG vom 26. März 2020). Allein im Jahr 2021 erfolgten drei Hospitalisierungen (Austrittsbericht der PDAG vom 25. März 2021 und vom 18. August 2021 sowie Kurzaustrittsbericht der PDAG vom 3. Januar 2022). Die Vergangenheit zeigt somit deutlich, dass das Absetzen der Medikation respektive deren Reduktion bei der Beschwerdeführerin zu einer Verschlechterung des Zustandsbilds führte, was schliesslich mehrfache Klinikeinweisungen zur Folge hatte. Beim sinngemässen Erklärungsversuch der Beschwerdeführerin, wonach ihre Krisen quasi als Entzugsreaktion aufgrund des Absetzens der Medikation ausgelöst würden und sie lediglich Ruhe benötige, um diese Krisen zu bewältigen (vgl. Protokoll, S. 3, 5), handelt es sich dagegen, wie die Gutachterin nachvollziehbar festhält, um eine völlige Fehlinterpretation der realen Situation

(Kurzgutachten, S. 2). Aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keinerlei Krankheits- und in Bezug auf die neuroleptische Behandlung keine Behandlungseinsicht aufweist und im Rahmen der verwaltungsgerichtlichen Anhörung erklärte, aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen keine respektive höchstens im Akutfall kurzfristig Medikamente einnehmen zu wollen, und sich dabei sinngemäss überzeugt zeigte, nicht auf eine medikamentöse Behandlung angewiesen zu sein (vgl. Protokoll, S. 2 f., 5, 8), muss bei einem Verzicht auf die angeordnete Nachbetreuung mit einem erneuten Absetzen der Medikamente gerechnet werden. Die psychiatrische Gutachterin führt diesbezüglich in schlüssiger Weise aus, weshalb ohne neuroleptische Mediation eine Rückfallgefahr besteht. Bei Absetzen der Medikation sei mit einer weiteren Psychose zu rechnen und ein Rückfall sei – wie die Vergangenheit gezeigt habe – vorprogrammiert. Die möglichen Auswirkungen bestünden in einer Erkrankungsprogression bis hin zur Chronifizierung, einer reduzierten antipsychotischen Response bis hin zur Therapieresistenz, der Notwendigkeit höherer Dosierungen, im Risiko selbstgefährdender Handlungen sowie in den entsprechenden sozialen Folgen (wie Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, etc.; vgl. Kurzgutachten, S. 2). Nach Auffassung des Verwaltungsgerichts ist dem zuzustimmen. In unbehandeltem Zustand würden der Beschwerdeführerin eine baldige erneute Verschlechterung des Zustandsbilds, ein Rückfall mit Potential zur Selbstgefährdung und mit hoher Wahrscheinlichkeit innert absehbarer Zeit eine weitere Klinikeinweisung drohen. Bei der Beschwerdeführerin liegt somit eine hohe Rückfallgefahr vor.

Nachdem feststeht, dass die Beschwerdeführerin an einer paranoiden Schizophrenie leidet, ist – entgegen ihrer Ansicht (vgl. Stellungnahme vom 13. Januar 2022, S. 2) – nicht erkennbar, inwiefern die von der Gutachterin mit Verweis auf eine zusammenfassende Studie angeführten Rückfallangaben in Zweifel zu ziehen wären. Die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin macht zweifellos eine langfristige medizinische Behandlung notwendig, um die Rückfallgefahr zu minimieren. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang eine regelmässige Medikamenteneinnahme. Als nicht ausreichend bzw. untauglich sowie in klarem Widerspruch zur gutachterlichen Auffassung stehend (siehe dazu Kurzgutachten, S. 1) erscheint dagegen das Ansinnen der Beschwerdeführerin, der Rückfallgefahr lediglich mit einer Gesprächstherapie zu begegnen (vgl. Protokoll, S. 12 f.). Auch der von ihr diesbezüglich ins Feld geführte altersbedingte Reifeprozess und die Absicht, sich künftig besser organisieren zu wollen (vgl. Stellungnahme vom 13. Januar 2022, S. 3), vermögen die bestehende Rückfallgefahr nicht zu reduzieren, geschweige denn zu beseitigen, zumal gerade das vergangene Jahr gezeigt hat, dass sie über keine geeignete und nachhaltige Strategie verfügt, um Rückfälle aus eigener Kraft zu verhindern.

Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist demzufolge festzuhalten, dass die gesetzlich geforderte Rückfallgefahr vorhanden ist.

3.

3.1.

Wie jede Verwaltungsmassnahme muss bei einer Anordnung einer Nachbetreuung gegen den Willen der betroffenen Person der Grundsatz der Verhältnismässigkeit hinreichend beachtet werden. Dieser fordert, dass die Verwaltungsmassnahme zur Verwirklichung des Ziels geeignet und notwendig ist (BGE 136 I 17, Erw. 4.4). Eine Massnahme ist ungeeignet, wenn sie im Hinblick auf das angestrebte Ziel keine Wirkungen erzielt oder wenn die Erreichung dieses Ziels sogar erschwert oder verhindert wird (HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. Aufl. 2020, Rz. 522). Das Gebot der Erforderlichkeit verlangt, dass eine Massnahme unterbleibt, wenn eine gleich geeignete, aber mildere Massnahme für den angestrebten Erfolg ausreichen würde. Es wird auch als das Prinzip der "Notwendigkeit" oder des "geringstmöglichen Eingriffs" bezeichnet (HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, a.a.O., Rz. 527 ff.). Angesichts dieses Grundsatzes muss beispielsweise eine fürsorgerische Unterbringung ultimo ratio bleiben, heisst es doch im Gesetzestext, dass eine fürsorgerische Unterbringung nur angeordnet werden darf, "wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann" (vgl. Art. 426 Abs. 1 ZGB; Aargauische Gerichts- und Verwaltungsentscheide [AGVE] 1997, S. 237 f., Erw. 4a). Analoges muss für die Anordnung einer Nachbetreuung gelten. Allgemein ist das Ziel der Nachbetreuung, "dass die bisher stationär betreuten Personen nach dem Klinikaufenthalt unterstützt werden, ihre Selbstbestimmung wieder ausüben zu können und ein Netz geschaffen wird, um die Gefahr eines Rückfalls grösstmöglich zu minimieren" (Botschaft Regierungsrat, S. 74). Zu prüfen ist nachfolgend, ob die angeordnete Nachbetreuung geeignet und erforderlich ist, dieses Ziel zu erreichen.

3.2.

3.2.1.

Als Massnahme im Rahmen der Nachbetreuung wurde von der PDAG im angefochtenen Entscheid angeordnet, dass sich die Beschwerdeführerin während einer Dauer von sechs Monaten alle 28 Tage eine Xeplion-Depotspritze (Dosis: 150 mg), intramuskulär injiziert, bei Dr. med. G. verabreichen lassen muss.

3.2.2.

Anlässlich der verwaltungsgerichtlichen Anhörung vom 7. Januar 2022 erklärte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen, aufgrund von Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Müdigkeit, Gewichtszunahme) möchte sie am liebsten keine Medikamente einnehmen, vor allem wehre sie sich aber auch gegen die Spritze (Protokoll, S. 2 f.). Seit ihrem Umzug nach Q., welcher nach dem Klinikaufenthalt im August 2021 erfolgt sei, sei sie nicht

mehr in psychiatrischer Behandlung. Das Paliperidon habe sie danach wegen der Gewichtszunahme und der Müdigkeit selbständig reduziert, wobei sie mit Paliperidon noch die wenigstens Nebenwirkungen habe. Die meisten Nebenwirkungen seien bei Risperdal und der Xeplion-Spritze aufgetreten. Im März 2020, als sie ein Xeplion-Depot erhalten habe, habe sie fast täglich Kopfschmerzen gehabt, weshalb in Absprache mit den Ärzten eine Umstellung auf die Tabletten erfolgt sei. Obwohl es bei den Tabletten derselbe Wirkstoff sei, habe sie damit keine Kopfschmerzen. Im Vorfeld des letzten Klinikaufenthalts habe sie nur Schlafmedikamente genommen (vgl. Protokoll, S. 5 f., 9). Sie habe zu jenem Zeitpunkt mehr gearbeitet als üblich, wenig gegessen und stressbedingt während zwei Nächten schlecht geschlafen. Bei Einweisung in die Klinik sei sie zwar nicht so fit gewesen, aber es wäre auch ohne Klinikeinweisung gegangen, sie hätte nur zur Ruhe kommen und etwas essen müssen. Nachdem sie sich in der Klinik ausgeruht und keinen Stress mehr wegen der Arbeit gehabt habe, sei es ihr bei Austritt besser gegangen. Sie glaube nicht, dass ihr verbesserter Zustand nur auf die Einnahme der Medikamente zurückzuführen sei, und sei überzeugt, dass man ihr Problem auch ohne Medikamente – etwa mit einer Gesprächstherapie, welche bereits organisiert sei – lösen könne (vgl. Protokoll, S. 3 f., 8, 10, 12 f., 16).

3.2.3.

Die zuständige Oberärztin führte anlässlich der verwaltungsgerichtlichen Anhörung vom 7. Januar 2022 im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin habe in der Vergangenheit immer wieder die Medikamente abgesetzt, was die Hauptursache der bisherigen Klinikaufenthalte darstelle. Die Hospitalisationen hätten immer zu einer Verbesserung des psychischen Zustands geführt, was darauf hinweise, dass die Beschwerdeführerin gut auf die Medikamente, konkret Paliperidon, anspreche. Wie es ohne Medikation funktioniere, würden dagegen die Geschehnisse seit 2015 zeigen. Ohne medikamentöse Behandlung bestehe namentlich die Gefahr, dass die Beschwerdeführerin aufgrund eines psychotischen Erlebens bestimmte Situationen verkennen und selbstgefährdend reagieren könnte. Krankheits- und Behandlungseinsicht seien bei ihr nicht vorhanden. In Bezug auf die Medikamenteneinnahme kooperiere sie lediglich unter dem Druck der Hospitalisierung. Was die von der Beschwerdeführerin angesprochenen Nebenwirkungen betreffe, so sei eine Gewichtszunahme bei Xeplion nicht typisch. Diese könne auftreten, sei jedoch auch abhängig von Lebensstil, Ernährung, Bewegung und Stress und lasse sich nicht eindeutig mit Xeplion erklären. Auch Müdigkeit und Hunger seien allgemeine Beschwerden, die sie nicht unbedingt in Zusammenhang mit Xeplion bringen würde. Müdigkeit könne insbesondere auch stressbedingt entstehen, wenn die Beschwerdeführerin viel arbeite und deshalb gestresst sei. Aus medizinischer Sicht sei es ausserdem nicht erklärbar, dass die Beschwerdeführerin nach der Applikation der Xeplion-Spritze Kopfschmerzen gehabt habe, bei der

Einnahme von Paliperidon in Tablettenform dagegen nicht, denn die perorale Dosis sei im Vergleich höher gewesen. Zudem habe sie, als Paliperidon während des letzten Aufenthalts etabliert worden sei, über keine Beschwerden geklagt. Kopfschmerzen könnten ebenfalls stressbedingt auftreten. Xeplion werde zudem schon lange verordnet und bisher seien keine derartigen Beobachtungen gemacht worden (vgl. Protokoll, S. 17 ff.).

3.2.4.

Die psychiatrische Gutachterin legte in ihrem Kurzgutachten zur medikamentösen Behandlung dar, dass diese – neben einer Psychoedukation und Psychotherapie – das wichtigste Behandlungselement darstelle. Nur diese und nicht eine alleinige Psychotherapie vermöge die Neurotransmitterdysbalance, welche die Symptome verursache, zu beheben (Kurzgutachten, S. 1). Die angeordnete Nachbehandlung in Form einer Xeplion-Depotmedikation von 150 mg alle 28 Tage sei dabei geeignet, einen Rückfall zu vermeiden. Das Depotneuroleptikum garantiere einen konstanten Medikamentenspiegel bei insgesamt kleineren Tagesdosen als orale Neuroleptika, was auch zu weniger unerwünschten Arzneimittelwirkungen führe. Dieser konstante Spiegel sei zur Vermeidung von Rückfällen im Vergleich zu einer oralen Medikation sogar besser, selbst wenn eine gute Adhärenz bestehe. Zwar senke jede konsequente Behandlung mit Neuroleptika die Rückfallgefahr, das heisst auch eine orale Behandlung mittels Tabletten. Die Vergangenheit habe allerdings gezeigt, dass die Beschwerdeführerin die Medikation immer wieder selbst abgesetzt und dies immer zu erneuten Rückfällen in die Psychose geführt habe. Auch die aktuelle Einstellung der Beschwerdeführerin zeige, dass sie nicht bereit sei, überhaupt Medikamente einzunehmen, so dass ein Versuch mit oraler Medikation, die im Übrigen eine klar weniger gute Langzeitwirkung aufweise, von vornherein zum Scheitern verurteilt sei. Folglich gebe es im vorliegenden Fall keine vergleichbar gute Möglichkeit, um einen Rückfall zu vermeiden, als die Depotmedikation (Kurzgutachten, S. 2 f.).

3.2.5.

In ihrer Stellungnahme vom 13. Januar 2022 zum Kurzgutachten stellte sich die Beschwerdeführerin sinngemäss auf den Standpunkt, dass es in Übereinstimmung mit der Gutachterin einer integrierten psychotherapeutischen Behandlung bedürfe, wobei das Ziel sein müsse, die neuroleptische Behandlung abzusetzen respektive massiv zu reduzieren, was man bis anhin nicht versucht habe (Stellungnahme vom 13. Januar 2022, S. 2). Ein Depotneuroleptikum garantiere zwar einen konstanten Medikamentenspiegel, ändere aber nichts daran, dass der Körper der Beschwerdeführerin auf eine Depotmedikation anders reagiere und sie sich danach regelmässig wie "erschlagen" fühle und sie eine grosse Müdigkeit überfalle. Eine Depotmedikation sei auch angesichts der derzeitigen guten Verfassung völlig unverhältnismässig. Die Beschwerdeführerin sei jedoch bereit, minimale Me-

dikamente, sprich 3 mg Paliperidon, einzunehmen und diese Einnahme allenfalls durch das Ambulatorium der PDAG überwachen zu lassen. Ihre aktuelle Einstellung zeige im Gegensatz zur Ansicht der Gutachterin, dass sie sehr wohl bereit sei, an sich zu arbeiten, und dass sie mit einer minimalen oralen Medikation einverstanden sei. Auch die Gutachterin anerkenne, dass es weniger einschneidende Massnahmen gebe, wie zum Beispiel die orale Abgabe von Medikamenten (Stellungnahme vom 13. Januar 2022, S. 3).

3.3.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass mit einer neuroleptischen Behandlung stets eine Stabilisierung des psychischen Zustands der Beschwerdeführerin erreicht werden konnte. Erst mit dem Absetzen oder Reduzieren der neuroleptischen Medikation ging eine Verschlechterung ihres psychischen Zustands einher, was schliesslich zu mehrfachen Klinikeinweisungen führte. Auch die neuroleptische Behandlung mit Xeplion hat anlässlich der letzten Hospitalisation zu einer markanten Verbesserung des Zustandsbilds der Beschwerdeführerin geführt. Wenngleich dies von der Beschwerdeführerin anders empfunden wird, indem sie ihren gebesserten Zustand nicht einzig auf die verabreichte Medikation zurückführt (Protokoll, S. 3), ergibt sich aus den Krankenakten deutlich, dass sie sich bereits wenige Tage nach der am 23. Dezember 2021 verabreichten Xeplion-Depotspritze in deutlich gebessertem Zustand präsentierte (Eintrag Fachkrankengeschichte vom 27. Dezember 2021). Ihr gereiztes und beleidigendes Verhalten, welches sie am 30. Dezember 2021 gezeigt hatte, ist dabei nicht als Verschlechterung ihres Zustands, sondern vielmehr als Trotzreaktion auf die gleichentags zwangsweise verabreichte Depotspritze zu werten (vgl. Eintrag Fachkrankengeschichte vom 30. Dezember 2021). Auch den Ausführungen der zuständigen Klinikärztin ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin relativ rasch und gut auf die Medikamente angesprochen habe und ihr Zustand bei Austritt deutlich besser gewesen sei. Seit sie die Beschwerdeführerin kenne, habe sie sie noch nie in so einem guten psychischen Zustand erlebt (vgl. Protokoll, S. 16, 19). Die neuroleptische Behandlung hat schliesslich zu einer derartigen Verbesserung ihres Zustandsbilds geführt, dass sie am 3. Januar 2022 entlassen werden konnte (vgl. Entlassungsentscheid vom 3. Januar 2022, S. 2). Dabei ist nicht erkennbar, dass diese positive Entwicklung vorwiegend auf etwas anderes als die verabreichte Medikation zurückzuführen wäre. Zumindest lässt sich diese Zustandsverbesserung entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Protokoll, S. 3) nicht nur damit erklären, dass sie während ihres Klinikaufenthalts zur Ruhe kommen konnte und wegen der Arbeit keinen Stress mehr hatte, zumal gerade auch ein zwangsweiser Klinikaufenthalt eine anderweitige Stresssituation darstellen kann.

Die angeordnete Medikation mit Xeplion beziehungsweise dem Wirkstoff Paliperidon, der zur Gruppe der Antipsychotika gehört und typischerweise

zur Behandlung einer Schizophrenie eingesetzt wird, wurde bereits während der stationären Aufenthalte im Februar/März 2020 in Depotform respektive im Februar/März 2021 sowie im Juli/August 2021 in Tablettenform eingesetzt und hat sowohl damals auch anlässlich des letzten Aufenthalts vom 22. Dezember 2021 bis 3. Januar 2022 zur Stabilisierung des Zustandsbilds der Beschwerdeführerin beigetragen. Mit Ausnahme der von der Beschwerdeführerin beklagten körperlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Müdigkeit, Gewichtszunahme), die sich in medizinischer Hinsicht allerdings nicht eindeutig mit der Verabreichung von Xeplion in Verbindung bringen lassen, hat sie bisher gut auf den Wirkstoff reagiert, insbesondere konnte dabei keine Unverträglichkeit festgestellt werden. Der Wirkstoff hat sich somit bisher bewährt. Die Dosis von 150 mg liegt gemäss der Fachinformation des Arzneimittelkompendiums der Schweiz im oberen Bereich (empfohlene Minimaldosis von 25 mg und Maximaldosis von 150 mg) und wird auch seitens der Gutachterin nicht in Frage gestellt. Die angeordnete Medikation ist demnach als Nachbetreuung für die Beschwerdeführerin in Übereinstimmung mit der gutachterlichen Einschätzung als geeignet zu beurteilen, um ihren psychischen Zustand längerfristig zu stabilisieren und weitere Psychosen und damit Rehospitalisationen zu verhindern.

3.4.

Die vom Bundesgericht verlangte konkrete Gefährdung der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 130 I 16, Erw. 5.3) ist darin zu erblicken, dass in unbehandeltem Zustand ein Rückfall und eine Verschlechterung ihres Gesamtgesundheitszustands drohen würden. Die Selbstgefährdung braucht nicht akut (im Sinne einer Suizidalität) zu sein. Es genügt eine längerfristige Gefährdung ihrer psychischen Gesundheit, wenn – wie im vorliegenden Fall – konkrete Anhaltspunkte für eine solche Gefährdung vorliegen. Insbesondere besteht bei der Beschwerdeführerin die Gefahr des Fortschreitens der Erkrankung respektive einer Chronifizierung sowie einer reduzierten Wirksamkeit antipsychotischer Medikamente und der damit verbundenen Notwendigkeit einer Dosissteigerung bis hin zur möglichen Therapieresistenz. Nicht zu vernachlässigen ist zudem das mit der Erkrankung der Beschwerdeführerin zusammenhängende erhöhte Risiko selbstgefährdenden Verhaltens im Rahmen einer akuten Psychose, welches sie bereits in der Vergangenheit gezeigt hat, oder der möglichen Gefahren, die je nach Situation im Falle eines erneuten blockierten oder stuporösen Zustandsbilds drohen könnten. Schliesslich sind auch die möglichen sozialen Folgen wie Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung nicht ausser Acht zu lassen, die sich anlässlich der Anhörung vor Verwaltungsgericht bereits dahingehend zeigten, dass die Beschwerdeführerin sich aktuell nicht mehr in der Lage sieht, ein Arbeitspensum von mehr als 40–60 %, geschweige denn 100 %, zu absolvieren, und dass sie sich deshalb gemäss eigenen Angaben bereits bei der IV angemeldet hat (vgl. Protokoll, S. 10 f.). Zur Stabilisierung des Gesund-

heitszustands, zur Verhinderung eines Rückfalls mit potentiell selbstgefährdendem Verhalten sowie zur Vermeidung weiterer Rehospitalisierungen ist die angeordnete Nachbetreuung demnach erforderlich.

Mildere Massnahmen, welche die Rückfallgefahr in gleicher Weise reduzieren könnten, sind nicht ersichtlich. Wirkstoff und Dosis haben sich in der Vergangenheit bewährt, weshalb ein anderer Wirkstoff vorliegend nicht in Betracht kommt, zumal die Beschwerdeführerin selbst ausgeführt hat, mit dem Wirkstoff Paliperidon noch die wenigsten Nebenwirkungen zu verspüren (Protokoll, S. 6). Eine geringere respektive die von der Beschwerdeführerin propagierte Dosis von maximal 3 mg pro Tag würde insbesondere die Wirksamkeit der Therapie schmälern, ohne dass Anhaltspunkte auf gravierende Nebenwirkungen oder eine Medikamentenunverträglichkeit einen solchen Schritt derzeit gebieten oder auch nur nahelegen würden, und ist deshalb ungeeignet. Die Depotmedikation gewährleistet gemäss den Ausführungen der Gutachterin einen konstanten Medikamentenspiegel, führt bei einer insgesamt geringeren Tagesdosis im Vergleich zu einem oralen Neuroleptikum zu weniger unerwünschten Arzneimittelwirkungen und ist damit verträglicher als dieses. Zudem ist die Depotmedikation im Vergleich zu einer oralen Medikation gar besser geeignet, um die Rückfallgefahr zu senken (Kurzgutachten, S. 2). Die Umstellung auf eine orale Medikation ist derzeit auch deshalb nicht zweckmässig, weil die Beschwerdeführerin keine Krankheits- und in Bezug auf die neuroleptische Medikation keine Behandlungseinsicht aufweist und daher damit zu rechnen wäre, dass sie die verordneten Medikamente – wie bisher mehrfach gezeigt – relativ rasch wieder absetzt. In Übereinstimmung mit der Gutachterin ist daher festzuhalten, dass ein Versuch mit einer oralen Medikation von vornherein zum Scheitern verurteilt wäre. Aufgrund ihrer grundsätzlich ablehnenden Haltung gegenüber der aus ärztlicher und gutachterlicher Sicht als adäquat erachteten neuroleptischen Medikation erscheint auch die von der Beschwerdeführerin vorgeschlagene Überwachung der Medikamenteneinnahme durch das Ambulatorium der PDAG nicht erfolversprechend, zumal diese bei einer oralen Medikation täglich erfolgen müsste und daher auch für die Beschwerdeführerin einen nicht zu vernachlässigenden zeitlichen Aufwand mit sich brächte. Im Übrigen erscheint das Entgegenkommen der Beschwerdeführerin, wonach sie nun zur Einnahme einer minimalen oralen Medikation bereit sei (vgl. Stellungnahme vom 13. Januar 2022, S. 3), nicht aus eigener Überzeugung erfolgt zu sein, nachdem sie sich anlässlich der Anhörung vor Verwaltungsgericht noch relativ dezidiert gegen eine längerfristige (neuroleptische) Medikation ausgesprochen hatte (vgl. Protokoll, S. 2 f.). Bestätigt wird diese Annahme durch ihre Ausführungen, wonach in Bezug auf die neuroleptische Behandlung keine Behandlungseinsicht bestehe (vgl. Stellungnahme vom 13. Januar 2022, S. 3). Der dazu im Widerspruch stehende Versuch, eine minimale Kompromissbereitschaft zu signalisieren, ist daher wenig glaubwürdig.

Was den Vorwurf der Beschwerdeführerin betrifft, wonach man sich anlässlich der letzten zehn Hospitalisierungen mit der Medikamentenabgabe begnügt und bisher keine echte Psychotherapie durchgeführt habe (Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2022, S. 1 f.), ist anzumerken, dass die medikamentöse Behandlung anlässlich der akutpsychiatrischen Interventionen jeweils im Vordergrund stand. Eine alleinige Psychotherapie wäre dagegen ohnehin nicht ausreichend (siehe vorne Erw. 2.3). Im Übrigen steht fest, dass sich die Beschwerdeführerin bis zu ihrem Umzug nach Q. regelmässig, das heisst wöchentlich oder monatlich, bereits ambulant psychiatrisch bei Dr. K. hat behandeln lassen (vgl. Protokoll, S. 9) und auch dies einen Rückfall nicht zu verhindern vermochte. Der Einwand erweist sich daher als unbegründet. Dies gilt erst recht in Bezug auf ihr Vorbringen, man habe bisher nicht versucht, die neuroleptische Behandlung abzusetzen respektive massiv zu reduzieren. Nachdem sie in der Vergangenheit eigenmächtig die Medikamente abgesetzt respektive reduziert und dies zu einer Dekompensation ihres psychischen Zustands geführt hatte, ist ein derartiger Versuch mit Blick auf die eindeutige gutachterliche Einschätzung von vornherein als untauglich zu beurteilen. Schliesslich kann ihr auch nicht gefolgt werden, wenn sie ausführt, eine Depotmedikation sei angesichts ihrer guten Verfassung völlig unverhältnismässig. Sie übersieht dabei, dass das Depotneuroleptikum gerade dafür sorgt, dass der Medikamentenspiegel konstant und ihre psychische Verfassung weiterhin stabil bleibt. Ihr Einwand ist daher unbehelflich.

3.5.

Die Beschwerdeführerin wird durch die angeordneten Massnahmen zweifelsohne in ihrer Lebensführung und ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt. Für das Verwaltungsgericht ist nachvollziehbar, dass sie von den von ihr beschriebenen Nebenwirkungen belastet wird. Allerdings lassen sich diese nicht eindeutig mit der Gabe von Xeplion in Zusammenhang bringen (vgl. Protokoll, S. 17 f.). Zudem können die Kopfschmerzen mit entsprechenden Medikamenten gelindert und der Gewichtszunahme kann mit ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung begegnet werden. Im Übrigen ist aus medizinischer Sicht nicht erklärbar, dass die Beschwerdeführerin bei einer Gabe von Paliperidon mittels Depot stärkere Nebenwirkungen aufweisen soll als bei der Einnahme von Paliperidon in Tablettenform, zumal die Tagesdosis beim oralen Neuroleptikum höher ist als beim Depotneuroleptikum (vgl. Protokoll, S. 17; Kurzgutachten, S. 2). Unter dem Aspekt der Verhältnismässigkeit stellt das Verwaltungsgericht fest, dass die Nebenwirkungen im Vergleich zu erneuten psychotischen Episoden und der damit verbundenen Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Beschwerdeführerin das kleinere Übel darstellen. Die positiven Wirkungen der neuroleptischen Behandlung überwiegen die allenfalls bei der Beschwerdeführerin verbleibenden Nebenwirkungen eindeutig. Eine Wiederweisung wäre für die Beschwerdeführerin zweifellos belastender als die Fortsetzung der neuroleptischen Medikation für eine gewisse Zeit. Folglich

ist die neuroleptische Behandlung mittels Depot als zumutbar und mangels milderer Massnahmen, welche die Rückfallgefahr in gleicher Weise reduzieren könnten, insgesamt als verhältnismässig zu beurteilen.

4.

Zusammenfassend erweist sich die von der PDAG während der Dauer von sechs Monaten angeordnete Nachbetreuung in der Form der Verpflichtung, sich alle 28 Tage eine Xeplion-Depotspritze (150 mg), intramuskulär injiziert, verabreichen zu lassen, als gerechtfertigt und in jeder Hinsicht verhältnismässig (geeignet, erforderlich und zumutbar). Ein Behandlungserfolg durch die angeordnete Nachbetreuung ist sowohl der Beschwerdeführerin selbst als auch ihrem Umfeld von Nutzen. Die Behandlung dient aber in erster Linie ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse, auch wenn die Beschwerdeführerin dies aufgrund ihres Krankheitsbilds nicht zu erkennen vermag. Die Anordnung von Nachbetreuungsmassnahmen im Allgemeinen beruht auf dem gesetzgeberischen Entscheid, hilfsbedürftige Menschen, welche sich aus gesundheitlichen Gründen (unter anderem wegen fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht) nicht in der Lage sehen, sich aus eigener Kraft eine angemessene Behandlung und Betreuung angedeihen zu lassen, nicht einfach ihrem Schicksal zu überlassen. Darin kommt das öffentliche Interesse an Nachbetreuungsmassnahmen zum Ausdruck, welche eine Einschränkung des Persönlichkeitsrechts der Beschwerdeführerin auf Selbstbestimmung legitimiert und insofern in jeder Hinsicht verfassungskonform ist. Der von der Beschwerdeführerin gewünschte Verzicht auf die medikamentöse Behandlung respektive die Begrenzung der Nachbetreuung auf eine orale Dosis von 3 mg scheint aufgrund der Vorgeschichte sowie der Gefahr eines Rückfalls und der damit einhergehenden Risiken nicht geeignet, eine nachhaltige Stabilisierung ihres Zustandsbilds zu erzielen. Vorderhand ist die von der PDAG angeordnete medikamentöse Behandlung daher unerlässlich. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen.

III.

1.

Gestützt auf § 37 Abs. 3 lit. b EG ZGB werden in Verfahren betreffend Nachbetreuung keine Gerichtskosten erhoben. Da es für die Verfahrenskosten unter diesen Umständen der unentgeltlichen Rechtspflege nicht bedarf, ist das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung insoweit nicht zu behandeln.

2.

2.1.

Gemäss Art. 106 Abs. 1 Satz 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) werden die

Prozesskosten im Beschwerdeverfahren der unterliegenden Partei auferlegt. Damit ist der unterliegenden Beschwerdeführerin grundsätzlich keine Parteientschädigung auszurichten.

2.2.

Die Beschwerdeführerin ersuchte um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung. Gemäss Art. 117 ZPO hat eine Person Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn sie nicht über die erforderlichen Mittel verfügt (lit. a) und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (lit. b).

2.3.

Da die Beschwerde nicht als aussichtslos bezeichnet werden kann und die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin offensichtlich ist, ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung in der Person von Rechtsanwalt Dr. iur. Marcel Buttlinger gutzuheissen.

Die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters steht unter dem Vorbehalt der Nachzahlung, zu der eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, innerhalb einer zehnjährigen Verjährungsfrist verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter sind die Parteikosten zu ersetzen, welche sich nach den §§ 3–8 des Dekrets über die Entschädigungen der Anwälte vom 10. November 1987 (Anwaltstarif; SAR 291.150) bemessen (§ 10 Abs. 1 Anwaltstarif). In Verfahren, die das Vermögen der Parteien weder direkt noch indirekt beeinflussen, beträgt die Grundentschädigung für die Vertretung und Verteidigung einer Partei Fr. 1'210.00 bis Fr. 14'740.00. Innerhalb dieses Rahmens ist die Parteientschädigung nach dem mutmasslichen Aufwand der Anwältin oder des Anwalts sowie nach der Bedeutung und der Schwierigkeit des Falles zu bemessen (§ 3 Abs. 1 lit. b Anwaltstarif). Durch die Grundentschädigung sind abgegolten: Instruktion, Aktenstudium, rechtliche Abklärungen, Korrespondenz und Telefongespräche sowie eine Rechtsschrift und die Teilnahme an einer behördlichen Verhandlung (§ 6 Abs. 1 Anwaltstarif).

Der unentgeltliche Rechtsvertreter macht eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'536.15 mit einem Zeitaufwand von 10.3 Stunden geltend (Kostennote von Rechtsanwalt Dr. iur. Marcel Buttlinger vom 13. Januar 2022). Dabei fällt auf, dass Rechtsanwalt Dr. Buttlinger vor Einreichung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde insgesamt drei Stunden aufgewendet hat, um sich mit der Beschwerdeführerin auszutauschen, sei es persönlich, telefonisch oder per E-Mail. Ein derartiger Aufwand ist indes in einem Fall wie dem vorliegenden, der keine besondere Komplexität aufwirft, als überhöht zu beurteilen. Die Kostennote ist deshalb um eine Stunde zu kürzen. Rechtsanwalt Dr. Buttlinger hat sich am 14. Januar 2022 auf Nachfrage te-

telefonisch mit der Kürzung des Honorars um eine Stunde einverstanden erklärt. Demzufolge ergibt sich eine Parteienschädigung in Höhe von rund Fr. 2'300.00. Entsprechend ist dem unentgeltlichen Rechtsvertreter eine Entschädigung in Höhe von Fr. 2'300.00 auszurichten (vgl. § 12 Abs. 1 Anwaltstarif).

Das Verwaltungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Das Verfahren ist kostenlos.

3.

Der Beschwerdeführerin wird für das Verfahren vor Verwaltungsgericht die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und Dr. iur. Marcel Buttlinger, Rechtsanwalt, Aarau, zu ihrem unentgeltlichen Rechtsvertreter bestellt.

4.

Die Obergerichtskasse wird angewiesen, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die vor Verwaltungsgericht entstandenen Parteikosten in Höhe von Fr. 2'300.00 (inkl. MWSt) zu ersetzen. Die Beschwerdeführerin ist zur Nachzahlung an den Kanton Aargau verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (§ 34 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 123 ZPO).

Zustellung an:

die Beschwerdeführerin (Vertreter)
die PDAG

Mitteilung an:

die Obergerichtskasse
das Familiengericht Bremgarten

Beschwerde in Zivilsachen

Dieser Entscheid kann wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten und interkantonalem Recht innerhalb **30 Tagen** seit Zustellung mit der **Beschwerde in Zivilsachen** beim **Schweizerischen Bundesgericht**, 1000 Lausanne 14, angefochten werden. Die Frist steht still vom 7. Tag vor bis und mit 7. Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August und vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar. Die unterzeichnete Beschwerde muss das Begehren, wie der Entscheid zu

ändern ist, sowie in gedrängter Form die Begründung, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, mit Angabe der Beweismittel enthalten. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG] vom 17. Juni 2005).

Aarau, 14. Januar 2022

Verwaltungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Vorsitz:

Gerichtsschreiberin:

Cotti

Lang