

Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz

Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz

Band: 82 (1973)

Heft: 4

Artikel: Der Patient im Spital : soziologische Aspekte seiner Rolle

Autor: Riesen, René

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-548319>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 10.01.2025

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

Der Patient im Spital

Soziologische Aspekte seiner Rolle

Dr. René Riesen

Wir versuchen, mit der Darstellung der soziologischen Aspekte der Rolle des Patienten im Spital auf ein Problem hinzuweisen, das in der Hektik des Spitalbetriebes unseres Erachtens zu wenig beachtet wird.

Was heisst es für einen Menschen, Patient zu werden? Was bedeutet es für einen Patienten, seine bisherigen Lebensbezüge weitgehend abzubauen? Welches sind die Aspekte der Patient-Schwester-Beziehung? Inwiefern ist die Schwester von der Ausbildung her imstande, die Beziehung zum Patienten klar zu analysieren und bewusst als Mittel einzusetzen?

Doch bevor wir auf derartige Fragen eingehen, müssen wir kurz etwas über das Begriffsinstrumentarium der Rollentheorie ausführen. Wir haben diese Begriffe zu erklären, weil wir anschliessend versuchen, mit deren Hilfe die Situation des Patienten im Spital zu beschreiben.

Einige Begriffe der Rollentheorie

Wir alle stehen in einer Mehrzahl von *Positionen*, wir sind beispielsweise Tochter, Schwester, Krankenschwester, reformiert, Autofahrerin, Vereinsmitglied. Einige dieser Positionen fallen uns ohne unser Zutun zu (Geschlecht, Alter); in diesen Fällen sprechen wir von zugeschriebenen Positionen. Für andere Positionen steht es mehr oder weniger in unserer Hand, ob wir sie erwerben wollen oder nicht (Beruf, Freizeit); hier brauchen wir den Ausdruck der erworbenen Position. Typische Kennzeichen der modernen Gesellschaft bestehen darin, dass die Bedeutung der erworbenen Positionen gegenüber den zugeschriebenen zunimmt, dass die Positionen unabhängiger voneinander sind als früher und dass wir die Möglichkeit der Wahl zwischen verschiedenen Positionen haben (Alternativen); wir können eine oder mehrere Positionen zuungunsten anderer bevorzugen (Prioritäten).

Unter *Rolle* verstehen wir mit Ralf Dahrendorf nicht das tatsächliche Verhalten, sondern die Verhaltenserwartungen. Verhaltenserwartungen sind nicht auf das Individuum als Person bezogen, sondern auf das Individuum als Positionsinhaber. So erwarten wir von einer Krankenschwester nicht ein bestimmtes Verhalten aus dem Grunde, weil sie Vreni heisst, sondern weil sie Krankenschwester ist. Diese Unterscheidung wird nicht unwesentlich sein, wenn wir im weiteren die Beziehung Patient-Krankenschwester zu analysieren trachten.

Status ist die in der gesellschaftlichen Rangordnung bewertete Position. Beispielsweise ist die Position Arzt mit einem hohen Prestige verbunden und hat einen hohen Status, die Position Bauhandlanger mit einem relativ tiefen Prestige und daher auch mit einem eher tiefen Status.

Der Prozess des Hineinlebens in eine soziale Rolle wird als *Sozialisation* bezeichnet;

Sozialisation ist das Erlernen von Rollen und damit zugleich das Hineinwachsen des Individuums in die sozio-kulturelle Umgebung. Es ist die Übernahme der Rolle des andern (H. Mead), denn «am anderen wird der Mensch seiner habhaft» (H. Plessner). Sozialisation ist die Einführung des Menschen in die Gesellschaft durch Internalisierung der Wirklichkeit.

Wir versuchen nun, mit den hier kurz vorgestellten Begriffen das Geschehen um den Patienten im Spital zu beschreiben.

Der Rollenwechsel zum Patienten

Was geschieht im sozialen Feld, wenn ein Mensch Patient wird? Das Hauptmerkmal besteht darin, dass meist viele der bisherigen Positionen und Rollen aufgegeben werden müssen, wenigstens vorübergehend. Was heisst das im einzelnen?

- Die Position Beruf kann nicht mehr ausgefüllt werden. Dadurch entsteht bei vielen Patienten ein Vakuum, infolgedessen Patienten auf sich selbst zurückgeworfen und des schützenden Haltes beraubt werden, den sie durch den Beruf hatten.
- Die Rollenausübung in der Position Familie ist ebenfalls gestört, da der unmittelbare Kontakt des Patienten mit seinen Familienangehörigen nur noch zeitweilig und ausserhalb der gewohnten Umgebung stattfindet. Dadurch kann eine Entfremdung zur eigenen Familie eintreten, die das Patientsein alles andere als erleichtert.
- Die Position Freizeit wird relativiert; zwar steht dem Patienten viel Zeit zur Verfügung, die aber nicht beliebig und vor allem nicht in den gewohnten Tätigkeiten verbracht werden kann. Die Verlagerung auf Tätigkeiten wie Lesen kann durchaus eine Fluchtreaktion vor der Krankheit und dem Patientsein bedeuten.

Wenn wir die soziale Situation des Patienten vor dem Spitaleintritt beschreiben wollen, dann könnten wir von typischen Verhalten in typischen Situationen sprechen.

Die Rolle des Patienten

Nach dem Spitaleintritt müssen wir von einer für den Patienten vorerst meist untypischen Situation sprechen, in der er an sich untypisches Verhalten zu lernen hat. Der bisherige Rollenhaushalt schrumpft stark zusammen, die einleitend erwähnten Möglichkeiten der Wahl von Alternativen und Prioritäten in den Rollen fällt weitgehend dahin.

Der Patient im Spital steht vor der Aufgabe, eine neue Rolle zu lernen, was ihn besonders bei erstmaligem Spitalaufenthalt überfordert. Wenn wir in unserer Kindheit und im Erwachsenenleben viele Rollen lernen, so doch nicht diejenige des Patienten im Spital. Wir haben nicht die Chance, wie bei andern Rollen langsam hineinzu-

wachsen. Der Patient hat ein kleines Reservoir an Typisierungen, aus dem er für den Aufbau seiner Patientenrolle schöpfen kann. Daher ist die innere Kontrolle der Rollenerwartungen im Spital dem Patienten kaum möglich, er muss sich auf die äussere Kontrolle – das heisst, die Kontrolle seines Verhaltens durch die andern – verlassen, auch das eine Situation, die nicht dem übrigen Leben entspricht. Die Identifizierung mit der Rolle des Patienten ist nicht gelernt, es besteht aber auch keine Rollenidentität. Es fehlt die Ich-Identität (Erik H. Erikson: ego-identity) als Basis des Rollenverhaltens als Patient; da auch die Rollenausübung in den andern Positionen erschwert ist, wird die Ich-Identität gesamthaft erschüttert.

Die Rolle des Patienten zeichnet sich dadurch aus, dass ihr sehr wenig Gestaltungsnormen innewohnen; für Ich-Leistungen ist ein geringer Spielraum vorhanden. Das Verhältnis des Patienten zu seiner Rolle als Patient ist anders als das Verhältnis zu den andern Rollen. Das Rollenspiel als Patient ist mehr als üblich ein blosses reagieren auf Rollenerwartungen und ein Nachvollziehen vorgegebener Verhaltensmuster. Es dominieren die Vollzugsnormen, auf deren Innehaltung geachtet wird und die dem Patienten einen beschränkten Freiheitspielraum zumessen. So kann der Patient vielleicht zwischen zwei Radioprogrammen wählen, er kann aber das Radiohören nicht ohne weiteres durch eine beliebige andere Tätigkeit ersetzen. Der Interaktionsradius des Patienten ist gering und meistens auf den Raum beschränkt, in dem er sich aufhalten muss.

Die Typisierung der Rollen dient der Vorausehbarkeit des Verhaltens der andern und gibt uns damit Sicherheit im Umgang mit andern. Die Typisierung der Rolle als Patient stellt Anforderungen an den Patienten. Das Spital wird zum Lernmilieu, in dem situationsbedingte Rollen gelernt werden müssen, und zwar von denen, die sie von einem erwarten, und das sind in erster Linie die Schwestern. In diesem Sinn ist die Rolle des Patienten doch eher organisationspezifisch anstatt personbezogen. Das alles mag zur Erklärung der häufig extremen Unsicherheit des Patienten dienen: die bisherigen Rollen, die einem Halt boten – wenn auch vielleicht bloss fingiert – können nicht mehr ausgefüllt werden und in die neue Rolle des Patienten muss man sich zuerst noch einleben. Durch die Unsicherheit wird der Patient hellhörig auf alles, was um ihn geschieht; dabei ist er sehr verletzlich. Äusserungen, die im zwischenmenschlichen Verkehr unter Gesunden gang und gäbe sind, können im Gebrauch gegenüber Patienten schockierend und deprimierend wirken.

Der Status, das heisst die Stellung der Positionen im Positionengefüge, fällt im Spital (beinahe) weg. Er zeigt sich vielleicht noch

in der Preiskategorie, die man wählt. Krankenschwestern versichern immer wieder, für sie spiele es keine Rolle, ob der Patient Bankdirektor oder Knecht sei. Das mag durchaus stimmen, die Frage ist aber dennoch aufzunehmen, wie sich der Status des Patienten im Spital auswirkt. Personen mit hohem Status haben zwar von der intellektuellen Ebene her meist wenig Schwierigkeiten, sich mit dem Patientsein abzufinden, sie empfinden aber den Zusammenbruch ihres bisherigen Standortes in den Positionen viel umfassender und können sich daher trotzdem nicht immer umstellen; Personen mit tieferem Status können den Wechsel zur Rolle des Patienten vielleicht eher emotional erfassen, was aber die Umstellung ebenfalls nicht etwa erleichtert.

Eine Gruppe der Rollentheoretiker geht von der Annahme aus, in einer Zweierbeziehung werde das Verhalten des einen Partners belohnt durch das Verhalten des andern Partners. Diese sogenannte Reziprozitätsnorm beinhaltet zudem, dass auf längere Sicht ein Gleichgewicht im Austausch herrschen müsse; das heisst es wird für beide Beziehungspartner unbefriedigend, wenn nur der eine geben und der andere nicht zurückgeben kann.

Der Patient ist nun gerade nicht in der Lage, der Reziprozitätsnorm nachzukommen. Dem Patienten ist es selten möglich, ein auf wechselseitiges Geben und Nehmen abgestimmtes Rollenverhalten zu entwickeln. Es kann somit zu keinem Verhaltensmuster der wechselseitigen Bedürfnisbefriedigung kommen. Dabei ist weiter zu berücksichtigen, dass gerade das Hineinleben in die Rolle Patient es im besonderen Masse erfordern würde, irgendwie einen gleichwertigen Austausch zustandezubringen.

Alle diese Faktoren erschweren den Umgang des Patienten mit der Schwester (und übrigens mit allen Bezugspersonen im Spital). Uns allen bekannt sind die Ersatzhandlungen, zu denen Patienten greifen, beispielsweise das Weitergeben von erhaltenen Geschenken an die pflegende Schwester. Derartige Geschenke des Patienten haben jeweils sicher auch einen Bezug zur Person der Schwester, der strukturelle Aspekt des Austauschverhältnisses darf aber nicht unterschätzt werden.

Die Resozialisierung

Bei längeren Spitalaufenthalten überwinden Patienten die Probleme, die wir dargestellt haben, meist recht umfassend. Dabei kann nun eine ganz andere, neue Schwierigkeit auftreten: die Identifikation mit der Rolle des Patienten geht so weit, dass die Erfüllung anderer Rollenerwartungen nicht mehr vollzogen werden kann. Dadurch wird der Austritt aus dem Spital erschwert, wenn nicht überhaupt verunmöglich. Die Literatur kennt mindestens ein berühmt gewordenes Beispiel: Thomas Manns «Zauberberg». Die Widerstände

gegen das Verlassen des Spitals sind dann besonders stark, wenn die Krankheit psycho-somatische Hintergründe hat, was nach Aussagen von Ärzten bei bis zu 80 Prozent der Fälle zutreffen kann. Das Spital wird zum Zufluchtsort, in dem man Schutz vor den Problemen im Beruf und in der Familie zu finden hofft. Das Aufgeben der Rolle des Patienten bedeutet somit, dass man in alle Problemkreise zurückkehren muss, denen man entflohen war. Resozialisierung ist der Versuch, den Patienten auf «die Zeit nachher» vorzubereiten. Das ist dann eine besonders schwierige Aufgabe, wenn der Patient nicht fähig ist, an seine frühere Rolle anzuknüpfen, beispielsweise wenn er nach einem schweren Unfall seinen Beruf nicht mehr ausüben kann.

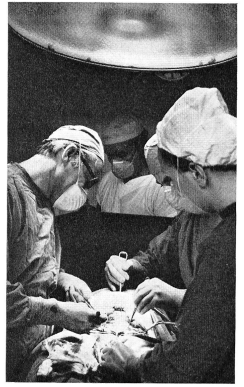
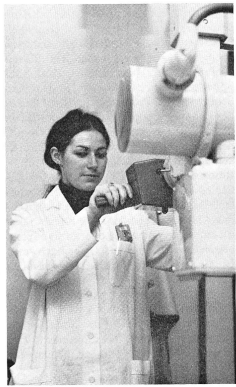
Der Krankenschwester müsste somit das Kunststück gelingen, dem Patienten einerseits das Hineinleben in das Sozialgebilde Spital zu erleichtern, ihm andererseits vom ersten Aufenthaltstag an zu helfen, den Weg zurück zu finden.

Die Rolle der Krankenschwester

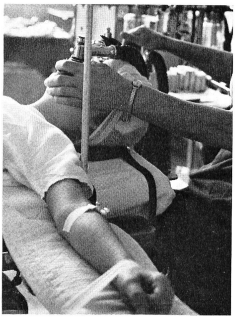
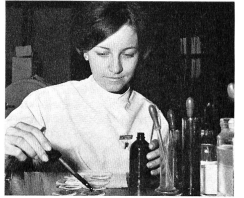
Nach diesen Ausführungen ergibt sich von selber: in einer Situation, die für den Patienten in höchstem Masse von Unsicherheit geprägt ist, kommt der Schwester eine wichtige Funktion zu. Sie ist es, die dem Patienten Hinweise gibt, wie er sich als Patient zu verhalten hat.

Es ist ein wesentlicher Teil der Pflegeleistung, dem Patienten zu helfen, seine Rolle als Patient zu finden. Da die Schwester ein grosses Mehr an Erfahrung hat, wie sich Patienten zu verhalten haben, muss sie diesen Erfahrungsüberhang in der Beziehung zum Patienten einsetzen, um seine Unsicherheit abzubauen. Die Schwester wird im verhaltensmässigen Aspekt zum «Guide», zumindest zum Informationsberater, gelegentlich aber auch zum «rettenen Strohalm», von dem sich Patienten nicht mehr lösen können. Die Beziehung Patient–Schwester läuft dann Gefahr, in das geschilderte Ungleichgewicht zu geraten, besonders wenn Patienten unter einem Beziehungsmanko im Spital leiden und das in der Beziehung zur Schwester zu kompensieren versuchen. Eine Differenz in den gegenseitigen Rollenerwartungen muss aber zu Enttäuschungen führen, und zwar sowohl auf der Seite des Patienten wie der Krankenschwester.

Jede Schwester hat gegenüber dem Patienten einen Vorsprung, weil sie eine vergleichsweise privilegierte Person ist, auch wenn sich dieses Privileg nur darauf beschränkt, dass sie den Raum des Patienten verlassen kann. In ihrer Rolle kann sie die Chance einer – vielleicht bloss unbestimmten – Machtausübung erspähen. Mit andern Worten: Die Schwester muss sich immer wieder fragen, ob sie ihren Vorsprung an Rollenwissen und Macht nicht zum Nach-



Rund um das Krankenbett



teil des Patienten einsetzt, der sich in seiner unterlegenen Position nicht oder kaum wehren kann.

Schlussbemerkungen

In einer kurzen Einführung in den Fragenkreis der Rolle des Patienten im Spital muss vieles offen und ausgelassen werden. So haben wir die Einflüsse des Alters und des Geschlechts hier vollständig ausser acht gelassen, trotzdem wir wissen, dass sie eine erhebliche Rolle spielen. Ebenfalls übergangen haben wir den Einfluss der Krankheit auf die Rolle des Patienten, dabei ist die Krankheitsart eine wesentliche Variable. Weiter müsste erwogen werden, welche Bedeutung das Spital als solches hat, das heisst ob Patientsein in verschiedenen Spitälern etwas Verschiedenes bedeuten kann. Auch die Dauer des Aufenthaltes und die Anzahl der Mitpatienten im Zimmer sind weitere Umstände, deren Einfluss genauer zu erfassen wäre.

Zudem darf die Rolle des Patienten nicht nur soziologisch gesehen werden – das ist ein Blickwinkel unter anderen –, es müsste auch auf den sozialpsychologischen und den psychologischen Aspekt verwiesen werden.

Die Berücksichtigung allein der soziologischen Aspekte der Rolle des Patienten gibt aber bereits mehr als genug Ansatzpunkte, was im Spital künftig vermehrt zu berücksichtigen wäre:

- Sind die Bezugspersonen des Patienten im Spital sich genügend all der Vorgänge bewusst, die bei einem Menschen vor sich gehen, wenn er den Rollenwechsel zum Patienten vornehmen muss?
- Hat die Krankenschwester das notwendige Einfühlungsvermögen in sozialpsychologische und soziologische Vorgänge beim Patienten? Wird in der Ausbildung in genügender Weise auf diese Probleme eingegangen?

Wenn unsere Ausführungen zur Folge haben, dass jeder Leser kritisch überprüft, wie er mit Patienten umgeht, dann wäre das Ziel des Artikels erreicht.

Das Dilemma von Planung und Betriebskonzeption

K. Aeschbach, Direktor des Kantonsspitals Aarau

Forscher in der ganzen Welt ringen um letzte Erkenntnisse des gesunden und kranken Lebens. Man schätzt, dass sich das medizinische Wissen etwa alle fünf Jahre verdoppelt. Diese Tatsache hat unmittelbaren Einfluss auf die Spitalmedizin. Die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden ständig verbessert und verfeinert, und dazu müssen immer mehr technische Hilfsmittel beigezogen werden. Die Anforderungen an Räume, Einrichtungen, Betrieb und Personal im Spital können deshalb innert weniger Jahre vollständig ändern. Das heutige Spital ist also hinsichtlich Planung und Betriebskonzeption dadurch gekennzeichnet, dass es sich stetem Wandel, ständig notwendigen Änderungen anpassen muss.

In den letzten Jahren ist – nicht nur in unserem Lande – kaum ein grösseres Spital gebaut worden, bei welchem sich nicht Überraschungen oder sogar peinliche Zwischenfälle ereignet hätten. Diese lassen sich in vier wesentliche Gruppen einteilen:

- unerwartete Kostenüberschreitungen, feststellbar schon während des Baues oder nach dessen Beendigung;
- Einstellung der Bauarbeiten zur Neuprüfung der medizinischen oder betrieblichen Konzeption;
- Umbauarbeiten, zum Teil in erheblichem Ausmass, schon vor Bezug des Neubaus.
- Änderung der Zweckbestimmung von ganzen Raumgruppen, die bei der Planung als absolut notwendig erachtet worden waren.

Diese Erscheinungen sind für den heutigen Spitalbau bezeichnend, und es ist fraglich, ob sie sich je ganz vermeiden lassen.

Im Gegensatz zu privaten Bauten aller Art, ist die Ausgangslage bei einem Spitalbau komplexer und mit mannigfaltigen Inponderabilien belastet. Schon bei den Vorarbeiten zum Bau eines neuen Krankenhauses ist ein Widerstreit zwischen den vielen Interessierten mit unterschiedlichen Anforderungen unvermeidlich. Die Öffentlichkeit, also die künftigen Benützer, erwarten modernste, maximale medizinische Leistungen. In

der Regel werden sie durch die Ärzte vertreten, die über das notwendige Fachwissen verfügen und die entsprechenden Begehren zu formulieren wissen.

Die politischen Behörden aber sind verpflichtet, die Kosten in einem gegebenen Rahmen zu halten, das heisst natürlich, sie zu begrenzen. Schon diese Forderungen, beide legitim, klaffen in allen Fällen weit auseinander, und es ist fast nicht möglich, sie in eine befriedigende Übereinstimmung zu bringen. Erschwerend ist dabei, dass es sich um ein Unternehmen handelt, das vor der Öffentlichkeit verantwortet werden muss und dass die für den Bau zuständigen Behörden Fehldispositionen zu vermeiden trachten und sich nach allen Seiten abzusichern suchen. Damit verbunden sind schwerwiegende Komplikationen, die unmittelbar zu Verzögerungen führen. Von der Idee, ein neues Krankenhaus zu bauen, bis zur Realisierung ist ein recht dornenvoller Weg über die Instanzen der Politik und der Verwaltung durchzustehen. Das braucht Zeit, sehr viel Zeit, und damit wird das grösste Problem deutlich: Es wird heute ein Krankenhaus geplant, das in der Regel nach etwa sechs bis acht Jahren bezogen werden kann und dann trotzdem den modernsten medizinischen, technischen und betriebswirtschaftlichen Bedürfnissen entsprechen soll. In einem Augenblick also, da die Entwicklung in allen Bereichen höchstens gehänt, aber nicht vorausgesehen werden kann, müssen definitive Entscheide gefällt werden.

Während die Kosten für einen Spitalneubau in der Regel ohne weiteres verkraftet werden können, so bereiten die erschreckend steigenden Betriebskosten den Finanzbehörden erhebliche Sorgen. Gegen die viel diskutierte Kostenexplosion in den Spitälern ist noch kein wirksames Rezept gefunden worden. Ein wenigstens teilweise taugliches Instrument, um die Kosten in den Griff zu bekommen, wäre eine definitive detaillierte Betriebskonzeption, die der Planung eines neuen Spitals zugrunde liegen, also