

Karl H. Beine
Jeanne Turczynski

Tatort Krankenhaus

Wie ein kaputtes System Misshandlungen
und Morde an Kranken fördert

DROEMER 

Folgende Nachnamen wurden aus persönlichkeitsrechtlichen Gründen abgekürzt, die Vornamen der betreffenden Personen teilweise anonymisiert: Claudia L., Dirk M., Thomas H., Gerhard L., Martina R., Rainer L., Irmgard L., Helga B., Rolf Z., Maik A., Hans W., Richard B., Janina R., Schwester Gertrud, Alfred D.

Besuchen Sie uns im Internet:
www.droemer.de



© 2017 Droemer Verlag

Ein Imprint der Verlagsgruppe Droemer Knauer GmbH & Co. KG, München
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk darf – auch teilweise – nur mit
Genehmigung des Verlags wiedergegeben werden.

Redaktion: Heike Gronemeier

Covergestaltung: ZERO Werbeagentur, München

Coverabbildung: FinePic®, München / shutterstock

Satz: Adobe InDesign im Verlag

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

ISBN 978-3-426-27688-4

5 4 3 2 1

*Gewidmet den Opfern und ihren Angehörigen
und allen, die in Krankenhäusern und Heimen
ihr Bestes geben, jeden Tag.*

Inhalt

Einleitung	
Über ein gefährlich krankes System	9
1	
Der Fall Niels H.	23
Ein Zeitungsartikel mit Folgen	23
Vom Helfer zum Täter	28
Die juristische Aufarbeitung	51
2	
Vom gemeinnützigen Krankenhaus zum gewinnorientierten Unternehmen	58
Fallpauschalen und optimaler »Case-Mix«	59
Kürzungen an der falschen Stelle	63
Im Abrechnungswahn	71
In der Medizinfabrik	86
Wohin mit Fehlermeldungen?	96
3	
Gewalt gegen Schutzbefohlene	111
Wenn Arbeit unzufrieden macht	113
Kranke Helfer	120
Tödliche Konsequenzen	125

8	Inhalt
4	
Mord in der Klinik	130
Der Fall Martina R.	137
Der Fall Rainer L.	145
Problemfall Arbeitszeugnis	163
5	
Plädoyer für eine Systemkorrektur	167
Forderung 1: Bessere Ausbildung	172
Forderung 2: Begleitung im Arbeitsalltag	180
Forderung 3: Konfliktmanagement und Coaching	183
Forderung 4: Neue Fehlerkultur	186
Forderung 5: Schluss mit »Mengenausweitung« und »Arbeitsverdichtung«	198
Forderung 6: Klasse statt Masse	202
Forderung 7: Wehrt euch!	210
6	
Plädoyer für eine andere Medizin	214
Anhang	
Anmerkungen	229
Literaturverzeichnis	238
Dank	251

Einleitung: Über ein gefährlich krankes System

Wenn wir krank werden, dann sind wir auf Hilfe angewiesen. Niemand kann sich den Herzschrittmacher selbst einsetzen, das kaputte Bein schienen oder den Wundverband eigenhändig anlegen. Wir brauchen dafür Unterstützung. Durch Ärzte oder Pflegekräfte.¹ Im Falle einer Erkrankung oder längeren Pflegebedürftigkeit gehen wir in ein Klinikum oder ein Heim. Wir tun das, weil wir uns dort Hilfe erwarten. Wir wollen erfahren, was wir haben, wie es behandelt werden kann und ob es uns nach beendeter Therapie wieder gut gehen wird. Wenn wir selbst nicht dazu in der Lage sind, soll man uns waschen, uns kämmen, beim Anziehen und Zähneputzen helfen und beim Essen unterstützen. Wenn wir den Notfallknopf am Bett drücken, soll schnell eine Pflegekraft kommen und nicht erst nach zwanzig Minuten genervt in der Tür stehen. Wir möchten liebevoll umsorgt, kompetent behandelt und gepflegt werden. Und als Betroffene wie auch als Angehörige möchten wir immer bestens darüber informiert werden, was uns oder unseren Liebsten fehlt. Wir möchten, dass sich jemand Zeit nimmt, uns die medizinischen Zusammenhänge zu erläutern, und dass jemand ein offenes Ohr für unsere Sorgen oder die unserer Angehörigen hat.

So weit die Wunschvorstellung. Mit der Realität in deutschen Krankenhäusern und Heimen hat das leider wenig zu

tun. Ärzte und Pflegekräfte agieren an der Belastungsgrenze, der Patient ist kaum noch Mensch mit Bedürfnissen, sondern Fallzahl und damit Wirtschaftsfaktor für die jeweilige Einrichtung. Es fehlt an Zeit und Personal für eine angemessene und vor allem menschenwürdige Pflege. Die Folgen sind dramatisch: In deutschen Krankenhäusern und Heimen sterben täglich Menschen – und zwar nicht etwa, weil ihre Erkrankung tödlich wäre oder sie an Altersschwäche gelitten hätten. Nein, sie sterben durch ärztliche Fehleinschätzungen, falsche Medikamente und Therapien oder überlastetes Personal, das Fehler macht oder notwendige Pflegemaßnahmen unterläßt.

Es gibt aber noch einen weiteren, sehr erschreckenden Grund: Menschen sterben in deutschen Krankenhäusern und Heimen, weil Mitarbeiter nachhelfen, weil Mitarbeiter töten. Und das tausendfach.

Bisher scheint das niemanden groß zu interessieren, es sei denn, es werden ganze Tötungsserien aufgedeckt, wie zuletzt in Oldenburg und Delmenhorst. Dann heißt es jedoch schnell: Das ist ein krasser Einzelfall, das ist doch kein Systemfehler, einen Psychopathen wird man niemals aufhalten können.

Eine neue Untersuchung der Universität Witten-Herdecke aus dem Herbst 2015 liefert allerdings Daten, die das Bild des Einzeltäters ins Wanken bringen: Tatsächlich gibt es deutlich mehr Tötungsdelikte in Krankenhäusern und Heimen als bisher angenommen.

An der Studie zur Arbeitssituation in medizinischen und pflegerischen Berufen beteiligten sich 5055 Personen, darunter Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger und Ärzte. Gemessen an der Gesamtzahl aller, die in diesem Bereich arbeiten, ist das nicht viel, die Studie ist also nicht re-

präsentativ, bietet aber ausreichend Einblicke für eine qualifizierte Kalkulation.

Die Teilnehmer erhielten einen Fragenkatalog, der sorgfältig konzipiert werden musste, damit er nicht sofort auf Ablehnung stößt. Denn Gewalt in Kliniken und Heimen, zumal, wenn sie unter Umständen tödlich verläuft, ist ein schwieriges und sensibles Thema. Deshalb wurde beispielsweise nicht gefragt: »Haben Sie schon einmal einen Patienten getötet?« Sondern: »Haben Sie selbst schon einmal aktiv das Leiden von Patienten beendet?« Oder auch: »Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten schon einmal von einem oder mehreren Fällen gehört, dass jemand das Leiden von Patienten aktiv beendet hat?«

Diese Art zu fragen führt dazu, dass man mehr erfährt, wenngleich Fragen und Antworten einen gewissen Interpretationsspielraum bieten. Wenn jemand angibt, das Leben eines Patienten »aktiv beendet« zu haben, können sich sehr unterschiedliche Tötungsdelikte dahinter verbergen: Tötung auf Verlangen, Totschlag, Mord, Tod durch unterlassen. Die Antworten lassen auch keinen Rückschluss darauf zu, ob es sich um eine Einzeltat oder um eine Serie handelt. Dennoch sind solche Angaben wichtig, wenn wir mehr wissen wollen über Gewalt und Tötungen in Kliniken und Heimen. Wir können uns schließlich nicht nur auf die Aussagen bereits überführter Täter stützen. Es geht um jene, die selbst Gefahr laufen, zum Täter zu werden, und um jene, die eine solche Tat in ihrem Umfeld für möglich halten oder beobachtet haben.

Wenn sich Mitarbeiter des Gesundheitswesens bereit erklären, mittels eines solchen Fragebogens zu reden, ist das ein wichtiger Schritt, denn die Dunkelziffer dürfte in diesem tabubeladenen Bereich enorm hoch sein. Üblicherweise

wird sie bei unentdeckten Verbrechen zwischen minimal eins zu drei und maximal eins zu sechs angegeben.² Vieles spricht dafür, dass die Dunkelziffer von Tötungen in Kliniken und Heimen weit größer ist.³ Nirgendwo – so könnte man meinen – sollten Verbrechen unwahrscheinlicher sein als in diesen Schutzräumen, in die wir uns begeben, wenn wir Hilfe brauchen. Wir erwarten weder von Ärzten noch von Pflegern, dass uns Schaden zugefügt wird. Nirgendwo ist unsere Arglosigkeit größer als gegenüber Kliniken und Heimen und den Menschen, die dort arbeiten. Unsere Arglosigkeit wird dadurch gestärkt, dass in solchen Einrichtungen auch unter natürlichen Umständen sehr häufig gestorben wird. Die Statistik für das Jahr 2015 listet 925 239 Sterbefälle in Deutschland auf⁴, 31 Prozent davon (286 825) ereigneten sich in Heimen und 46 Prozent (425 609) in Krankenhäusern.⁵

Bei der Auswertung der Fragebogen kamen Zahlen heraus, die Angst machen: Die Hälfte aller Befragten wusste von Fällen zu berichten, in denen Patienten oder Bewohner während eines Zeitraums von zwölf Monaten verbal angegangen oder beschimpft wurden. 3,8 Prozent der Beteiligten aus den pflegerischen Berufen (164 Personen) hatten davon gehört, dass innerhalb eines Jahres an ihrem Arbeitsplatz das Leben von Patienten aktiv beendet worden sei. Immerhin 1,5 Prozent (65 Personen) aus dem Bereich Pflege gab an, das Leiden von Patienten selbst schon aktiv beendet zu haben. Bei den Ärzten waren es 3,4 Prozent.

Rechnet man diese Zahlen auf die Gesamtheit aller in Deutschland tätigen Ärzte und Pflegekräfte in Krankenhäusern und Heimen⁶ hoch, würde sich folgendes Bild ergeben: Allein zwischen Oktober 2014 und Oktober 2015 könnte es in deutschen Krankenhäusern zu 14 461 Tötungen gekom-

men sein. Machte man die gleiche Rechnung für Heime auf, dann kämen noch einmal 6857 Tötungen hinzu. Wir reden also über mehr als 21 000 Opfer – in nur einem Jahr. Zum Vergleich: Im Straßenverkehr kommen jedes Jahr etwa 3500 Menschen ums Leben, das ist gerade Mal ein Sechstel.

Doch damit nicht genug: Die Zahlenbasis legt nahe, dass fast 40 000 ärztliche oder pflegerische Mitarbeiter schon einmal davon gehört haben, dass das Leben eines Patienten aktiv beendet wurde. Das ist ein gewichtiges Indiz dafür, dass in Kliniken und Heimen Tötungshandlungen und auch Tötungsserien häufiger sind als bisher angenommen. Die Dunkelziffer liegt vermutlich noch höher.

Taten, begangen von Pflegemitarbeitern und Ärzten, denen das Unrechtsbewusstsein verloren gegangen scheint und die sich teilweise sogar im Recht fühlen. Die überfordert sind, wenn es um Mitmenschlichkeit geht, die die tägliche Konfrontation mit Leiden und Sterben nicht mehr aushalten, die von einem auf ökonomische Effizienz getrimmten System kaputt gemacht werden – und die am Ende richtig gefährlich werden können für diejenigen, die sich hilfesuchend an sie gewandt haben.

Wenn man sich die Psychogramme von Serientätern aus Kliniken und Heimen ansieht, stellt man fest, dass das Bild des krankhaften Psychopathen zu kurz greift. Es sind oft ganz normale Menschen, die mit der Zeit ein Gefühl des Ausgebrannt-Seins, der Verunsicherung und Überforderung entwickelt haben. Die ihre Empathiefähigkeit verloren und durch Zynismus und Brutalität ersetzt haben. Selbstverständlich wird nicht jeder zum Mörder oder Gewalttäter, der von seiner Arbeit im Krankenhaus oder im Heim überfordert ist. Aber die Arbeitsbedingungen in diesen Einrich-

tungen begünstigen den Umstand, dass es auch nicht mehr auffällt, wenn ein Mitarbeiter langsam entgleist und abdriftet. Wenn Ärzte und Pflegedienstleiter sagen, sie wüssten genau, wer aus ihrem Team an seinen Grenzen agiert, hätten aber keine Ahnung, mit wem sie darüber reden sollten, dann haben wir ein strukturelles Problem in unserem Gesundheitssystem.

Es ist ein Problem, das uns alle interessieren sollte, denn früher oder später werden auch wir in Einrichtungen landen, in denen wir auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Das Problem sollte auch und vor allem die Politik interessieren, die in den kommenden Jahren endlich aktiv auf den Pflege-notstand reagieren muss. Und zwar, indem sie das Geld, das in unser Gesundheitssystem fließt, umverteilt. Zulasten eines gigantisch aufgeblähten Verwaltungsapparats und zugunsten einer größeren Personaldecke in Kliniken und Heimen. Zugunsten einer besseren Ausbildung der dort tätigen Menschen. Und zugunsten einer regelmäßigen auch psychologischen Unterstützung und Begleitung der dort arbeitenden Menschen. All das sind Voraussetzungen für eine Medizin, die sich in den Dienst ihrer Patienten stellt.

Damit wir uns richtig verstehen: Krankenhäuser sind keine Sehnsuchtsorte. Alten- und Pflegeheime auch nicht. Das müssen sie auch nicht werden. Wir gehen dorthin, weil wir müssen. Wir geben unsere Angehörigen in andere Hände, weil wir selbst die Pflege nicht übernehmen können. Deshalb vertrauen wir den Menschen, die in solchen Einrichtungen arbeiten. Wir verlassen uns darauf, dass ein Arzt weiß, was er tut. Wir gehen auch davon aus, dass Pflegemitarbeiter wissen, was zu erledigen ist, und dass sie dies mit Respekt und Empathie tun. Wir gehen nicht davon aus, in einer Klinik oder einem Heim einem Tötungsdelikt zum Opfer zu

fallen. Ein Mann, dessen Vater in einer Klinik im Allgäu getötet wurde, sagte uns im Gespräch: »Mir wäre es lieber gewesen, wir hätten die Umstände nie erfahren.«

So, wie wir unsere Kinder in Krippen und Kitas dem erzieherischen Personal anvertrauen, so machen wir das auch in der Medizin oder in der Pflege. Das deutsche Gesundheitssystem gilt dabei als eines der besten der Welt. Noch. Denn das System ist marode. Es geht kaputt, langsam, schleichend, aber zielsicher. Das vorhandene Geld kommt nicht in der direkten Patientenversorgung an. Ein Schritt zieht dabei den nächsten nach sich: Es gibt zu wenig Personal; und dessen Arbeitskraft und Zeit muss auf zu viele Patienten verteilt werden. Es bleibt nur noch Zeit für die Grundpflege, keine Zeit mehr für Gespräche mit Patienten und Angehörigen. Wenn es gar nicht mehr anders geht, werden Betten gesperrt. Und wenn das auch nicht mehr ausreicht, werden ganze Stationen dichtgemacht.

Die Folgen merken vor allem: wir. Patienten und Angehörige, also all jene, die ein Krankenhaus oder ein Altenheim brauchen. Die Folgen sind unübersehbar, wenn Ärzte so überlastet sind, dass kein Gespräch mehr möglich ist. Wenn Oma und Opa eine Stunde vor dem Mittagessen sitzen gelassen werden, weil keiner Zeit hat, ihnen beim Essen zu helfen. Und sie sind ebenso unübersehbar, wenn in der Eile der Blutdrucksenker mit dem Herz-Rhythmus-Medikament verwechselt wurde. Was Angehörigen indes oftmals verborgen bleibt, ist, wenn Ärzte oder Pflegekräfte mit ihren Patienten unfreundlich umgehen, Gespräche abblocken, anfangen, sie zu beschimpfen. Wenn schon mal fest zugepackt wird, geschubst oder an den Haaren gezogen wird. Manches passiert unabsichtlich, vieles ist durch Überlastung zu erklären. Aber einige Vorfälle können nur deshalb geschehen,

weil das System Wegschauen begünstigt. Und weil es die Menschen, die in diesem System arbeiten, dazu zwingt, andere Schwerpunkte zu setzen. So fällt inzwischen das früher obligatorische Mitarbeiterfrühstück beim Schichtwechsel häufig weg, weil Pflegekräfte die Dokumentation erledigen müssen. Teambesprechungen finden nur noch zwischen Tür und Angel statt, weil im streng durchgetakteten Alltag dafür keine Zeit eingeplant ist. Pflegekräfte und Ärzte hetzen von Patient zu Patient, immer bedacht darauf, dass die Liegezeiten nicht überschritten werden, dass die Station optimal belegt ist, dass der »Case-Mix« stimmt und Geld in die Krankenhauskassen kommt. Denn darum geht es mittlerweile vor allem. Die optimale medizinische oder pflegerische Versorgung spielt schon lange nicht mehr die Hauptrolle in diesem System. Ein Pflegemitarbeiter sagt: »Es geht nicht mehr um den Patienten, sondern es geht um abrechenbare Leistung und um Geld.«

Längst haben in den Einrichtungen die kaufmännischen Direktoren das Ruder übernommen. Viele von ihnen führen – unbelastet von pflegerischen oder medizinischen Gegebenheiten und fern von den Patienten – Kliniken und Heime nach den Gesetzen des Marktes. Dementsprechend wird gemacht, was Geld bringt, nicht, was medizinisch sinnvoll ist. So erklärt sich auch, dass in kaum einem anderen Land Patienten so oft im Krankenhaus behandelt werden wie in Deutschland. Wir sind weltweit führend bei Herzkreislauf-Behandlungen und beim Einsetzen künstlicher Hüften. Doch während die Zahl der stationären Behandlungen vor allem in den Bereichen gestiegen ist, die eigenwirtschaftlichen Gewinn versprechen, wurden gleichzeitig während der letzten Jahre allein in der Pflege etwa 50 000 Stellen in deutschen Krankenhäusern gestrichen.⁷ Dennoch

hört man immer wieder, dass in den Kliniken noch »Effizienzreserven« vorhanden seien, man müsse nur die Prozesse optimieren und die Ressourcen voll ausschöpfen. Konkret heißt das: Immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit, immer mehr Bewohner in den Heimen bei immer weniger Helfern.

Das ist gefährlich, das macht krank. Es braucht Zeit, um den einzelnen Menschen kennenzulernen, ihn sorgfältig zu beobachten, seine Bedürfnisse zu erforschen und Vertrauen herzustellen. Das sind wichtige Faktoren, um gesund zu werden oder die letzte Lebensphase gut gestalten zu können. Medizin ist heute standardisiert und katalogisiert – alles festgehalten in einem dicken Wälzer mit Prozeduren und Fallpauschalen. Diese Kategorien beschreiben Zustände von Patienten, aber keine Bedürfnisse. Bedürfnisse lassen sich nicht in einem Maßnahmenkatalog klassifizieren. Und Zeit im Sinne von Zuwendung ist etwas, das in diesen Kategorien niemals auftaucht, außer in Form von Liegetagen, die bitte möglichst knapp gehalten werden sollen.

Zeit und das Erkennen von Bedürfnissen sind wichtige Grundpfeiler für eine gute Behandlung. Nur: Zeit hat inzwischen niemand mehr, der heute in einem Krankenhaus oder Heim Menschen versorgt. Die Helfer sind gehetzt, von der Uhr getrieben und vom ökonomischen Druck geleitet. Die Mitarbeiter haben nicht die Zeit, in der nötigen Ruhe ihrer Arbeit nachzugehen, geschweige denn, ihre Arbeit ausreichend zu reflektieren, auch im Austausch mit Kollegen. Der Umgang mit Sterben, mit Leid und mit Tod ist Alltag – damit sind viele allerdings überfordert. Die Arbeitsbedingungen führen dazu, dass viele Pflegekräfte und Ärzte schildern, ihre Arbeit nur noch freudlos und angestrengt zu verrichten.

Achtsamkeit im Umgang miteinander, die Kommunikation und der Austausch mit Kollegen wären aber wichtige Elemente der Psychohygiene, um die enormen Belastungen wenigstens ein bisschen abzufedern. Gleichgültigkeit kann dort entstehen, wo ein Übermaß an Anforderungen Ohnmachtsgefühle hervorruft. Nichts sehen, nichts hören, nichts sagen. Diese Abstumpfung ist gefährlich. Manche machen nur noch Dienst nach Vorschrift, viele reduzieren auf Teilzeit, einige werden krank. Wieder andere gehen innerlich auf Distanz, werden zynisch, verrohen erst sprachlich, werden mit der Zeit vielleicht körperlich aggressiv. Die Folgen tragen die Patienten, im schlimmsten Fall bezahlen sie sogar mit ihrem Leben.

Der Fall des »Todespflegers« Niels H., der im Klinikum Delmenhorst fast dreißig Menschen getötet haben soll, erhitzt derzeit die Gemüter. Der Fall ist noch nicht abgeschlossen, gilt aber schon jetzt als die größte Tötungsserie der deutschen Nachkriegsgeschichte. Drei Prozesse gab es bereits, der vierte ist in Vorbereitung. Am Strafmaß ändern wird sich vermutlich nichts. Der Mann sitzt längst hinter Gittern, verurteilt zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe. In seinem Beruf arbeiten wird er nach der Haft nicht mehr, das wurde ihm verboten. Der Fall Niels H. mag in seiner Dramatik und seinem Ausmaß eine gewisse Sonderstellung einnehmen. So viel aber ist gewiss: Er hatte ein ganzes System auf seiner Seite. Nur so ist zu erklären, warum er über Jahre töten und nicht früher gestoppt werden konnte.

Solche Fälle passieren auf der ganzen Welt. Kürzlich in Japan: Ein ehemaliger Krankenpfleger erstach 19 Menschen mit Behinderung in einem Pflegeheim, seiner früheren Arbeitsstätte, 25 weitere wurden verletzt. In seiner ersten Ver-

nehmung gab er an, er wolle, dass alle Behinderten verschwinden. Der Täter hatte seine Stelle einige Monate zuvor verloren und war in psychiatrischer Behandlung, da er in einem Brief angekündigt hatte, er wolle »470 Schwerbehinderte ausmerzen«. Er wolle eine Welt, in der Schwerbehinderte »euthanasiert werden können«.⁸ In Japan entspann sich nach der Tat eine allgemeine Debatte über das Pflegesystem, das hoffnungslos überlastet ist. Es gibt zu wenig Personal, die Bezahlung ist schlecht, Pflegekräfte arbeiten am Rande ihrer Kräfte, sind zunehmend frustriert und können keine gute Arbeit mehr leisten. Das Gesundheitsministerium registrierte schon 2014 allein 300 schwere Fälle von Gewalt gegen greise Patienten. Auch wenn im jüngsten Fall andere Gründe wie ein krudes Euthanasie-Denken ausschlaggebend gewesen sein mögen, denkt Japan inzwischen über eine Kurskorrektur im Gesundheitssystem nach.

Japan ist ein Land, das ähnlich hoch entwickelt ist wie Deutschland. Und es ist ein Land, in dem die demografische Entwicklung bereits jetzt drastische Folgen hat. So unterschiedlich die beiden Gesundheitssysteme auch sein mögen: Wir sind überzeugt, dass es einen Nährboden gibt, auf dem solche Taten gedeihen und im schlimmsten Fall zu Serien werden können. Ein aktuelles Beispiel aus Deutschland: Im November 2016 wurde bekannt, dass es in einer Seniorenresidenz in Unterfranken offenbar zu groben Missständen bei der Betreuung der Bewohner gekommen ist. Die Vorwürfe reichen von ausgetauschten Medikamenten, Bestrafungen bis hin zu unterlassener Hilfeleistung. Dadurch soll es zu mehreren Todesfällen gekommen sein, wie Pflegemitarbeiter des Hauses gegenüber dem Bayerischen Rundfunk sagten.⁹ Der Tatverdacht gegen die Geschäftsführerin und den Pflegedienstleiter: Totschlag.

Die wirtschaftlichen Interessen und ökonomischen Zwänge, denen die einzelnen Einrichtungen unterworfen sind, geben dabei die Richtung vor. Und nicht die Bedürfnisse der Patienten und der in diesem Bereich arbeitenden Menschen.

Mit diesem Buch möchten wir nicht nur den Blick auf ein im Niedergang befindliches System lenken. Sondern auch auf die psychisch und physisch kräftezehrende Arbeit, die Helferinnen und Helfer in Kliniken und Heimen leisten. Wir möchten beleuchten, inwiefern das System Fehleranfälligkeit begünstigt und was es bedeutet, wenn Krankenhäuser und Heime zu Wirtschaftsbetrieben gemacht werden. Nur wer mindestens eine schwarze Null schreibt, überlebt. Und überleben kann nur das Haus, kann nur die Einrichtung, die mit immer weniger Personal immer mehr Menschen in immer kürzerer Zeit »versorgt«.

Wo Menschen arbeiten, werden Fehler gemacht – irren ist menschlich. Doch in helfenden Berufen ist das besonders sensibel, weil es immer um Menschenleben geht. Umso mehr müssen wir dafür sorgen, dass in diesem Bereich Bedingungen herrschen, die die bestmögliche Versorgung gewährleisten – nicht im Sinne von Dienstleistung, sondern im Sinne von professioneller und menschlicher Hinwendung.

Dieses Buch betrifft uns alle. All diejenigen, die in ein Krankenhaus gehen, um sich behandeln zu lassen. Diejenigen, die unfreiwillig dort landen, weil sie plötzliche Beschwerden oder einen Unfall haben. Es geht Patienten und Angehörige an und die Mitarbeiter, die in Krankenhäusern oder Heimen unmittelbar am Patienten arbeiten. Die sich ursprünglich hoch motiviert für ihren Beruf entschieden

haben, die angetreten sind, um den Menschen zu helfen und die Welt dadurch ein bisschen besser zu machen. Die aber schnell merken, dass es darum in diesem System nicht geht. Wer in einer Klinik arbeitet, der muss allzu rasch verinnerlichen, was der eigentliche Taktgeber im Alltag ist: Fallzahlen, Fallpauschalen, Liegezeiten, Quantitäten, Wirtschaftlichkeit. Was zählt, ist die Frage: Lohnt sich eine Behandlung für die Einrichtung? Lässt sich damit Geld verdienen? Ein Oberarzt einer Intensivstation sagte hinter vorgehaltener Hand zu uns: »Wir entlassen alle unsere Patienten viel zu früh, um die Kosten zu drücken. Als Arzt mache ich mir darüber möglichst keine Gedanken. Sonst könnte ich nachts nicht schlafen.«

Auch Patienten und Angehörige begreifen schnell: Das Krankenhaus ist nicht der Ort, für den wir es gern halten. Kranke merken, dass sie nicht die Aufmerksamkeit, die Informationen und die Betreuung bekommen, die sie sich wünschen und die ihnen eigentlich auch zustünden. Oft verstehen sie nicht, was Ärzte ihnen erklären, oder noch schlimmer: Niemand erklärt ihnen irgendetwas. Angehörige müssen sich im Klinikalltag damit abfinden, dass sie den Tagesablauf, die medizinische Routine stören. Sie halten auf mit ihren Fragen, werden abgewimmelt, belächelt oder beschimpft.¹⁰

Noch mag das Gesundheitssystem in Deutschland gut sein – gerade im weltweiten Vergleich. Doch es erodiert. Und wenn man bedenkt, wie die Situation aktuell bereits ist, lässt sich erahnen, welche drastischen Auswirkungen noch folgen werden.

Wenn die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung sich nicht verändern, werden mittelfristig immer weniger Menschen einen helfenden Beruf ergreifen. Wenn der Effizienz-

wahn und der Drang zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens nicht gestoppt werden, dann werden wir in wenigen Jahren nur noch Krankenhäuser des Schreckens haben, in denen Patienten Gefahr für Leib und Leben droht. Es ist höchste Zeit gegenzusteuern. Wir haben in diesem Buch Fakten und Erfahrungen von Helferinnen und Helfern zusammengetragen. Wir werden zeigen, wohin das Diktat des Marktes und der Zeitökonomie Ärzte, Helfer, Patienten und Angehörige geführt hat. Und wir haben einen Forderungskatalog erarbeitet, in dem steht, was sich aus unserer Sicht alles ändern muss. In der Hoffnung auf eine menschliche Medizin. Und auf eine Gesundung des Gesundheitswesens.