



Früher PR-Beraterin, heute Peer: Andrea Zwicknagl, 51, begleitet Menschen mit Psychosen bei ihnen zuhause.

ENTHOSPITALISIERUNG

DER GANZ NORMALE WAHNSINN

Menschen mit Psychosen werden häufig gegen ihren Willen und unter Gewaltanwendung weggesperrt. Wie könnten sie auch anders betreut werden?

Sie fühlte sich fürs Kloster berufen, doch andere hielten ihre Hingabe für Wahn. Heute kämpft Andrea Zwicknagl für einen neuen Umgang mit Psychosen.

Es war, als würde sie gerufen. Und Andrea Zwicknagl, damals 31, PR-Beraterin aus Hamburg, Grossraumbüro, WG-Leben, Freund*innen, Kneipen, hörte hin. Sie fuhr in eine abgelegene Burg, bezog ihr Zimmer in der alten Benediktinerinnen-Abtei – und schwieg. Ein monastisches Leben ganz für Gott, allein und doch in Gemeinschaft.

Die Probezeit dauerte sechs Wochen. Am ersten Tag zeigte ihr die Novizenmeisterin das Haus, ein Gespräch pro Woche; falls sie mehr brauche, solle sie sich melden. Ansonsten: Fünf Gebete pro Tag, ein Gottesdienst, Psalmensingen. Schweigend nebeneinander essen, vormittags den Abwasch machen, nachmittags spazieren, lesen, schreiben.

Die Ruhe, das Alleinsein, die Spiritualität, die Gesänge, all das gefiel Zwicknagl sehr. Sie lebte in ihrer eigenen Welt. Sie sah die Heilige Maria, die schwesterlich auf ihrer Bettkante sass und sie unterstützte. Und als ihr während einer Kommunion Brot und Wein gereicht wurden, hielt sie den Wein für das Blut Christi zu sehen, die andere nicht sahen, war in diesem Umfeld ziemlich normal. Ihre Hingabe war gross, fast grenzenlos. Die Eingebung, Nonne zu werden, so sagt sie es rückblickend, sei «wie sich verlieben».

Von aussen wirkte das anders. Die Schwestern sahen eine Frau, die nicht mehr schlief, die tagsüber Mühe hatte, den täglichen Routinen nachzukommen, die teilweise in unverständlichen Zusammenhängen sprach. Sie machten sich Sorgen. Und brachten sich gegen ihren Willen in die psychiatrische Klinik der Nachbarstadt. In der geschlossenen Anstalt gab man ihr Medikamente. Eben noch eine vielversprechende Aspirantin, galt Andrea Zwicknagl nun vor allem noch als eines: psychisch krank. Dabei hatte sie in ihrem alten Leben noch nicht einmal einen Hausarzt gehabt.

«Das war für mich das Schwierigste», erzählt Zwicknagl in einem Spitalbüro in Interlaken. «Über Nacht wurden all die für mich so bedeutenden Erfahrungen neu interpretiert.» Was eben noch Spiritualität war, nannten die Ärzt*innen nun Hirnstoffwechsel-Störung. Das im Kloster übliche freie Assoziieren, ihre übersinnlichen Eingebungen wurden zu Symptomen einer Psychose umgedeutet. Und ihre Berufung? Nicht mehr als eine Flucht vor der bösen Welt da draussen. Aus Sinn wurde Unsinn.

Der Schritt von der Grossstadt ins Kloster sei sehr gross gewesen, sagt Zwicknagl. «Es war, als würde ich in einem mit Höchstgeschwindigkeit fahrenden ICE auf 0 abbremsen.» Sie sieht, dass sie damals Hilfe brauchte. Aber die Einweisung schnitt nicht nur das Band zu dem Klosterleben, das ihr so viel bedeutete, durch. «Es nahm mir die Deutungshoheit über mein Leben.»

Sie glaubt, dass Gespräche ihr mehr hätten helfen können als Medikamente. Es wäre, so sagt sie, einfach zu entwirren gewesen, was zu der Psychose geführt hatte: ein Familientrauma, das sie beschäftigte, sowie ihr Eifer im Kloster. Doch in der psychiatrischen Klinik suchte niemand den Dialog. Psychiater*innen gehen, so lernen sie es in der Ausbildung, nicht darauf ein, worüber eine Person in psychotischem Zustand spricht. Das ist ein Fehler, denkt Zwicknagl heute.

Nach dem Gespräch im Spitalbüro geht Zwicknagl nach draussen, an der Sonne dreht sie sich eine Zigarette. Zwanzig Jahre nach ihrem «Kloster-Trip», wie sie die Zeit heute selbstironisch nennt, und nach weiteren psychotischen Schüben und Klinikaufenthalten kann Zwicknagl ihre Erfahrungen in Worte fassen. Sie kennt die Klinik mittlerweile aber nicht nur als Patientin, sondern auch als Mitarbeiterin. Als Peer hilft sie anderen Menschen in «veränderten Zuständen», wie sie es nennt. «Manchmal springen die Menschen darauf an, wenn sie merken, dass jemand am Tisch sitzt, der Ähnliches durchlebt hat», sagt sie.

Am runden Tisch

Die Peer-Weiterbildung war ein Wendepunkt im Leben der heute 51-Jährigen. Plötzlich waren die Erfahrungen, die ihr lange komplett nutzlos schienen, etwas wert. Als Zwicknagl die Ausschreibung für die anderthalbjährige Weiterbildung las, konnte sie es kaum glauben. Gesucht wurde jemand, der «Erfahrung mit psychischen Krisen» mitbringt. Am ersten Tag des Praktikums auf einer geschlossenen Station, das zum Lehrgang gehörte, postete sie ein Selfie auf Facebook: mit Stationschlüssel und Namensschild in der Hand. Das Motiv hatte Symbolkraft: Sie konnte kommen und gehen, wann sie wollte. Für Zwicknagl war bisher das Gegenteil selbstverständlich gewesen. «Ich hatte wirklich die Seiten gewechselt», sagt sie.

Hier im Berner Oberland passiert seit einigen Jahren etwas schweizweit Einzigartiges: Die Psychiatrie des Spitals verfolgt einen anderen Ansatz, wie Menschen in psychischen Krisen begegnet werden kann. Als Alternative zur stationären Einweisung wird versucht, den Menschen in den eigenen vier Wänden respektive in deren eigenem Umfeld zu helfen.

Die Psychiatrie des Spitals Interlaken deckt ein Gebiet mit 60 000 Menschen ab – von Gadmen bis Spiez, von Guttannen bis Brienz. Patient*innen gibt es quer durch die Gesellschaft: Tourist*innen mit Panikattacken auf dem Jungfrauojoch, Landwirt*innen aus dem Bergdorf, urbanere Leute aus Interlaken oder Asylbewerber*innen aus dem Durchgangszentrum.

Ruft eine Person mit einer akuten Psychose an, fahren zwei Mitarbeitende der mobilen psychiatrischen Krisenbegleitung noch am selben Tag zu ihr nachhause. Das zehnköpfige Team besteht aus geschulten Psycholog*innen, Psychiater*innen, Pflegeund Sozialmitarbeitenden sowie Peers wie Andrea Zwicknagl. An einem runden Tisch sprechen alle mit allen. Das Konzept nennt sich Open Dialogue und hat das Potenzial, den Umgang mit akuten Psychosen und Schizophrenie auf den Kopf zu stellen. Denn es könnten ethisch heikle Zwangseinweisungen verhindert, Integrationschancen erhöht, Angehörige gecoacht und Kosten gespart werden. Es bräuchte aber ein radikales Umgestalten der psychiatrischen Organisation (siehe Beiliste und Interview).

Genügend Leerzeiten

Heute lebt Zwicknagl ausgeglichener. Sie wohnt wieder in einer WG, aber in Bern statt in der Grossstadt Hamburg. Sie praktiziert noch immer ihre Religion, aber «alltagsgebunden», wie sie sagt. Sie arbeitet auf Abruf 15 bis 20 Prozent als Peer, daneben bezieht sie eine IV-Rente. So hat sie genügend Leerzeiten, um zu sich zu schauen. Ein ICE mit normaler Geschwindigkeit sozusagen.

Ihre psychotischen und schizophrenen Zustände ist Zwicknagl zwar nicht los. Aber sie hat gelernt, mit den Besonderheiten ihrer Psyche umzugehen. Gemäss Open Dialogue sind Psychosen Reaktionen auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme. Sie versuche, Konflikte und Spannungen wahrzunehmen und zu lösen, bevor ihre Psyche in den Sondermodus schaltet. «Meine Psyche hat die Fähigkeit, Dinge, mit denen sie im Normalbewusstsein nicht umgehen kann, auf einer anderen Ebene zu lösen.»

Zwicknagl ist das, was man eine Aktivistin nennt, auch wenn sie sich an den Begriff gewöhnen müsse, wie sie sagt. Sie postet regelmässig in sozialen Medien, hält Vorträge an Konferenzen und gibt Workshops. Und kämpft dafür, Psychosen und Schizophrenie mit mehr Gesprächen und weniger Zwangsmassnahmen und Psychopharmaka zu begegnen.

Zwangseinweisungen hat Zwicknagl selber mehrfach erlebt. Es sind keine schönen Bilder. Sie erinnert sich an ein vergittertes Polizeiauto und einen Fahrer mit dicken, gegen Bisse geschützten Handschuhen. Sie selber sei auf der Rückbank gesessen und habe leise fromme Lieder gesungen, so Zwicknagl. Psychiatrische Kliniken wiederum bezeichnet sie als «verrückte Orte mit verrückten Menschen», wobei sie das nicht einmal abwertend meint. «Es gibt nicht viele Orte auf dieser Welt, wo man noch verrückt sein darf.» Vielleicht ist genau das der Punkt: Auch die Welt ausserhalb der Klinikmauern ist nicht normal. Wir tun nur so, als ob.

Dialog statt Zwangsmassnahmen Das Beispiel Finnland zeigt, dass mit dem Konzept Open Dialogue mehr Menschen nach einer Psychose wieder arbeiten können.

Open Dialogue ist eine Behandlungsmethode bei akuten Psychosen. Kern sind Netzwerktreffen an einem runden Tisch, an denen neben Patient*in und psychiatrischen Profis auch Angehörige, Freund*innen, Nachbar*innen oder Arbeitskolleg*innen teilnehmen – je nach Situation. Die Treffen finden in der Regel bei den Patient*innen zuhause, auf Wunsch auch im Spital oder an einem neutralen Ort statt. Ziel ist es, im Dialog alle Perspektiven anzuhören und ernst zu nehmen. Die Treffen werden bei Bedarf wiederholt.

Die Gespräche selbst sollen bei den Betroffenen «anti-psychotisch» wirken und bestenfalls Zwangseinweisungen und -behandlungen verhindern. Ausserdem wird die Autonomie der Patient*innen gewahrt, weil nichts hinter ihrem Rücken passiert. Ziel der Methode ist auch eine Stärkung des persönlichen Netzwerks der Betroffenen.

Open Dialogue sei keine Neuerfindung der Psychiatrie, sagt Sabrina Müller, leitende Psychologin an den Spitälern fmi in Interlaken. «Wir arbeiten mit denselben Werkzeugen.» Anders sei die Haltung gegenüber Betroffenen. Die klassische Psychologie rät davon ab, inhaltlich darauf einzugehen, was in einem psychotischen Zustand gesagt wird. «Auch wenn es manchmal wirr und unverständlich klingt, stecken dahinter oft wichtige Informationen zu möglichen Ursachen der Krise», so Müller. «Im Dialog versuchen wir gemeinsam, neue Worte dafür zu finden.»

Dass Open Dialogue eine ernstzunehmende und effiziente Behandlungsmethode sein kann, zeigt das Beispiel Finnland. Dort wurde Open Dialogue in den 1980er-Jahren erfunden. In der Region Tornio arbeitet heute das gesamte psychiatrische System nach dieser Methode. Untersuchungen zeigten, dass es 75 Prozent der Menschen nach einer Psychose zurück an ihren Arbeitsplatz schafften – viel mehr als je zuvor. Die Weltgesundheitsorganisation hat Open Dialogue kürzlich als Best-Practice-Beispiel bezeichnet. Zwar verbreitet sich die Methode langsam auch in anderen Regionen der Welt. Für einen wirklichen Durchbruch bräuchte es aber eine neue Organisation – und damit auch Finanzierung – der psychiatrischen Versorgung hin zu mehr ambulanten Angeboten.

«Die Schweiz hat eine Tradition zum fürsorglichen Zwang»



Professor Dirk Richter, 60, ist ausgebildeter Pflegefachmann und promovierter Soziologe. Er arbeitet und forscht an der Berner Fachhochschule und bei den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern. Als seine Arbeitsschwerpunkte bezeichnet er die psychiatrische Rehabilitation, die Epidemiologie und die Pflege. In mehreren wissenschaftlichen Artikeln beschäftigte er sich mit der Frage, wie die Wohnversorgung für Menschen mit psychischen Problemen am besten organisiert werden kann. Zuletzt setzte er sich mit der aktuellen Corona-Pandemie auseinander. In Aufsätzen beschrieb er den Umgang von Staaten mit Covid-19 im Vergleich zu vergangenen Epidemien und Pandemien. Zudem stellte er Hypothesen auf, die dabei helfen sollen, Long Covid besser zu verstehen.

Viele psychisch kranke Menschen würden gegen ihren Willen in Kliniken eingewiesen, kritisiert der Berner Professor Dirk Richter. Grund dafür seien finanzielle Fehlanreize.

Dirk Richter, die meisten psychisch kranken Menschen möchten lieber zuhause als in einer Klinik behandelt werden. Finden Sie das eine gute Idee?
Dirk Richter: Unbedingt. Das würde auch den rechtlichen Vorgaben entsprechen: Die Schweiz hat die Behindertenrechtskonvention der UNO unterzeichnet. Damit soll verhindert werden, dass psychisch kranke Menschen von der Gesellschaft ausgeschlossen werden – was in geschlossenen Kliniken fast zwangsläufig passiert. In einer Untersuchung konnten wir feststellen, dass über 70 Prozent der schwer psychisch Kranken keine Arbeit haben und dass 60 Prozent nie an sozialen oder kulturellen Aktivitäten teilnehmen. Ich betone: nie. Das muss man sich einmal vorstellen.

In Heime gesperrt wie früher werden psychisch Kranke aber nicht mehr.

Klar, die Zustände in betreuten Heimen sind heute viel besser. Fakt ist aber, dass psychisch kranke Menschen in Akutsituationen nach wie vor viel zu oft in geschlossene Anstalten eingewiesen werden. Das war nicht die Absicht. Ab den 1950er-Jahren gab es weltweit einen Trend zur Enthospitalisierung. Ziel war es, die Menschen aus den Spitälern und den Heimen zu entlassen.

Woll es günstiger war?

Nicht nur. In den USA spielte das Geld sicher eine wichtige Rolle. In Europa weniger. Ziel war, die Menschen in die Gesellschaft zu integrieren. Der moralische Impetus war also gut. Doch heute muss man sagen, dass dieser Versuch der Integration gescheitert ist.

Was ist schiefgelaufen?

Man war naiv und dachte, dass sich Integration in den Gemeinden quasi von alleine ergibt, wenn die Menschen aus den Heimen entlassen werden. Doch die Gesellschaft hatte sich stark verändert, war hochindividualisiert geworden, und die Bauernoder Arbeitermilieus, wo man zueinander schaute, existierten nicht mehr. Zudem wurde wohl etwas zu stark auf die damals neuen Psychopharmaka vertraut. In den USA landeten viele psychisch Kranke in Pflegeheimen, Gefängnissen oder auf der Strasse. In Italien entwickelte sich ein neuer, privater Heimsektor, wo die Lebensbedingungen viel schlechter waren. Anderswo bildeten sich rund um psychiatrische Kliniken regelrechte ambulante Ghettos. Dort wohnten ausschliesslich Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese kamen nur miteinander und mit Pflegepersonal in Kontakt. Sie lebten zwar ausserhalb der Mauern, waren aber immer noch von der «Normal-Gesellschaft» ausgeschlossen.

Wie war die Situation in der Schweiz?

Um derart dramatische Zustände kamen wir herum. Das hat damit zu tun, dass diese Enthospitalisierung langsamer voranging als anderswo. Italien zum Beispiel baute fast 80 Prozent seiner Klinikbetten ab, die Schweiz lediglich rund 20. Schleichend stellt sich nun ein Gegentrend ein. Die Zahl von stationären Betten für psychisch Kranke nimmt wieder zu. Es sind einfach keine Massen-Anstalten mehr wie früher, sondern spezifische betreute Wohnheime. Mancherorts wurde lediglich das Türschild ausgewechselt. Diese Entwicklung wird leider viel zu selten kritisch hinterfragt.

Ist es eine Illusion, dass wir Inklusion erreichen, indem wir Kliniken schliessen?

Nein. Die Enthospitalisierung war damals einfach falsch aufgeleitet worden. Es wäre naiv zu glauben, wir könnten die Menschen einfach sich selbst überlassen, wenn wir die Heime schliessen. Es braucht dringend ambulante Angebote. In der Schweiz gibt es heute viel zu viele stationäre Betten für psychisch kranke Menschen. Ausserdem kommt es im internationalen Vergleich zu sehr vielen fürsorglichen Zwangseinweisungen. Die Schweiz hat eine Tradition des fürsorglichen Zwangs, das zeigt ja auch das bekannte Beispiel der Verdingkinder.

Was wären Alternativen?

*Home Treatment, also die ambulante Behandlung zuhause. Ein Team, bestehend aus Fachärzt*in, Pfleger*in und eventuell Sozialarbeitender, besucht Betroffene bis zu zweimal täglich zuhause und versucht die Situation zu bewältigen, ohne dass es zu einer Einweisung kommt. Es gibt natürlich Situationen, in denen das nicht funktioniert, etwa bei suizidalen Entwicklungen oder wenn Kinder im Haushalt sind und die Gefahr von Aggressionen besteht. Aber in vielen*

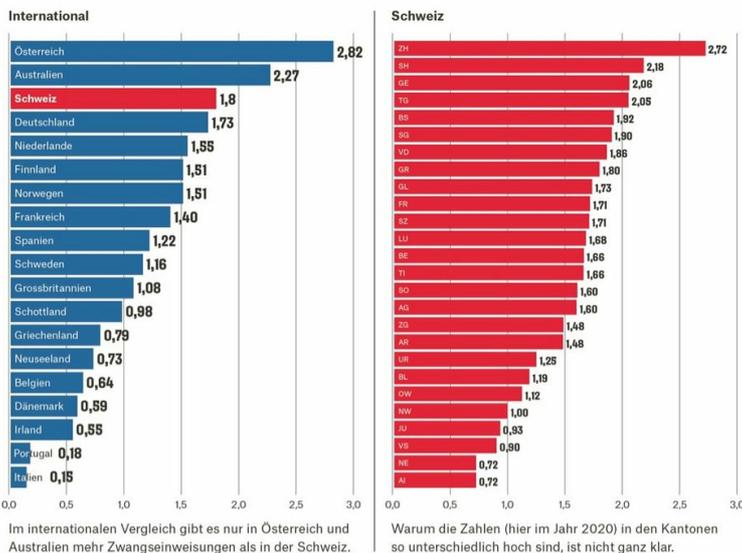
Wo liegen die Hürden?

Die sind primär finanzieller Art. Mit einem Klinikbett lässt sich in der Schweiz gutes Geld verdienen. Bei ambulanten Alternativen wie dem Home Treatment ist es jedoch schwierig, dass die Rechnung aufgeht. Zudem ist es ein Stück weit Einstellungssache: Viele Mitarbeitende tun sich schwer damit, Menschen in Krisen ausserhalb der Station zu betreuen. Dasselbe gilt für Angehörige. Diese sind erfahrungsgemäss eher zu Zwangsmassnahmen bereit.

Ist «ambulant vor stationär» im Gesundheitswesen nicht das Gebot der Stunde?

In der Theorie ja. Es gibt viele Gründe, in der Psychiatrie genau diesen Weg einzuschlagen: Ambulante Behandlungen kommen den Präferenzen der Betroffenen entgegen, entsprechen den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, verhindern, dass psychisch Kranke von der Gesellschaft ausgeschlossen werden und sind volkswirtschaftlich erst noch günstiger. Jedoch bestehen fast schon perverse Fehlreize: Die Kantone subventionieren die stationären Kliniken, indem sie die Hälfte der Kosten übernehmen. Für ambulante Unterstützung geben aber viele so gut wie nichts aus. Es gibt Ausnahmen. Der Kanton Bern übernimmt gewisse Kosten von ambulanten Angeboten, zum Beispiel jene für den Weg zu den Patient*innen. Das wünsche ich mir möglichst überall.

Zwangseinweisungen pro Tausend Einwohner*innen



Im internationalen Vergleich gibt es nur in Österreich und Australien mehr Zwangseinweisungen als in der Schweiz.

Warum die Zahlen (hier im Jahr 2020) in den Kantonen so unterschiedlich hoch sind, ist nicht ganz klar.

QUELLEN: SCHWEIZERISCHES GESUNDHEITSSERVATORIUM (OBSAN) | BMC PSYCHIATRY

Immer mehr Zwangseinweisungen

Fachleute kritisieren einen zu laxen Umgang mit einem Entscheid, der Grundrechte tangiert.

15'982 Menschen wurden im Jahr 2020 in der Schweiz gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik fürsorglich untergebracht. Das sind rund zehn Prozent mehr Zwangseinweisungen als noch im Jahr zuvor und total über 2000 mehr als im Vor-Corona-Jahr 2018. Der Trend zu mehr Zwangseinweisungen ist auch in anderen Ländern zu beobachten. Fachleute erklären das mit einer Zunahme von älteren, dementen Personen sowie mit der Pandemie.

Ein Vergleich mit anderen Ländern zeigt, dass in der Schweiz relativ viele Zwangseinweisungen ausgesprochen werden: 1,8 pro 1000 Einwohner*innen. Das Wissenschaftsmagazin The Lancet hat 2019 die Daten verschiedener Länder ausgewertet. Dabei wiesen nur zwei der 19 untersuchten Länder einen höheren Wert auf: Österreich und Australien. Am anderen Ende der Skala wurden in Italien und Portugal rund zehnmal weniger Menschen gegen ihren Willen in eine Klinik eingewiesen. Generell kam es in eher reichen Ländern mit hoher Immigrationsrate tendenziell zu mehr Zwangseinweisungen.

Traumatisierend und entwürdigend

«Die Anzahl an Zwangseinweisungen muss massiv reduziert werden», fordert Caroline Gurtner von Pro Mente Sana, der Stiftung für psychische Gesundheit. Viele Betroffene würden den Freiheitsentzug, oft unter Polizeigewalt, als traumatisierend, entwürdigend, teilweise beschämend erleben. «Manche brauchen jahrelang, um diese Situationen aufzuarbeiten.» Die Pro Mente Sana arbeitet derzeit an einem Positionspapier zum Thema. Ambulante Angebote müssten ausgebaut und alle mit der Umsetzung zuständigen Stellen (Ärzt*innen, Polizei, KESB, Ambulanz) sensibilisiert werden. «Zwangseinweisungen sind ein extremer Akt gegen grundlegende Freiheitsrechte und sollten nur als Ultima Ratio eingesetzt werden.» In der Praxis aber würden Alternativen, wie vom Gesetz vorgeschrieben, zu wenig geprüft.

Seit Jahren kritisieren auch Anwalt*innen den zu laxen Umgang mit dem Gesetz. Ärzt*innen sollten nicht allein nach medizinisch-psychiatrischen Kriterien Grundrechte einschränken dürfen, argumentieren sie. Es brauche für sie entweder juristische Schulungen, ansonsten müssten beim Einweisungsentscheid Anwalt*innen beigezogen werden.

Warum in der Schweiz so viele Zwangseinweisungen angeordnet werden, ist nicht klar. Die Unterschiede lassen sich auf jeden Fall nicht mit strengen oder lockeren rechtlichen Voraussetzungen für fürsorgliche Unterbringungen erklären, wie die Studie in The Lancet zeigt. Signifikant war aber der Zusammenhang zwischen der Anzahl verfügbarer Klinikbetten in einem Land und der Anzahl angeordneter Zwangseinweisungen. Heisst: Wo Betten für Psychiatriepatient*innen vorhanden waren, wurden sie eher genutzt. Fachleute wie der Berner Professor Dirk Richter fordern darum den Abbau psychiatrischer Spitalbetten zugunsten von mehr ambulanten Angeboten (siehe Interview Seite 11).

Ganz erklärt werden können die grossen Unterschiede zwischen den Ländern damit jedoch nicht. Die Autor*innen vermuten, dass auch in der Studie nicht berücksichtigte kulturelle Faktoren eine Rolle spielen. Damit sind beispielsweise Anstrengungen der Zivilgesellschaft gemeint, Betroffene wieder in die Gemeinschaft zu integrieren.

Zürich ist Schweizer Spitzenreiter

Die Unterschiede bei der Häufigkeit von Zwangseinweisungen sind auch innerhalb der Schweiz signifikant. Spitzenreiter ist Zürich, viermal weniger Fälle verzeichnen Appenzell Innerrhoden und Neuenburg. Allerdings ist die Vergleichbarkeit begrenzt. Urbanere Regionen haben tendenziell höhere Werte: Erstens, weil Menschen mit psychischen Problemen eher in die Stadt ziehen, da sie die soziale Kontrolle auf dem Land nicht mehr ertragen. Und zweitens, weil es in urbanen Regionen mehr Angebote und Dienste gibt, womit Betroffene den Fachleuten eher auffallen.

Dass aber Basel-Stadt (1,92 pro 1000 Einwohner*innen) einen deutlich niedrigeren Wert ausweist als Zürich (2,72), sehen Fachleute als Indiz dafür, dass die unterschiedliche rechtliche Praxis eben doch ein Grund für die Unterschiede sein könnte. In der Schweiz ist nämlich nicht einheitlich geregelt, wer Personen gegen ihren Willen einweisen darf. Neben der Kindesund Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sind dies Ärzt*innen – in manchen Kantonen wie Basel-Stadt nur solche des zuständigen kantonalen Dienstes, in anderen wie Zürich sämtliche zugelassenen. Theoretisch kann dort ein Augenarzt eine auffällig gewordene Person einweisen. Aufgrund der grossen kantonalen Unterschiede bezeichnete das juristische Fachmagazin Plädoyer die hiesige Rechtspraxis als «hemdsärmelig».

TEXT: ANDRES EBERHARD; FOTO: RUBEN HOLLINGER; SURPRISE NR. 521 28.03.2022



