

# Zwischen Sorge und Hoffnung

*Angehörige begegnen dem psychiatrischen Krankenhaus*





# Inhalt

- 4 \_\_\_\_\_ ZWISCHEN SORGE UND HOFFUNG
- 9 \_\_\_\_\_ DER WEG ZUM UNBEKANNTEN TERRAIN
- 16 \_\_\_\_\_ WILLKOMMEN AUF STATION
- 24 \_\_\_\_\_ ERFAHRUNGSBERICHT
- 28 \_\_\_\_\_ ANGEHÖRIGE IM STRUDEL DER GEDANKEN UND GEFÜHLE
- 33 \_\_\_\_\_ ANGEHÖRIGE GEHÖREN MIT INS BOOT
- 39 \_\_\_\_\_ DER SCHRITT ZURÜCK INS LEBEN



**VERSCHIEDENHEITEN BESSER VERKNÜPFEN,  
NICHT SIE AUSLÖSCHEN,  
UM EINER EITLEN ORDNUNG WILLEN.**

*(Antoine de Saint-Exupéry)*





# Zwischen Sorge und Hoffnung

## **Das Krankenhaus hat seine eigene Dynamik**

„So manches wäre anders gelaufen, wenn ich von Anfang an Bescheid gewusst hätte, was im psychiatrischen Krankenhaus gemacht wird“, so der Kommentar vieler Angehöriger noch Jahre nach dem Krankenhausaufenthalt ihres psychisch kranken Familienmitglieds. Wer zum ersten Mal eine psychiatrische Klinik betritt, kann sich eines mulmigen Gefühls, gemischt mit Angespanntheit, nicht erwehren. Dabei spielen uralte Vorurteile ebenso eine Rolle, wie der für Laien räumlich und organisatorisch unüberschaubare „Großbetrieb“ mit den vielen unbekanntem Begriffen, seinem verwirrenden Umfang an Therapieangeboten und Regeln.

Die Krankenhausbehandlung ist nun mal ein intensives und direktes Zusammentreffen mit der Psychiatrie. Wie man sich begegnet, wie vor allem die Klinikmitarbeiter dem Patienten und seinen Angehörigen begegnen, ist fast immer entscheidend für die spätere Bereitschaft oder Ablehnung psychiatrischer Behandlung.

### **Der Angehörige betritt eine fremde, einschüchternde Welt**

Aus Berichten von Angehörigen geht hervor, dass sie auch nach mehreren Klinikaufenthalten ihres psychisch kranken Familienmitglieds nicht wissen, was dort außer dem Zusammenstellen und Verteilen von Tabletten und kleinen „Schnäpschen“ eigentlich sonst pflegerisch und therapeutisch gemacht wird und warum. Aus Bemerkungen von Klinikmitarbeitern ist zu schließen, dass auch sie wenig Bescheid wissen über die emotionalen Belastungen der Angehörigen und ihrem Bedarf an Aufklärung und Anteilnahme.

### **Ambitionen der Broschüre**

Diese Broschüre soll dazu beitragen, Ängste abzubauen, und soll den Angehörigen Mut machen für die Erstbegegnung und, wenn es unvermeidbar ist, auch für weitere Begegnungen mit der stationären Psychiatrie. Sie will über Positives und weniger Positives berichten und überlässt es den Lesern, ihre Schlüsse daraus zu ziehen. Im Folgenden wird es weniger darum gehen, einzelne Details der Therapieangebote und detaillierte Abläufe in der Klinik zu beschreiben, als darum, Vertrauen zu schaffen und Ängste verstehbar zu machen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen allen an einer stationären Behandlung Beteiligten ist Voraussetzung für Erfolg.

### **Wer geht schon gern ins Krankenhaus**

Fast jeder Mensch in unseren Breitengraden muss im Laufe seines Lebens mindestens einmal aus therapeutischen oder diagnostischen Gründen ins Krankenhaus. Und niemand geht wirklich gern. Für alle medizinischen Bereiche gilt: ambulant so viel wie möglich und stationär nur so viel wie nötig. Erst wenn die ambulanten Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten nicht ausreichen, wird eine Krankenhausbehandlung vorgeschlagen. Darin unterscheidet sich die Psychiatrie nicht von der Körpermedizin. Die Familien der somatisch schwer erkrankten Angehörigen sind in der Regel erleichtert über die Entscheidung für eine stationäre Behandlung. Für uns Angehörige von psychisch kranken Menschen trifft das nicht immer zu. In der Psychiatrie gewesen zu sein,

ist noch immer ein Schönheitsfehler in der Biographie, und diesen „Makel“ möchten wir dem Betroffenen gerne ersparen. Und mit Beklemmung sehen wir dem Moment der Begegnung mit dem Klinikpersonal, mit den anderen Patienten und mit dem fremden Terrain entgegen.

### **Krankheit gehört zum Leben, und Leben spielt sich in der Gesellschaft ab**

Die Überweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus löst eine ganze Flut von unterschiedlichen Gefühlen, von Erleichterung bis Entsetzen und Ablehnung, bei Angehörigen von psychisch kranken Menschen aus. „Sie sollten sich in der hiesigen psychiatrischen Klinik behandeln lassen. Dort kann festgestellt werden, was Sie haben und ob Sie überhaupt an einer psychischen Erkrankung leiden,“ rät der ambulant tätige Psychiater dem Erkrankten und ruft damit Bestürzung und Angst vor der Erstbegegnung mit dem psychiatrischen Krankenhaus hervor. Von den Erkrankten gehen wenige aus eigenem Antrieb in die Psychiatrie. Viele haben sich lange erfolgreich gegen eine solche Maßnahme gewehrt und fühlen sich nun überrumpelt und ungerecht behandelt.

### **Was ist neu am neuen Zeitalter der Psychiatrie?**

Das „In die Psychiatrie müssen“ verbinden viele Menschen mit dem Schlimmsten, was ihnen passieren kann. Uralte Bilder aus den Zeiten der Irren- und Blödenanstalten geistern noch als Vorurteile in den Köpfen der vielen Menschen herum, die nie dort waren und sich selbst kein realistisches Bild der heutigen stationären psychiatrischen Behandlung machen können. Und den Angehörigen ging es nicht anders, bevor sie ein psychiatrisches Krankenhaus von innen gesehen haben.

Der Name für diese Fachkrankenhäuser hat sich in den letzten zwei Jahrhunderten stetig den psychiatrischen, pflegerischen und rehabilitativen Fortschritten der stationären Behandlung angepasst. Aus den Irren- und Blödenanstalten, kurz auch „Anstalten“ genannt, mit Langzeitverwehrcharakter wurden in Bayern Bezirkskrankenhäuser, dann Kliniken für Psychiatrie, und viele erhielten kurz darauf den Zusatz

PSYCHIATRISCHES KRANKENHAUS



„und für Psychotherapie“. Im Verlauf der letzten zehn Jahre haben sich etliche „Psychiatrien“ in „Klinik für psychische Gesundheit“ umbenannt. Man spürt förmlich die stattgefundene Entwicklung.

### **Wandel in der Begegnung**

Weitgehend an der Bevölkerung vorbei aber vollzog sich in den letzten Jahrzehnten der wohl für Patienten wichtigste Wandel, der in der Einstellung und Haltung professionell Tätiger zu ihnen liegt. Völlig unvorstellbar wäre es früher gewesen, Psychiatrie-Patienten mitentscheiden zu lassen über ihre Therapie oder ihnen ein eigenständiges Leben in der Gesellschaft zuzutrauen.

Für Angehörige, die lange Zeit als Störenfriede im Ablauf des Klinikalltags empfunden wurden oder bestenfalls unbequeme Anhängsel des Patienten waren, trat ein unübersehbar positiver Wandel in der Begegnung zwischen ihnen und den Klinikmitarbeitern ein. Einer der Gründe hierfür ist in der stärker gewordenen Angehörigen-Interessenvertretung durch die Angehörigen-Selbsthilfe zu sehen. Sie ließ nicht locker, Vorteile einer vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten hervorzuheben.

### **Vom „Halbgott in Weiß“ zum demokratischen Verständnis**

Es kommt immer darauf an, aus welcher Sicht man Veränderungen sieht. Schauen wir von der Zeit der streng hierarchisch strukturierten Arzt-Patientenbeziehung, in der die „Herren in Weiß“ das Sagen hatten und Herrschern gleich bestimmten, mit wem sie reden wollten, dann ist das Erreichte in der Beziehung professioneller Helfer zu Angehörigen ein großer Fortschritt. Betrachten wir aber unsere Begegnungen unter dem Aspekt der Partnerschaft im Bemühen um Krankheitsbewältigung, dann sehen wir, wie weit – wie unterschiedlich weit in den einzelnen Häusern – wir von einer echten Akzeptanz der Angehörigen im Behandlungsalltag noch entfernt sind. Angehörige anerkennen die emotionale Verbesserung, vermissen aber gerade am „Krankenbett“ eine ihren Leistungen und Erfahrungen entsprechende Wertschätzung und Miteinbeziehung.



---

„DIE HOFFNUNG IST EIN VIEL GRÖßERES STIMULANS  
DES LEBENS ALS IRGEND EIN GLÜCK“

(Friedrich Nietzsche)

---

# Der Weg zum unbekannten Terrain

**Eines Tages ist es dann so weit.** Wochenlang, womöglich jahrelang steigerte sich das Gefühl, irgendetwas läuft völlig aus dem Ruder im Zusammenleben mit dem Menschen, den wir lieb haben und der doch mehr und mehr zu einem Fremden wird. Fassungslos stellen wir fest, den uns vertrauten Menschen gefühlsmäßig verloren zu haben, ihn nicht mehr zu kennen, obwohl sie oder er äußerlich unverändert ist. Wir leben in zwei Welten. Das kann nicht mehr lange gut gehen.

Trotzdem kommt es unerwartet: der behandelnde Arzt schlägt eine Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie vor. Mancher Angehörige hat diesen Zeitpunkt lange herbeigesehnt. Nicht, weil er den Kranken los werden wollte, nicht weil er sich ein schönes Leben machen wollte. Nein, die Familie oder der sich angehörig fühlende Freund oder Lebenspartner konnten die Verantwortung nicht länger tragen für einen krankhaften oder nicht-krankhaften Verschlechterungsprozess, konnten die Angst und die Sorge nicht mehr aushalten. Ein Bild hatte sich in ihrem Kopf festgesetzt: Auf einer schiefen Ebene rollt ein Zug, erst langsam, dann immer schneller, ungebremst einer Katastrophe entgegen. Ihr Schreien verhallt ungehört, niemand fühlt sich berufen einzugreifen. Derjenige, um den es geht, will und kann nicht wahrhaben, dass er Hilfe benötigt. Bei einigen Krankheiten, wie bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder in einer manischen Phase ist die Wahrnehmung erheblich gestört. Das betrifft auch die Ich-Wahrnehmung.



### **Wer ins Krankenhaus muss, ist krank**

Und nun die Überweisung ins psychiatrische Krankenhaus. Wer ins Krankenhaus muss, ist krank, sehr krank. Also doch. Bei allem Erschrecken spüren Angehörige auch eine Art Erleichterung. Eine Krankheit kann man behandeln, vielleicht heilen, aber einen Charakterschaden?

Nein, das wäre weit schlimmer. Es ist so weit. Die Überweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus kann durch den Hausarzt oder den ambulant behandelnden Psychiater erfolgen. Der Kranke oder seine Angehörigen halten die Überweisung in das nächste psychiatrische Krankenhaus in der Hand. Viel erfahren Angehörige eines erwachsenen psychisch kranken Verwandten in der Regel nicht darüber, warum eine stationäre Behandlung notwendig ist und warum nicht eventuell eine intensive ambu-

lante Behandlung ausreichen würde. Anders ist es, wenn es um minderjährige Kinder geht. Da die Eltern einer Einweisung zustimmen müssen, werden ihnen die Gründe für das Unvermeidliche erklärt.

*Psychiatrische Krankenhäuser oder Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern übernehmen die Pflichtversorgung für eine genau definierte Region. Von dort kommende Patienten müssen aufgenommen werden.*

### **Gesundung eine Frage weniger Tage?**

Unerfahren in psychiatrischen Dingen, wie Angehörige bei der ersten Begegnung mit dem Krankenhaus nun mal sind, glauben die meisten von ihnen an eine rasche Wirksamkeit der geballten Fachkompetenz im Krankenhaus. Sie glauben – vielleicht auch ein wenig um sich und dem Kranken den Schritt in die Psychiatrie zu erleichtern – die Gesundung sei nur eine Frage weniger Tage oder Wochen. Das erweist sich oft als fataler Irrtum mit Langzeitfolgen. Enttäuschte Hoffnungen wandeln sich nur

allzu leicht in Schuldvorwürfe und Behandlungsabbrüche. Auch das Krankenhaus kann keine Wunder vollbringen.

*Der behandelnde Krankenhauspsychiater begeht einen schweren Fehler, wenn er den Angehörigen nicht von Anfang an reinen Wein einschenkt.*

### **Behandlungsbereitschaft fällt nicht vom Himmel**

Der Vorteil einer stationären Behandlung liegt in einer komplexen, alle erforderlichen Therapien und Rehabilitationsangebote bündelnden pharmakologischen, psychotherapeutischen und rehabilitativen, kognitiven, sozialen und praktischen Behandlungsweise. Und trotzdem, eine Therapie ist immer nur so erfolgreich, wie der Patient bereit ist mitzumachen. Diese Bereitschaft fällt nicht vom Himmel. Der Patient muss sie sich unter Mithilfe der Therapeuten und seiner Angehörigen hart erarbeiten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Aufenthalte im psychiatrischen Krankenhaus immer kürzer werden. Wer erwartet, der Patient käme nach der von den Krankenkassen bewilligten Aufenthaltsdauer ganz wiederhergestellt zurück, macht sich falsche Hoffnungen.

*Die Interessenvertreter der Angehörigen fordern, die Verweildauer flexibel zu gestalten.*

### **Liebe und Toleranz waren nicht genug**

Ganz anders fühlen sich Angehörige bei sich wiederholenden Einweisungen in eine psychiatrische Klinik. Sie sind enttäuscht über das erneute Aufflackern der Krankheit. Ihre Anstrengungen, ihre Liebe und Toleranz konnten die abermalige Verschlechterung nicht aufhalten. Das ungerechte Schicksal macht sie wütend. Sie wissen, was sie und ihre psychisch kranken Angehörigen erwartet in der Krankenhauswelt, aber vertraut ist sie ihnen bisher nicht geworden. Ihre Hoffnungen sind realistischer. Sie wissen, dass hier nur der Grundstein gelegt werden kann für die Bewältigung des Alltagslebens und wissen, dass der Erfolg „drinnen“ nicht unbedingt auch „draußen“ Erfolg bedeutet. Die eigentliche Herausforderung kommt erst nach der Entlassung.

Das Krankenhaus ist, gemessen am pulsierenden Leben in der Gemeinde, eine „Kunstwelt“, vergleichbar mit einem Glashaus, in dem, was

*Eine Krankenhausbehandlung ist keine Katastrophe. Sie bietet eine erneute Chance, eine hilfreiche Therapie zu finden.*

drinnen ist, geschützt ist vor Wind und Wetter, vor Sonnenhitze und Frost. Wenn der Patient zurückkommt ins richtige Leben, sollte er – das erwartet seine Familie – so weit gefestigt sein, dass nicht der erste Sturm ihn gleich umwirft und ihn Kälte und

Donner nicht wieder krank machen. „Raus aus der Klinik – rein in die Klinik“ könnte die Folge sein.

### **Aus Eigeninitiative ins Krankenhaus**

Dass sich ein Mensch mit seelischen Störungen selber ins Krankenhaus begibt und auf Station auftaucht oder in der Notaufnahme erscheint und aufgenommen werden will, kommt selten vor. Wohl jeder Angehörige würde sich einen solchen Beginn der Krankenhausbehandlung wünschen. Viele psychisch kranke Menschen kostet es schon eine große Portion Überwindung, überhaupt einen Psychiater aufzusuchen. Aber in die Psychiatrie zu gehen, quasi sich selbst einzuweisen, dazu fehlt es nicht nur an Mut, es fehlt vielen vor allem an der Einsicht, dass sie Hilfe brauchen, oder an der Erwartung, dass ihnen in einem psychiatrischen Krankenhaus geholfen werden kann.

### **Hilfe wider Willen**

Das absolute Gegenteil zur Eigeninitiative wäre, jemanden kurzerhand ohne sein Einverständnis in die Psychiatrie einzuweisen. Das ist nicht möglich. Die Weigerung, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, ist kein hinreichender Grund für eine Unterbringung gegen den Willen des Erkrankten.

**Eine Zwangsunterbringung ist nur zur Abwendung einer Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig, wenn diese nicht durch andere Möglichkeiten abgewendet werden kann.**

Maßgeblich für Zwangseinweisungen sind das Bayerische Unterbringungsgesetz und das Betreuungsrecht. Wenn gegen den Willen des Kranken gehandelt und behandelt werden muss, kann man davon





ausgehen, dass viel Zeit, dass zuviel Zeit ohne gebührende Hilfe verstrichen ist. Dafür kann es eine ganze Reihe von Gründen geben, z.B. dass der Erkrankte sich erfolgreich gegen jede Hilfe gewehrt hat oder dass die Angehörigen aus falsch verstandenem Mitleid seinem Wunsch nach Nichtbehandlung nachgegeben sind, dass die Familie nicht unterstützt wurde durch zu Hause aufsuchende Hilfe, dass kein ambulanter Krisendienst zur Verfügung stand oder dass der Psychiater mit dem Hinweis auf die Achtung des Patientenwillens nur freundlich mit den Schultern zuckte und den Patienten seinem Schicksal überließ, und was es sonst an schief gelaufenen Versuchen, dem Kranken rechtzeitig zu helfen, gab.

*Eine Zwangsmaßnahme ist immer ein Zeichen von Hilflosigkeit und kommt einer Kapitulation der Menschlichkeit vor dem Diktat der strikten Selbstbestimmung gleich.*

Ambulante Hilfe in psychiatrischen Krisensituation ist in weiten Teilen Deutschlands kaum vorhanden. Hausbesuche in ländlichen Gebieten sind äußerst selten. Die einzige Krisenbewältigungsmaßnahme ist oftmals die Unterbringung mit Hilfe der Polizei.

**Ein Patient in einer akuten Krise hat nicht wirklich eine Wahlmöglichkeit zwischen stationär und ambulant, und damit ist das schöne Versprechen von Selbstbestimmung in dieser Beziehung ein Etikettenschwindel.**

Mit der einfachen Regelung, dass ohne akute Eigen- oder Fremdgefährdung niemand gegen seinen Willen behandelt werden kann, stiehlt sich unsere Gesellschaft aus der Verantwortung für schwerkranke Menschen, die sich selbst nicht helfen können. Hier muss zu einer Regelung gefunden werden, die es möglich macht zu helfen, bevor etwas passiert ist. Natürlich bleibt die Entscheidung über den Zeitpunkt des Eingreifens immer eine Gratwanderung. Wer einem körperlich akut Erkrankten die Hilfe verweigert, kann wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt werden. Das Nichtstun bei einer ganz offensichtlich

schweren psychischen Erkrankung mit dem simplen Hinweis, dass keine akute Gefahr für Leib und Leben bestünde, ist für viele Angehörige hiermit vergleichbar.

**Zitat aus einem Angehörigenbrief:** „Ich glaube, dass eine frühere Behandlung meinem Sohn viel Leid erspart hätte. Es gibt zu wenig ernsthafte und kompetente Anstrengung im Vorfeld, um Eskalation und Zwang zu verhindern – das ist das Problem. Nur wenn es diese Hilfen und diese Anstrengung wirklich gäbe, würde mich die Berufung auf den freien Willen und das Recht auf Krankheit etc. überzeugen.“

### Angehörige im Entscheidungskonflikt

Viele Familien sehen sich bei der Zuspitzung einer psychischen Krise einem großen Problem gegenüber. Allein mit sich und dem eigenen Gewissen müssen sie entscheiden, ob sie sofort fremde Hilfe gegen den Willen ihres ihnen sehr Nahestehenden holen oder ob sie sich vielleicht noch zu einer Nacht des Abwartens durchringen wollen oder ob sie gar noch einige Tage warten können in der Hoffnung, dass sich die Situation wieder entspannt. Was ist, wenn irgendetwas passiert? Diese Verantwortung kann den Familien niemand abnehmen. Eine Zwangsmaßnahme, sei es zur Einweisung in ein Krankenhaus oder sei es während der Behandlung, ist für alle Beteiligten, den Patienten, seine Angehörigen und die professionell Ausführenden eine schwere, nachwirkende Belastung.

*Die psychische Krise des Erkrankten löst eine Zuversichts-Krise bei seinen Angehörigen aus.*

### Sind Schuldgefühle berechtigt?

Im Rückblick auf die vergangene Krisensituation wird sich so manch ein Angehöriger fragen, ob er richtig gehandelt hat. Er wird feststellen, eine Antwort darauf kann es, wenn überhaupt, meist erst nach einiger Zeit geben. Schuldgefühle sind daher unberechtigt, plagen ihn aber dennoch, wenn er es war, der in seiner Not die Polizei rufen musste, um den Erkrankten vor nicht wieder gut zu machenden Folgen zu bewahren.

---

„DAS LEBEN FINDET IMMER EINEN WEG  
UND BLÜHT PLÖTZLICH DA WIEDER AUF,  
WO MAN ES AM WENIGSTEN ERWARTET.“

---

*(Hermann Hesse)*

# Willkommen *auf Station*

Für viele Angehörige ist die psychiatrische Klinik die einzig noch verbliebene Hilfe-Möglichkeit für den ihnen nahestehenden, akut psychisch kranken Menschen. Sein seelischer Gesundheitszustand hat sich stetig verschlechtert, und ein Ende dieses Krankheitsverlaufs ist nicht abzusehen. Die „Rettung in der Not“, wenn ambulante Hilfen nicht ausreichen oder zu Hause aufsuchende Krisenteams nicht zur Verfügung stehen, ist dann eine klinische Therapie. Viele psychisch kranke Menschen sehen das allerdings anders. Sie fürchten Zwangsbehandlung, hoch dosierte Medikamente und persönliche Unfreiheit in der Klinik. Zermürende Diskussionen zwischen dem Erkrankten und seinen Angehörigen gehen häufig der Klinikbehandlung voraus.

*Klinik, ja oder nein –  
es ist normal, unterschiedlicher  
Meinung darüber zu sein.*

Nach einer vom Erfolg gekrönten Krankenhausbehandlung sind diese Meinungsverschiedenheiten kein Thema mehr. Erfolgreich ist sie, wenn die Symptome zurückgegangen und Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente zufriedenstellend gewesen sind, wenn Freude an Aktivitäten und sozialen Kontakten zurückgekehrt sind und wenn der Patient begonnen hat, sich mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen. Große Erwartungen fürwahr, die nur eintreten, wenn der Patient so lange im



Krankenhaus bleibt, bis er selber die Besserung spürt und der verantwortliche Arzt einer Entlassung zustimmt. Geblieben ist er auch, weil er erlebt hat, dass man sich seiner intensiv annimmt, dass er mitreden kann bei den Therapieentscheidungen, dass sein Selbstbestimmungsrecht respektiert wird. Und schließlich, er spürt deutlich die Freude und Erleichterung seiner Angehörigen über die Fortschritte. Etliche Patienten drücken ihre nachträgliche Zustimmung aus mit: *„Hättet ihr mich doch eher in die Klinik gebracht!“*

### **Aufnahmeprozedere**

Man kann nicht gemeinhin von einer in allen psychiatrischen Kliniken üblichen Aufnahmepraxis sprechen. Sie verläuft in allen Häusern mehr oder weniger unterschiedlich. Der Umgang mit „Neuzugängen“ ist abhängig von der hauseigenen Organisation und den Gepflogenheiten und davon, in welchem Zustand der ankommende Patient ist, wie er versichert ist, ob er allein kommt oder in Begleitung.

Außer in Notfällen braucht ein Kassenpatient eine Überweisung von einem Hausarzt oder einem ambulant tätigen Psychiater. In sich zuspitzenden, notfallähnlichen Situationen erfolgt die Aufnahme, wenn ein Bett frei ist, auch, wenn der Patient selber kommt oder wenn die Angehörigen um Aufnahme ihres Kranken ersuchen.

### **Herzliches Willkommen oder „neuer Fall“**

Es sind vor allem Menschen, d. h. das Behandlungsteam der Station und in gewissem Maße auch Klinikregeln und Räumlichkeiten, die den Empfang eines „Neuzugangs“ zu einer freundlichen Willkommensbegrüßung oder zum nüchternen, kühlen Verwaltungsakt oder gar zum Spießbrutenlaufen werden lassen. Von der ersten Minute ab spürt der Patient, ob er ein weiterer Neuer ist, oder ob er mit seiner Persönlichkeit, mit seinen Ängsten und mit seinen Wahrnehmungen, die ihm bisher kaum jemand geglaubt hat, akzeptiert wird. Die persönliche Anteilnahme am Wohlergehen beginnt bereits mit der

*Niemand möchte ein „Fall“ für die Akten sein. Jeder möchte willkommen geheißen werden, wo immer er hinkommt.*

Aufnahme. Für das Pflegepersonal ist sie oder er ein Neuzugang, das ist der Alltag: wieder kommt ein Patient, wieder die ganzen Formalitäten erledigen, Papiere ausfüllen und die „Hausordnung“ herunterbeten. Was für den einen Routine ist, ist für den anderen, der verunsichert ankommt, etwas Außergewöhnliches. Wenn es gelingt, dem Patienten und seinen Angehörigen zu zeigen, wir wissen, wie Ihnen zumute ist, hilft das dem Patienten und seinen Angehörigen und letztlich auch den Stationsmitarbeitern. Der Patient gewöhnt sich schneller ein, fasst schneller Vertrauen und bleibt aus freien Stücken so lange wie nötig.

### **Angehörigen entgegengehen**

Langjährige Angehörige machen auch sehr unterschiedliche Erfahrungen mit den Aufnahmegepflogenheiten. So erfahren Angehörige nur in einigen, eher wenigen Häusern gleich zu Beginn, wohin sie sich mit ihren Anliegen und Fragen wenden können. Sie erfahren, dass es z. B. einen „Sozialen Dienst“ gibt, der Fragen zur Versorgung beantwortet, oder dass sowohl den Patienten wie ihnen ein Patientenführer mit regelmäßigen Sprechstunden zur Verfügung steht, an den sie sich in Konfliktsituationen oder auch mit positiven Rückmeldungen wenden können. Es werden ihnen die Zeiten der ärztlichen Angehörigen-Sprechstunden mitgeteilt und sie hören, dass es einen offiziellen Ansprechpartner unter den Mitarbeitern für Angehörigenbelange auf der Station gibt. Darüber hinaus werden sie bereits bei der Aufnahme auf die interne Angehörigen-Gruppe und die am Ort befindliche Angehörigen-Selbsthilfegruppe hingewiesen. Als entgegenkommende Geste werden speziell auf Angehörige zugeschnittene Informationsblätter verstanden. Das sind nachahmenswerte Vorbilder. Solche Krankenhäuser verdienen mit Fug und Recht die Bezeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“.

*Die Mehrzahl der Angehörigen beklagen, dass sie gar nicht wahrgenommen wurden bei der Aufnahme.*

### **Hospitalisierung zum Schutz**

Eine ganz andere Aufnahmesituation ergibt sich, wenn der Patient aufgrund selbstgefährdenden oder fremdgefährdenden Verhaltens



„zwangsweise“ eingewiesen werden muss. Hier steht der Schutzgedanke im Vordergrund. Daher werden diese Spezialstationen heute auch „beschützende Stationen“ genannt. Eine solche Aufnahme-prozedur kann trotz des dahinter stehenden Gedankens, Schlimmeres verhüten zu wollen, dramatisch und traumatisierend für Angehörige sein. Gott sei Dank sind Zwangseinweisungen vergleichsweise selten. Es gibt aber Zustände, wo ärztliche und/oder behördliche Hilfe dringend erforderlich sind, weil Angehörige und Betroffene die Lage selber nicht mehr in den Griff bekommen können. Sehr verständlich ist es, wenn Angehörige sich in dieser Lage vorwerfen, versagt zu haben. Verständlich, aber ungerechtfertigt. Weit häufiger ist die Behandlungsablehnung durch den Patienten und der sich daraus ergebende, zu späte Behandlungsbeginn als der Grund für die Zuspitzung der Erkrankung.

*Beleibe nicht alle psychiatrischen Krisen münden in gefährliche Situationen.*

### **Es fiel nicht leicht, sich auf den Weg zu machen**

Nur etwa ein Drittel aller Patienten kommen in Begleitung von Angehörigen zur stationären Behandlung. Es sind im allgemeinen Patienten, die bis dahin in der Familie gelebt haben oder engen Kontakt zu ihren Angehörigen hatten. Gemeinsam, manchmal nach langen Diskussionen haben sie den nicht leichten Entschluss gefasst, der Empfehlung des ambulant behandelnden Psychiaters oder Hausarztes zu folgen. Der Patient hat einige Informationen zur stationären Behandlung von seinem Arzt erhalten. Seine Angehörigen sind auf das angewiesen, was sie aus Medien, von Filmen und aus Schauergeschichten wissen. Sie haben u. U. ein Bild von der Psychiatrie im Kopf, das eher dem eines Gefäng-





nisses oder einer Ansammlung von Gummizellen mit vergitterten Fenstern entspricht als einem Ort, an dem die Seele genesen kann.

### Informationen für Angehörige

Es fällt in den Aufgabenbereich der ambulanten Psychiater, positive Neugier auf die „Krankenhauspsychiatrie“ bei den Angehörigen seiner Patienten zu wecken. Jeder Psychiater weiß, dass die sich kümmernden Angehörigen seiner Patienten eine große Mithilfe bei der Erreichung der Therapieziele sein können, wenn sie wissen, worum es geht. Die Schlussfolgerung, sie zu informieren und mit einzubinden, wird nur selten gezogen. Wir Angehörigen bleiben allein mit unseren Vermutungen. Das ist nicht genug, um Beruhigung und Zuversicht auszustrahlen.

Unbedingt hilfreich wäre es für die Angehörigen der stationär behandlungsbedürftigen Patienten gewesen, von den fundamentalen Veränderungen in der stationären Psychiatrie zu erfahren.

*Die Einstellung zur stationären psychiatrischen Behandlung entsteht bereits während der ambulanten Behandlung.*

**Niemand hat ihnen gesagt**, dass die Psychiatrie-Patienten bei allen Entscheidungen mit einbezogen werden – soweit das ihr Gesundheitszustand erlaubt – und dass sie über eine große Bandbreite von Selbstbestimmung verfügen.

**Niemand hat ihnen gesagt**, dass auch sie miteinbezogen werden können, wenn der Patient dem zustimmt.

**Niemand hat ihnen gesagt**, dass heutzutage jeder, der „reinkommt, auch wieder rauskommt“ und zwar nach recht kurzer Zeit, so schnell, dass zwischenzeitlich bei neu betroffenen Angehörigen weder Krankheitseinsicht noch Akzeptanz wachsen konnten.

Angehörige brauchen Zeit und Aufklärung, schon allein um die neue Situation zu begreifen und noch mehr, um sich gedanklich und gefühlsmäßig auf die Veränderungen einzustellen und ihre Alltags- und Lebensplanung anzupassen. Andernfalls geraten sie in eine Überfor-

derungsspirale, die weder ihnen noch ihrem Patienten bekommt und die mit ihrem seelischen und körperlichen Zusammenbruch enden kann.

**Jeder Nicht-Angehörige tut gut daran, zu bedenken,** dass die begleitenden Angehörigen zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme alles andere als seelisch belastbar und stabil sind. Ihre Haut ist dünner geworden. Da ist es normal, dass Kleinigkeiten große Bedeutung erlangen und dass das Gefühl sensibel – vielleicht zu sensibel – registriert, was eigentlich unbedeutend ist und ungewollt geschieht.

**Jeder Angehörige tut gut daran zu bedenken,** ein Krankenhaus ist nicht der Ort, sich andernorts entbehrte Aufmerksamkeit zu holen. Hier wird bei anspruchsvoller Fachlichkeit unter strikt betriebswirtschaftlichen Bedingungen gearbeitet. Dass unter Fachlichkeit auch der menschliche Umgang und die Achtung der Menschenwürde von Patienten und Angehörigen, die Beziehungspflege und Zuwendung sowie die Möglichkeit, seine Unzufriedenheit auszudrücken, gehört, ist heute kein strittiger Punkt mehr.

### **Auf der anderen Seite des Krankenbettes**

Es bedarf keiner großen Erläuterung, dass die Arbeitsbedingungen für Klinikmitarbeiter stressiger und anstrengender geworden sind. Es

fehlt an Personal, kaum irgendwo kann die gesetzlich verankerte Personalzahl eingehalten werden. Dementsprechend fehlt es an Zeit an allen Ecken und Enden. Darüber hinaus stellt die chronische Überbelegung der psychiatrischen Kliniken die Klinikmitarbeiter geradezu vor organisatorische „Kunststücke“.

*Wer eine gute partnerschaftliche Zusammenarbeit anstrebt, sollte sich bemühen, Verständnis für die anderen Beteiligten zu entwickeln.*

Damit nicht genug: das Pflorgeteam hat zusätzlich zur pflegerischen Arbeit ein beträchtliches Mehr an schriftlichen Berichten zu erledigen. Dass Patienten und Angehörige selbstbewusster geworden sind und berechtigt sind, an den Entscheidungen beteiligt zu werden, ist nicht

hoch genug einzuschätzen, aber gemeinsame Entscheidungsprozesse sind wesentlich zeitaufwändiger als kurze Anordnungen.

## ***Tipps zur stressarmen Aufnahme***

Jeder, der sich in eine für ihn neue Situation begeben muss oder will, überlegt sich, wie bereite ich mich vor, und was sollte ich mitnehmen.

### **Hier ein paar Tipps zur Vereinfachung der Aufnahmeabwicklung:**

- Suchen Sie sich eine Begleitung zur Fahrt ins Krankenhaus. Wenn sich der Kranke in einer psychischen Krise befindet, ist es hilfreich, noch jemand dabei zu haben.
- Wenn die Sorge besteht, dass der Kranke seine Meinung ändern könnte und lieber doch nicht stationär behandelt werden will, dann brechen Sie gleich auf und verzichten vorerst auf das Einpacken von persönlichen Dingen.
- Bleiben Sie ruhig und geben Sie dem Betroffenen das Gefühl, genau zu wissen, was Sie tun.
- Schreiben Sie auf, welche Ärzte den Patienten bisher behandeln haben und welche Medikamente er regelmäßig einnimmt.
- Stellen Sie stichpunktartig zusammen, was Sie über den Stationsablauf fragen möchten.
- Erkundigen Sie sich nach Angehörigengruppen im Haus und nach der Adresse der Angehörigen-Selbsthilfe-Kontaktstelle in der Nähe.
- Fragen Sie nach Informationsblättern über Klinikregeln und Ansprechpartner.
- Hinterlassen Sie ihre Adresse.
- Halten Sie Papier und Schreibstift bereit, um sich Notizen machen zu können. In Ausnahmesituationen kann die Konzentration zu wünschen übrig lassen .

# Erinnerungen an *meine Erstbegegnung* mit dem psychiatrischen *Krankenhaus*

*Es ist lange her,* und doch, wenn ich an die Erstbegegnung mit einem psychiatrischen Krankenhaus denke, meine ich, die dort damals herrschende Atmosphäre noch körperlich spüren zu können. Das Gefühl, das mich, eine psychiatrie-unerfahrene und unsichere Angehörige, damals so bedrückte, kommt wieder hoch bei jeder erneut anstehenden psychiatrischen Krankenhausbehandlung unserer Tochter. Und das, obwohl ich aus Erfahrung weiß, dass sich vieles geändert hat in der Zwischenzeit und dass nicht Krankenhaus gleich Krankenhaus ist.

*Was ich nun schreibe sind meine Gedanken und Wahrnehmungen.*

Es bedrückt mich sehr, wenn ich mir vorstelle, wie ein psychisch kranker Mensch, der sich zum Zeitpunkt der Aufnahme in einem sehr fragilen seelischen Zustand befindet, das wahrnimmt und wie sich das auf seine künftige Einstellung zur Psychiatrie auswirken kann. Für die „Stationshelfer“ ist dieser Tag wie



jeder andere, für den Ankömmling ist es ein Ausnahme-Tag. Das Neue beängstigt. So viele fremde Menschen hat er schon lange nicht mehr um sich gehabt. Die sind ihm alle viel zu nah. Willkommen geheißen werden, ein paar freundliche, verständnisvolle, erklärende Worte öffnen die Tür für eine gute Beziehung. Auf diese ersten Minuten kommt es an.

Mit schlurfendem Schritt und auf den Boden schauend kamen Menschen auf mich zu, beachteten mich gar nicht. In sich gekehrt, ohne Teilnahme an der Umgebung, so schien es, wandelten sie den Mittelgang zwischen beidseitigen Zimmertüren hin und her, her und hin. Andere schauten wie durch mich hindurch, blicklos, wie abwesend. Wie ein Fremder in einer anderen Welt kam ich mir vor. Verstärkt wurde der Eindruck noch durch die an der Wand sitzenden Patienten, deren neugierige Blicke mir entgegensahen, mich begleiteten beim Vorbeigehen und mir eindringlich nachblickten. Ich spürte die Blicke ganz deutlich. Mein Gruß kam nur bei einigen an.

*Meine übliche Selbstsicherheit schwand mit jedem Schritt mehr.*

## Wie soll ich mich verhalten?

Sollte ich so tun, als würde ich das alles nicht wahrnehmen und ungezwungen freundlich sein?

Oder wurde erwartet, dass ich auf leisen Sohlen, großlos den Gang hinuntereile bis Zimmer 12, in dem unsere Tochter wohnt?

Noch nie war ich in einem psychiatrischen Krankenhaus. Wie verhält man sich da?

Ich will ja niemand aufregen oder zu nahe treten. Wer weiß, was dann passiert? Meine Unsicherheit wächst von Schritt zu Schritt, und als mir eine Schwester begegnet, bringe ich nur noch ein klägliches „*Ich will zu meiner Tochter Zimmer 12, ich bin die Mutter*“ zustande. Meine Nerven sind aufs äußerste gespannt, ich nehme alles wie durch ein Brennglas wahr, registriere mit überreizten Sinnen jede Bewegung um mich herum. In dieser Umgebung wird Karin eine Weile leben.

## Die Schwester ist schon halb an mir vorbei, als ich frage, wie es Karin geht.

Hat sie die Frage nicht gehört?

Mit Herzklopfen nähere ich mich der Zimmertür mit der Nummer 12. Wie werde ich sie antreffen, wird sie mich wieder fortschicken, und wie soll ich mich dann verhalten?

Soll ich fröhlich ins Zimmer stürmen oder leise ans Bett treten – vielleicht liegt sie ja gar nicht im Bett. Erinnert sie sich noch an die Wochen und Tage vor der akuten Krise?

Soll ich sie bemitleiden oder so tun, als wäre es das Normalste von der Welt, hier zu sein? Hätte die Schwester mir nicht wenigstens sagen können, wie es Karin geht?

Tief in mir drin steckt das Gefühl, bisher alles falsch gemacht zu haben. Wenn ich könnte, würde ich gerne wieder neu anfangen. Vielleicht ist jetzt der Moment dazu. Auf dem Nachhauseweg gehen mir viele widersprüchliche Gedanken durch den Kopf, die üblichen Klischees von der Anstalt, Mitleid mit den Patienten, die Angst, dass Karin auch das Verlorensein in dieser anderen

Welt spürt. Hoffnungen und Befürchtungen wechseln sich ab. Und was wird nach dem Krankenhaus sein? Ich habe gar nichts erfahren darüber, wie es weitergehen soll. Sorgen, ob ich mich richtig verhalten werde, wenn's drauf ankommt. Ich habe Zeit genug, mich diesen Gedanken hinzugeben.

Vielleicht hätte ich mir die Fragen, die mir auf dem Herzen liegen, aufschreiben sollen? Aber es wird ja sicher eine Art Handzettel für die Angehörigen geben, mit dem wir uns zurechtfinden können und lernen, an wen wir uns wenden können, wenn das Pfllegeteam am Ende seines Lateins ist. Den gab es nicht!

Inzwischen ist ein gutes Jahr vergangen, und Karin ist abermals auf der gleichen Station. Anfangs ging es ganz gut zu Hause, dann wurde sie immer kränker. In dem einen Jahr hatte sich einiges verändert auf der Station. Die Schwester empfing mich freundlich auf dem Flur mit *„Ach Sie sind doch die Mutter von Karin. Herr Doktor ist gerade da, wollen Sie mit ihm sprechen?“* Der Psychiater erzählte mir auf meine vorsichtige Bemerkung hin, wie angenehm jetzt die Atmosphäre sei, ein ganz normaler, höflicher und freundlicher Umgangston sei das Erste gewesen, was er als neuer Stationsarzt eingeführt habe. Und außerdem wolle er die Angehörigen von jedem seiner Patienten kennen lernen. Es wurde ein weiteres Gespräch mit Karin zusammen verabredet.

**Die folgenden Besuche bei Karin auf dieser Station gaben mir das Gefühl, sie ist hier an einem guten Platz, und das sagte ich ihr auch.**

---

„ICH WEISS NICHT, WIE UND WODURCH DIE WENDE KAM,  
SIE KAM IRGENDWIE AUS MIR SELBST.“

(Pearl S. Buck)

---

# Angehörige im Strudel der Gedanken und Gefühle

## Auf dem Weg

Schon der gemeinsame Weg ins Krankenhaus war für den Angehörigen eine Zeit extremer Anspannung. Überlegt es sich der behandlungsbedürftige, psychisch kranke Partner, der Sohn, die Tochter, die Schwester, die Mutter, noch einmal anders? Wird sie oder er sich weigern, an Ort und Stelle aus dem Auto auszusteigen? Wird man uns im Krankenhaus so empfangen, dass sie oder er Vertrauen fasst und aus eigenen Stücken bleibt? So kommen sie, der Kranke und sein Angehöriger, dort an. Alte Hasen unter den Angehörigen werden beim Lesen dieser Zeilen mit dem Kopf nicken: „Ja, so war das. Aber wenn es ein nächstes Mal gibt, ist es schon viel leichter.“

## Angekommen

Die Hoffnung der Angehörigen, dass in der mit vielen Therapiemöglichkeiten ausgestatteten Klinik Mittel und Wege gefunden werden, den Patienten von seiner Krankheit zu befreien, wird immer wieder verdrängt vom Erschrecken, dass es sich um eine sehr schwere psychische Erkrankung handeln muss. Warum sonst würde man das kranke Familienmitglied in einem psychiatrischen Krankenhaus behandeln müssen? Ähnliches geht in dem Patienten vor. Allein die Tatsache, hier zu sein,



stürzt ihn in ein seelisches Chaos, schüchtert ihn ein, ängstigt ihn und lässt ihn erstarren, während gleichzeitig seine Gefühle in Alarmbereitschaft sind. Er möchte sich irgendwo hinsetzen und nur beobachten, sich langsam akklimatisieren oder sich fortschleichen auf ein Zimmer, auf sein Zimmer.

Es wäre eine Kleinigkeit mit großer Wirkung, ihn zu fragen, wonach ihm zumute ist. Es würde nicht viel kosten, ein freundlich eingerichtetes Zimmer vorzuhalten für Kontaktgespräche des Pflorgeteams mit ankommenden Patienten. Bei einem Getränk, und sei es nur ein Glas Wasser aus dem Wasserspender, ließen sich die fürs erste notwendigen Informationen stressfrei austauschen. Ein guter Anfang für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Angehörigen wäre es, bei dieser Gelegenheit die begleitenden Angehörigen mit einzubeziehen.

### **Der Beginn einer therapeutischen Beziehung**

Innerer Widerstand kann alle Therapiebemühungen zunichte machen und den Aufenthalt zu einem Misserfolg werden lassen. Alle Mitarbeiter, angefangen von denen an der Pforte, dem Putzdienst über das Pflegepersonal bis zum Stationsarzt, sollten sich dessen bewusst sein, wenn sie einem neuen Patienten auf Station begegnen. Seine kranke, aus dem Gleichgewicht geratene, therapiebedürftige Seele, braucht eine entspannte Atmosphäre, um Informationen zu verstehen und Therapien annehmen zu können. Die häufig zu beobachtende, von Routine, Eile und Ungeduld geprägte Körpersprache und Wortwahl des Behandlungsteams bewirkt genau das Gegenteil.

*Freundlichkeit bricht  
den inneren Widerstand.*





## **Angehörige zwischen Mitgefühl und Unnachgiebigkeit**

Die den Patienten begleitenden Angehörigen spüren die steigende Spannung in ihrem Familienmitglied. Sie sind hin- und hergerissen zwischen tiefem Mitgefühl einerseits und Unnachgiebigkeit andererseits. Es ist nur allzu verständlich, dass sie fürchten, ihre Unruhe könnte sich auf ihren Kranken übertragen.

*Auch wenn es schwerfällt:  
Die begleitenden Angehörigen  
sollten so gelassen wie  
möglich bleiben.*

Manche Angehörige versuchen ihre Nervosität dadurch zu mindern, indem sie ununterbrochen auf den Patienten einreden, andere verstummen, und wieder andere tätscheln ständig den Arm des Patienten. Mit diesen Verhaltensweisen, so gut sie auch gemeint sein mögen, verstärken sie den Stress für ihren geliebten Angehörigen.

Es war womöglich der dringende Wunsch der Angehörigen, den Kranken in fachmännischer Betreuung zu wissen, und dennoch fühlen sie sich bei der Aufnahme ins Krankenhaus schlecht. Nun stehen sie hier, sehen andere Patienten in ganz unterschiedlichem und teilweise viel kränkerem Zustand als ihr Familienmitglied und fragen sich, ist das der heilsame Ort, den sie sich vorgestellt hatten?

## **Wir gehen, der Patient bleibt**

Wer diese Zweifel niederkämpfen muss, kann gewiss sein, dass er nicht alleine ist mit solchen Gefühlen. Nur langerfahrene oder gut informierte Angehörige kommen mit der Aufnahmesituation besser zurecht. Sie sind vorbereitet auf das Kommende. Sie wissen, die erste Prüfung wird der schmerzliche Moment des Abschiednehmens sein. Manchen Patienten wird erst jetzt so richtig bewusst, dass sie hier nicht bleiben wollen, weil sie gar nicht so krank sind wie die anderen, weil die Krankenhausatmosphäre ihnen Angst macht, weil die vielen fremden Leute ihnen unerträglich sind und, und, und. Manche protestieren lautstark, andere bitten flehentlich, mit nach Hause gehen zu können, und einige ziehen sich einfach in sich zurück.

## Abschied nehmen

Auch in dieser schweren Stunde sind die Angehörigen allein mit sich und ihren Ohnmachtsgefühlen, wenn sich nicht jemand findet, der sie beruhigt. In der Regel aber fragt niemand nach ihrem Befinden, keiner scheint Notiz zu nehmen von ihrem Kummer. Kaum jemals erbarmt sich einer und versichert, man werde alles tun, damit sich der Patient eingewöhnt. Eine Mutter berichtete, sie habe ihre Tochter noch an der Stationstür rufen hören. Sie sei still hinausgeschlichen und könne sich kaum erinnern, wie sie ins Auto gekommen ist.

*Angehörige waren weder hypersensibel und noch überängstlich, bevor die Krankheit ausbrach. Nein, sie waren ganz normale Mütter und Väter, Kinder und Partner.*

Es stellt sich die Frage, ob professionell in der Psychiatrie Tätige eigentlich wissen, wie eng der Zusammenhang ist zwischen den Erlebnissen vor der Krankenhausaufnahme und dem nervlichen Zustand der Angehörigen, der sich den Professionellen

bietet, wenn sie als Begleiter der Patienten in der Klinik erscheinen? Die Krankheit mit ihren nicht sichtbaren, nicht messbaren, nicht ertastbaren Symptomen löst eine nicht relativierbare Angst aus und verändert das menschliche Umfeld. Die Krankheit ist da und doch wieder nicht da.

---

„ZUSAMMENKOMMEN IST DER ANFANG,  
ZUSAMMENARBEITEN IST DER ERFOLG.“

(Henry Ford)

---

# Angehörige gehören mit ins *Boot*

## Während des Aufenthalts

Auch während des Krankenhausaufenthalts gehen die Angehörigen durch ein Wechselbad der Gefühle. Der Schock über die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ist das Eine, das Gefühl einer neuen Chance ist das Andere. Der Patient würde in dem straff geregelten Tagesablauf wieder lernen, morgens aufzustehen, an gemeinsamen Mahlzeiten teilzunehmen, sich in Gesellschaft mit anderen zu beschäftigen, seine Aggressionen besser unter Kontrolle zu halten und vieles mehr. Geradezu erleichtert sind Familien, deren krankes Familienmitglied seine psychische Krankheit bisher nicht wahrnehmen konnte und daher bis zum Moment der Einweisung nicht bereit war, eine Therapie auf sich zu nehmen.

Sie erwarten von der Krankenhausbehandlung, dass ihm geholfen wird, seine Krankheit zu erkennen und nach und nach zu ihr zu stehen und wieder zu werden, wie er mal war. Heute besteht kein Zweifel, dass eine unbehandelte psychische Erkrankung die Zukunftsaussichten eines Betroffenen erheblich mindert. Er wird seine Fähigkeiten und Begabungen nicht so nützen können, wie er es mit einer unterstützenden Therapie können wird. Das fühlen Angehörige intuitiv und hoffen.

## Partnerschaftliche Zusammenarbeit

Selbst Angehörige, die ihren Kranken über lange Zeit begleiten und unterstützen, wissen kaum etwas über die Erkrankung. Während der ambu-

*Niemand kann den Angehörigen abnehmen, sich mit dem Schicksal auseinander zu setzen und sich auf den langen Weg des Annehmens zu machen.*

lanten Behandlungszeit ihres psychisch kranken Familienmitglieds wurde der Gesprächswunsch, so berichten viele Angehörige, schon von der Sprechstundenhilfe abgeblockt. Ihre ganze Hoffnung ruht nun auf einem anderen Verständnis vom Umgang

miteinander, der professionell Behandelnden mit den Familien und umgekehrt, und auf einer, den Umständen entsprechenden, partnerschaftlichen Zusammenarbeit. In manchen Häusern ist das tatsächlich schon erreicht.

Sachinformationen über Krankheitszusammenhänge und Behandlungsmöglichkeiten, so ihre logische Überlegung, kann und sollte man denjenigen, die den Patienten nach dem Krankenhaus weiterbegleiten, nicht vorenthalten. Auch das gehört dazu, wenn sich die Mühe und der Aufwand einer stationären Behandlung lohnen soll.

### **Mitreden trotz Schweigepflicht?**

Inzwischen ist in der psychiatrischen Praxis immer mehr von Angehörigen als Partnern die Rede, und doch erleben viele Angehörige erst einmal, dass sie ausgeschlossen werden. Dürfen sie während der Behandlung mitreden, oder müssen sie sich nun voll und ganz auf die Fachkompetenz des Behandlungsteams verlassen? Aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht dürfen Ärzte und alle anderen in Heilberufen tätigen Personen keine Informationen weitergeben, auch an nächste Angehörige nicht, wenn nicht eine ausdrückliche Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten vorliegt.

### **ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT**

Die medizinische Verschwiegenheit ist fast so alt wie die Medizin selbst und schon im Eid des Hippokrates zu finden: „Was ich bei der Behandlung sehe oder höre, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.“

Sie hat Eingang gefunden in das deutsche Strafgesetzbuch. Nach § 203 Strafgesetzbuch wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr

**oder einer Geldstrafe bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden ist.**

### **Nicht über Patienten, sondern mit ihnen reden**

Und für viele Patienten ist es im akuten Zustand einer psychiatrischen Erkrankung undenkbar, dass mit den Angehörigen über sie gesprochen wird. Häufig leiden sie unter einem krankheitsbedingtem Misstrauen und befürchten, dass ein Komplott gegen sie geschmiedet werden könnte. Andere schämen sich für ihre Krankheit oder wollen ihre Angehörigen nicht weiter mit dem Thema belasten und stimmen daher einer Entbindung von der Schweigepflicht nicht zu. Erfahrungsgemäß lassen sich die meisten jedoch im Laufe der Zeit davon überzeugen, dass es sinnvoll und hilfreich ist, wenn auch nahestehende Personen über die Erkrankung Bescheid wissen, und stimmen zumindest einem gemeinsamen dialogischen Gespräch zu.

### **Zuhören ist erlaubt**

Zu Zeiten, in denen der Patient in ein gemeinsames Gespräch nicht einwilligt, befinden sich viele Angehörige in einem Dilemma: Sie erfahren nichts und wollen doch so vieles wissen, um mit der Verunsicherung besser zurechtzukommen. Aber sie haben doch auf einem Gebiet, das den Ärzten weitestgehend fremd ist, einen gehörigen Wissensvorsprung. Sie haben Informationen über die Lebenssituation des Patienten, die für die Behandlung von Wichtigkeit sind, sie kennen seine Fähigkeiten und die Art, wie er seinen Tag gestaltet zu gesunden Zeiten. Dies allein ist schon ein Grund, warum sie das Gespräch als Angehörige suchen sollten. Wenn sie sich als Angehöriger vergegenwärtigen, dass sie den Ärzten dieses Wissen voraushaben, können sie daraus Selbstbewusstsein gewinnen und stark auftreten.

*Kein Arzt kann den Patienten so gut kennen, wie seine Angehörigen.*

In der Regel wird der Arzt dankbar hören, was Angehörige über die letzten Wochen vor der Klinikaufnahme zu berichten haben. Erzählen Sie kurz und klar aus Ihrer Perspektive, wie der psychische Zustand Ihres

*Und das Zuhören steht  
der ärztlichen Schweigepflicht  
nicht entgegen.*

Angehörigen sich verändert hat. Geben Sie dem Arzt zum Beispiel auch einen Zettel, auf dem die zuletzt verordneten und eingenommenen Medikamente aufgeschrieben sind. Informieren Sie über Ihnen bekannte Vorbehalte und Abneigungen gegenüber bestimmten Therapien, über die individuellen Vorstellungen von Lebensqualität und über besondere Fähigkeiten, aber auch Grenzen des Patienten.

## **Tipps für Angehörige**

### **Krankenhausabläufe respektieren**

Wenn Sie als Angehöriger respektiert werden wollen, ist es wichtig, dass Sie sich über die Krankenhausabläufe informieren, versuchen, diese zu respektieren und mit ihren eigenen Bedürfnissen abzustimmen. Auch wenn es noch so verständlich ist, dass Angehörige am liebsten sofort nach der Aufnahme des Patienten ein Gespräch mit dem Arzt haben möchten, kann es dennoch notwendig sein, mit Geduld ein paar Tage darauf zu warten. Der Arzt wird sich zuallererst um den Patienten kümmern und sich ein eigenes Bild vom Zustand des Patienten machen.

Geprägt sind die Krankenhausabläufe insbesondere von einer permanenten Zeitnot. Ärzte sind in einen eng terminierten Tagesablauf mit Visite, Übergabe, Aufnahme neuer Patienten und Therapiegesprächen eingebunden.

### **Um trotz der knappen Zeit zufriedenstellende Gespräche zu führen, legen wir Angehörigen einige praktische Tipps ans Herz:**

- Einigen Sie sich innerhalb der Familie, wer dem Arzt als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Es sollte während des Klinikaufenthalts immer die gleiche Person sein, damit Gespräche nicht doppelt und dreifach geführt werden müssen.





- Um Missverständnisse zu vermeiden, signalisieren Sie von Anfang an, dass Sie Interesse an einem Arztgespräch haben. Dem Arzt ist vielleicht gar nicht bewusst, dass Sie mit ihm reden möchten.
- Fragen Sie nicht ständig nach einem Gespräch. Realistisch sind maximal ein Gespräch nach der Aufnahme, eines während des Behandlungszeitraums und eines vor der Entlassung.
- Es macht nur Sinn, Gespräche mit dem Arzt zu führen, der Ihren Angehörigen behandelt. Wird der Patient am Wochenende aufgenommen, lernt der Stationsarzt den Patienten erst am Montag kennen. Auch der diensthabende Arzt kennt in der Regel den Patienten nicht.
- Fragen Sie beim Pflegepersonal nach, wann der behandelnde Arzt am besten telefonisch zu erreichen ist.
- Fangen Sie den Arzt nicht bei einem Besuch ab, sondern vereinbaren Sie einen Gesprächstermin.
- Bereiten Sie sich auf das Arztgespräch vor: Themen und Fragen aufschreiben!
- Viele organisatorische Themen, wie z. B. die Ausgangsregelung, können mit dem Pflegepersonal besprochen werden.
- Berichte über die Wochenendbeurlaubung können auch an das Pflegepersonal gegeben werden. Bei den täglichen Übergaben von Pflegepersonal an Ärzte wird auch das angesprochen.
- Teilen Sie dem Sozialdienst der Klinik mit, wie die wohnliche und betreuende Situation nach der Krankenhausbehandlung sein wird.



---

„ES IST BESSER, DEICHE ZU BAUEN, ALS DARAUF  
ZU HOFFEN, DASS DIE FLUT VERNUNFT ANNIMMT.“

*(Hans Kasper)*

---

# Der Schritt zurück ins Leben

Kein Patient bleibt ewig im Krankenhaus, heute ist das hundertprozentig sicher. Das war nicht immer so. Es hat Zeiten gegeben, da mussten Angehörige vor Gericht darum kämpfen, dass ihr psychisch krankes Familienmitglied wieder entlassen wird. Die Psychiatrie-Reform und die sehr viel erfolgreicheren Behandlungsmethoden sowie die Notwendigkeit der Krankenkassen, Kosten einzusparen, haben die Verweildauer auf durchschnittlich 26 Tage pro Patient sinken lassen. Noch immer denken viele Menschen, die nie etwas mit Psychiatrie zu tun hatten, dass man nicht wieder rauskommt aus der „Anstalt“, wenn man einmal drin ist. Solche und viele andere Vorurteile sind starke Hemmschwellen für viele Patienten und für deren Angehörige, die stationäre Behandlung rechtzeitig in Anspruch zu nehmen.

## **ENTLASSUNGSVORBEREITUNG**

Die Entlassung eines längere Zeit in einer psychiatrischen Klinik behandelten Patienten bedarf einer intensiven und umfassenden Vorbereitung. Diese Erkenntnis hat sich zunehmend durchgesetzt, nur wie das zu geschehen hat und wer einbezogen werden soll und muss, darüber gibt es in Deutschland kein gesichertes Wissen. So langsam bürgern sich Kontaktgespräche von ambulanten Helfern mit ihnen unbekanntem, künftigen „Klienten“ während des Klinikaufenthalts ein. Ziel der Entlassungsvorbereitung ist ein nahtloser Übergang von stationär zu ambu-

lant. Eine größere Gewähr als Einzelgespräche bieten dafür eine Überleitungs- oder Hilfeplankonferenz schon während des Krankenhausaufenthalts, an der die stationär Behandelnden und alle in Frage kommenden professionellen, ambulant tätigen Anbieter und der Patient beteiligt sind. Das reicht uns Angehörigen nicht! Bei einer mit uns nicht vorab besprochenen Entlassung fühlen wir uns wie jemand, der vor einem stockfinsternen

*Ohne ein Entlassungsgespräch  
mit den weiter betreuenden  
Angehörigen geht es nicht!*

Raum steht und weitergehen muss. Zurück kann er nicht, es bleibt nur, sich vorwärts ins Dunkel zu tasten.

### **Des Pudels Kern: Nicht ohne uns**

Erfahrene Angehörige, deren psychisch erkrankte Partner, Eltern, Kinder oder Geschwister bereits mehrmals stationär behandelt wurden, kennen diese Situationen gut. Die betroffenen Familien und insbesondere die in der Selbsthilfe organisierten sind die einzigen, die seit Jahrzehnten ein informatives und ermutigendes Entlassungsgespräch unter Einbeziehung der Angehörigen fordern. Uns Angehörigen ist natürlich klar, dass wir nicht die Therapie zu Hause fortsetzen können und wollen, dafür gibt es Psychiater, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten usw. Wir Angehörigen steuern etwas mindestens ebenso Wichtiges zur Rekonvaleszenz bei: Wir stützen das Durchhaltevermögen des Erkrankten, helfen, Hoffnung zu bewahren und neuen Mut zu fassen, achten gemeinsam auf Frühwarnzeichen, begleiten ihn zurück „ins Leben“ und unterstützen ihn bei der seelischen Verarbeitung der krankheitsbedingt veränderten Lebenssituation. Wir sind einfach da, sind verlässlich und vieles mehr.

Kein Angehöriger kann das so ohne weiteres. Die Angehörigen brauchen Kenntnis von dem momentanen seelischen Gesundheitszustand der ihnen Nahestehenden. Sie brauchen Informationen über die noch vorhandenen, aber wahrscheinlich langsam schwächer werdenden Symptome und wie man darauf reagieren kann. Sie brauchen Informationen, wo sie im Notfall Hilfe bekommen und wo die nächste Angehö-



rigengruppe ist. Sie brauchen Informationen über die Besonderheiten der Krankheit und den beabsichtigten weiteren Behandlungsweg.

### **Vor Stress bewahren**

Wir Angehörigen sind Laien, und wenn wir nicht das große Glück haben oder hatten, in Angehörigen-Selbsthilfegruppen über den Umgang und das Zusammenleben mit psychisch kranken Menschen informiert worden zu sein, kann uns die Unsicherheit nach der Entlassung daran hindern, zurückzufinden zu einem, vielleicht schon sehr lange zurückliegenden, harmonischen und unverkrampften Umgang miteinander in der Familie. Zu deutlich sind uns Angehörigen die Erinnerungen an die krisenhafte Zeit vor der Einweisung ins Krankenhaus im Gedächtnis. Noch immer stellt sich uns die Frage nach unserem Anteil an der Verschlechterung. Den gab es vielleicht gar nicht. Es könnte ihn künftig geben, wenn Angehörige nicht wissen, was den Gesundheitszustand des Rekonvaleszenten wirklich belasten kann, wie zum Beispiel: eine lauernde Haltung, das ständige Sich-Erkundigen nach dem Wohlbefinden und die spürbare Angst. Das alles ist Stress für den Betroffenen, den wir doch eigentlich vor Stress bewahren wollen – auch um unsertwillen. Alles, was wir Angehörigen wollen, ist unserem psychisch kranken Nahestehenden das Schicksal eines „Drehtürverlaufs“ zu ersparen.

*Stress in der Familie kann zum krankheitserhaltenden Faktor werden.*

### **Chancen und vergebene Chancen**

Es ist tragisch. Uninformierte Angehörige können in ihrem Bemühen, alles recht machen zu wollen, tatsächlich zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustands des Patienten beitragen. Denn Stress, das ist unzweifelhaft nachgewiesen, kann ein Auslöser für einen Rückfall sein. Betroffen hiervon sind vor allem Familien, die den Rekonvaleszenten zu Hause betreuen. Unser nahes Verhältnis zu den Erkrankten birgt auch ganz natürliche Tücken und Risiken. Wir Angehörigen stehen unseren Kranken emotional sehr

*Unser nahes Verhältnis zu den Erkrankten birgt auch ganz natürliche Tücken und Risiken in sich.*

nahe, so nahe wie niemand sonst. Das gibt nicht nur dem Kranken Wärme und Geborgenheit, wir sind auch schnell zu sehr besorgt, wir nehmen kleine momentane Veränderungen als Anzeichen für eine herannahende Krise, von der noch gar nichts zu sehen ist. Das heißt, wir verlieren leicht den objektiven Blick für die langfristige Entwicklung einerseits, aber auch für die Kleinigkeiten des Alltags, die für den Erkrankten unter Umständen Stress bedeuten.

### **Dem Patienten geht es nach und nach besser**

Die schweren Symptome sind zurückgegangen, die Medikamente scheinen keine belastenden Nebenwirkungen zu haben, das Interesse an Mitpatienten und an Beschäftigungen kommt allmählich wieder zurück. Nun wird er oder sie sicher bald entlassen werden, vermuten die Angehörigen und erwarten ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Von den Schwestern und Pflägern ist nichts herauszubekommen, nur dass man schon rechtzeitig erfahren werde, wann es so weit sei. Und dann ruft unser Angehöriger an und bittet, am nächsten Vormittag abgeholt zu werden, da er entlassen werde. Die spontane Freude darüber weicht bald zunehmender Panik. Was soll nun werden, was muss man vorbereiten, wie soll sich die Familie verhalten und, und, und?

### **Entlassung: noch nicht alles geschafft**

Auch wenn die Entlassung im zeitlichen Ablauf der Krankenhausbehandlung am Ende steht, ist für die meisten Patienten noch lange nicht Schluss mit den Anstrengungen. Für den Patienten muss sich nach dem Durchschreiten der Ausgangstür bewähren, wie nachhaltig die stationäre Behandlung ist. Für die Angehörigen ist die Krankenhauszeit schnell vergangen. Wieder, wie bei der Aufnahme ins Krankenhaus und während des Aufenthalts, sind sie im Zwiespalt der Gefühle: spontane Freude über die Rückkehr und Sorge hinsichtlich der kommenden Tage und Wochen. Ja nichts verkehrt machen und damit den Genesungsprozess womöglich beeinträchtigen ist ihre große Angst. Was aber

*Das Krankenhaus ist keine Autowerkstatt. Man bringt das Auto hin und holt es repariert nach einiger Zeit wieder ab.*



ist verkehrt? Was kann man tun, wenn man merkt, dass der Rekonvaleszent den mit dem Klinikpsychiater abgesprochenen Therapieweg verlässt? Und woher sollen wir Angehörigen wissen, wie der aussehen soll, wenn wir bei der Entlassungsplanung nicht dabei waren?

### **Entlassungsgespräch: selbstbewusst und ohne falsche Scham**

In manchen Häusern gehört es zu den Entlassungsstandards, sich mindestens eine Woche vor dem Entlassungstermin zusammzusetzen und zu planen, wie es weitergehen soll. Der behandelnde Psychiater bittet den Patienten, seinen Angehörigen oder die koordinierende Bezugsperson des Patienten zu einem gemeinsamen Gespräch. Die gesundheitlichen Fortschritte, die noch bestehenden Einschränkungen und der notwendige Hilfebedarf des zu entlassenden Patienten werden besprochen. Primär muss die Wohnsituation geklärt werden. Angehörigen ist dringend zu raten, ehrlich und ohne falsche Scham über ihre räumlichen, zeitlichen und gesundheitlichen Möglichkeiten zu sprechen.

*Angehörigen ist dringend zu raten, ehrlich und ohne falsche Scham über ihre räumlichen, zeitlichen und gesundheitlichen Möglichkeiten zu sprechen.*

Auf Belastungsgrenzen nicht hinzuweisen aus kurzfristigem Ehrgeiz oder aus Angst, dem Kranken wehzutun, wäre ein schwerer Fehler, der sich sowohl für die Angehörigen wie für den Patienten rächt. Im Mittelpunkt des Entlassungsgesprächs steht der Patient mit seinen Wünschen und seiner Selbsteinschätzung. Möchte er zurückkehren in die Ursprungsfamilie? Andererseits wird die Selbsteinschätzung der Familie hinsichtlich ihrer Belastbarkeit im Interesse des Patienten und der anderen Familienmitgliedes Ernst genommen? Es kann aber auch sein, dass im gleichen Hause der Stationsarzt sagt: „Es gibt eine Schweigepflicht. Mit Angehörigen rede ich nicht.“ Warum können so wichtige Dinge, wie eine Entlassungspraxis und der Umgang mit Angehörigen, nicht einheitlich geregelt werden nach dem Motto: so ist das bei uns, und so ist es

*Es ist so vieles im Krankenhaus verbindlich geregelt, warum nicht auch die Einbindung der Angehörigen?*

auf Station A und B und X? Warum wird gerade das der Beliebigkeit und dem Erachten eines Einzelnen überlassen?

### **Kunstfehler: Entlassung ohne weiterbetreuende Angehörige**

Eine auf die Entlassung nicht vorbereitete und vom Zeitpunkt der Entlassung überraschte Familie ist praktisch wie gefühlsmäßig überfordert mit der Situation. Es scheint für professionelle Helfer, seien es nun Psychiater, Psychotherapeuten, Pflegeteammitarbeiter oder andere, nur schwer verständlich zu sein, dass Angehörige, die man nicht informiert

über die Art der Krankheit, über die weiteren Behandlungsschritte, eine Gefahr für die Stabilität der Patienten sein können. Vielleicht machen sich professionelle Helfer gar keine Gedanken darüber, dass Angehörige, denen man nicht Gelegenheit gibt, sich im Gespräch mit ihrer ungewohnten Lebenssituation auseinanderzusetzen, zu lange brauchen werden, um „gute“ Angehörige zu werden. Dass sich

solchermaßen allein gelassene Angehörige möglicherweise falsch verhalten oder die Therapieziele durchkreuzen, ist kein Wunder. Der Fehler liegt dann nicht bei den Angehörigen, sondern bei den professionell Tätigen, die es besser wissen sollten.

*Die Zeit der Krankenhausbehandlung ist eine Möglichkeit für fest eingespannte Angehörige, mal Abstand zu gewinnen vom aktuellen Krankheitsverlauf.*

Die Krankenhausbehandlung ist eine Möglichkeit für fest eingespannte Angehörige, mal Abstand zu gewinnen vom aktuellen Krankheitsverlauf und von den immer heftiger werdenden gegenseitigen Vorwürfen. Sie können die Zeit nutzen, mit einem gewissen Abstand vom Alltagsgeschehen über sich selber und ihre Bedeutung für den Kranken nachzudenken. Und sie können sich in aller Ruhe damit auseinandersetzen, in welchem Maße sie bereit sind, ihr eigenes Leben dem Krankheitsrhythmus unterzuordnen, und ob das dann auch gut ist für den Rekonvaleszenten.

Familiäre Verbundenheit ist gerade für kranke und behinderte Menschen etwas sehr Wertvolles. Die enge Beziehung zu überstrapazieren, indem man die Angehörigen verplant und ihnen keine Chance lässt, nein zu sagen, ist mehr als ungeschickt. Gerade psychisch Kranke brauchen ihre Familienangehörigen, damit es jemand gibt, der ihnen entspannt zuhört und sich ein lebenslanges Interesse an ihrem Wohlergehen bewahrt.

DIE PSYCHIATRIE HAT VIELE MÖGLICHKEITEN,  
PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN ZU HELFEN.  
EINE DAVON IST DIE KLINISCHE BEHANDLUNG.

SIE WIRD ES IMMER GEBEN, AUCH WENN IHRE  
BEDEUTUNG IM VERGLEICH ZUR AMBULANTEN  
SOZIALPSYCHIATRIE ABGENOMMEN HAT.

ANGEHÖRIGE WIRD ES AUCH IMMER GEBEN.

DIE ZUSAMMENARBEIT MIT IHNEN IST EIN WICHTIGER  
FAKTOR FÜR DEN GENESUNGSPROZESS.  
IHRE KREATIVE UNZUFRIEDENHEIT HAT SCHON  
SO MANCHE VERÄNDERUNG IN GANG GESETZT  
**UND WIRD ES WEITER TUN.**





## IMPRESSUM

Herausgeber Landesverband Bayern der  
Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Text Eva Straub, Alexandra Chuonyo

Gestaltung & Satz Heike Eichhorn | mediamuc

Fotos Heidi Mayer | mediamuc

© 2010 LV Bayern ApK





## KONTAKT

Landesverband Bayern der  
Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Pappenheimstraße 7  
80335 München

Tel. 089.51 08 63 25

Fax 089.51 08 63 28

email [lvbayern\\_apk@t-online.de](mailto:lvbayern_apk@t-online.de)  
[www.lvbayern-apk.de](http://www.lvbayern-apk.de)



**Techniker Krankenkasse**  
Gesund in die Zukunft.