Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 79 (1970)
Heft: 2

Artikel: Probleme der Aufnahme ins psychiatrische Spital
Autor: Ernst, K.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-974954

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 21.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Probleme der Aufnahme ins psychiatrische Spital

Dr. K. Ernst

Warum wirft die Aufnahme von Kranken in psychiatrische Krankenhäuser überhaupt besondere Probleme auf? — Man hört doch oft die Versicherung, dass «psychiatrische Kliniken Spitäler seien wie andere auch». Dieser Satz, der sich gegen landläufige «Irrenhaus»-Vorurteile richtet, enthält in der Tat etwas Wahres: Im psychiatrischen Spital werden die Kranken wie in allen anderen medizinischen Kliniken durch ärztliches Gespräch, durch Regelung der Lebensweise, durch physikalische Therapie und durch Medikamente behandelt, und genau wie in jedem anderen Spital dreht sich das Geschehen um die ärztlichen Begriffe des Leidens, der Arbeitsunfähigkeit, der Kur und der Heilung.

Aber der eingangs erwähnte Satz spricht nicht nur viel Wahres aus, er verschweigt auch manches: Psychiatrische Spitäler sind Krankenhäuser ganz anderer Art als Kliniken für Körperkranke. Der Unterschied zwischen den beiden Institutionen rührt nicht bloss daher, dass in den einen Spitälern hauptsächlich seelisch Kranke, in den anderen vorwiegend körperlich Leidende behandelt werden. Er ist auch nicht in erster Linie darauf zurückzuführen, dass der durchschnittliche Spitalaufenthalt bei den seelisch Kranken um einiges länger ist als bei den Patienten der Spitäler für akute Körperkrankheiten. Der wesentlichste Unterschied zwischen den beiden Spitalkategorien besteht vielmehr darin, dass die psychiatrischen Kliniken im Vergleich zu den nichtpsychiatrischen einen viel grösseren Anteil an Kranken aufzunehmen haben, die den Spitalaufenthalt nicht auf Grund eigener freier Einsicht in ihre Behandlungsbedürftigkeit wünschen. Diese Tatsache prägt die Sonderstellung der psychiatrischen Spitäler bis heute auf der ganzen Welt — sogar dort, wo geschlossene Abteilungen fehlen.

Für die Oeffentlichkeit hat nun die teilweise oder vollständige Unfreiwilligkeit des Aufenthaltes vieler Patienten in psychiatrischen Spitälern etwas Unheimliches an sich. Der Verdacht, es könnten Menschen ohne ausreichende therapeutisch-pflegerische Gründe in Heilanstalten untergebracht sein, wurzelt tief im Volksempfinden.

Der Gesetzgeber hat deshalb bei uns die Vorschrift erlassen, dass Kranke nur mit ärztlichem Zeugnis und mit schriftlichem Gesuch der Angehörigen oder des Vormundes in psychiatrische Kliniken eingewiesen werden dürfen. In den privaten Anstalten des Kantons Zürich hat ausserdem der Bezirksarzt die Rechtmässigkeit jeder Einweisung wöchentlich zu überprüfen. Patienten, die die Zweckmässigkeit ihres Spitalaufenthaltes dennoch anzweifeln, müssen von der Anstaltsleitung an eine kantonale Rekurskommission verwiesen werden.

Die Spitalpsychiater empfinden im allgemeinen diese gesetzlichen Kontrollen keineswegs als Last, sondern als willkommene Erleichterung, weil die sauberen rechtlichen Regelungen den unangenehmen «Versenkungs»-Gerüchten zum vornherein die Ueberzeugungskraft nehmen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Vorschriften der psychiatrischen Spitalaufnahme heute befriedigen, soweit diese Frage vom Standpunkt der Oeffentlichkeit und des Rechtes aus gestellt wird.

Für die Patienten sind die Aufnahmeprobleme damit freilich noch in keiner Weise erledigt. Es trifft sogar ausgesprochen selten zu, dass eine rein rechtliche Abklärung ihrem wirklichen Anliegen überhaupt gerecht wird. Auch wenn manche Kranke gegen ihre Einweisung in Worten protestieren, so fühlen sie sich doch im Grunde ihres Herzens selten so gesund, dass sie eine neutrale Ueberprüfung ihrer Situation als mögliche Hilfe ansehen können.

Schwer depressive Patienten zum Beispiel empfinden in ihrem Gefühl der Hoffnungslosigkeit die stationäre Behandlung als nutzlos und wehren sich deshalb dagegen; gleichzeitig können sie sich aber so schuldbeladen wähnen, dass sie gar kein Freiheitsrecht mehr zu haben glauben. Verfolgungswahnkranke anderseits beharren oft darauf, dass nicht sie, sondern ihre vermeintlichen Widersacher psychiatrischer Spitalbehandlung bedürften; und doch ziehen sie merkwürdig selten daraus die Schlussfolgerung, in zielbewusster Weise die Entlassung zu beschleunigen. Vielleicht geschieht dies aus einer Art heimlicher Erkenntnis heraus, dass sie in der psychiatrischen Klinik doch noch die günstigste der möglichen Zufluchtstätten gefunden haben. Auch Süchtige können nur selten aus eigener Kraft ihre Hospitalisierungsbedürftigkeit einsehen. Wenn ihre Angehörigen sich dem Rat des Arztes zur stationären Entwöhnungskur anzuschliessen beginnen, verharmlosen sie meist die Auswirkung der Sucht. Bleiben indessen die Angehörigen fest bei ihrem Entschluss, so pflegt auch im Süchtigen während der Entziehungskur ein tieferes Wissen um die eigene Gefährdung heranzureifen, so dass sein Drängen nach Entlassung die Inständigkeit und Nachhaltigkeit verliert.

Diese wenigen Hinweise mögen die Tatsache beleuchten, dass der seelisch kranke Mensch häufiger als der Körperkranke gegenüber der stationären Behandlung eine zwiespältige, komplexe Einstellung hegt, und zwar auch dann — und das sei hier betont —, wenn die Behandlung auf

einer offenen Abteilung erfolgt. Von seiten des Arztes wäre es deshalb verfehlt, vom Patienten schon bei der Aufnahme «Vertrauen» zu erwarten. Vermöchte der Patient Vertrauen zu hegen, wäre er wohl schon halbwegs gesund!

Wir haben uns aber auch jener anderen, in der Regel weniger schwer kranken Patienten und ihrer Angehörigen zu erinnern, die gegebenenfalls ganz bewusst und realistisch nach der Zweckmässigkeit einer Spitaleinweisung fragen. Obwohl für solche Fragen keine gedruckten, sondern nur persönliche ärztliche Ratgeber am Platze sind, lässt sich doch eine Faustregel aufstellen, die für die Mehrzahl der Patienten im erwerbsfähigen Alter gilt. Diese Regel lautet: Solange durch eine ambulante Behandlung die Erwerbsfähigkeit sowie die Fähigkeit zum Aufrechterhalten einigermassen tragfähiger Beziehungen zur persönlichen Umgebung erhalten bleiben und solange keine besonderen Gefahren sichtbar werden, ist eine Hospitalisierung meist nicht notwendig. Wenn aber trotz ambulanter Behandlung die Arbeitsfähigkeit aus seelischen Gründen wochenlang darniederliegt oder wenn darüber hinaus auch noch die Beziehungen zu den Angehörigen durch Angst, Ablehnung oder andere Gemütsäusserungen ernsthaft gefährdet erscheinen, dann ist die Einweisung in eine psychiatrische Klinik angezeigt, und zwar auch in jenen Fällen, bei denen weitergehende Gefahren nicht zu bemerken sind. Man darf annehmen, dass die Störung durch eine stationäre psychiatrische Therapie besser behandelt werden kann als durch eine andere Massnahme und dass sich hier die verhältnismässig hohen Kosten der Spitalbehandlung lohnen.

Wenn es in solchen Fällen gelingt, den Patienten durch realitätsnahe und erfahrungsbegründete Ueberlegungen zum freiwilligen Eintritt in ein psychiatrisches Krankenhaus zu veranlassen, ist für den Kranken schon viel gewonnen. Jedenfalls wird die freiwillige Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Behandlungsplan den Kranken, der sich nun mitverantwortlich fühlt, am ehesten gefeit machen gegen die häufigen «sekundären Hospitalisierungsnöte», wie wir gewisse Schwierigkeiten der ersten Spitaltage einmal nennen wollen. Wir denken dabei vor allem an die oft zu beobachtende Angst frisch Eingelieferter, «so zu werden wie jener chronische Patient» und an ihren daher rührenden entrüsteten Protest, «dass sie nicht so seien wie jener und deshalb nicht hierher gehörten». Dieser angstvolle Widerstand liegt freilich tief begründet in unser aller Vorbehalt gegenüber jeder Zugehörigkeit zu einer «Kategorie» von Mitmenschen und in unserem gleichzeitigen Hang, uns doch mit unserer Umgebung zu vergleichen. Gelingt es indessen, den Patienten schon bei der Aufnahme davon zu überzeugen, dass er als unverwechselbare Person ernstgenommen wird, so lassen sich diese sekundären Hospitalisierungsnöte in erträglichen Grenzen halten oder sogar psychotherapeutisch fruchtbar auswerten.

Für den Arzt spielt deshalb die Frage, wie eine psychiatrische Spitalaufnahme zu gestalten sei, eine vornehmliche Rolle. Er weiss, dass das Publikum den sogenannten «Einweisungsschock» fürchtet. Er weiss aber auch, dass das Ausmass eines solchen Geschehens zu einem guten Teil von der Art und Weise abhängt, wie er selber den Kranken empfängt.

Sicher kann er den fragwürdigen Eindruck des Eingesperrtwerdens, der sich des Patienten bemächtigt, wenn er erstmals eine geschlossene Abteilung betritt, auch durch noch soviel Freundlichkeit nicht aus der Welt schaffen. Aber er wird es kaum erleben, dass der Neueintretende vor der Abteilungstüre, die ihm der Arzt soeben mit dem Schlüssel öffnet, zurückbebt, wenn er, der Arzt, nicht vergessen hat, dem Patienten vorher schon im Aufnahmezimmer Wesen und Einrichtung einer geschlossenen Abteilung zu erklären und ihn über den Zeitpunkt der nächsten ärztlichen Unterredung zu unterrichten.

Nun geht es aber dem Arzt keineswegs nur darum, allfällige falsche Vorstellungen oder unberechtigte Aengste des Patienten von Anfang an durch Wort und Tat zu berichtigen. Vielmehr handelt es sich darum, im Kranken zum vornherein die Impulse zur Mitarbeit am Behandlungsplan zu wecken und ihm das richtige Mass an freier Entscheidungsmöglichkeit dafür zu überlassen. Dazu gehört, dass der Arzt nach der ersten Begrüssung im Aufnahmezimmer nicht in erster Linie selber redet und Erklärungen abgibt, sondern dass er dem Patienten zuhört. Die psychiatrische Arbeit wird ja auch nachher zu einem guten Teil im Zuhören bestehen. Der Patient soll nicht mehr als nötig in der Ansicht bestärkt werden, dass der Arzt ihm seine persönlichen Entscheidungen abzunehmen vermöge. Viel eher soll er erfahren, dass sein eigentlicher Wunsch und Wille sich durch das Gespräch mit dem Arzt überhaupt erst klar zu gestalten vermag und sich dabei oft «von selber» in die richtigen Bahnen lenkt.

So erstaunt es, wenn man erlebt, wie sogar deprimierte, unwillige und wahnkranke Patienten im Gespräch selber die richtige Einstufung auf der ihrem Zustand an-

gemessenen Abteilung — und sei es die geschlossene — zweckmässig wählen können, wenn sie das Haus von früher her bereits kennen oder wenn man ihnen die Abteilungseinrichtungen sachlich erklärt. Bot man dem Kranken schon bei der ersten Unterredung Gelegenheit, seine Befürchtungen, Anliegen und Einwände auszusprechen, so wird er später viel eher über die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen mit sich reden lassen. Indem der Arzt so weitgehend wie möglich die Aktivität des Patienten für die Behandlung gewinnt, versucht er, aus der «Einlieferung» eine «Aufnahme» und aus der «Aufnahme» schliesslich einen «Eintritt» zu machen.

Nun gibt es freilich Zustände schwerer Verwirrung und Gesprächsunfähigkeit, die die Möglichkeit einer Zusammenarbeit des Patienten auf das Mindestmass herabsetzen. Aber auch in diesen Fällen gilt das oben Gesagte — und zwar nun vor allem gegenüber den begleitenden Angehörigen. Sie spielen in der Tat bei der psychiatrischen Spitalaufnahme eine ungleich grössere Rolle als etwa bei der Einweisung in ein Spital für Körperkranke. Deshalb spricht der Arzt in der Regel in Abwesenheit des Patienten ausführlich mit den Angehörigen, was in Spitälern für Körperkranke eher eine Ausnahme ist.

Warum diese Geheimnistuerei? Liegt darin nicht eine Gefahr, dass der Patient misstrauisch wird und wissen möchte, «was die miteinander über ihn zu verhandeln haben?» Indessen heisst «in Abwesenheit des Patienten» nicht «ohne Wissen des Patienten». Der Kranke darf also ruhig erfahren, dass seine Nächsten sich seinetwegen Sorgen machen und dem Arzt über ihre Erfahrungen berichten möchten. Man darf auch keineswegs davon ausgehen, dass in einer Familie nur derjenige «Patient», das heisst Leidender, ist, der einer stationären Behandlung bedarf. Abgesehen davon, vermag der seelisch Kranke oft bei weitem nicht ein ähnlich zutreffendes Bild über seine persönlichen Verhältnisse zu geben, wie es der Körperkranke über seine Beschwerden liefern kann. Ohne die ausführlichen Auskünfte der Angehörigen, seien sie ihrerseits noch so «subjektiv», würden unsere Diagnosen und Therapien oft sehr viel mangelhafter ausfallen. Die Unterredungen mit den Angehörigen beziehungsweise mit den Menschen der nächsten Umgebung des Kranken bilden einen wesentlichen Teil der Eintrittsuntersuchung.

Angehörige, die es bei der Aufnahme eilig haben und sogleich wieder wegfahren wollen, sollten deshalb nach Möglichkeit nochmals zu einer eingehenden ärztlichen Unterredung gebeten werden, es sei denn, dass auch der aufnehmende Arzt selber allzu sehr in Eile ist. Hier kommen wir endlich zu einem ebenso banalen wie hochbedeutsamen Punkt, von dem die Qualität der psychiatrischen Spitalaufnahme abhängt. Diese kann nämlich naturgemäss nur selten und bedingt vorher zeitlich vereinbart werden. Das eine Mal drängt sie sich plötzlich auf, das andere Mal treten Verzögerungen ein — jedenfalls pflegt der neue Patient in einem Augenblick in der Klinik einzutreffen, in dem der Arzt am wenigsten Zeit hat. Die dringende Aufnahme kann nicht vorausberechnet werden und erfolgt deshalb grundsätzlich «zwischenhinein».

In diesem Augenblick zeigt es sich, in welchem Masse der Klinikarzt die tägliche Aufgabe, seinen Zeitplan laufend umzugestalten, beherrscht. Denn dass er beim heutigen Aerztemangel objektiv und grundsätzlich «zu wenig Zeit hat», ist eine Tatsache und dass sein Patient, derjenige Patient, bei dem er gerade weilt, dies nicht zu spüren bekommen soll, ein Erfordernis. Und nicht nur dies: Auch der Arzt selber sollte sich im Interesse seiner Einstellung zum Patienten und zu seiner Aufgabe nicht gestört und gehetzt fühlen, obwohl er anderseits um das wirkliche Ausmass seiner verfügbaren Zeit genau Bescheid wissen muss, wenn er jeweils wirklich da sein will, wo seine Gegenwart am nötigsten ist. So münden unsere behäbig-grundsätzlichen Ueberlegungen zur Kunst der psychiatrischen Spitalaufnahme aus in Erwägungen über die Kunst der inneren Zeitverwaltung, über jene Kunst also, um die wir Zeitgenossen des Telefons uns alle, jeder auf seinem Gebiet, zu bemühen haben.

Ich habe versucht, einige Probleme der psychiatrischen Spitalaufnahme auch für denjenigen Leser verständlich darzustellen, der nicht «vom Fach» ist. Die Ausführungen würden aber einen zeitgemässen Aspekt vermissen lassen, wenn sie nur die wirklich erfolgenden Aufnahmen betrachteten und nicht auch das drückende Problem derjenigen Patienten berücksichtigten, die infolge Platznot überhaupt nicht innert nützlicher Frist in einem psychiatrischen Spital Aufnahme finden können. Diese Sorge betrifft vor allem die Alterskranken und die schwer pflegebedürftigen Patienten, weil diese nur auf bestimmten Abteilungen der bestehenden Kliniken aufgenommen werden können; auf Abteilungen, die infolge ihres besonders hohen Bedarfes an Pflegepersonal heute oft kaum mehr zu betreiben sind und in einigen Spitälern sogar schon geschlossen werden mussten. Die

Unmöglichkeit rechtzeitiger Spitalpflege bringt heute manche Alterskranke und ihre Familien in schwere Not. Jeder Spitalpsychiater kommt beinahe täglich in die Lage, dringende Anmeldungen schwer pflegebedürftiger Alterskranker aus Platzmangel abweisen zu müssen.
Wenn wir an den Ausgangspunkt unserer Betrachtungen zurückkehren und uns erinnern, wieviel Sorgfalt die Oeffentlichkeit auf die rechtliche Ueberwachung der psychiatrischen Spitalaufnahmen verwendet, dann dürfen wir nur hoffen, dass diese selbe Oeffentlichkeit sich auch tatkräftig für die Schaffung neuer Aufnahme- und Pflegemöglichkeiten für ihre Schwerstkranken einsetzt, werden doch schon heute die qualitativen Probleme der Aufnahme ins psychiatrische Spital, wie wir sie skizziert haben, überschattet vom quantitativen Problem der Hospitalisierungsmöglichkeit überhaupt, und zwar gerade für die pflegebedüftigsten Kranken.

Vom Umgang mit seelisch kranken Menschen

Woran kann der Laie erkennen, dass ein Mensch psychisch krank ist?

Die Grenze zwischen psychischer (seelisch-geistiger) Gesundheit und Krankheit ist fliessend und kann nur durch den Arzt bestimmt werden. Wenn sich jedoch ein Mensch auffällig benimmt, so dass man den Eindruck hat, er sei geistig gestört, wenn jemand nicht mehr arbeitet, nicht mehr spricht, sich absondert, seine Pflicht gröblich vernachlässigt, dann soll man nicht schimpfen und drohen, sondern zuerst den Hausarzt konsultieren. Dieser wird dann dem Betreffenden, wenn nötig, empfehlen, zum Psychiater (Nervenarzt) oder in eine psychiatrische Poliklinik zu gehen. Auch bei den Gesundheitsbehörden und der Gemeindeschwester kann man Rat einholen.

Als Aeusserungen psychischer Störungen gelten andauernde Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, innere Unruhe und Angst, Erregbarkeit, Aggressivität, Lust- und Freudlosigkeit, Arbeitsunlust und -unfähigkeit, Lebensüberdruss, Passivität, Störung in der Anpassungsfähigkeit und den mitmenschlichen Beziehungen. Auch körperliche Störungen verschiedener Art können Ausdruck eines psychischen Leidens sein. Erst mehrere dieser Symptome zusammen ergeben ein Krankheitsbild, und entscheidend ist, wie sehr der Kranke an sich selbst und seine Umgebung an seinem Benehmen leidet.
Leider wollen viele psychisch Kranke nicht zum Arzt gehen, weil sie sich selbst nicht für krank halten, oder weil sie Angst haben, in eine psychiatrische Klinik (Heilanstalt) eingewiesen zu werden. Sie möchten wohl gesund werden, bringen aber den Willen und die Einsicht nicht auf, das Nötige dafür zu tun. Angehörige und Freunde sollten daher nicht mit der Einweisung in eine Klinik drohen, sondern den Kranken mit viel Geduld dazu bringen, freiwillig den Arzt zu konsultieren, um sich helfen zu lassen. Es ist wichtig, dass der Patient den Arzt in einem möglichst frühen Krankheitsstadium aufsucht, weil dann die Heilungsaussichten oft besser sind.

Wann muss ein Kranker in eine psychiatrische Klinik?

Eintritte in eine Klinik können freiwillig oder auf ärztliche Anordnung erfolgen. Auch im ersteren Fall bedarf es in der Regel eines ärztlichen Zeugnisses. Bei der Wahl der Klinik soll man sich von einem Arzt beraten lassen. Massgebend für die Einweisung ist nicht das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, sondern der Umstand,