

HERAUSGEBERINNENKOLLEKTIV

SCHWARZBUCH KRANKENHAUS DAS SCHWEIGEN BRECHEN



HERAUSGEBERINNENKOLLEKTIV

SCHWARZBUCH KRANKENHAUS

Wir sind ein Kollektiv aus Krankenhausbeschäftigten aus ganz Deutschland, die motiviert durch die eigenen Arbeitserfahrungen nicht länger still sein können. Uns eint der Wunsch, das Gesundheitssystem von Grund auf zu verändern, um endlich wieder unserem hohen professionellen Anspruch und den Bedürfnissen unserer Patient*innen gerecht zu werden. Wir kämpfen für eine Aufwertung sorgender Berufe und dagegen, dass mit Gesundheit Profite gemacht werden.

IMPRESSUM

Schwarzbuch Krankenhaus

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Alrun Kaune-Nüßlein

Straße der Pariser Kommune 8A . 10243 Berlin . www.rosalux.de

ISBN 978-3-948250-66-9

Redaktionsschluss: April 2023

Herausgeberinnenkollektiv: Paula Schenkenberger,
Anuschka Mucha, Lisa Schlagheck, Anja Voigt und Ellen Ost

Titelfoto: Arseny Togulev / unsplash.com

Icons (S. 21): Adrien Coquet, Alice Design, OliM, alison, IconSweet von
Noun Project

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Layout und Satz: Philipp Wix, *imaging-dissent*, Berlin

Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100% Recycling

*Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit
der Rosa-Luxemburg-Stiftung.*

*Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht
zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.*

Die Publikation wurde gefördert von:



Movement
Hub

STIFTUNG 
MENSCHENWÜRDE
UND ARBEITSWELT

INHALT

- 05** **EINLEITUNG**
WARUM WIR DAS SCHWEIGEN BRECHEN
- 07** **SCHWARZBUCH ERFAHRUNGSBERICHTE**
ERSTER TEIL
- 19** **INTERVIEW**
«ES BRAUCHT EINE AUSKÖMMLICHE FINANZIERUNG –
GEMEINWOHLORIENTIERT UND BEDARFSGERECHT GEPLANT.»
- 23** **SCHWARZBUCH ERFAHRUNGSBERICHTE**
ZWEITER TEIL
- 35** **INTERVIEW**
DÜRFEN WIR DAS? JA, WIR DÜRFEN!
- 39** **DAS SCHWEIGEN BRECHEN**
GEMEINSAM AKTIV WERDEN!
- 42** **GLOSSAR**

Aus Schutzgründen werden die Erfahrungsberichte anonym veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt allein bei dem Herausgeberinnenkollektiv. Die Rosa-Luxemburg-Stiftung haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

*Bevor du mit dem Lesen anfängst, noch ein wichtiger Hinweis: Die hier gesammelten Berichte sind erschreckend und hart. Es geht in manchen Berichten um Suizidalität, Gefährdung von Patient*innen, Tod und Leid. Diese Themen können sehr aufwühlend und berührend sein. Es ist die Realität in deutschen Kliniken.*



WARUM WIR DAS SCHWEIGEN BRECHEN

Der Personalnotstand und die daraus resultierende Gefährdung von Patient*innen sind immer wieder Gegenstand von Medienberichten und von Gesprächen unter Beschäftigten an deutschen Kliniken.

Täglich spielen sich unvorstellbare Szenen ab. Von Neugeborenen, die ins Leben stürzen, weil keine Hebamme da ist, um sie aufzufangen, über Patient*innen, die nicht davon abgehalten werden können, sich im Krankenhaus das Leben zu nehmen, weil die Kolleg*innen am Limit arbeiten, bis hin zu Menschen, die in Wartezimmern unbemerkt versterben.

Seit sieben Jahren werden emanzipatorische Krankenhausbewegungen immer stärker, die diese Missstände im Gesundheitswesen benennen und dagegen kämpfen.

Wir sind Teil dieser Bewegungen und haben ihre Kraft erlebt. Mit Streiks und anderen Werkzeugen des Arbeitskampfes haben wir gemeinsam mit unserer Gewerkschaft ver.di an über 20 Unikliniken konkrete Erfolge erzielt: in Form von verbesserten Personalbemessungen, tatsächlichen Konsequenzen für die Arbeitgeber, wenn diese unterschritten werden, sowie in Form von Freizeit als Entlastung für das Personal.

Unsere eigenen Erfahrungen haben uns motiviert, Teil der Krankenhausbewegung zu werden. Jahrelang hat jede von uns die strukturellen, von der Politik verursachten Missstände erlebt. Wir haben gesehen, was die Profitlogik in unseren Kliniken mit dem Wohl und der Gesundheit unserer Patient*innen macht und was es bedeutet, völlig überfordert «Brände löschen» zu müssen, statt gute Arbeit leisten zu können. Die Veränderung des bestehenden Systems ist dringend notwendig, die Versorgung von Patient*innen und die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus lassen sich nicht voneinander trennen. Wer ein gutes Umfeld hat, kann besser arbeiten, wer sich in einem guten Umfeld befindet, wird schneller gesund.

Wir haben Berichte gesammelt, niedergeschriebene Erfahrungen, die die drastischen Konsequenzen des Personalnotstands für die Versorgung der Patient*innen deutlich machen: das «Schwarzbuch Krankenhaus». Während unserer gewerkschaftlich organisierten Streiks haben wir diese Berichte genutzt, um Missstände sichtbar zu machen. Gegenüber Arbeitgeber*innen, Vertreter*innen der Politik, Medien und der Bevölkerung im Allgemeinen untermauern sie unsere Forderungen nach mehr Personal und Entlastung.

Hunderte Berichte zeigen, dass es sich um keine Ausnahmen, sondern um den Alltag der Beschäftigten und Pa-

tient*innen in deutschen Krankenhäusern handelt. Viele Kolleg*innen haben ihre Erfahrungen aufgeschrieben, ohne lange nachdenken zu müssen. Wir haben die Berichte miteinander geteilt und so gelernt, dass wir nicht etwa einzelne unglückliche, einmalige Situationen erlebt haben, sondern dass wir alle ähnliche Erfahrungen machen. Je mehr Berichte zusammengekommen sind, umso deutlicher ist geworden, dass wir nicht länger zusehen können.

Wir brechen das Schweigen, denn wir sind nicht mehr bereit, ein kaputtes System aufrechtzuerhalten, unsere Gesundheit zu riskieren und Patient*innen weiter zu gefährden.

Die Erfahrungen, die wir hier exemplarisch zusammengetragen haben, sind von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Sie betreffen Menschen aus jeder sozialen Schicht der Gesellschaft, jeden Geschlechts und jeder Altersgruppe. Die Erfahrungen sind ein Thema öffentlichen Interesses, weil es darum geht, ob wir selbst, unsere Liebsten, unsere Kinder oder Eltern genesen und wieder am Leben teilhaben können oder ob sie diesem kaputten System zum Opfer fallen und dabei im schlimmsten Fall ihr Leben verlieren.

Jahrzehntelange schlechte Gesundheitspolitik kann nicht in wenigen Arbeitskämpfen ausgeglichen und durch Neues ersetzt werden, aber ein gemeinsames Bewusstsein für die Probleme und ein solidarisches Herangehen können eine vereinte Stärke erzeugen und uns einem geteilten Ziel ein gutes Stück näherbringen: ein Gesundheitssystem, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Wir berichten in dieser Broschüre darüber, welches Ausmaß die Missstände angenommen haben, und schauen darauf, wie politische Entscheidungen über vier Jahrzehnte hinweg zur Berufsfucht aus dem Gesundheitswesen geführt haben.

Wir wollen 30 Berichte mit euch teilen, die Einblick *in die alltäglichen Grausamkeiten deutscher Krankenhäuser* geben.

Darüber hinaus haben wir mit Anja Vogt, Intensivpflegerin im Vivantes-Klinikum in Berlin, über die Probleme gesprochen, die das Fallpauschalensystem mit sich gebracht hat, und wir schauen auf die Möglichkeiten, die wir Beschäftigte haben, um gegen diese fatalen politischen Entscheidungen vorzugehen. Dazu haben wir mit dem Arbeitsrechtler Daniel Weidmann über juristische Hintergründe und die Frage gesprochen: «Darf ich das?»

Wir wollen zeigen, wie jede*r von uns die eigenen Erfahrungen nutzen kann, um sich dem Kampf anzuschließen.



SCHWARZBUCH ERFAHRUNGSBERICHTE ERSTER TEIL

HAUPTSACHE, DAS GELD STIMMT ANÄSTHESIE

Auf dem Plan für Kinder-Herzkatheter steht seit über einem Tag ein schwerkrankes Kind von der Intensivstation. Es steht dort bewusst an letzter Stelle, ist also für den Abend geplant. Davor stehen drei elektive (zeitlich frei wählbare) Herzkatheter-Untersuchungen. Wieso die dringlichen Fälle als letzte auf dem Plan stehen? Ganz einfach: Die elektiven Fälle werden zuerst gemacht, damit von denen bloß keine verschoben oder abgesagt werden müssen, damit die Zahlen stimmen. Die dringenden müssen ja eh gemacht werden.

Ich habe Rufdienst an dem besagten Tag und werde für 18 Uhr einbestellt. Eigentlich gibt es bis 20 Uhr einen Spätdienst für die Anästhesiepflege. Begründung für die Ausnahmeplanung: Das Kind sei so krank und kreislaufinstabil, dass mindestens zwei Pflegekräfte da sein müssten. Dazu muss gesagt werden: ALLEN Beteiligten, auch denen, die für die Organisation verantwortlich sind, ist bewusst, dass am Nachmittag und Abend nur eine knappe Notbesetzung sowohl pflegerischer- als auch ärztlicherseits da ist.

Trotzdem wird die OP für dieses Kind um 17:30 Uhr entgegen allen Bedenken eingeleitet. Als ich ankomme, frage ich: «Und was mache ich, wenn der Spätdienst um 20 Uhr geht? Dann stehe ich hier allein da, obwohl das Kind zwei Leute braucht.» Mir wird gesagt, bis 20 Uhr sei man fertig.

Der Spätdienst geht um 20 Uhr nach Hause, um 20:45 Uhr fangen wir an zu reanimieren, mein Anästhesist und ich sind allein. Uns fehlen mindestens vier Hände, um optimal zu reanimieren, das Kind stirbt fast.

Das Kind hat überlebt, ich habe um 1 Uhr nachts, als ich fertig war mit Aufräumen, geweint. Wenn der Eingriff bei dem Kind im Tagbetrieb durchgeführt worden wäre, hätten wir genug Fachpersonal gehabt und das Kind wäre besser versorgt gewesen.

Es zählen nur die Zahlen. Auf mein Drängen, dass wir schwerstkranke Kinder nicht als Letztes machen dürfen und dieser Fall aufgearbeitet werden muss, ist außer kurzen Gesprächen NICHTS passiert.

Ein paar Wochen später ist genau das Gleiche wieder passiert. Unterbesetzung wird systematisch ignoriert. Egal ob Kind oder Erwachsene, Hauptsache, das Geld stimmt.

SUIZID AUF DER INTENSIVSTATION INTENSIVSTATION

Neulich hatten meine Kolleg*innen und ich Spätdienst. Die Station war voll belegt und wir waren so schlecht besetzt, dass die Hälfte von uns jeweils drei statt zwei Patient*innen betreuen musste. Wir hatten viel zu tun in diesem Dienst, da die meisten der Patient*innen beatmet wurden und zum Teil in der Maskenbeatmungstherapie und/oder delirant, also in einem Verwirrheitszustand, waren. Einer der Patient*innen schrie mit mehr als 3,5 Promille permanent über die Station und war zudem 4-Punkt-fixiert.

Unter unseren Patient*innen war eine Frau, die dauerhaft eine Eins-zu-eins-Betreuung benötigt hätte. Sie lag nach versuchtem Suizid bei uns, musste im Verlauf tracheotomiert werden (Luftröhrenschnitt), war wochenlang delirant und mehrfach fixiert.

Die Entwöhnung von der Beatmung gestaltete sich so weit gut bei ihr und sie wurde immer klarer. Sie wurde so klar, dass sie trotz der ausschleichenden Medikamente, die sie noch zur Anti-Delir-Therapie bekam, allen Kolleg*innen gegenüber den Wunsch äußerte, nicht mehr leben zu wollen. Diverse Male gelang es der Patientin, trotz fixierter Hände, sich die Magensonde, den Blasenkatheter oder auch den zentralen Venenzugang und den arteriellen Zugang zu ziehen. Selbst im Beisein ihrer Angehörigen sagte sie weiterhin, dass sie nicht mehr leben wolle. Bis zu unserem Spätdienst bekamen wir die Frau irgendwie doch immer wieder in den Griff. Eine eigentlich notwendige Eins-zu-eins-Betreuung hatte sie aber die ganze Zeit über nicht.

Leider können wir nicht zu jeder Zeit überall sein und müssen immer abwägen, welche*r unserer Patient*innen gerade ein dringenderes Problem hat. So war es auch an diesem Abend, an dem wir – wie so oft – unterbesetzt waren und durch eine weitere Aufnahme viel zu tun hatten. Zu einem Zeitpunkt, als gerade alle Kolleg*innen in anderen Zimmern beschäftigt waren, läuteten auf einmal aus dem Zimmer der suizidalen Patientin der Alarm und gleichzeitig das Beatmungsgerät.

Mein Kollege rannte sofort aus einem anderen Zimmer zu ihr. Die Patientin hatte es geschafft, trotz eng fixierter Hände und Beine, sich so stark zu drehen, dass sie sich die

festgenähte Trachealkanüle rausgerissen hatte und nun extrem stark aus der Luftröhre blutete. Sie hatte akuten Sauerstoffmangel, wurde kreislaufinstabil und dann auch reanimationspflichtig.

Trotz unseres sofortigen Eingreifens, trotz Reanimation, entsprechender Medikamentengaben und Bluttransfusionen erstickte die Patientin unter unseren Händen. Sie wurde not-bronchoskopiert, um das Blut aus der Lunge zu holen, doch die Patientin verstarb.

Das Zimmer war ein Blutbad. Die ganze Sache hatte nicht länger als eine Stunde gedauert. Trotzdem waren alle fix und fertig. Auch die Reinigungskraft, die später das Zimmer reinigen musste, war sprachlos.

Hätte es für diese Patientin eine Sitzwache gegeben, wäre das nicht passiert. Für eine kurze Reflexion im Team, ein kurzes Verschnaufen oder eine Pause nach diesem Vorfall war keine Zeit.

DER SCHREI DER MUTTER VERFOLGT MICH BIS HEUTE

KINDERINTENSIVSTATION

Ich möchte gern von einem Dienst berichten, der mich sehr belastet hat. Es waren nicht viele Leute auf der Station. Ich war relativ neu und betreute daher die Kinder, die am stabilsten waren.

Als ein Kind angekündigt wurde, das beinahe ertrunken wäre, musste schnell entschieden werden, wer in die Notaufnahme geht, um es in Empfang zu nehmen. Da das Kind als stabil angekündigt war, wurde beschlossen, dass ich gehen soll, da ich ja die gesündesten Kinder hatte und man diese am einfachsten auf die Kolleg*innen verteilen könnte.

Es war mein erster Notaufnahmen-Einsatz und ich war sehr aufgeregt, hatte aber zum Glück eine erfahrene Ärztin dabei. Letztendlich war der Zustand des Kindes maximal schlecht, es ist noch in der Notaufnahme verstorben. Als wir der Mutter sagen mussten, dass ihr Kind tot ist, schrie sie laut auf und rannte zu ihrem Kind. Sie fiel auf die Knie, hielt uns ihr totes Kleinkind hin, flehte uns an, die Reanimation fortzusetzen. Als wir ihr erklärten, dass wir nichts mehr für ihr Kind tun konnten, begann sie selbst damit, Atemspende zu geben, und versuchte, das Kind wiederzubeleben. Nachdem ich lange versucht hatte, die Mutter zu beruhigen, gingen die Ärztin und ich zurück auf Station. Beide völlig fertig und emotional ausgelaugt. Auf Station mussten wir allerdings sofort wieder funktionieren.

Als ich später weinend im Schwesternzimmer zusammenbrach, hatte keine andere Schwester auch nur eine Minute Zeit, mich zu trösten. Im Laufschrift eilten sie an mir vorbei, riefen mir im Vorbeigehen aufmunternde Worte zu. Es gab keine Möglichkeit, die Situation angemessen nachzubesprechen. Es gab keine Angebote, die Geschehnisse aufzuarbeiten.

Der Schrei der Mutter verfolgt mich daher bis heute.

MIT SCHLECHTEM GEFÜHL IN DEN FEIERABEND

OP

Ich hatte Feierabend und wurde abgelöst von einer Auszubildenden zur Operationstechnischen Assistentin, die gerade mal im ersten Lehrjahr war. Eine schwierige OP stand an: ein Tumor, der in den rechten Vorhof des Herzens gewachsen war. Solch eine OP dauert sehr lange und ist sehr komplex. Die Auszubildende hatte definitiv noch keine Ausbildung in der Thoraxchirurgie und den Instrumenten sowie Abläufen dieser OP, besonders im Notfall. An den Instrumententisch sollte eine Leasingkraft kommen, die noch nie zuvor in der Thoraxchirurgie war, also ebenso im Notfall nicht reagieren konnte und nicht wusste, wo welche Instrumente gelagert wurden. Sie sollte die OP übernehmen. Ich stand also vor der Entscheidung, ob ich viel länger bleibe, um auszuhelfen, oder nicht. Da ich selbst aber meine Kinder abholen musste, ging ich nach Hause – allerdings unruhig. Während der OP kam es zu einer sehr starken Blutung. Beide Pflegekräfte wussten nicht, wo die richtigen Gefäßklemmen lagen. Sie reichten falsche Klemmen an, sodass es zu einem hohen Blutverlust kam, der absolut vermeidbar gewesen wäre.

ÜBERFORDERUNG UND ZWEIFEL, SCHON AB TAG EINS

AUSBILDUNG

Morgens, 6:30 Uhr auf einer chirurgischen Station mit 38 Betten. Es sind nur zwei Pflegekräfte da und ich in meinem allerersten praktischen Einsatz im Krankenhaus. Eine Pflegekraft für 19 Patient*innen macht eine würdevolle und gute Versorgung unmöglich.

Die beiden Pflegekräfte sind nur am Rennen und ich versuche zu helfen, aber irgendwie auch was zu lernen, was einfach nicht möglich ist. Ich muss Aufgaben übernehmen, für die ich noch nicht ausgebildet bin, und Entscheidungen treffen, die ich nicht im ersten Semester meiner Ausbildung treffen dürfte.

Ich muss Aufgaben übernehmen, für die ich noch nicht ausgebildet bin, und Entscheidungen treffen, die ich nicht im ersten Semester meiner Ausbildung treffen dürfte.

Nun ist es auf einer chirurgischen Station so, dass man Patient*innen vom OP abholen muss. Als die eine Kollegin zum OP muss, um eine Patientin abzuholen, ist ein Pfleger mit mir

alleine auf der Station. Noch dazu ist er durch einen großen Verbandswechsel gebunden, den er mit einem der Ärzte macht.

Ich bin also allein, als das Zimmer neun klingelt. Der Patient hat sehr starke Schmerzen. Ich frage ihn, ob er noch fünf Minuten warten könne, bis die Kollegin, die ihn betreut, aus dem OP zurück ist. Der Patient ist unter seinen Schmerzen so erbost darüber, dass er eine Glasflasche von seinem Nachttisch nimmt und nach mir wirft.

So etwas möchte ich nie wieder erleben müssen! Und das im ersten Ausbildungsjahr. Wäre die Station besser besetzt gewesen, hätte ich als Auszubildender nicht allein in der Situation dagestanden, es wäre nicht eskaliert. Ich denke immer noch darüber nach. Mit der Zeit ist mir erst klargeworden, was alles hätte passieren können. Ich habe mich so sehr alleingelassen gefühlt und hilflos. Auch im Nachhinein gab es keine Zeit, über das, was passiert war, zu reden.

JEDER TAG IST GEBURTSTAG KREISSAAL

Ich bin, so wie viele andere, der Meinung, dass ich den schönsten Job der Welt habe. Nicht nur ein Beruf, sondern eine Berufung. Eine perfekte Fusion aus Handwerk, Wissenschaft und Herzarbeit. Ich bin Hebamme und darf jeden Tag Geburtstag feiern. Doch heute Nacht bin ich nur am Rennen. Acht Stunden lang. Sieben Frauen wollen auf dem Weg zum Mutter-Werden Begleitung und werden von mir und meiner Kollegin in unserer Eile mitgerissen: «Ich muss leider nochmal schnell zur Klingel/ans Telefon/zu einer anderen Geburt, es tut mir leid. Ich bin gleich wieder da.» Wohl wissend, dass es ein Wunder wäre, sollte ich gleich wieder da sein. Acht Stunden trinke ich nichts, immerhin muss ich dann nicht auf die Toilette. Praktisch, wenn dafür eh keine Zeit ist. Mit «Leider ist gerade kein Kreißaal frei» muss ich eine wehende Frau trösten. Ihr Mann ist sichtlich besorgt. Sie ist erschöpft und möchte sich hinlegen. Doch das geht nicht, denn der letzte verbliebene intime Ort ist die verwaiste Personaltoilette. In zwei Kreißsälen liegen frischgebackene Mütter mit ihren Neugeborenen – erschöpft, glücklich und hungrig. Wir haben keine Zeit, sie auf die Wöchnerinnenstation zu verlegen, also gibt es Zwieback und Tee. Drei Neugeborene brauchen nach der Geburt besonders viel Aufmerksamkeit durch uns und die Ärztinnen. Ihre Mütter müssen wir in ihrer Sorge alleinlassen. Es schmerzt so sehr, die Gebärenden und ihre Partner gegen ihren Willen unbetreut zu lassen. Am schwersten fällt es mir bei einer Frau, die ihre in der Schwangerschaft verstorbenen Tochter heute fast allein zur Welt bringen muss. Ich versuche, für sie da zu sein, in einem Moment voller Verletzlichkeit – eine Situation, die mir als Hebamme nähergeht als andere Geburten. Wir messen und wiegen das Kind. 269 Gramm, 31 cm, zart und leblos liegt es in meinen Händen. Im Nachbarraum schreit sich ein Säugling die Seele

aus dem Leib: Er ist hungrig und seine Mutter noch etwas unbeholfen beim ersten Stillen. 3.240 Gramm, 52 cm. Mit schnellen Griffen habe ich ihn an ihre Brust gelegt, bevor ich wieder gehe. Das nächste Mal wird sie genauso ratlos sein wie eben. Keine Begleitung, sondern Bevormundung. Sieben Frauen müssen sich zwei Hebammen teilen. Sie bräuchten einen Felsen in der Brandung, eine weise Frau, die sie aufhängt und ihre Kräfte beflügelt. Nur meine Schuhe haben heute Flügel. Blut, Schweiß und Fruchtwasser – und alles auf meinen Klamotten. Ich habe keine Zeit, mich umzuziehen, und wasche mir notdürftig das Blut von den Armen, bevor ich zur Klingel gehe.

***Blut, Schweiß und Fruchtwasser –
und alles auf meinen Klamotten.
Ich habe keine Zeit, mich umzuziehen,
und wasche mir notdürftig das Blut von
den Armen, bevor ich zur Klingel gehe.***

Nach Dienstübergabe noch zwei Stunden die ganze Nacht dokumentieren: «Wegen maximaler Auslastung des Personals konnte keine adäquate Betreuung gewährleistet werden» steht in allen meinen Berichten. Wegen maximaler Ausnutzung des Personals kann ich nicht mehr. «Wir haben zusammen die Nacht überlebt», sagt meine Kollegin. Jobgoal: Überleben.

Ich wollte eine von den weisen Frauen sein, die Schmerz und Angst mit Worten besiegen können. Die ihr Handwerk verstehen, empathisch sind und unverzichtbar für den Beginn eines jeden Menschenlebens. Eine, die Gebärenden ihre Ressourcen vor Augen hält, sie ihre Kraft finden lässt und Ehrfurcht vor dem Leben hat. Jede der sieben Frauen hätte so jemanden verdient. Stattdessen haben sie heute nur einen Bruchteil von dem erhalten können, was ihnen zusteht. Sieben Mal Geburtstag statt mit «Wie schön, dass du geboren bist» mit «Bin gleich wieder da». Was bleibt, ist eine große Leere in mir, die die angestaute Wut, Verzweiflung und Angst auffrisst. In dieser Leere komme ich zur Ruhe, kann den Rausch dieses Horrortrips ausschlafen. Und wenn ich aufwache, mache ich weiter.

«DER ANRUF, BEI DEM ICH DEN NICHT PRIVAT VERSICHERTEN PATIENTEN ANLÜGEN MUSS» CASEMANAGEMENT

7 Uhr Arbeitsbeginn – E-Mails checken und sortieren. Heute stehen sechs Aufnahmen auf dem elektiven Plan. Fünf Patient*innen müssen von einer anderen Station übernommen werden. Entlassungen wurden nicht viele gemeldet. Nicht alle Patient*innen können untergebracht werden. Nun entscheidet der zuständige Arzt, welche Patient*innen



aufgenommen werden sollen. Nehmen wir den gesetzlich versicherten Patienten mit Verdacht auf eine schwere Erkrankung auf oder nehmen wir die privat versicherte Patientin auf, die alle drei Monate zur Verlaufskontrolle für ein MRT kommt?

Wie befürchtet, soll die privat versicherte Patientin aufgenommen werden. Das ist hier unser täglich Brot: Es zählt nicht der Mensch mit seiner Erkrankung, es zählt, wie viel Geld wir an den Patient*innen verdienen.

Und nun folgt der Anruf, bei dem ich den nicht privat versicherten Patienten anlügen muss und sagen muss, heute haben wir kein freies Bett, zu viele Notfälle. Die Reaktion des Patienten ist die übliche. Verzweiflung, Wut und Drohungen. Ich hätte Schuld daran, dass ihm nicht geholfen werde. Ich hätte Schuld daran, dass der Mensch versterben kann.

VERLETZUNGEN STATT GUTER BETREUUNG

NORMALSTATION, AUSBILDUNG

Ich hatte Frühdienst an einem Wochenende. Meine Kollegin und ich betreuten jeweils 16 Patient*innen. Es gab keine Servicekraft zur Unterstützung. Einer meiner Patienten benötigte eine ärztlich angeordnete Eins-zu-eins-Betreuung, da er aufgrund seiner Hirnmetastasen desorientiert, gangunsicher und uneinsichtig war. Er erhielt Infusionen wie Antibiotika und parenterale Ernährung über einen zentralen Venenkatheter, an dem er ständig nestelte und den er rauszuziehen drohte. Da wir keine andere Möglichkeit hatten, musste eine Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr die Eins-zu-eins-Betreuung übernehmen. Die Auszubildende fühlte sich sichtlich unwohl angesichts der Verantwortung, die sie übernehmen sollte. Ich versicherte ihr, dass ich jederzeit zur Stelle wäre, wenn es Probleme gäbe. Leider konnte ich mein Versprechen nicht halten.

Bereits nach kurzer Zeit begann der Patient, an seinem Venenkatheter zu ziehen, und versuchte aufzustehen. Als die Auszubildende ihn daran hindern wollte, boxte er ihr ohne Vorwarnung in den Bauch. Sie taumelte weinend und nach Luft schnappend aus dem Zimmer und sackte davor zu Boden. Ich eilte auf sie zu und fragte, was geschehen sei, als ich einen dumpfen Aufprall hörte. Der Patient war offensichtlich hinter ihr hergelaufen, dabei gestürzt und mit dem Kopf auf dem Waschbecken aufgeschlagen, das sich neben der Tür befindet. Ich musste die weinende und völlig aufgelöste Schülerin alleinlassen, um mich zunächst um meinen Patienten zu kümmern. Er hatte eine blutende Platzwunde am Kopf und konnte nur mit der Hilfe des Arztes zurück ins Bett gebracht und versorgt werden. Der Patient verhielt sich uns gegenüber weiterhin so aggressiv, dass er fixiert werden musste. Meine Auszubildende wurde zur Untersuchung in die Notaufnahme geschickt. Sie war nicht nur körperlich verletzt worden, sondern gab sich auch noch selbst die Schuld an dem Sturz des Patienten, der im weiteren Verlauf verstarb. An dem Tag kam meine Auszubildende nicht zurück zu uns auf Station. Sie hatte ein Trauma erlitten und ich hatte sie nicht beschützt.

STATT ENTLASSUNG – AMPUTATION

NORMALSTATION

Auf einer anderen Station gibt es wegen Krankheit und Kündigungen zu wenig Personal. Ich werde gebeten, dort für einzelne Dienste auszuhelfen. Der Fachbereich ist ein anderer. Ich komme zum Frühdienst und erfahre, dass bereits am Vortag eine andere Pflegekraft auf dieser Station ausgeholfen hat. Ich erhalte einen mündlichen Bericht vom Nachtdienst über die Patient*innen. Von einem Patienten wird mir berichtet, dass er nach Hause entlassen werden soll. Bei meinem ersten Rundgang durch die Zimmer erfrage ich bei diesem Patienten, ob er noch Unterlagen benötigt. Da er an der Bettkante sitzt, erblicke ich einen Fußverband, der halb abgelöst ist und verschmutzt aussieht. Ich bespreche mit dem Patienten, dass ich diesen vor der Entlassung erneuern werde. In den Patientenunterlagen ist der Verband nicht beschrieben, auch in dem Bericht vom Nachtdienst wird er nicht erwähnt. Der Patient beschreibt, dort eine kleine Hautabschürfung zu haben, und bedankt sich, dass ich den Aufwand für diese Kleinigkeit mache. Bei der Abnahme des Verbands entleert sich schwallartig massiv Eiter.

Das täglich wechselnde Personal von unterschiedlichen Stationen, das in einem räumlich und fachlich fremden Bereich in Unterbesetzung (2 Pflegekräfte für je 16 Patient*innen) arbeiten musste, hatte sich die Schilderungen stets angehört, sie aber nie nachkontrolliert. Der Patient musste wegen fortgeschrittener Blutvergiftung und Entzündung des Fußes auf die Intensivstation und wurde teilfußamputiert.

MEHR PERSONAL HEISST AUCH, WÜRDEVOLL STERBEN ZU KÖNNEN

NORMALSTATION

Schon als ich zum Spätdienst auf meine Krebsstation komme, höre ich die Patient*innenglocke. Ich sehe, dass nicht nur *ein* Patient Hilfe braucht, sondern gleich mehrere. Es sind vier gleichzeitig!

Meine Kolleg*innen machen die Übergabe. Ich erfahre, dass eine Patientin um 11:30 Uhr verstorben ist. Sie durfte sterben. Sie hatte sich schon vor ein paar Tagen auf die Reise gemacht. Es ist nun 13:50 Uhr. Der Kollege vom Frühdienst ist fix und fertig, die Augen schon glasig. Und trotz all der Anstrengung hat er es noch nicht geschafft, die verstorbene Patientin zu versorgen. Sie liegt nun schon mehr als zwei Stunden unverändert da. Auch nach der Übergabe ist für den Frühdienst der Feierabend noch lange nicht in Sicht. Die komplette Dokumentation ist noch nicht gemacht.

Es ist kurz nach 14 Uhr. Ich möchte nun endlich die verstorbene Patientin würdevoll versorgen und ihr die letzte

Ehre erweisen. Doch auf dem Weg dorthin fängt mich der Stationsarzt ab. Ich erhalte dringliche Anordnungen. Ich muss Prioritäten setzen.

Es ist jetzt 16 Uhr. Endlich schaffe ich es zu der Verstorbenen. Mir wird ganz anders, als ich das Zimmer betrete. Ich gehe ein Schritt zurück und sammle mich. Das Kopfteil ist noch hochgestellt und die Beine sind hochgelagert. Ein Arm liegt am Körper an. Ein Arm ist vom Körper weggedreht. Ich versuche den Arm wieder zum Körper zu bewegen, da die Leichenstarre aber bereits eingesetzt hat, gelingt es mir nicht. Der Mund ist weit geöffnet genauso wie die Augen. Der Kopf ist stark nach rechts gedreht. Sie liegt in ihren Ausscheidungen. Ich gebe mein Bestes, die Versorgung (nach über vier Stunden) durchzuführen.

Mir wird heute noch schlecht, wenn ich an diese Situation zurückdenke. Sie musste allein sterben!

Ob sie Schmerzen hatte, kann niemand beurteilen, schließlich war keine Pflegekraft am Bett. In dem Moment, in dem sie uns gebraucht hätte, waren wir nicht für sie da.

Wir sterben alle nur einmal und jeder Mensch hat es verdient, in Würde zu gehen.

FIXIERUNG UND FREIHEITSBERAUBUNG STATT GUTER PFLEGE

PSYCHIATRIE

Ich arbeite auf einer geschlossenen psychiatrischen Station. Unsere Patient*innen haben sehr unterschiedliche Krankheitsbilder, von akuten Psychosen über schizoaffektive oder bipolare Störungen bis hin zu stark suizidalen Zuständen.

An diesem Abend arbeiteten wir im Spätdienst in der üblichen Mindestbesetzung zu viert: zwei im Aufnahmebereich, eine Kollegin auf der allgemeinpsychiatrischen Seite und eine auf der Seite mit Suchterkrankungen.

Wir hatten bereits zu Dienstbeginn einen fixierten Patienten übernommen. Direkt nach der Übergabe, als der Frühdienst gerade gegangen und ich auf meiner routinemäßigen Runde durch die Zimmer war, griff mich eine Patientin mit einem Kugelschreiber an. Ich löste den Alarm aus, wir brachten sie zu Boden, aber nicht bis zum Fixierbett. Während wir sie noch auf dem Boden zu zweit hielten, kam ein zweiter Patient und versuchte, mir ins Gesicht zu treten, was ich gerade so abwehren konnte. Nach 15 Minuten war die Polizei vor Ort und wir mussten beide Patient*innen fixieren.

Drei fixierte Patient*innen kurz nach Dienstbeginn. Jede*r fixierte Patient*in befindet sich in einem Überwachungszimmer und muss eins zu eins betreut werden. Wir waren aber auf der gesamten Seite nur zu zweit und hatten bis dahin keine Gelegenheit gehabt, die anderen Patient*innen zu versorgen, Medikamente zu prüfen oder Ähnliches.

Unsere Kolleg*innen versuchten, uns zu entlasten, bereiteten neue Fixierbetten vor, hatten aber auf ihren Seiten ebenfalls mehr als genug zu tun. In dem Moment, in dem die Polizei die Station gerade verlassen hatte, begann ein ande-

rer Patient, mit einem Stuhl gegen die Tür unseres Dienstzimmers zu schlagen. Wir lösten wieder den Alarm aus. Als die Kolleg*innen aus den anderen Stationen auf den Flur kamen, bremsten sie beim Anblick des Patienten, der den Stuhl in den Händen hielt, entschieden ab. Zehn Minuten später waren dieselben Polizist*innen ein zweites Mal vor Ort. Um die Polizei reinzulassen, mussten wir durch das Fenster unseres Dienstzimmers im Erdgeschoss nach draußen springen. Bei dem Versuch, den stark angespannten Patienten zu fixieren, löste er sich aus den Polizeigriffen und schlug mich.

Um die Polizei reinzulassen, mussten wir durch das Fenster unseres Dienstzimmers im Erdgeschoss nach draußen springen. Bei dem Versuch, den stark angespannten Patienten zu fixieren, löste er sich aus den Polizeigriffen und schlug mich.

Nachdem uns die Fixierung gelungen war, mussten wir mit dem diensthabenden Arzt die weiterhin fixierten Patient*innen betreuen. Die Polizei verließ die Station. Ein anderer Patient begann, sich tiefe Schnitte an den Armen zuzufügen, zog unruhig über den Stationsflur und hinterließ dabei eine Blutspur. Wir riefen erneut die Polizei, die zehn Minuten später wieder in derselben Besetzung vor Ort war. Der wehrhafte Patient wurde chirurgisch versorgt und fixiert. Die restlichen, eigentlich recht ruhigen Patient*innen waren mittlerweile deutlich unruhiger geworden. Die Polizeibeamt*innen waren schockiert und boten an, dieses Mal noch 30 Minuten draußen vor der Tür zu warten und zur Verfügung zu stehen. Eine halbe Stunde später stand auf einer anderen Station eine Fixierung an, der Patient wurde dann fixiert zu uns verlegt. Am Ende des Dienstes hatten meine Kollegin und ich nichts getrunken, wir hatten keine Pause gemacht und waren nicht auf die Toilette gegangen.

In meinem Bereich weiß ich nie, was der nächste Tag bringt, und ich mache diesen Job wirklich gern, aber dafür brauchen wir eine ausreichende Personalbesetzung. Auf dem Nachhauseweg fühlte ich mich völlig ausgebrannt, erschöpft bis über die Belastungsgrenze hinaus. Am schlimmsten war die Gewissheit, den Dienst morgen wieder mit zu wenigen Kolleg*innen antreten zu müssen.

«NIEMAND ABKÖMMLICH» ANGEHÖRIGE*R

Ich bekomme eines Abends einen Anruf von meinem Vater. Er sei eine Rolltreppe heruntergestürzt und jetzt in der Rettungsstelle. Als ich dort ankomme, darf ich als Mitarbeiter*in des Hauses immerhin zu meinem Vater, was anderen Angehörigen wegen der Corona-Infektionsschutzmaßnahmen verweigert wird. Ich finde meinen Vater in einem

Untersuchungsraum: Er sitzt dort allein, sieht mich hilflos an. Er wurde schon untersucht, war beim CT und Röntgen. Er ist komplett angezogen. Er sagt, er hätte sich gern etwas hingelegt, hätte das aber wegen der Schmerzen nicht allein gekonnt.

Von der Pflege ist niemand abkömmlich, denn solche Bedürfnisse kommen in der Prioritätensetzung bei Personalmangel weit unten. Als ich ihm die Schuhe ausziehe, sind sie voller Blut. Daraufhin suche ich erst einmal die Blutungsquelle, die ich am gesamten Rücken und den Beinen finde. Er hat blutige Striemen von den Metalltreppen überall am Körper. Sie bluten immer noch. Das wäre überhaupt nicht aufgefallen, wenn ich jetzt nicht da wäre. Man hatte den alten Mann schon nach Hause schicken wollen. Bei genügend Pflegekräften, die sich um die Patient*innen kümmern, wäre es aufgefallen und mein Vater wäre adäquat versorgt worden. Dadurch, dass ich bei ihm sein durfte, hat mein Vater keinen Schaden genommen. Ich möchte aber nicht wissen, wie oft solche Fälle sonst vorkommen.

NACHTDIENST ALLEIN IN DER NOTAUFNAHME NOTAUFNAHME

Bei fast jedem meiner vielen Nachtdienste allein in der chirurgischen Notaufnahme habe ich Angst, dass etwas Schlimmes passiert, dass eine*r meiner Patient*innen oder ich ernsthaft zu Schaden kommt oder gar jemand stirbt. An einen dieser Nachtdienste werde ich mich noch sehr lange erinnern.

Unsere chirurgische Notaufnahme ist nachts nur mit einer Pflegekraft besetzt. Wir arbeiten auf zwei Etagen, unten sind die Behandlungsräume und Dienstzimmer, oben der Schockraum mit zwei Plätzen und die Radiologie. In dieser Nacht hatte ich gerade den letzten Patienten nach Hause geschickt und mich endlich mal ein paar Minuten hingesezt, als das Telefon klingelte. Der Rettungsdienst kündigte zwei «leicht» verbrannte Patienten an, ein Autounfall auf einer Autobahn. Auf näheres Nachfragen, ob diese Patienten in der normalen Notaufnahme richtig aufgehoben wären oder besser im Schockraum, sagte der Rettungsdienst nur ganz trocken: «Ach so, der dritte, sehr schwer verbrannte Patient, der kommt bei euch über den Schockraum.» Ich musste schlucken. Ich sagte den Kollegen, dass ich allein sei. Wenn sie unbedingt alle drei Patienten zu uns in die Notaufnahme bringen müssten, dann müssten die zwei Patienten unten so lange warten, bis mein Rufdienst da wäre. Von den Kollegen vom Rettungsdienst hieß es, «ist ja kein Problem, die haben ja nichts!»

Ich legte auf und lief zum Schockraum. Das Handy klingelte. Die offizielle Schockraumankündigung aus der Koordinationsstelle: Schockraum, schwerstverbrannter Mann, intubiert und beatmet, sind in zehn Minuten da. Schnell versuchte ich, den Schockraum vorzubereiten und meinen ersten Rufdienst zu erreichen. Mist, Rufdienst geht nicht ans Telefon ... Gut, dann der zweite Rufdienst. Erreicht, er ist in spätestens 20 Minuten da.

Gerade aufgelegt, da klingelte das Handy schon wieder. Noch eine Schockraum-Ankündigung. Also hieß es: Doppelschockraum, der zweite Patient nach Autounfall mit 140 Kilometern pro Stunde auf der Autobahn, wach und ansprechbar, Verdacht auf Thorax und Beckentrauma. Ich kriegte weiche Knie, mit Tränen in den Augen und leichter Schnappatmung musste ich mich jetzt irgendwie organisieren und funktionieren.

Ich kriegte weiche Knie, mit Tränen in den Augen und leichter Schnappatmung musste ich mich jetzt irgendwie organisieren und funktionieren.

Gott sei Dank rief in dem Moment der Rufdienst zurück, den ich zuerst nicht erreicht hatte, in spätestens 30 Minuten könne er da sein. So hilflos und verloren habe ich mich in meiner ganzen Zeit in der Notaufnahme nicht gefühlt, ich hatte Angst, gleichzeitig war ich wütend und konnte wieder mal nicht verstehen, wie man es als Arbeitgeber verantworten kann, dass in einer Notaufnahme nachts eine Pflegekraft allein ist.

Noch schnell irgendwie das im Schockraum vorbereitet, was ich in der kurzen Zeit schaffen konnte, da kam der Rettungsdienst schon zu mir hoch, um mir mitzuteilen, dass die beiden leicht verbrannten Patienten unten in den Behandlungszimmern bereits auf unseren Tragen liegen. Dann kamen auch schon die zwei Schockraum-Patienten an, nur ein paar Minuten nacheinander, ich konnte mich aber nur um einen kümmern, musste also nach bestem Gewissen und Wissen priorisieren, welches Schockraum-Team meine Hilfe bekommt und welches halt einfach ohne Pflegekraft klarkommen muss. Die zwei «leicht» verbrannten Patienten mussten unten in den Behandlungszimmern mit starken Schmerzen warten, weil erstmal niemand anderes da war.

Ich bin bis heute einfach nur erleichtert, dass in dieser Nacht nichts Schlimmeres passiert ist.

TRIAGE BEI UNTERBESETZUNG INTENSIVSTATION

In einem Spätdienst, drei Stunden nach Dienstbeginn, ging es einer Kollegin gesundheitlich sehr schlecht. Sie wurde nach Hause geschickt. Dadurch entstand eine Unterbesetzung, die wir dem Oberarzt sofort anzeigten. Die Antwort des Oberarztes war, dass weder Patient*innen verlegt noch Betten gesperrt werden könnten. Wir wiesen darauf hin, dass wir durch den kurzfristigen Personalausfall die Patient*innen nicht sicher versorgen könnten. Die Antwort des Oberarztes bestand darin, eine «Triage» festzulegen, das heißt eine Priorisierung der medizinischen Versorgung vorzunehmen, bei der manche Patient*innen nicht versorgt werden, um diejenigen zu retten, die eine höhere Chance haben zu überleben.

Die Triage wird normalerweise nur in Katastrophensituationen oder an Unfallorten angewandt. Die schmerzliche Entscheidung für das Leben eines Menschen bedeutet im Zweifelsfall, andere Menschen ihrem Schicksal zu überlassen. Dieses System ordnete der diensthabende Oberarzt nun an und legte fest, dass drei Patient*innen nicht mehr versorgt werden sollten. Dafür, sagte er, werde er die Verantwortung übernehmen. Daraufhin sprachen wir Intensivpflegekräfte ihn an. Wir erklärten, dass die Triage in dieser Situation nicht zu verantworten sei und gegen unsere ethische Haltung gehe. Der Oberarzt ignorierte unsere Einwände und wiederholte die Anweisung. Die Konsequenz war, dass drei Patient*innen auf unserer Intensivstation für fünf Stunden keine Versorgung hatten. Es waren die kränksten und ältesten Patient*innen, die aus Sicht des Arztes die geringsten Überlebenschancen hatten.

Die schmerzliche Entscheidung für das Leben eines Menschen bedeutet im Zweifelsfall, andere Menschen ihrem Schicksal zu überlassen.

Ich werde diesen Dienst nie wieder aus meinem Kopf bekommen und werde ihn mein Leben lang nicht vergessen. Ich habe mir Vorwürfe gemacht und konnte tagelang nicht schlafen. Deswegen bin ich aktiv geworden: Weil ich einen solchen Dienst nie wieder erleben will.

ER ZAPPELT, ABER DA KOMMT KEINER SERVICE

Ich musste Abendbrot verteilen, erst auf der A-Seite, dann auf der B-Seite. Ich komme in das erste Zimmer rein, bringe das Tablett, sehe, dass der Patient auf dem Bett zappelt und frage ihn: «Ist Ihnen kalt?» Der Bettnachbar antwortet: «Nein, dem geht's nicht gut, wir haben schon geklingelt, aber es kommt keiner.»

Ich sage zur Pflege: «Hallo, kommt schnell, hier muss jemand kommen», aber die Schwestern sind unter Stress und sehr schlecht besetzt. Sie machen gerade die Insulinspritzen fertig für die Diabetiker und sagen: «Nein, warte, wir haben jetzt keine Zeit», und ich sage, dass der Patient ganz doll zappelt auf dem Bett und auch schon geklingelt hat. Daraufhin lassen sie alles stehen, gehen ins Zimmer und rufen sofort die Leute von der Notfallstation. Die kommen mit diesem Wagen, ich mache natürlich schnell Platz mit meinem Essenswagen und gehe weiter.

Ich glaube, sie haben den Patienten wiederbelebt. Ich habe nicht mehr sehen können, was genau passiert ist mit dem Patienten, ich kann das auch nicht so gut sehen, weil ich dann nicht mehr schlafen kann.

Bald danach ist die B-Seite auch geschlossen worden, wegen Personalmangel.

DER MENSCH ZÄHLT HIER NICHT KINDERSTATION

Ich hatte Frühdienst und betreute den hinteren Flur, auf dem bei uns immer die pflegeintensiveren Kinder liegen. Mir waren mehrere überwachungspflichtige Patient*innen zugeteilt worden, die meines Erachtens auch nicht auf unsere Station gehörten. Schon die Kollegin in der Schicht vor mir war am Ende ihrer Kräfte wegen dieser Patient*innen gewesen, sie hatte keine Pause gehabt und hatte Überstunden machen müssen, um die Dokumentation fertigzustellen. In diesem Dienst rannte und rannte ich von Zimmer zu Zimmer, um meine Arbeit zu schaffen.

Eine siebenjährige Patientin lag im Sterben. Wir kannten sie bereits seit längerer Zeit. Sie hatte ihr halbes Leben im Krankenhaus verbracht. Dieses Mal machte eine Infektion an ihrem Katheter eine OP nötig. Sie sprach kaum, konnte nicht aufstehen und wurde über einen zentralvenösen Zugang ernährt. Morgens erhielt sie 13 Tabletten, bekam beinahe stündlich Antibiotika sowie Blut- und Thrombozyten-Konzentrate über die Vene und benötigte viel pflegerische Unterstützung.

Es ist schrecklich, so zu arbeiten – stupide alles abzuarbeiten, statt für dieses Kind da zu sein, ihr die Situation erträglicher zu machen und ihr zuzusprechen.

Das Schlimmste war, dass sie uns anflehte, nicht gewaschen zu werden, sie wollte keine Tabletten mehr nehmen, nicht ernährt werden, nicht mobilisiert werden. Sie sagte einfach nur: «Ich will das nicht, ich will das nicht, lasst mich, geht raus.» Und doch mussten all diese Maßnahmen durchgeführt werden. Das Mädchen hatte Atemnot und Angst zu sterben. Ich hatte keine Zeit, auf sie einzugehen. Ich gab ihr Sauerstoff und Tabletten und musste immer wieder zu meinen anderen Patient*innen.

Es ist schrecklich, so zu arbeiten – stupide alles abzuarbeiten, statt für dieses Kind da zu sein, ihr die Situation erträglicher zu machen und ihr zuzusprechen.

Einige Tage später starb sie.

Das ist, was mich belastet. Der Mensch zählt hier nicht.











👏 MEHR 👏
PERSONAL
👏 FÜR 👏 ALLE 👏

«ES BRAUCHT EINE AUSKÖMMLICHE FINANZIERUNG – GEMEINWOHLORIENTIERT UND BEDARFSGERECHT GEPLANT.»

Um mehr über die Hintergründe zu Personalmangel im Krankenhaus und mögliche Auswege zu erfahren, haben wir mit Anja Voigt gesprochen. Sie ist Intensivpflegerin und Betriebsrätin im Vivantes-Klinikum in Berlin und seit Jahren politisch und gewerkschaftlich bei ver.di, im Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite und in der Berliner Krankenhausbewegung aktiv. Ein Hauptanliegen ihrer Tätigkeit sowohl inner- als auch außerbetrieblich ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Gesundheitsbeschäftigten in unseren Krankenhäusern.

Anja, die Berichte in diesem Buch haben alle eines gemeinsam, sie beschreiben Situationen, die so sicher nicht geschehen wären, wenn es ausreichend Personal gegeben hätte. Wie groß ist denn der Personalmangel in deutschen Krankenhäusern?

Aktuell fehlen 200.000 Pflegekräfte in der stationären Pflege, darunter allein 4.000 in der Intensivpflege.¹ Ändert sich nichts an den Bedingungen, werden bis 2035 rund 307.000 Fachkräfte in der stationären Pflege fehlen, zählt man den ambulanten Bereich noch dazu, sind es etwa 500.000.² Eines sollten wir dabei nicht übersehen, es fehlen schon heute nicht nur Fachkräfte in der Pflege, sondern in sehr vielen Gesundheitsberufen: Therapeut*innen, Fachkräfte für den OP, Röntgenassistent*innen und viele mehr.

Um die sehr abstrakten Zahlen etwas anschaulicher zu machen: Ich arbeite im Intensivbereich und als ich dort vor 20 Jahren begonnen habe, war die Regel, dass eine Pflegekraft für zwei Patient*innen zuständig ist. Heute ist es auf vielen Intensivstation normal, drei oder gar vier Patient*innen zu betreuen. Patient*innen, die deutlich älter sind, deutlich kränker und mit denen medizinisch viel mehr gemacht werden muss. Das heißt also, ich habe mit jeder einzelnen Person mehr zu tun und betreue gleichzeitig doppelt so viele Menschen. Welche Folgen das hat, kann man in jedem einzelnen der Erfahrungsberichte in diesem Buch lesen.

Warum gibt es diesen riesigen Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen?

Das Hauptproblem ist das DRG-System, das 2004 eingeführt wurde. DRG steht für Diagnosis Related Groups, ein Fallpauschalensystem, das die Patient*innen nach Kosten zusammenfasst. Allgemeiner bezeichnet es die Öffnung des

Gesundheitssystems zum freien Markt. Diese hat zu einer regelrechten Sparorgie an Personal, insbesondere an Pflegepersonal, geführt bei gleichzeitiger Leistungsausdehnung. Seitdem werden immer mehr, bisweilen unnötige, Therapien, Operationen und Behandlungen durchgeführt, weil sie Geld bringen. Und es werden immer mehr Patient*innen immer früher entlassen, weil es mehr Geld bringt, mehr Patient*innen in weniger Zeit zu behandeln. Gleichzeitig wird immer mehr Personal abgebaut, weil Personal Geld kostet. Seit Einführung der DRGs sind allein die Vollzeit-Pflegestellen von 350.000 im Jahr 1995 auf 345.407 im Jahr 2019 gesunken.³ Zugleich ist die Anzahl der behandelten Patient*innen deutlich angestiegen: von knapp 16 Millionen im Jahr 1995 auf weit über 19 Millionen im Jahr 2019. Dabei haben sich die Liegezeiten drastisch verkürzt. Das heißt, kamen 1995 noch 45 Patient*innen auf eine Pflegekraft, waren es 2019 schon 57. Immer weniger Personal betreut also immer mehr Patient*innen, die immer kürzer verweilen. Das führt zu einer unglaublichen Arbeitsverdichtung.

Ist es diese Arbeitsverdichtung, die auch dazu führt, dass viele Pflegekräfte den Beruf aufgeben?

Genau, ich spreche meistens lieber von einer Berufsfucht statt von einem Fachkräftemangel. Es gibt viele Pflegekräfte in Deutschland, die mittlerweile in einem anderen Beruf tätig sind, weil sie die Belastung im Gesundheitssystem nicht mehr ausgehalten haben. Eine Studie – unter anderem durchgeführt von der Arbeitnehmerkammer Bremen und der Hans-Böckler-Stiftung hat ergeben, dass konservativ gerechnet bis zu 300.000 Pflegekräfte in den Beruf zurückkehren oder ihre Arbeitszeit aufstocken würden, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern würden und gute Pflege wieder möglich wäre.⁴

Du sprichst vom DRG-System, kannst du das kurz erklären?

Einfach gesagt, stellen die DRGs den Kostenaufwand für eine bestimmte Behandlung von einzelnen Patient*innen mit einer bestimmten Diagnose im Krankenhaus dar.³ Das Krankenhaus bekommt für eine bestimmte Behandlung, zum Beispiel bei einer Blinddarmentzündung, eine bestimmte Summe Geld, dabei spielt es keine Rolle, wie lange der oder die Patient*in im Krankenhaus liegt. Krankenhäuser sind also bestrebt, möglichst viele Patient*innen zu betreuen, deren DRGs viel Geld bringt, zum Beispiel lukrative Operationen wie Kaiserschnitte durchzuführen, und die Patient*innen dann möglichst schnell wieder zu entlassen. Gleichzeitig werden Behandlungen, die eher wenig Geld bringen, etwa die Versorgung von Kindern oder spontane Entbindungen oder Behandlungen, bei denen mit längeren Liegezeiten zu rechnen ist, wie bei Diabetes, nicht mehr angeboten. Ein weiteres Problem ist, dass die DRGs nur die laufenden Kosten der Behandlung decken, also weder Vorhaltekosten noch Investitionskosten. Vorhaltekosten sind fixe Ausgaben, die allein durch das Bereitstellen bzw. Bereithalten der erforderlichen Betriebskapazität verursacht werden. Ein Kreißaal wird betriebsbereit gehalten (Personal, Heizung, Licht ...), auch wenn gerade keine Geburten stattfinden. Investitionskosten sind alle Ausgaben, die für Neu- oder Umbauten, Instandhaltung oder die Anschaffung von Geräten anfallen. Diese Kosten müssen aber auch «irgendwie reinkommen», denn die Bundesländer, die dafür eigentlich aufkommen müssten, tun das seit Jahren nur mehr schlecht als recht. Wozu führt das? Es wird gespart, bis es quietscht: bei der Instandhaltung, beim Material, sogar beim Essen, aber vor allem beim Personal.

Du sagst, der Hauptgrund für den Personalmangel ist das Finanzierungsmodell der Krankenhäuser. Es gibt also noch andere Gründe?

Auch wenn die Übergabe unserer Krankenhäuser an den freien Markt und die Implementierung des Fallpauschalensystems sicher die Grundübel sind, wurde in den letzten Jahren aber noch viel mehr versäumt. Fehlende Personalbemessungsinstrumente, keine wertschätzende Bezahlung, die immer noch nicht vorangebrachte Akademisierung oder die «Pflege kann jeder»-Debatten haben sicher auch nicht zur Attraktivität der Pflege beigetragen.

Was müsste sich ändern? Welche Lösungen gibt es?

Bei so vielen Problemen müsste sich auch sehr viel ändern und bewegen. Zwei Dinge finde ich persönlich aber besonders dringlich. Als Erstes bräuchte es eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser, die nicht der Marktlogik unterworfen, sondern gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht geplant ist. Zweitens braucht es dringend ein gesetzliches Personalbemessungsinstrument. Es muss endlich klar geregelt sein, unter welchen Bedingungen in unseren Krankenhäusern gearbeitet wird. Ich möchte nicht in einem Krankenhaus operiert werden, in dem ich nicht sicher sein

kann, dass mehr als eine Kollegin am OP-Tisch steht, in dem ich nicht weiß, ob die Hebamme für einen oder drei Kreißsäle gleichzeitig zuständig ist, oder in dem ich Angst haben muss, dass nicht genug Zeit für ausreichende Hygienemaßnahmen vorhanden ist. Da auf Gesetzgebungsebene bisher wenig passiert ist, haben sich Kolleg*innen in verschiedenen Krankenhäusern deutschlandweit aufgemacht und tarifliche Regelungen durchgesetzt. Mit Entlastungstarifverträgen sind hier bundesweit Maßstäbe gesetzt worden. In diesen ist klar geregelt, wie die Personalbesetzung in bestimmten Bereichen aussehen muss und welche Konsequenzen es hat, wenn sie nicht realisiert wird. Die neueren dieser Verträge, wie in Berlin oder Nordrhein-Westfalen, beinhalten neben der Pflege auch Standards für weitere Berufe (siehe Grafik «Grundmechanismus der Tarifverträge»).



- 1) Statista: Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften* in Deutschland bis zum Jahr 2035, de.statista.com, 2023, unter: de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraef-ten-2025/.
- 2) Institut der deutschen Wirtschaft: Pflegenotstand – so viel Fachkräfte fehlen wirklich, iwkoeln.de, 2018, unter: www.iwkoeln.de/studien/regina-flake-susanna-kochskaemper-susanne-seyda-fachkraefteengpass-in-der-altenpflege/.
- 3) Statistisches Bundesamt (Destatis): Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, verschiedene Jahrgänge.
- 4) Auffenberg, Jennie/Becka, Denise/Evans, Michaela/Kokott, Nico/Schleicher, Sergej/Braun, Esther: Ich pflege wieder, wenn ... Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes, hrsg. von der Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen 2022.
- 5) Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser. Kritik und Alternativen, 5. Aufl., Maintal 2020, S. 23.

TARIFVERTRÄGE ENTLASTUNG

STAND APRIL 2023



GRUNDMECHANISMUS DER TARIFVERTRÄGE



Das Herzstück der Tarifverträge «Entlastung» sind die festgeschriebenen Verhältnisse von Personal zu Patient*innen, zum Beispiel eine Betreuung von maximal zwei Patient*innen auf eine Pflegekraft auf der Intensivstation. Wichtig dabei ist, dass die Kolleg*innen der jeweiligen Stationen und Bereiche das Betreuungsverhältnis selbst festlegen, denn sie sind die Expert*innen für ihre eigenen Arbeitsbereiche.

Damit die festgelegten Personalschlüssel auch wirklich eingehalten werden, gibt es Konsequenzen, wenn sie unterschritten werden. Für jede unterbesetzte Schicht bekommt die betroffene Kollegin bzw. der betroffene Kollege einen Punkt; eine gewisse Anzahl von Punkten muss dann vom Arbeitgeber abgegolten werden, etwa in Form eines Freizeitausgleichs.



SCHWARZBUCH ERFAHRUNGSBERICHTE ZWEITER TEIL

DIE KINDERBETTEN SIND SEIT ZEHN JAHREN GESPERRT

KINDERINTENSIVSTATION

Ich arbeite seit über acht Jahren auf einer pädiatrischen, also kinderärztlichen Intensivstation. Bei uns können bis zu 16 Patient*innen versorgt werden. Anders als auf Erwachsenen-Intensivstationen betreuen wir jede Fachrichtung, Kinder mit Tumoren, Operationen, Infektionen, Verkehrs- oder Ertrinkungsunfälle bis hin zu Organversagen jeder Art.

Seit mehr als zehn Jahren ist nur ein Teil der Bettenkapazitäten frei, aufgrund des Personalnotstands. Wir können nur maximal die Hälfte der Betten belegen. Aktuell sind es sogar noch weniger! Die Erkrankungsschwere hat deutlich zugenommen, weil Kinder, die einigermäßen stabil sind, frühzeitig verlegt werden müssen, obwohl sie auf der Intensivstation noch besser betreut wären. Manche von ihnen kommen als Notfall zurück. Übrig bleiben also Kinder, die in den meisten Fällen an der Schwelle zum Tod stehen.

Aktuell betreuen wir mit vier Pflegekräften sieben Patient*innen. Doch sobald eine Kollegin sich krankmeldet, stehen drei Pflegekräfte mit sieben teilweise hochintensivpflichtigen Kindern da. Das funktioniert nicht. Und so bleiben wir nach unserem Feierabend drei Stunden länger.

Mein Kollege ist seit 14 Stunden im Dienst. Das Zimmer zu verlassen würde bei den laufenden Geräten und dem kritischen Zustand seiner Patientin Lebensgefahr bedeuten. Eine Ablösung ist nicht denkbar, da eins zum Nächsten kommt. Ein Neugeborenes muss not-intubiert werden, was nicht gelingen will. 90 Minuten später ist dem Kind der Luftröhrenschnitt erspart geblieben. Die Medikamentengabe verspätet sich jetzt aber für alle Kinder. Ein anderes Kind muss reanimiert werden – der Brustkorb ist von der Herz-Lungen-Maschine, die gestern entfernt wurde, noch offen, der Zustand ist kritisch. Das Notfalltelefon der anderen Kinderstationen bleibt in diesem Dienst glücklicherweise still. Wir müssen dort jeden Notfall mitversorgen. Als wir nach Hause gehen wollen, wird der nächste Junge mit einer schweren Blutvergiftung aus dem OP angekündigt.

Wie oft höre ich mich zu Eltern und auch Kindern sagen: «Ich komme sofort!» Es ist immer gelogen! Wenn Kinder auf der Station sterben, haben wir manchmal keine Zeit, sie

würdevoll zu verabschieden, weil der nächste Patient, der unsere volle Aufmerksamkeit und Konzentration erfordert, schon auf der Türschwelle steht.

Die Überstunden, die wir einer Doppelschicht ähnlich an unseren Dienst anhängen müssen, sind gefährlich und absolut unzumutbar. Ohne dieses herausragende Engagement in meinem Team hätten die Patient*innen mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Schaden genommen. Die psychischen und physischen Grenzen sind nach solchen Diensten überschritten. Wir arbeiten ohne Pause und haben keine Zeit aufzutanken. In den letzten Jahren hat die Berufsfucht einen Höhepunkt erreicht. Wir arbeiten jetzt gerade weit über dem Limit. Immer wieder müssen unsere Ärzt*innen Kinder aus anderen Kliniken ablehnen, weil kein Personal vorhanden ist. Stellen Sie sich die Verzweiflung vor, wenn es Ihr Kind trifft, das keinen Platz auf der Intensivstation findet!

Jedes Kind MUSS einen Anspruch auf optimale Versorgung haben. Es darf nicht weiter zugelassen werden, dass Kinder abgelehnt werden, weil das Personal aufgrund der desolaten Arbeitsbedingungen fehlt. Es ist Aufgabe der Politik, angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen. Wir alle möchten in diesem sinnvollen und erfüllenden Beruf bleiben und dafür braucht es Entlastung!

MEINE PATIENTIN STARB AN EINEM DIENSTAG PSYCHIATRIE

Wir genossen an diesem Tag den absoluten Luxus, dass der Dienst mit drei Leuten vom Stammpersonal geplant war. Dieser Luxus löste sich allerdings in Schall und Rauch auf, als ich zum Frühdienstbeginn die Station betrat. Dort befand sich das Personal bereits auf dem Flur und war gerade dabei, zwei Patient*innen, die sehr aggressiv waren, zu fixieren. Das bedeutete für uns, dass von den drei Kolleg*innen, die im Frühdienst arbeiten sollten, noch vor Dienstbeginn zwei in die Eins-zu-eins-Betreuung gehen mussten. Denn fixierte Patient*innen müssen gesetzlich rund um die Uhr beobachtet werden. Mein Kollege war dadurch eine Zeit lang ganz allein auf Station. Ich hatte das Glück, den von mir betreuten, fixierten Patienten nach einer Weile wieder defixieren zu können.

In der Übergabe, die ich anschließend von meinem allein gebliebenen Kollegen auf Station erhielt, erfuhr ich, dass eine langjährige Patientin am Vortag ein Waschbecken in ihrem Zimmer zertrümmert hatte, um sich mit den Scherben die Pulsadern aufzuschneiden. Sie war mit ihrem Bett vor die Kanzel auf den Flur geschoben worden, damit wir sie engmaschig sichten konnten. Eine Eins-zu-eins-Betreuung war nicht angeordnet worden. Ich wurde stutzig. «Woher willst du das Personal dafür nehmen?», war die Antwort auf meine Frage. «Sie ist doch direkt vor der Kanzel und darf das Bett nicht verlassen. Da seht ihr sie doch.»

Hinten im Raucherraum fing ein Patient an zu schreien, weil ein anderer Patient seine noch qualmende Zigarette in den Mülleimer geworfen hatte. Ich kippte daraufhin ein paar Wasserflaschen darauf aus, versprach dem schreienden Patienten einen Kaffee, damit er sich nicht weiter über den Mülleimer aufregte, beruhigte die beiden anderen lauten Patient*innen auf dem Flur, schickte sie in ihre Zimmer, weil sie sich gegenseitig verprügeln wollten, um endlich zu meiner suizidalen Langzeitpatientin zurückkehren zu können. Doch das war mir immer noch nicht möglich. Im nächsten Moment musste ich die verbliebene Eins-zu-eins-Betreuung unterstützen, weil die fast nackte, manische Patientin ausbrechen wollte. Dann musste ich noch eben einem hochpsychotischen Patienten Bedarfsmedikation geben und einen Anruf aus dem OP entgegennehmen, in dem mir mitgeteilt wurde, dass sie einen meiner Patienten jetzt operieren könnten, der Patientenbegleitservice diesen aber nicht allein bringen dürfe, sondern jemand von uns mitkommen müsse.

Mein Kollege schickte mich, weil er gerade dabei war, einen zunehmend angespannten Patienten zu deeskalieren, der durch die Visite aggressiv geworden war. Auf dem Weg zurück aus dem OP fragte ich mich, wie es wohl meiner Langzeitpatientin gerade in ihrem Bett auf dem Flur ging. Als ich auf Station ankam, fand ich meine Patientin nicht mehr in ihrem Bett, sondern im großen Bad, in dem sie sich eingeschlossen hatte. Sie hatte sich den Duschschauch um den Hals gelegt und sich damit neben der Badewanne erhängt. Eine Reanimation war nicht erfolgreich.

Als ich auf Station ankam, fand ich meine Patientin nicht mehr in ihrem Bett, sondern im großen Bad, in dem sie sich eingeschlossen hatte. Sie hatte sich den Duschschauch um den Hals gelegt und sich damit neben der Badewanne erhängt.

Daraufhin hagelte es eine Welle von Krankmeldungen unseres Stammpersonals. Urpötzlich erhielten wir für ein bis zwei Wochen zusätzliches Personal von anderen Stationen und externes Personal, um uns «in dieser schweren Zeit zu unterstützen». Aber wo war die Unterstützung vorher gewesen, als wir sie so dringend brauchten? Es gab später eine Besprechung zu dem Suizid, an der sogar jemand aus der Leitungsebene der psychiatrischen Abteilung teilnahm, und dort stellten wir ihm genau diese Frage. Seine Antwort sorgte dafür, dass auf die Krankheitswelle eine Kündigungs-

welle folgte. Er sagte: «Ich verstehe gar nicht, worüber ihr euch so aufregt. Ihr habt sogar eine Stelle mehr als die andere geschlossene Psychiatrie hier im Haus. Personalmangel ist gar nicht euer Problem. Ich glaube, euer Problem ist, dass ihr keine Struktur habt. Wenn ihr strukturierter gearbeitet hättet, würde eure Patientin vielleicht noch leben.»

Ich war wütend. Mittlerweile bin ich nur noch unglaublich traurig, denn solche Geschehnisse sind keine Einzelfälle. Sie ziehen sich durch das gesamte Krankenhausmanagement und alle Fachbereiche.

NUR EINE PFLEGEKRAFT MEHR UND ER WÜRDE NOCH LEBEN

NORMALSTATION

Ich bin im Spätdienst. Auf der Nachbarstation ist ein Patient verschwunden. Ich kenne ihn und erinnere mich, dass er immer Tendenzen hatte, gehen zu wollen, eine Sitzwache für eine Eins-zu-eins-Betreuung aber abgelehnt worden war. Der Mann ist am Kehlkopf operiert und hat eine Trachealkanüle, das heißt einen Kunststoffschlauch, der zur Atmung in einen Luftröhrenschnitt eingesetzt wird. Er muss regelmäßig abgesaugt werden, damit er atmen kann. Die Pflegekraft der Nachbarstation und ich suchen getrennt voneinander schnell die Treppenhäuser und das Gelände ab. In dieser Zeit sind beide Stationen nur mit jeweils einer Pflegekraft besetzt. Wir suchen leider ohne Erfolg. Ich hoffe, dass nichts passiert. Meine Kollegin ruft die Polizei an, die dann nach dem Mann in der Umgebung sucht. Fünf Tage später wird er tot aufgefunden. Mit einer Sitzwache wäre das sicher nicht passiert.

NACKT UND ALLEIN IM OP

ANÄSTHESIE

Es war in einem Frühdienst unter der Woche im allgemeinchirurgischen OP. Ungefähr zwei Stunden nach Dienstbeginn bekamen wir einen Patienten, der von der OP-Koordination geordert worden war. Allerdings war das nicht mit uns abgestimmt. Der Patient lag im Vorbereitungsraum für die OP, wir kümmerten uns um ihn, verkabelten ihn und sagten ihm, dass wir zu anderen Patient*innen müssten und er leider noch nicht dran sei. Niemand konnte länger bei ihm bleiben, weil wir uns um andere Patient*innen und deren Narkose kümmern mussten, sodass er dann allein dort lag.

Es war bereits eine Stunde vergangen, als der Patient anfang, sich zu beschweren, dass das alles sehr lange dauern würde.

Eine weitere Stunde verging. Um die Situation nachempfinden zu können, ist es wichtig zu wissen, dass der Patient auf einer harten Tischplatte lag, mit einem Gurt fixiert, nackt bis auf das OP-Tuch und in diesem Moment letztlich seiner Freiheit beraubt.

Die Zeit verging. Irgendwann fing der Patient an zu schreien. Er wollte raus und mit seinem Arzt reden. Wir konnten nur noch die OP-Koordinatorin anpiepsen und an unserer Stelle zu ihm schicken, weil wir alle keine Zeit hatten. Nach dreieinhalb Stunden eskalierte die Situation. Ich kam von einer fertigen Operation aus einem Saal und der Patient war mittlerweile aufgestanden, stand mit diesem Tuch auf dem OP-Flur und schrie laut. In ihrer Verzweiflung keiften meine Kolleg*innen den Patienten an, dass er hier nicht auf dem Flur rumlaufen und schreien könne. Nach vier Stunden wurde der Patient dann endlich operiert.

Es kann immer sein, dass zum Beispiel eine OP länger dauert oder ein Notfall dazwischenkommt. Deswegen muss die Einbestellung der Patient*innen mit uns abgestimmt sein. Wir als Anästhesie-Pflegekräfte sind diejenigen im OP, die mit den Patient*innen kurz sprechen, wir federn ihre Ängste ab und kümmern uns. In solchen Situationen frage ich mich, wofür ich eigentlich da bin. Als Pflegekraft ist es schwer, einen Frühdienst wie diesen auszuhalten, besonders wenn ich merke, dass ich nichts unternehmen kann, obwohl diese Situationen für die Patient*innen und uns problemlos vermeidbar wären.

Der Mensch bleibt hier auf der Strecke. Es ist bei uns mittlerweile wie in der Fabrik – es geht nur darum, dass keine Minute im Einleitungssaal und im OP-Saal ungenutzt bleibt, um maximal Geld zu verdienen. Dass dabei der Schutz und die Würde der Patient*innen mit Füßen getreten wird, scheint niemanden zu stören.

KEINE ZEIT FÜR MENSCHLICHKEIT NOTAUFNAHME

Die Notaufnahme ist mal wieder voll. Wir, die Pflegekräfte, sind dauerhaft im Ausnahmezustand. Niemand von uns macht eine Pause, manche von uns schaffen es nicht einmal, auf die Toilette zu gehen oder zu trinken. Letzteres hilft sogar, um nicht zur Toilette gehen zu müssen. Aber gut für die eigene Gesundheit ist das nicht.

Ich versorge in der überfüllten Notaufnahme eine Patientin unter vielen. Dabei priorisiere ich ständig, wie dringlich eine Aufgabe ist. Die Patientin hat einen Oberschenkelhalsbruch. Ansonsten sind ihr Kreislauf und ihr gesundheitlicher Zustand stabil. Sie liegt auf der Trage im Flur und wartet auf ihre Operation. Sie ist für die Operation nüchtern, hat seit Stunden nichts gegessen. Vor 30 Minuten hat sie mich und meine Kolleg*innen nach Schmerzmitteln gefragt. Keiner hatte Zeit. Nach eineinhalb Stunden fragt sie unter Tränen erneut. Keiner hat Zeit.

Nach zwei Stunden bekommt sie endlich Schmerzmittel, jetzt muss sie jedoch auf die Toilette. Aber natürlich kann sie aufgrund des Oberschenkelhalsbruchs nicht allein dort-

hin. Die Notaufnahme platzt aus allen Nähten. Viele der Patient*innen sind in einem kritischen Zustand und brauchen all unsere Aufmerksamkeit. Niemand aus dem Pflegeteam hat Zeit und Kapazitäten, um die Patientin beim Toilettengang zu begleiten. Keiner hat Zeit!

Mittlerweile ist die Patientin vollständig in Tränen aufgelöst. Sie liegt weiterhin in ihren eigenen Ausscheidungen. Sie liegt auf dem Flur, hat Schmerzen und fleht um Hilfe.

Nach drei Stunden hat die Patientin in die Hose gemacht. Sie fleht um Hilfe. Keiner hat Zeit.

Nach vier Stunden, eine Stunde davon im eigenen Urin liegend, muss die Patientin Stuhlgang machen. Zudem hat sie wieder Schmerzen. Auch nach vier Stunden ist die Situation in der Notaufnahme immer noch maximal angespannt. Das Pflegeteam rotiert. Für eine Patientin, die Schmerzen hat und in ihrem eigenen Urin liegt, gibt es keine Kapazitäten. Keiner hat Zeit!

Mittlerweile ist die Patientin vollständig in Tränen aufgelöst. Sie liegt weiterhin in ihren eigenen Ausscheidungen. Sie liegt auf dem Flur, hat Schmerzen und fleht um Hilfe. Es liegt nicht an uns. Wir würden ihr ja gern helfen. Aber andere Patient*innen brauchen weiterhin unsere gesamte Kraft und Aufmerksamkeit, denn ihr Zustand ist kritischer. Keiner hat Zeit!

Nach fünf Stunden wird die Patientin in ihren eigenen Ausscheidungen liegend in den Operationsbereich gefahren. Wie würdelos kann Krankenhaus sein!

SEXUELLE BELÄSTIGUNG IN DER AUSBILDUNG AUSBILDUNG

Ich bin in meinem ersten Praxiseinsatz, die dritte Woche hat gerade begonnen. In diesem Frühdienst werden mir in der Übergabe vier Patient*innen zugeteilt. Schon jetzt bin ich auf mich allein gestellt mit der Versorgung, Dokumentation und den administrativen Aufgaben rund um die Patient*innen.

Ich wurde nur einen Tag auf der Station eingearbeitet. Die examinierten Pflegekräfte versuchen das Beste, um meine Fragen zu beantworten, doch auch sie müssen viele Patient*innen versorgen und finden nicht mal Zeit für die nötige Dokumentation. Wie sollen dann Auszubildende noch angeleitet oder gar begleitet werden?

Ein Zimmer mit zwei älteren Patienten betreue ich nun seit einigen Tagen. Schon am Morgen betrete ich das Zimmer mit einem unguuten Gefühl, denn in den letzten Tagen wurde ich mehrfach Betroffene von sexualisierten Aussagen und «zufälliger» Berührungen. Ebenso heute, immer wieder fallen Aussagen wie, «Kannst du deine Maske abnehmen, ich möchte gerne dein Lächeln sehen?», «Machst du Sport, du



siehst gut aus?», «Hast du einen Freund?», «Von dir werde ich so gerne gepflegt!» Der Höhepunkt war die Aussage des Patienten, er wolle nur von mit geduscht werden, «der jungen, blonden, großen Auszubildenden ...».

Mein Unwohlsein, in dieses Zimmer zu gehen und besonders den Patienten bei einem Duschgang zu unterstützen, mache ich im Team bekannt. Ich erzähle von den Vorfällen und frage, ob jemand diesen Patienten, insbesondere die Unterstützung beim Duschgang, für mich übernehmen oder mich dabei zumindest begleiten könnte. Leider gibt es ein klares Nein von den anderen Pflegekräften, auch sie können gerade so die Grundpflege durchführen. Weitere Tätigkeiten übernehmen – daran sei nicht zu denken. Es fallen auch schon Tag für Tag Überstunden an.

Da ich es als unerfahrene Auszubildende nicht besser weiß, nehme ich die Aufgabe mit Bauchschmerzen an. Ich werde trotz der Übergriffe mit dieser Aufgabe alleingelassen. Vor diesem Tag hatte ich noch keinen Patienten selbstständig bei einem Duschgang begleitet. Auch die nächsten Tage werde ich dieses Zimmer betreuen.

ÖFFENTLICH STERBEN UND TROTZDEM ALLEIN NORMALSTATION

Ich arbeite seit 42 Jahren im Krankenhaus als Pflegekraft. Eigentlich hörte sich die Übergabe vom Früh- zum Spätdienst relativ normal an und ich wollte meinen üblichen Gang mit Begrüßung der Patient*innen und gleichzeitiger Verteilung der intravenösen Antibiosen beginnen.

Normaler Spätdienst, das heißt die meist alleinige Versorgung von 18 Patient*innen. Dazu gehört: Pflegefälle betreuen, Neuaufnahmen versorgen, Isolierungszimmer, Monitorüberwachung, Visitenausarbeitung, Medikamentenänderungen, Fotodokumentation von Wunden, Entlassungsmanagement, Begleitung Sterbender, Telefondienst, Verteilung des Abendbrots mit Nahrungsanreicherung, Abarbeiten von Patient*innenrufen, Angehörigengespräche, zu Corona-Zeiten Kontrolle der Impfnachweise von Angehörigen ... Das ist nur ein kleiner Ausschnitt aus den Tätigkeiten. Besondere Vorkommnisse wie Patient*innenstürze, Reanimationen oder andere Notfälle sind noch gar nicht mitgedacht.

Nun aber zu diesem Spätdienst: Zu Beginn der Schicht benötigte der Stationsarzt Hilfe, da ein Patient während einer Punktion dringend seine Notdurft verrichten musste. Zur selben Zeit brachte der Transportdienst aus der Rettungsstelle einen im Sterben liegenden Patienten mit diversen Wunden. Damit der Patient nicht in ein Vier-Bett-Zimmer musste, erfolgte erst einmal eine «Umschiebeaktion», um ein Einzelzimmer freizuräumen.

Besucher*innen warteten mittlerweile vermehrt auf dem Stationsflur, um ihren Impfnachweis vorzuzeigen, und begutachteten währenddessen den noch immer auf der Trage liegenden Sterbenden. Andere Besucher*innen, schon völlig genervt vom Warten, gingen ohne Erlaubnis in die Zimmer.

Auf dem Weg zu einer Patientin, die die Klingel betätigt hatte, sah ich, dass in einem Patient*innenzimmer ein psychiatrischer Patient total entblößt in seinen Fäkalien lag. Nicht sehr angenehm für den Mitpatienten und dessen Angehörige, die das mitbekamen!

Die Patientin, die den Schwesternruf betätigt hatte, erwartete mich luftnötig und teilte mir mit, dass sie unbedingt den Arzt sprechen müsse. Dieser hätte ihr mitgeteilt, dass sie schwer krank sei und jetzt sterben müsse. Leider hatte ich keine Zeit, um sie zu beruhigen, und hetzte wieder zu dem Sterbenden, den ich erstmal, noch immer auf der Trage liegend, in das Zimmer (ab-)schob, um ihn vor den Blicken der Neugierigen zu schützen. Kümmern konnte ich mich noch immer nicht, da plötzlich auf dem Stationsflur ein Patient mit einer Platzwunde am Kopf lag.

Bis zur Ausgabe des Abendbrots waren wenigstens die Medikamente verteilt, der psychiatrische Patient gesäubert, die Patientin mit Luftnot einigermaßen versorgt, ebenso der Patient mit der Kopfplatzwunde. Und der Sterbende lag zumindest in seinem Bett, die Versorgung der Wunden musste später erfolgen. Die nächste Neuaufnahme stand schon auf dem Flur, erst nach der Essensverteilung erhielt er seine dringende Monitorüberwachung.

Inzwischen war es bereits 19 Uhr. Bevor ich jetzt die Abendbrottablets einsammeln und meine abendliche Runde durch die Zimmer beginnen konnte, dokumentierte ich noch die wichtigsten Dinge. Während des Anlegens der Kurven der Neuaufnahmen und der Ausarbeitung der ärztlichen Anordnungen biss ich ein paar Mal von meiner vertrockneten Stulle ab.

Wer mitgezählt hat, dem fällt auf, dass ich lediglich von sechs Patient*innen berichtet habe. Ab 20 Uhr war ich dann bemüht, den Bedürfnissen der restlichen zwölf Patient*innen nachzukommen.

Dieser Spätdienst ist schon lange keine Ausnahme mehr, sondern der Normalzustand.

DER SCHADEN IST UNMÖGLICH ABZUWENDEN INTENSIVSTATION

Es war ein Dienst auf einer voll belegten 30-Betten-Intensivstation. Dafür waren sechs Intensivpflegekräfte, zwei Pflegekräfte ohne Intensivverfahren und ein Krankenpflegehelfer geplant. Und das nicht etwa wegen kurzfristigem Krankheitsausfall.

Aufgrund der Zimmeraufteilung und zwei laufenden Herz-Lungen-Maschinen (ECMOs) musste ich sechs Patient*innen in sechs Einzelzimmern betreuen statt zwei, wie es mir bei meiner Bewerbung versprochen worden war. Auf meinen Einwand, dass dies nicht zu verantworten sei, erhielt ich die Antwort: «Du hast ja eine Pflegekraft ohne Intensivverfahren bei dir, anders geht es halt nicht, außer du machst ECMO.» Da mir niemand die ECMO erklärt hatte, war das keine Option. Ich war selbst erst vor zwei Wochen eingearbeitet worden.

Sechs Patient*innen, über sechs Zimmer verteilt. Davon waren drei Patient*innen beatmet, ein Patient isoliert mit multiresistenten Erregern («Krankenhauskeimen»), ein Covid-19-Patient und eine Patientin bei stark reduziertem Immunsystem unter Chemotherapie. Ich musste also extrem vorsichtig sein und 100 Prozent hygienisch arbeiten. Allein dass diese Patient*innen räumlich nah beieinander lagen, war gefährlich. Nun wurden sie auch noch von derselben, unerfahrenen Pflegekraft betreut. Dass sie bei dieser Eins-zu-sechs-Betreuung keinen Schaden nehmen würden, war quasi unmöglich.

Dass sie bei dieser Eins-zu-sechs-Betreuung keinen Schaden nehmen würden, war quasi unmöglich.

Ich wiederholte meine Bedenken sowohl gegenüber der Pflegeleitung als auch bei der ärztlichen Visite – ohne Konsequenzen.

Ich habe in dieser Schicht keinen Schluck getrunken, geschweige denn gegessen, was gut war, denn so musste ich nicht auf die Toilette. Mein Körper hat funktioniert, ich habe die Patient*innen wie auf einem Laufband abgearbeitet, kaum gesprochen. Ich bin nicht mal mehr dazu gekommen, mich zu beschweren. Ich weiß noch, dass ein Patient einer anderen Kollegin vier Stunden lang reanimiert wurde und ich das erst nach zwei Stunden mitbekam.

Als ein Oberarzt mich anschnauzte, dass der rote Alarm eines Patienten seit drei Minuten klinge und niemand reagiere, zuckte ich nur mit den Schultern. Nach zwei Überstunden saß ich in der Umkleidekabine auf dem Boden und konnte nicht mal mehr aufstehen. Der Stress und damit die Hormone, die bis eben meinen Körper hatten laufen lassen, waren jetzt verschwunden. Ich war unterzuckert, mein Kreislauf war am Minimum, ich zitterte am ganzen Körper.

Ich wusste, wie wichtig es als Intensivpflegerin ist, zu essen und zu trinken, wie lebensgefährlich es sein kann, das zu unterlassen. Ich wusste auch, dass ich keinem helfen kann, wenn ich selbst Hilfe brauche. Aber in der panischen Angst davor, einen Fehler zu machen und dadurch eine*n Patient*in zu verlieren, kam mir nicht einmal der Gedanke, zu essen oder zu trinken.

Die tagtägliche Gefährdung muss ein Ende haben.

WENN WAHNVORSTELLUNGEN REAL WERDEN NOTAUFNAHME

Vier Stunden meiner Schicht in der Rettungsstelle waren bereits um. Ich hatte in dieser Zeit Patient*innen mit Herzinfarkten, Schlaganfällen, gebrochenen Knochen und anderen Krankheitsbildern versorgt. Gemeinsam mit drei weiteren Kolleg*innen im Dienst, in dem wir eigentlich zu siebt hätten sein sollen.

Als ich ins CT eilen will, um der Neurologin ein Schlaganfall-Medikament zu bringen, werde ich von einem sehr unruhigen Patienten gestoppt. Ein psychiatrischer Patient, der seit Stunden mit Wahnvorstellungen wartet. Er sagt mir nur: «Schwester, da läuft jemand aus!» Ich verdrehe die Augen und denke mir, «Oh Mann, für sowas habe ich gerade keine Zeit.» Es ist schlimm genug, dass uns in der Rettungsstelle die Zeit fehlt, um uns adäquat um psychiatrische Patient*innen zu kümmern, doch darum geht es hier nicht. Dann sehe ich seine panischen Augen und drehe mich um. Mein nächster Gedanke ist: «Oh Gott. Der Patient hat nicht übertrieben.» In dem Moment sehe ich zum Glück einen Kollegen aus dem Augenwinkel. «Mach den Schockraum frei! Ich brauche sofort einen Internisten!», rufe ich.

Der Patient lief wirklich aus. Er hatte bereits einen grauen Hautton und aus seinem Mund lief braune Flüssigkeit in Strömen, als hätte jemand den Wasserhahn aufgemacht. Ich drehte ihn zur Seite, obwohl ich wusste, dass es längst zu spät war. Mein Kollege und ich fuhren in den Schockraum, versuchten den Atemweg freizumachen, während ein anderer mit der Herzdruckmassage begann. Als der Internist da war, ließ er uns die Reanimation abbrechen.

Der Mann war ein Darmkrebspatient, der keine lebensverlängernden Maßnahmen gewollt hatte und eine Patient*innenverfügung besaß. Er hatte sich wegen Übelkeit und Bauchschmerzen vorgestellt, wollte eigentlich gegen ärztlichen Rat nach Hause gehen, entschied sich dann aber doch, das bildgebende CT abzuwarten. Daher hatte er eine Kontrastmittelflüssigkeit zu trinken bekommen. Nach dem CT hatte er auf dem Flur gelegen, weil immer mehr Notfallpatient*innen eingeliefert worden waren und sein Behandlungsraum mittlerweile neu belegt war. Niemand von uns hatte seine rapide Verschlechterung bemerkt. Niemand hatte auf seine Übelkeit reagieren können. Niemand, bis auf den psychiatrischen Patienten, der nun diesen Mann an seinen eigenen Exkrementen hatte ersticken sehen. Ein Bild, das sich auf ewig auch in meinen Kopf eingebrannt hat.

ERSTICKT IM WARTEZIMMER PATIENT*INNENTRANSPORT

Im Ablauf der Patient*innenversorgung sind wir, die die Patient*innen transportieren, eine wichtige Schnittstelle! Laut Plan habe ich 20 Minuten Zeit, um eine*n Patient*in von A nach B zu bringen. Aber ich muss viel schneller arbeiten, denn an einem Tag sind es 30 bis 35 Transporte. Nicht nur Patient*innen, sondern auch Medikamente, Laborproben, Patient*inneneigentum und vieles mehr. Ohne mich kommt kein*e Patient*in von einer Station in eine andere.

Oft muss ich priorisieren. Auswählen zwischen Patient*innen, Medikamenten oder Laborproben. Wenn wir wenig Leute sind, warten die Patient*innen teilweise anderthalb Stunden, bis ich sie abholen kann. Dabei fühle ich mich schlecht; ich

weiß, den Patient*innen geht es nicht gut. Ich weiß, auch ich könnte dieser Patient sein, der seit über einer Stunde in der Abteilung oder auf dem Flur auf Abholung wartet. Ich muss leider zu einem anderen Auftrag gehen und kann niemanden zur Station zurückbringen.

Ich erinnere mich an eine Geschichte, die mein Team und ich niemals vergessen werden. Meine Kollegin hatte einen sauerstoffpflichtigen Patienten zur Radiologie gebracht. Die Röntgenabteilung war schlecht besetzt, wir waren ebenfalls schlecht besetzt.

Nach seiner Untersuchung musste der Patient drei Stunden auf seine Abholung warten. Er verstarb aufgrund von Sauerstoffmangel, weil kein Personal da war. Niemand hatte bemerkt, dass seine Sauerstoffflasche leergelaufen war.

ES GIBT KEINE ZWEITE CHANCE

PALLIATIVSTATION

Ich habe Nachtdienst und bin die alleinige Fachperson im Dienst. Unsere Palliativstation ist voll belegt. Wir haben vier akut sterbende Patient*innen mit Schmerzen, Luftnot und starker Unruhe. Es laufen bei mehreren Patient*innen diverse Spritzenpumpen mit Schmerzmitteln, kreislaufunterstützenden und weiteren Medikamenten. Ständig alarmiert uns ein Gerät, dass es mehreren Patient*innen schlecht geht. Ich laufe ununterbrochen zwischen den Sterbenden hin und her und versuche, die größte Not zu lindern, Medikamente nachzudosieren. Sterbebegleitung sieht ganz anders aus. Währenddessen stürzt unbemerkt eine Patientin. Ein anderer hat massive Luftnot und drückt in seiner Panik statt der Klingel die Fernbedienung des Fernsehers – ich höre ihn nur zufällig vom Flur aus. Ich weiß genau, was fachlich und menschlich zu tun ist und besitze die notwendigen Kompetenzen. Doch in diesem Moment frage ich mich: Um wen kümmere ich mich zuerst, in welcher Reihenfolge?

Ich laufe ununterbrochen zwischen den Sterbenden hin und her und versuche, die größte Not zu lindern, Medikamente nachzudosieren.

Möchten Sie diese Entscheidung jeden Tag in jedem Dienst treffen müssen und im Widerspruch zu Ihren persönlichen und fachlichen Grundwerten handeln? Gute Palliativversorgung benötigt neben viel Fachkompetenz auch Zeit. Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt zu begleiten, ihre Symptome zu lindern und das Leben bis zum Schluss lebenswert zu machen, das ist unsere Aufgabe. Dafür gibt es keine zweite Chance. Der Unterschied liegt vor allem in der Fachpersonbesetzung. Es macht einen Unterschied, ob eine Pflegefachperson 15, eine zehn oder ob eine höchstens fünf Patient*innen im Nachtdienst betreut.

STURZ INS LEBEN

KREISSAAL

Ich war im ersten Lehrjahr meiner Hebammenausbildung. Als ich meinen Frühdienst begann, kam mir bereits eine gehetzte Hebamme entgegen. Sie allein hatte in der Nacht fünf Frauen betreut, die auch alle in dieser Nacht ihre Kinder bekommen hatten. Nach Übergabe des Dienstes sagte meine mir zugeteilte Lehrhebamme, dass ich doch mal schnell auf das Neugeborene im Kreißaal 1 schauen sollte. Das Neugeborene wäre um 3 Uhr nachts geboren worden und seitdem hätte die Hebamme aus dem Nachtdienst keine Zeit mehr gehabt, auf das Neugeborene zu schauen. Ich ging in den Kreißaal und schaute nach dem Neugeborenen. Dann sah ich, dass das Kind gräulich aussah und lethargisch. Die Muskelspannung war ganz schlaff und mir war sofort klar, dass es diesem Neugeborenen nicht gut ging. Ich nahm das Kind mit raus und traf im Flur auf eine junge Assistenzärztin, die ebenfalls sofort sah, dass es dem Kind nicht gut ging. Sie rief die Kinderärzte an, diese versorgten das Kind. Dabei stellte sich heraus, dass es einen Blutzuckerwert von 13 mg/dl hatte. Der Mindestwert eines Neugeborenen sollte 45 mg/dl nicht unterschreiten, denn dann wird das Kind behandlungsbedürftig. Eine Unterzuckerung bei einem Neugeborenen führt zur Reduzierung der Körperfunktionen und greift schnell das Gehirn an. Im schlimmsten Fall kommt es zu irreversiblen Gehirnschäden. Das Kind wurde auf die Intensivstation verlegt. Wie es dem Kind im Verlauf ging, kann ich nicht sagen. Ich weiß nur noch, dass sich die Eltern bei uns bedankten, da sie der Meinung waren, wir hätten ihr Kind gerettet. Dass die ersten Symptome einer Unterzuckerung leicht zu erkennen sind (Tremor, Reduzierung der Körpertemperatur, gräuliche Hautfarbe) und dementsprechend auch leicht beherrschbar sind, habe ich den Eltern an dieser Stelle nicht mitgeteilt. Hätte die Hebamme die Zeit gehabt, das Neugeborene engmaschig zu beobachten, wäre das Kind niemals in diesen Zustand gekommen.

Als fertig ausgebildete Hebamme gingen diese Erfahrungen leider weiter. Ich kann mich an einen Nachtdienst erinnern, in dem ich als Hebamme fünf Frauen betreut habe, davon drei aktiv unter der Geburt. Ich war allein für fünf Frauen und fünf Kinder verantwortlich. Ich habe teilweise gar nicht mitbekommen, wer durch die Ärztin neu im Kreißaal aufgenommen wurde, da ich recht intensiv eine Erstgebärende betreute. Die diensthabende Ärztin hatte den Kreißaal zwar abgemeldet, aber die Feuerwehr brachte dennoch zwei Frauen mit der Aussage: «Ja, auch die anderen Kreißsäle sind gesperrt.» Plötzlich hörte ich die diensthabende Ärztin meinen Namen schreien und obwohl die Erstgebärende bereits kurz vor der Entbindung war – das Köpfchen war bereits zu sehen – ging ich in den Kreißaal, aus dem der Schrei kam. Ich sah eine Frau am Kreißaalbett stehend, ein Neugeborenes auf dem Boden liegend und eine abgerissene Nabelschnur. Die Ärztin versuchte, die Frau ins Bett zu legen. Ich nahm das Kind, es war vital und schrie, legte es der Mutter schnell auf

die Brust, klemmte die Nabelschnur ab und sagte nur schnell zur Ärztin: «Denk an die warmen Handtücher für das Kind, ich muss zurück zu der anderen Frau.» Dieses andere Kind kam wenig später zur Welt. Das Kind, das auf dem Boden gestürzt war, musste von den Kinderärzt*innen zur Beobachtung in ein anderes Krankenhaus verlegt werden.

Ein Kind stürzte auf den Boden, weil niemand da war. Eine Schwangere, kurz vor der Entbindung, wurde alleingelassen. Weitere Frauen konnten aufgrund des Personalmangels kaum betreut werden. Die Frauen hatten sich uns anvertraut in der Überzeugung, wir könnten uns um sie kümmern, sie betreuen.

Ich möchte an dieser Stelle deutlich betonen, dass die Verschriftlichung dieses Nachdienstes nicht annähernd widerspiegelt, welchen psychischen und physischen Belastungen ich ausgesetzt war, ganz zu schweigen davon, wie gefährdet die Frauen und die Kinder in dieser Nacht waren.

ZUM GLÜCK DIE RICHTIGE ENTSCHEIDUNG NORMALSTATION

Sonntagmorgen auf einer onkologischen Station. Wir, vier Pflegekräfte, eine Servicekraft und ein Arzt, sind für insgesamt 44 Patient*innen zuständig. Den ganzen Morgen über ist schon sehr viel zu tun mit jeder Menge Blutentnahmen und Chemotherapien, die zeitgenau verabreicht werden müssen. An Pause ist wie immer nicht zu denken. Unter den elf Patient*innen, die ich betreue, sind unter anderem zwei junge Patientinnen, die im Sterben liegen, zwei Patientinnen, die in fast allem auf Hilfe angewiesen sind, und ein Patient, der aufgrund seines Tumors am Zentralnervensystem schon eine Pflegekraft für sich allein benötigen würde.

Und dann ist da auch noch Herr K., ein 60-jähriger Patient, den wir am Vortag aus einem anderen Krankenhaus übernommen haben, mit blutigem Auswurf, Fieber und schlechten Blutwerten. Ich bin während meiner Morgenrunde bei ihm gewesen, habe ihm Blut abgenommen und ihm ein Antibiotikum verabreicht. Wir haben ein paar Sätze gewechselt. Ich habe gemerkt, dass er mich nicht gehen lassen will. Er hat von seiner Familie erzählt und von seinen Sorgen. Irgendwann habe ich ihm gesagt, dass ich weitermuss. Er hat mich mit großen Augen angesehen, geschwiegen und mich weiterziehen lassen.

Während der folgenden Stunde klingelt er immer wieder. Irgendwann werde ich ungeduldig und sage ihm, dass er wirklich damit aufhören muss, ich würde später, sobald es mir möglich sei, wieder nach ihm sehen und mir Zeit für ihn nehmen.

Nachdem ich noch schnell zwei Chemotherapien angehängt habe, in einem anderen Zimmer ein Medikament gewechselt und noch kurz nach einer der beiden sterbenden Patientinnen geschaut habe, entscheide ich mich, zu einer Patientin zu gehen, die im Bad Hilfe benötigt. Diese Patientin hätte ich außerdem noch zur Waage begleiten müssen. Als ich der Patientin gerade helfe, sich an die Bettkante zu setzen, klingelt Herr K. erneut. Ich atme einmal tief durch und überlege, ob ich

sein Klingeln ignorieren soll, um erst einmal der Patientin ins Bad zu helfen, entscheide mich aber dagegen. Ich verträste die ältere Dame und verspreche ihr, gleich wieder bei ihr zu sein.

Ich laufe ins Zimmer von Herrn K. Ich will gerade auslösen und ihm klarmachen, dass ich wirklich viel zu tun hätte, da sehe ich, dass er mit weit geöffneten Augen, den Blick zur Zimmerdecke gerichtet, das Gesicht mit Schweißperlen bedeckt, der Körper reglos und ohne Atmung, in seinem Bett liegt. Sein Herz hat aufgehört zu schlagen.

Ich hatte mich zum Glück richtig entschieden. Ich möchte mir bis heute nicht vorstellen, wie diese Geschichte ausgegangen wäre, hätte ich mich doch erst noch um die andere Patientin gekümmert, wäre ich erst noch mit ihr zur Waage gegangen. Oder hätte Herr K. an diesem Morgen nicht noch einmal die Klingel gedrückt. Dann nämlich wäre ich sicher erst zwei oder drei Stunden später wieder in sein Zimmer gekommen. Zu einem Patienten, dem wir nicht mehr hätten helfen können. Wir belebten Herrn K. erfolgreich wieder. Er lag drei Nächte auf der Intensivstation und kam mit einem Herzschrittmacher zurück zu uns auf die Station. Nach 14 Tagen konnte er nach Hause entlassen werden.

DIE WAND IM RAUM IST VOLL MIT SCHWARZEM SCHIMMEL EIN BERICHT AUS DER KÜCHE

Ich arbeite in einem Essensversorgungszentrum. Die Chef*innen bestellen immer weniger Leute, während die Arbeit immer mehr wird. Darunter leidet die Arbeitsqualität. Statt mit sechs oder sieben Leuten arbeiten wir zu dritt. Wir stehen ständig unter Druck, schnell zu arbeiten und die Rampe leer zu machen. Die Chef*innen und Vorarbeiter*innen sehen die unhygienischen Zustände nicht oder wollen sie nicht sehen. Unsere Wägen sind alle so schmutzig, darauf kann man eigentlich kein Essen warm machen. Manchmal wird abgelaufenes Essen in den Tiefkühler gepackt und wenn mal nicht genug da ist, wird es rausgeholt und an die Patient*innen verteilt. Die Chef*innen sagen, wir müssen sparen. Die Vorarbeiter*innen interessiert es nicht, wenn wir sagen, dass das die Patient*innen nur noch kränker macht. Viele meiner Kolleg*innen wollen ihre Arbeit mit Herz machen. Wenn sie zu den Vorarbeiter*innen Nein sagen, um ihre aktuelle Aufgabe anständig und hygienisch machen zu können, bekommen sie Ärger, weil sie nicht alles schaffen. Leuten, die sich beschwert haben, wurde gekündigt, mit der Begründung, dass sie nicht gut Deutsch sprechen, nachdem sie da fünf oder sechs Jahre gearbeitet haben. Die Wand im Raum, in dem das Essen ausgepackt wird, ist voll mit schwarzem Schimmel. Einmal im Jahr kommt die Gebäudereinigung, aber nach zwei Monaten ist der Schimmel wieder da.











PERSONALMANGEL SCHADET
IHRER GESUNDHEIT!
TARIFVERTRAGENTLASTUNG

REZUBIS VON HEUTE SIND SIE FACHKRÄFTE VON MORGEN
ANSBILDUNG STATT AUSBEUTUNG

PFLEGE
COME IN
&
STREIKT

Personal so wie die Oma!

WEIL ES MEHR GEHT

DÜRFEN WIR DAS? JA, WIR DÜRFEN!

Häufig kommt die Frage auf: Dürfen wir überhaupt über Missstände am Arbeitsplatz sprechen oder bekommen wir dann Probleme mit unserem Arbeitgeber? Die Antwort ist: Ja, wir dürfen! Aber es ist – aus juristischer Perspektive – eine «sensible Angelegenheit». Deswegen haben wir mit dem Rechtsanwalt Daniel Weidmann über die rechtlichen Rahmenbedingungen gesprochen und ihn gefragt, worauf Beschäftigte achten müssen, wenn sie von ihren Arbeitserfahrungen berichten und den Pflagenotstand öffentlich machen wollen. Daniel Weidmann arbeitet in der Berliner Kanzlei dka Rechtsanwälte und ist als Fachanwalt für Arbeitsrecht ausschließlich aufseiten von Beschäftigten tätig.

Dürfen wir über Missstände am Arbeitsplatz und in der Klinik sprechen?

Ja, allerdings ist es eine sensible Angelegenheit, bei der es immer darauf ankommt, mit wem man spricht und wer einen dabei unterstützt.

Im Betrieb kann man Missstände wie systematische Überforderung natürlich besprechen. Der Austausch mit Kolleg*innen im unmittelbaren Arbeitsumfeld ist wichtig, vor allem dann, wenn sie von den beschriebenen Missständen auch selbst betroffen sind.

Auch können Beschäftigte sich stets an den Betriebs- oder Personalrat wenden. Hier gibt es klare gesetzliche Regelungen: Gemäß § 85 Abs. 1 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) muss der Betriebsrat Beschwerden der Beschäftigten entgegennehmen und beim Arbeitgeber auf Abhilfe hinwirken. Alternativ können Beschäftigte gemäß § 84 BetrVG auch ein Mitglied des Betriebsrats hinzuziehen, wenn sie sich selbst direkt beim Arbeitgeber über einen Missstand beschweren wollen. Deshalb sind Betriebsräte so wichtig.

Außenstehende, zu denen ein rechtlich besonders geregelter Vertrauensverhältnis besteht, kann man auch mit einbeziehen. Das betrifft zum einen Mediziner*innen, bei denen die Betroffenen als Patient*innen in Behandlung sind und sie ins Vertrauen ziehen, weil dies im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung erforderlich ist. Zum anderen müssen sich Betroffene selbstverständlich auch Anwälte*innen oder gewerkschaftlichen Rechtssekretär*innen anvertrauen können, weil sie nur so eine rechtliche Beratung zu ihren Handlungsmöglichkeiten und -pflichten erhalten können.

Sobald Informationen über die Zustände in einem Betrieb aber an Dritte, also an die Öffentlichkeit, weitergegeben werden, wird die ganze Sache etwas komplizierter.

Beschäftigte, die Außenstehende wie Behörden oder Medien auf Missstände an ihrem Arbeitsplatz hinweisen wollen, können sich bisher nur an der ziemlich allgemein gehaltenen Regelung des § 5 Nr. 2 des Geschäftsgeheimnisgesetzes (GeschGehG) orientieren.

Demnach dürfen Beschäftigte dann über betriebliche Interna sprechen, wenn dies «zur Aufdeckung einer rechtswidrigen Handlung oder eines beruflichen oder sonstigen Fehlverhaltens» geschieht. Dies soll allerdings nur dann gelten, «wenn die Erlangung, Nutzung oder Offenlegung geeignet ist, das allgemeine öffentliche Interesse zu schützen».

Anders als in vielen anderen Ländern ist der juristische Schutz für Beschäftigte, die auf Rechtsverletzungen oder andere strukturelle Probleme am Arbeitsplatz hinweisen, in Deutschland leider sehr unausgereift, obwohl auf Ebene der Europäischen Union bereits Ende des vergangenen Jahrzehnts die sogenannte Hinweisgeber-Richtlinie erarbeitet wurde, die Hinweisgeber*innen – sogenannte «Whistleblower*innen» – schützen soll. Leider hat die Bundesrepublik Deutschland es auch mehr als drei Jahre später noch nicht geschafft, diese EU-Richtlinie in ein deutsches Gesetz zu verwandeln.

An Journalist*innen kann man sich zwar nur wenden, wenn man zuvor versucht hat, den Missstand innerbetrieblich zu lösen. Allerdings können Journalist*innen sich ihrerseits so oder so auf den sogenannten Quellenschutz berufen und sich weigern, preiszugeben, von wem sie eine bestimmte Information erhalten haben. Auch solche Gespräche finden also in einem geschützten Rahmen statt.

Worauf müssen wir achten, wenn wir von unseren Erfahrungen am Arbeitsplatz öffentlich erzählen und Missstände benennen?

Wenn es um die Öffentlichkeit geht, also um Außenstehende, die nicht dem Betrieb angehören, dann würde ich von Alleingängen dringend abraten. Beschäftigte, die Missstände öffentlich machen wollen, sollten das gemeinsam mit der Gewerkschaft in Angriff nehmen, juristischen Rat in Anspruch nehmen und gegebenenfalls auch den Betriebsrat oder den Personalrat hinzuziehen.

Wer an die Öffentlichkeit geht, sollte folgende Punkte beachten:

Erstens müssen die Angaben, die ich mache, natürlich allesamt zutreffend sein. Im Ernstfall, das heißt vor Gericht, brauche ich Beweise.

Zweitens sehen die Gerichte die Hinweisgeber*innen in der Regel auch in der Pflicht, zunächst innerbetrieblich auf Abhilfe hinzuwirken, zum Beispiel mit einer Gefährdungsanzeige oder mit einer Beschwerde beim Betriebsrat.

Erst dann, wenn der Arbeitgeber bereits vergeblich auf den Missstand hingewiesen worden ist und aufgefordert wurde, das Problem zu beseitigen, akzeptieren Gerichte, dass sich Beschäftigte an Dritte wenden, die nicht dem Betrieb angehören. Nur bei extrem schwerwiegenden Vorwürfen oder dann, wenn eine innerbetriebliche Klärung offensichtlich aussichtslos ist, lassen Gerichte den sofortigen Hinweis an externe Stellen zu. Die Einschätzung, ob das im Einzelfall erforderlich ist oder nicht, fällt schwer. Daher sollten Beschäftigte diese Entscheidung besser nicht allein treffen, sondern nur mit juristischer Begleitung.

Drittens spielen für die Gerichte auch die Motive der Hinweisgeber*innen und die «Verhältnismäßigkeit» eine Rolle, also die Frage, ob das Mittel, das gewählt wurde – in diesem Fall: an die Öffentlichkeit zu gehen –, in einem angemessenen Verhältnis zu dem Missstand steht, der behoben werden soll. Weil es sich aber schwer einschätzen lässt, was ein Gericht im Einzelfall als «verhältnismäßige» oder «unverhältnismäßige Reaktion» in diesem Sinne ansehen würde, ist es sehr sinnvoll, sich vor der Informationsweitergabe juristischen Rat einzuholen.

Gemeinsam mit anderen Betroffenen, Betriebs- und Personalräten sowie mit gewerkschaftlichem und juristischem Beistand lassen sich diese Probleme aber durchaus meistern. Denn die Missstände, die Beschäftigte im Krankenhausalltag erleben, sind oft nicht nur geradezu haarsträubend, sondern den Verantwortlichen auch bereits lange wohlbekannt. Hier wäre es scheinheilig von einem Gericht, Betroffene für die Veröffentlichung solcher Zustände zu sanktionieren. Beachtet man die juristischen Regeln, muss man also nichts befürchten.

Was ist mit dem Datenschutz? Spielt das hier auch eine Rolle?

Ja, gewiss. Persönliche Daten dürfen natürlich auch nicht veröffentlicht werden, wenn die Betroffenen, zum Beispiel die Patient*innen, dem nicht ausdrücklich zugestimmt haben. Das dürfte in einer solchen Situation aber in der Regel auch

überhaupt nicht erforderlich sein. Auch Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Arbeitgeberseite sind tabu. Das spielt hier aber ebenfalls keine herausragende Rolle, weil die wenigsten Missstände Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse in diesem Sinne darstellen dürften. Auch hier ist im Einzelfall allerdings unter Umständen juristische Beratung sinnvoll.

Welche Konsequenzen können uns von Arbeitgeberseite drohen, wenn wir unsere Erfahrungen öffentlich machen?

Solange sich ein Hinweis auf einen Missstand im Rahmen der beschriebenen strengen Regeln bewegt, muss sich ein*e Hinweisgeber*in keine Sorgen machen. Werden die überzogenen Maßstäbe, die die Gerichte hier anlegen, aber nicht beachtet, sind arbeitsrechtliche Konsequenzen wie Abmahnungen oder Kündigungen durchaus denkbar. Theoretisch können Arbeitgeber darüber hinaus sogar versuchen, Schadensersatzansprüche oder Ähnliches geltend zu machen. Anders als bei einem genuinen Geheimnisverrat dürfte das im vorliegenden Fall allerdings schwerfallen. Betriebliche Missstände wie der Personalnotstand an Kliniken sind ja keine Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse im Sinne des GeschGehG. Dass Hinweisgeber*innen strafrechtlich sanktioniert werden, erscheint mir zudem im Hinblick auf die ausstehende Umsetzung der EU-Hinweisgeber-Richtlinie als schwer vorstellbar.

Und haben wir nicht sogar auch eine Pflicht, auf Missstände hinzuweisen?

Durchaus! Das gebietet ja bereits der gesunde Menschenverstand. In § 16 Abs. 1 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) ist das auch vorgeschrieben: Wenn Beschäftigte auf eine Gefahr aufmerksam werden, müssen sie eine Gefährdungsanzeige erstatten. Dabei handelt es sich also nicht nur um ein Recht, sondern sogar um eine Pflicht der Beschäftigten. Das betrifft allerdings durchaus auch Dinge, die der Krankenhaus-Arbeitgeber am liebsten gar nicht hören möchte, also zum Beispiel Hinweise auf dramatische Unterbesetzungen und die Gefahren, die daraus entstehen, wie chronische Erschöpfung der Beschäftigten und die damit einhergehende Gefährdung von Patient*innen – also genau das, was ihr in euren Erfahrungsberichten beschreibt.







DAS SCHWEIGEN BRECHEN GEMEINSAM AKTIV WERDEN!

Du arbeitest im Krankenhaus? Du kommst schon mit Bauchschmerzen zum Dienst? Du fragst dich, wie du alles heute schaffen kannst? Du schämst dich und hast ein schlechtes Gewissen nach der Arbeit, weil du das Gefühl hast, nicht all deinen Patient*innen gerecht geworden zu sein? Du hast Angst, etwas vergessen zu haben? Dann weißt du, welche Folgen Personalmangel haben kann. Wenn wir das Schweigen brechen und von diesen Erfahrungen berichten, dann können wir die wirklichen Konsequenzen von Personalmangel sichtbar machen.

*Du hast Angehörige, die auf medizinische, pflegerische Versorgung angewiesen sind? Du bist oder warst selbst Patient*in? Du arbeitest in einer anderen Branche und erlebst auch in deinem Arbeitsalltag, welche drastischen Folgen der Personalmangel hat? Auch du kannst deine Erfahrungen aufschreiben und aktiv werden. Hier findest du Tipps und Ideen, wie du deine Erfahrungen dokumentieren und sichtbar machen kannst, um Politik, Öffentlichkeit oder Arbeitgeber zum Handeln zu bringen.*

WIE SCHREIBE ICH EINEN ERFAHRUNGSBERICHT?

ANLEITUNG

Wir haben beim Sammeln dieser Erfahrungsberichte gelernt, dass es gar nicht so einfach ist, das selbst Erlebte in Worte zu fassen, deshalb folgt hier eine kleine Anleitung.

WAS MACHT EINEN GUTEN ERFAHRUNGSBERICHT AUS?

- Ein guter Bericht erzählt von einer Situation, das heißt von einem Dienst, einer Begegnung oder von einem Vorfall, etwas, das du wirklich erlebt hast.
- Der Bericht macht das Problem des Personalmangels deutlich und kann so auch zeigen, wie die Situation sein könnte, wenn genügend Personal da wäre.
- Durch Details bekommt dein Bericht Leben und das, wovon du erzählst, wird besser vorstellbar. Es ist hilfreich, sich Fragen zu stellen: Wie ging es mir in der Situation? Wie ging es den Patient*innen? Welche Konsequenzen hat es, wenn ich eine medizinische Maßnahme nicht angemessen durchführen kann?

WORAUF MUSS ICH BEIM SCHREIBEN ODER ÜBERARBEITEN EINES ERFAHRUNGSBERICHTS ACHTEN?

- Der Bericht sollte für Außenstehende verständlich sein. Stell dir etwa vor, du erzählst einer Person, die nicht selbst im Pflegebereich arbeitet, von der Situation.
- Achtung: Krankenhaus-Fachwörter erklären! Verlier dich nicht in Fachproblemen oder Kleinigkeiten, sondern bleib beim Wesentlichen, damit es auch für Außenstehende nachvollziehbar ist.
- Alle Personen im Bericht müssen anonymisiert werden. Das bedeutet, keine Namen und Details zu nennen, die Rückschlüsse zulassen, um wen es sich in diesem Bericht handelt. Das schützt auch dich.

- Schreib, in welcher Berufsgruppe du arbeitest, und anonymisiere, auf welcher Station und in welchem Klinikum du tätig bist. Es geht nicht darum, Kliniken zu schädigen oder einzelne Arbeitgeber an den Pranger zu stellen, sondern darum, die strukturellen Begebenheiten und ihre Auswirkungen aufzuzeigen
- Achte auf Rechtschreibung und einen verständlichen Satzbau.
- Gib deinem Bericht einen Titel.

«ABER SCHREIBEN IST NICHT MEINS ...»

- Jede*r kann die selbst gemachten Erfahrungen dokumentieren. Wir sind keine Journalist*innen oder Schriftsteller*innen. Wir sind Expert*innen für unseren Arbeitsplatz und das, was wir dort täglich erleben. Deshalb: Dein Text muss nicht super geschrieben sein, sondern das, was du erlebt hast, für Außenstehende verständlich machen.

WIE KANN ICH MIT ERFAHRUNGSBERICHTEN ETWAS BEWEGEN?

LICHT INS DUNKEL BRINGEN

Mit den Erfahrungsberichten können wir eindrücklich aufzeigen, welche Konsequenzen Personalmangel und Überlastung haben. So können wir Arbeitgeber, Politiker*innen und die gesamte Gesellschaft in die Verantwortung nehmen, grundlegende Veränderungen endlich in die Tat umzusetzen. Die Erfahrungsberichte zeigen: Unterbesetzung ist ein Problem, das alle angeht.

Die Erfahrungsberichte können aber auch uns und unsere Kolleg*innen bewegen! Mit den Erlebnissen aus dem Krankenhausalltag fühlen wir uns häufig alleingelassen, obwohl wir diese Erfahrungen alle machen. Indem wir unsere persönlichen Erfahrungen als Kolleg*innen miteinander

teilen, rütteln wir uns gegenseitig auf und schaffen wichtige Verbindungen, um gemeinsam etwas zu bewegen!

Das Schweigen zu brechen und damit Veränderungen in Gang zu bringen funktioniert nur im Teamwork. Denn die unbequemen Wahrheiten, die wir aussprechen, stoßen häufig nicht nur auf Interesse, sondern auch auf Gegenwehr.

HIER EIN PAAR PRAKTISCHE BEISPIELE, WIE SICH ERFAHRUNGSBERICHTE EINSETZEN LASSEN, UM ETWAS ZU BEWEGEN

1. Der allererste Schritt:

Gespräche mit deinen Kolleg*innen

Gespräche sind ein einfacher, aber einer der wichtigsten Grundsteine eines jeden Berichts. Hinter jedem Erfahrungsbericht stehen ein Gespräch und die Frage: «Wie geht es dir in deinem Beruf?» Geht ins Gespräch, fragt Kolleg*innen nach ihren Erfahrungen und fangt an, die Berichte aufzuschreiben und zu sammeln.

2. Wir sind nicht allein: Erfahrungsberichte bei Veranstaltungen mit Kolleg*innen

Erfahrungsberichte in einem besonderen Rahmen vorzutragen ist ein sehr emotionaler Moment und kann zu einem starken Gefühl der Verbindung und Gemeinsamkeit führen. Es geht nicht darum, sich gegenseitig mit negativen Erfahrungen runterzuziehen und sein Leid zu klagen, sondern zu merken, dass man damit nicht allein ist. So kann eine gemeinsame Motivation für Veränderung entstehen. Wichtig ist, dass es über die Veranstaltung hinaus einen Anlaufpunkt gibt, um über das Erlebte zu sprechen und Veränderung aktiv zu gestalten. Sei es in der Betriebsgruppe, in einem Treffen im Team oder bei einem Kaltgetränk nach der Arbeit.

3. Die Politik bewegen

Unsere Erfahrungen sind ein Politikum. Die chronische Unterbesetzung in Krankenhäusern ist durch eine politisch gewollte Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung entstanden. Konfrontiert verantwortliche Politiker*innen damit, denn sie wissen häufig überhaupt nicht, wie es in den Krankenhäusern aussieht. Nutzt eure Erfahrungsberichte als Argument für Veränderungen und nagelt die Politiker*innen öffentlichkeitswirksam auf die Unterstützung eures Anliegens fest. Das könnt ihr öffentlich tun, im Rahmen von Veranstaltungen oder zum Beispiel an Wahlkampfständen.

Außerdem kann es sehr hilfreich sein, in einem geschützten Raum das persönliche Gespräch mit politischen Entscheider*innen zu suchen. Hier könnt ihr offen über eure Erfahrungen reden und die Politiker*innen sind häufig zugänglicher, als wenn sie unter öffentlicher Beobachtung reagieren müssen. So könnt ihr einen direkten Draht zu wichtigen Politiker*innen aufbauen, der in festgefahrenen Verhandlungssituationen entscheidend sein kann, um die Arbeitgeber unter Druck zu setzen.

4. Den Arbeitgeber bewegen:

Erfahrungsberichte in Verhandlungen

Erfahrungsberichte sind ein starkes Mittel, um eure Forderungen in Verhandlungen mit den Arbeitgebern zu untermauern.

Sie schildern eindringlich eure Arbeitsbedingungen und liefern starke Argumente, warum es Veränderung braucht. Dabei lassen sie manchmal auch Geschäftsführer*innen nicht kalt. Ein solcher Einsatz sollte vorbereitet sein. Übt gemeinsam, wie ihr eure Erfahrungen stark vortragt, und wählt die richtigen Berichte zum passenden Verhandlungsthema aus.

5. Mit Erfahrungsberichten an die Öffentlichkeit gehen

Unsere Arbeit und unsere Arbeitsbedingungen sind das Fundament der öffentlichen Gesundheitsversorgung und damit von großem öffentlichen Interesse. Nutzt das, indem ihr bei Streiks, auf Demonstrationen, Kundgebungen und Veranstaltungen eure Erfahrungen in den Mittelpunkt stellt und so deutlich macht: Eure Arbeitsbedingungen entscheiden über eine gute Gesundheitsversorgung. Damit könnt ihr den Rückhalt der Öffentlichkeit gewinnen. Ein weiterer Schritt kann darin bestehen, eure Erfahrungsberichte zu veröffentlichen, in sozialen Medien wie Instagram, Twitter oder Facebook und in der Presse als Interviews oder Reportagen. Überlegt euch gut, wann es sinnvoll ist, diesen Schritt zu gehen, achtet dabei auch auf die richtige Dosierung. Auch ein starker Rückhalt unter Kolleg*innen ist hier entscheidend. Da es sich häufig um sensible Informationen handelt, ist Vertrauen zu Journalist*innen wichtig. Wir unterstützen euch gern, wenn ihr eure Erfahrungsberichte öffentlich machen wollt.



Foto: Lisa Schlogheck

*Kein Gottesdienst sondern Streikversammlung: In der Krankenhausbewegung-NRW kamen hunderte streikende Kolleg*innen in der Agneskirche Köln zusammen und teilten ihre Erfahrungsberichte.*

WIR WOLLEN ALLES!

GEMEINSAM FÜR EIN GESUNDHEITSSYSTEM, BEI DEM DER MENSCH IM MITTELPUNKT STEHT

Kollektiv das Schweigen zu brechen und unsere Erfahrungen zu teilen ist ein wichtiger Schritt, um Veränderungen in Gang zu bringen. Gleichzeitig ist klar, dass es nur ein Baustein von vielen sein kann. Um unser Ziel eines menschenwürdigen

Gesundheitssystem zu erreichen, brauchen wir eine große und starke Bewegung. Wir müssen viele sein, wir müssen uns gewerkschaftlich organisieren und vernetzen. Die Missstände in unserem Gesundheitssystem sind ein gesamtgesellschaftliches Problem und daher braucht es eine breite, bundesweite Bewegung von Beschäftigten, Patient*innen, Angehörigen und potenziell Betroffenen, also allen. Deshalb haben wir hier ein paar Ideen und Ansatzpunkte zusammengetragen, wie ihr auch außerhalb des Krankenhauses aktiv werden könnt.

Außerdem haben wir noch einige Lese- und Filmtipps mit Anregungen, wie ihr auch bei euch in der Klinik den Stein ins Rollen bringen könnt: Wie könnt ihr am besten mit Kolleg*innen ins Gespräch kommen? Wie können Mehrheiten für eine Forderung aufgebaut werden? Wie schmiedet ihr einen Plan, um zu gewinnen? Die Tipps geben euch einen vertiefenden Einblick in Methoden, die wir in Jena, Berlin, Mainz und Nordrhein-Westfalen nutzen konnten. Methoden, die uns stärker gemacht und zum Erfolg geführt haben.

Du arbeitest nicht im Krankenhaus oder in der Pflege und hast damit kein Team, mit dem du gemeinsam Erfahrungsberichte politisch nutzen kannst? Trotzdem bewegt dich das hier Gelesene und du willst etwas tun? Die hier gesammelten Tipps und Strategien lassen sich auch auf andere Bereiche übertragen, so keep on reading!

GEMEINSAM AKTIV WERDEN **ENGAGIERT EUCH IN BÜNDNISSEN**

In vielen Städten in Deutschland gibt es Bündnisse, die sich gegen Profite im Gesundheitssystem und für mehr Personal einsetzen, Seite an Seite mit den Beschäftigten. Schaut im Internet, ob es auch bei euch vor Ort ein solches Bündnis gibt, in dem ihr aktiv werden könnt. Wenn nicht, gründet eins. Inspiration findet ihr zum Beispiel beim Berliner Bündnis «Gesundheit statt Profite» oder auch dem Kölner Bündnis «Profite schaden ihrer Gesundheit». Die Bündnisse machen zum Beispiel Öffentlichkeitsarbeit, organisieren Informationsveranstaltungen oder Filmvorführungen und unterstützen Streiks vor Ort.

HELFT UNS, LICHT INS DUNKEL ZU BRINGEN

Schaut auf unserem Instagram- oder Twitter-Account vorbei und helft uns, Reichweite zu bekommen, indem ihr unsere Inhalte teilt. Gern könnt ihr dort auch eure Gedanken mit uns teilen.

Oder erzählt lokalen Politiker*innen von den gelesenen Erfahrungsberichten und fragt sie, was sie gegen diese Missstände zu tun gedenken. Auf diese Art und Weise helft ihr, das Thema auf die politische Agenda zu setzen und Politiker*innen bewusst zu machen, dass es auch an ihnen liegt, endlich zu handeln.

LESE-, FILM- & PODCAST-TIPPS

DIE HIER VERÖFFENTLICHTEN ERFAHRUNGSBERICHTE SIND NUR EIN KLEINER AUSSCHNITT. AUF DER WEBSEITE SCHWARZBUCH-KRANKENHAUS.NET FINDET IHR WEITERE BERICHTS VON KOLLEG*INNEN.

«Ohne uns geht gar nix». **Der lange Kampf der Berliner Krankenhausbewegung**, ein Film der Rosa-Luxemburg-Stiftung: Der Film zeigt in eindrucksvollen Bildern, mit welchen Methoden die Beschäftigten in Berlin gewonnen haben und was sie in ihrem Kampf motiviert hat; www.rosalux.de/mediathek/media/element/1729.

Gebraucht und beklatscht – aber bestimmt nicht weiter so! Geschichte wird gemacht: Die Berliner Krankenhausbewegung, hrsg. von Silvia Habekost, Dana Lützkendorf, Sabine Plischek-Jandke und Marie-Luise Sklenar. Das Buch bietet einen guten Einstieg in die verschiedenen Methoden und Strategien, die die Kolleg*innen der Berliner Krankenhausbewegung genutzt haben, um ihre Forderungen durchzusetzen. Von Öffentlichkeitsarbeit über innovative Streikposten bis hin zu breiten Beteiligungsstrukturen in den Verhandlungen.

«Aus Sorge kämpfen. Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt», hrsg. von Julia Dück und Julia Garscha, eine Broschüre der Rosa-Luxemburg-Stiftung: Die Broschüre zeigt in Gesprächen mit Beschäftigten auf, welche Konsequenzen die Ökonomisierung und der Personalmangel haben, und bietet gute Argumente für Veränderung; www.rosalux.de/publikation/id/45949/.

«Gepflegt in den Burn-out: Streik im Krankenhaus» – **Pissy, der Missy-Magazin-Podcast**: Im Gespräch mit Beschäftigten aus Berlin und Köln wird über die erfolgreichen Kämpfe und ihre Methoden gesprochen sowie über Erfahrungen und Auswirkungen des Personalmangels; pissy.podigee.io/21-neue-episode.

«Höchstens vier Wochen. Die Geschichte des größten Streiks im deutschen Gesundheitssystem» – ein Film von Jonas Alter und Hubertus Koch: Der Film begleitet einige Beschäftigte der sechs Unikliniken in Nordrhein-Westfalen während des 77 Tage langen Streiks für Entlastung und berichtet von ihren Erfahrungen, ihren Motivationen und davon, wie sie am Ende ihr Ziel erreichen konnten; www.youtube.com/watch?v=-MEM4QgeDgg.

«Macht. Gemeinsame Sache.» – **Ein Buch von Jane McAlevey**. Jane McAlevey ist eine erfolgreiche und innovative gewerkschaftliche Organizerin aus den USA. Von ihr stammen viele Methoden, die uns auch in Deutschland zum Erfolg verholfen haben. Besonders in Kapitel 5 und 6 des Buches geht sie darauf ein, wie es Beschäftigten gelingen kann, eine Gewerkschaft neu aufzubauen und zu stärken.

Broschüren und Stellungnahmen des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik: Auf der Internetseite des Bündnisses findet ihr umfangreiches Hintergrundwissen zur Finanzierung unseres Gesundheitssystems; www.krankenhaus-statt-fabrik.de.

GLOSSAR

Bipolar:	psychiatrische Erkrankung, extreme Schwankung von Stimmungen
Bronchoskopie:	Untersuchung der Lunge mit einer Kamera
CT:	Computertomografie – bildgebende Diagnostik mit Strahlen
Delir:	plötzlich beginnende Verwirrtheit
Diabetes:	«Zuckerkrankheit»
ECMO:	Herz- und Lungenmaschine
Einleitung:	Vorbereitungsraum für Operationen
Elektiv:	geplant
Fixierung:	rechtliche Anordnung, Patient*innen zu fixieren, um sie zu schützen
Herzkatheter:	Untersuchung von Blutgefäßen am Herz
Insulin:	Medikament für Diabetiker*innen
Intravenös:	durch die Vene
Intubation:	einen Schlauch für die Beatmung durch die Luftröhre schieben
Kanzel:	«Tresen» vor dem Dienstraum des Pflegepersonals
Katheter:	dünnes Rohr, das in den Körper eingeführt wird
Leasingkraft:	Kolleg*in, die nicht im Krankenhaus angestellt ist, sondern bei einer Zeitarbeitsfirma
Metastasen:	Ableger von Krebszellen
MRT:	Magnetresonanztomografie – bildgebende Diagnostik mit Magnetfeldern
Narkose:	medikamentös herbeigeführter Schlafzustand
Onkologie:	Fachrichtung Krebs
OP:	Operation bzw. Operationssaal
Pädiatrie:	Fachrichtung Kinderheilkunde
Parenteral:	über die Vene
Psychose:	psychiatrische Erkrankung: Realität verändert wahrnehmen
Radiologie:	Fachrichtung Strahlentherapie
Reanimieren:	Herzdruckmassage und Wiederbelebung
Schizoauffektiv:	Psychose und Stimmungsschwankungen bestehen nebeneinander
Schockraum:	Raum in der Notaufnahme für Patient*innen in besonders kritischen, lebensbedrohlichen Situationen
Thorax:	Brustkorb
Thoraxchirurgie:	chirurgische Behandlung von Organen innerhalb der Brusthöhle
Thrombozyten:	Blutplättchen, zuständig für die Blutgerinnung
Tracheotomie:	Luftröhrenschnitt
Trauma:	durch Gewalteinwirkung entstandene psychische Verletzung
Tremor:	Zittern
Triage:	Hierarchisierung von Patient*innen bei der Behandlung



« KLINIKEN SIND AM LIMIT. MENSCHEN STERBEN, WEIL AM PERSONAL GESPART WIRD. TÄGLICH SPIELEN SICH UNVORSTELLBARE SZENEN AB. VON NEUGEBORENEN, DIE INS LEBEN STÜRZEN, WEIL KEINE HEBAMME DA IST, UM SIE AUFZUFANGEN, ÜBER PATIENT*INNEN, DIE NICHT DAVON ABGEHALTEN WERDEN KÖNNEN, SICH IM KRANKENHAUS DAS LEBEN ZU NEHMEN, WEIL DIE KOLLEG*INNEN AM LIMIT ARBEITEN, BIS HIN ZU MENSCHEN, DIE IN WARTEZIMMERN UNBEMERKT VERSTERBEN.

SEIT SIEBEN JAHREN WERDEN EMANZIPATORISCHE KRANKENHAUS-BEWEGUNGEN IMMER STÄRKER, DIE DIESE MISSSTÄNDE IM GESUNDHEITSWESEN BENENNEN UND DAGEGEN KÄMPFEN. WIR BRECHEN DAS SCHWEIGEN, DENN WIR SIND NICHT MEHR BEREIT, EIN KAPUTTES SYSTEM AUFRECHTZUERHALTEN, UNSERE GESUNDHEIT ZU RISKIEREN UND PATIENT*INNEN WEITER ZU GEFÄHRDEN. »