

DROEMER 

Über den Autor:

Professor Dr. med. Karl H. Beine, geboren 1951, war bis 2020 Chefarzt am St.-Marien-Hospital Hamm und Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Witten/Herdecke. In seiner aktuellen Studie zu Tötungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen hat er im Herbst 2018 mehr als 5000 Ärzt*innen und Pflegekräfte zu ihrer Praxis bei Lebensverkürzungen befragt. In dieser Taschenbuchausgabe präsentiert der Autor die Ergebnisse dieser Befragung erstmals einem breiten Publikum.

Karl H. Beine

Tatort Krankenhaus

Ein kaputtes System
macht es den Tätern leicht

DROEMER 

Besuchen Sie uns im Internet:

www.droemer.de

Aus Verantwortung für die Umwelt hat sich die Verlagsgruppe Droemer Knaur zu einer nachhaltigen Buchproduktion verpflichtet. Der bewusste Umgang mit unseren Ressourcen, der Schutz unseres Klimas und der Natur gehören zu unseren obersten Unternehmenszielen.

Gemeinsam mit unseren Partnern und Lieferanten setzen wir uns für eine klimaneutrale Buchproduktion ein, die den Erwerb von Klimazertifikaten zur Kompensation des CO₂-Ausstoßes einschließt.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.klimaneutralerverlag.de



Eigenlizenz 2021

Vollständig überarbeitete Taschenbuchausgabe

© 2021 Droemer Taschenbuch

Ein Imprint der Verlagsgruppe Droemer Knaur GmbH & Co. KG, München

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk darf – auch teilweise – nur mit

Genehmigung des Verlags wiedergegeben werden.

Redaktion: Claudia Krader, München

Covergestaltung: ZERO Werbeagentur, München

Coverabbildung: Duda Vasilii / shutterstock.com

Satz: Adobe InDesign im Verlag

Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-426-30187-6

Inhalt

- Vorwort zur Taschenbuchausgabe 7
- Wunsch und Wirklichkeit 9
- Missstände an deutschen Krankenhäusern 19
- Fluch der Ökonomisierung 19
- Geld heilt nichts 22
- Pflege am Limit 24
- Kranke Helfer*innen 31
- Fehlermeldungen kümmern keinen 32
- Vier Tötungsserien aus Deutschland 34
- Folgen des Wegsehens 34
- Der Fall Niels H. 36
- Der Fall Irene B. 83
- Der Fall Stephan L. 101
- Der Fall Wolfgang L. 117
- Gründe für die vielen Opfer 149
- Täter und Tatumgebung 149
- Warum die Taten lange verborgen bleiben 157

Das Dunkelfeld	165
Schwierige Datenlage	165
Jenseits unseres Vorstellungsvermögens	166
Hohe Dunkelziffer	166
Das Sterben in der Klinik	
Patient Krankenhaus	174
Moderne Technik ist nicht alles	174
Viele Patienten – wenig Personal	175
Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft	181
Verdrängungswettbewerb statt Daseinsvorsorge	188
Der Markt verasagt	193
Helfer*innen zwischen den Stühlen	199
Miese Arbeitsbedingungen und Nachwuchsmangel	203
Aus Fehlern lernen	211
Plädoyer für eine Systemkorrektur	217
Tötungsserien verhindern	217
Aus- und Weiterbildung verbessern	222
Klasse statt Masse	227
Anhang	235
Fallübersicht	235
Glossar	241
Literaturverzeichnis	256

Vorwort zur Taschenbuchausgabe

Das ist die Situation in deutschen Krankenhäusern: Viel zu wenig schlecht bezahlten Helfern wird viel zu viel Arbeit aufgebürdet. Niemand muss deshalb zum Täter werden und widerrechtlich Patienten töten. Doch unter solchen Verhältnissen sinkt die Hemmschwelle, wird das Wegschauen begünstigt und die Aufdeckung von Straftaten erschwert.

Davon erzählt dieses Buch. Von ursprünglich hoch motivierten, aber letztlich haltlosen Helfer*innen, die vor den Augen ihrer Kolleg*innen in ihrer einsamen Sprachlosigkeit zu Mörder*innen geworden sind. Es ist das Zusammenwirken von spezifischen Persönlichkeitsanteilen mit äußeren Umständen, die eine destruktive Abwärtsspirale auslösen. Die langen Tatzeiträume und die hohen Opferzahlen sind mitverursacht durch eine Krankenhauswirtschaft, in der nicht das Patientenwohl, sondern Profit zur zentralen Stellschraube geworden ist. So ist das System selbst zur Gefahr geworden.

Kaum ein Ort, an dem wir uns sicherer fühlen und mehr Vertrauen haben als im Krankenhaus. Kaum ein Ort, an dem ein verstorbener Mensch weniger Aufsehen erregt als im Krankenhaus. Kaum ein Ort, an dem Tötungen schwieriger zu erkennen sind, als im Krankenhaus, wenn ein Helfer das tatsächlich will.

Umso besorgniserregender sind die Ergebnisse einer eigenen Studie, an der sich 2507 Ärzte*innen und 2683 Pflegekräfte aus deutschen Kliniken im Herbst 2018 beteiligt haben. 278 Ärzt*innen und 117 Pfleger*innen räumten ein, während ihrer Berufstätigkeit selbst schon aktive Sterbehilfe praktiziert zu haben, und zwar in 680 Fällen. 46 Ärzt*innen und 27 Krankenpfleger*innen,

hatten in den 24 Monaten vor der Befragung sogar das Leben von Patienten aktiv und vorsätzlich bei 325 Patient*innen beendet, obwohl sie »kein Mal« um Sterbehilfe gebeten worden waren. Im Lichte dieser Ergebnisse wird die schon vorher zweifelhafte Rede von den Einzelfällen noch einmal fragwürdiger. Tötungen in deutschen Kliniken sind mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht so selten, wie wir das vermuten und wie wir es uns wünschen. Vieles deutet auf ein großes Dunkelfeld hin.

Bis zu meiner Pensionierung im Januar 2020 war ich selbst mehrere Jahrzehnte Teil dieses Gesundheitssystems. Den kritischen Blick auf gefährliche Fehlentwicklungen zu erhalten und für Veränderungen zu arbeiten war mir nur möglich, weil ich in zahllosen Gesprächen und Gesten so viel Unterstützung bekommen habe von Patient*innen, Angehörigen, Kolleg*innen und last not least von meiner Familie. Diese Erfahrungen und Bindungen haben dieses Buch mitgeschrieben: danke!

Vor mehr als drei Jahrzehnten hat mein ärztlicher und akademischer Lehrer, Herr Professor Dr. Dr. Dörner, die Initialzündung für die Auseinandersetzung mit diesem Thema bewirkt. Auch er hat dieses Buch mitgeschrieben: danke!

Karl H. Beine,
im Frühjahr 2021

Wunsch und Wirklichkeit

Wenn wir krank werden, sind wir auf Hilfe angewiesen. Niemand kann sich den Tumor selbst herausoperieren, das kaputte Bein schienen oder den Wundverband eigenhändig anlegen. Wir brauchen dafür Unterstützung. Wenn es sich nicht vermeiden lässt, gehen wir in eine Klinik.

Dort erwarten wir Hilfe von Ärzt*innen und Pflegekräften, die Zeit für uns haben. Von ihnen möchten wir erfahren, was uns fehlt, wie wir behandelt werden können und wie unsere Aussichten sind. Sind wir selbst nicht dazu in der Lage, soll man uns waschen, kämmen, beim Anziehen und Zähneputzen helfen und beim Essen unterstützen. Wenn wir den Notknopf am Bett drücken, erwarten wir schnell den Beistand einer Pflegekraft. Wir wünschen uns kompetente Behandlung und Pflege sowie Zeit und ein offenes Ohr für unsere Sorgen oder die unserer Angehörigen.

Soweit die Wunschvorstellung. Mit der Wirklichkeit hat sie in vielen Kliniken leider wenig zu tun. Ärzt*innen und Pflegekräfte arbeiten dort an der Belastungsgrenze. Das war schon so, bevor im Januar 2020 die Corona-Pandemie begann. Seitdem ist es noch schlimmer geworden.

Helfer*innen werden wegen des Personalmangels zur Arbeit ins Krankenhaus beordert, sogar dann, wenn sie Kontakt mit Infizierten hatten oder selbst krank sind. »Arbeitsquarantäne« oder »Pendelquarantäne« nennt man das. Die Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen sind ohnehin einem sehr viel größeren Infektionsrisiko ausgesetzt als die Allgemeinbevölkerung (Fischer-Fels, 2020). Durch solche Praktiken wird dieses Risiko noch erhöht.

Die Pandemie hat im Jahr 2020 die Wurzel des Übels über-

deutlich gemacht. Die marktorientierte Krankenhausfinanzierung führte dazu, dass im Pflegebereich ein drastischer Stellenabbau stattfand. Krankenhäuser sind zu Wirtschaftsbetrieben geworden, die sich rentieren müssen.

Grundlage für die Bezahlung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen sind die Fallpauschalen, die sogenannten DRGs (Diagnosis Related Groups). Geld fließt nur noch pro »Fall«. Die tatsächlichen Kosten des Krankenhauses spielen in diesem Vergütungssystem keine Rolle mehr. Der Geldbetrag, der erstattet wird, steht schon fest, bevor Art und Umfang von Diagnostik und Therapie festgelegt wurden. Der weitere Verlauf variiert ohnehin in weiten Grenzen. Deswegen werden Diagnostik und Therapie so gestaltet, dass die Vergütung vorteilhaft für das Krankenhaus ist. Die Preise für die Behandlung jedes einzelnen Patienten werden dafür mit einem unfassbar bürokratischen Aufwand ermittelt.

In anschließenden flächendeckenden »Abrechnungsschlachten« zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist eine unüberschaubare Anzahl von Menschen damit beschäftigt, auf Kassenseite Rechnungen zu kürzen und auf Krankenhausseite das Geld einzutreiben. Als Folge dieser »Schlachten« beschäftigen beide Parteien, von Anwälten beraten, regelmäßig die Sozialgerichte. Nicht auszudenken, wie viele Menschen in den Krankenhäusern plötzlich Zeit für Patienten haben könnten, gäbe es ein einfaches und unbürokratisches Finanzierungssystem.

Einstweilen herrscht die Marktlogik: Mehr Nachfrage ist gut fürs Geschäft. Je mehr Fälle, umso besser. Noch besser, je weniger Kosten dieses »Mehr an Fällen« verursacht. Wie jeder Wirtschaftsbetrieb müssen sich die Krankenhäuser um Wachstum bemühen – also darum, dass bei ihnen ständig neue Patienten eingeliefert werden. Das müssen sie auch deshalb, weil das gegenwärtige Preissystem die Kliniken zur Konkurrenz unter-

einander zwingt. Dabei gibt es in diesem »Geschäftsfeld« keinen fairen Wettbewerb, denn die dafür notwendigen »Kunden« sind Patienten, kranke Menschen. Und wenn man krank ist, kann man keine wirklich freie Entscheidung treffen.

Im Krankenhausbereich herrscht mittlerweile ein Wettbewerb um den höchsten Erlös. Viele gut bezahlte Operationen sind gut fürs Betriebsergebnis. Genaues Beobachten, geduldiges Abwarten und einfühlsame Gespräche mit Patient*innen werden dagegen entweder extrem schlecht oder gar nicht bezahlt.

Wie durch ein Brennglas werden heutzutage die Fehlentwicklungen deutlich, die eingeleitet wurden, lange bevor das neue Coronavirus um die Jahreswende 2019/2020 auf Menschen übersprungen ist. Die in Deutschland derzeit praktizierte Art der Finanzierung verursacht Personalknappheit, besonders beim Pflegepersonal, unnötige Kosten und schlechte Ergebnisse. Außerdem entwertet sie die Helfer*innen und reduziert sie zu Eurobeträgen, die jeden Monat auf Kostenstellen verbucht werden.

Das System der Fallpauschalen brachte keine Erleichterungen im Krankenhausbetrieb, sondern führte zu einer überbordenden Bürokratie, die zusätzliche Zeit kostet. Überlastung, Hetze und Arbeiten am Limit waren schon im Normalbetrieb die Regel, in Zeiten von COVID-19 gerät der gesamte Ablauf auf den Stationen an seine Grenzen.

Ein gefährlich krankes System

Tötungen in Kliniken hat es schon immer gegeben. Man wird sie wahrscheinlich nie vollständig vermeiden können. Aber es gibt Umstände, die tatbegünstigend wirken. Hetze und Leistungsdruck, Personalmangel und ein verantwortungsloser Umgang mit Fehlern gehören dazu.

Der Systemwandel in den Krankenhäusern mit den Fallpauschalen führte zu mehr Krankenhauspatienten bei weniger Pflegepersonal. Daraus resultierten unerträgliche Arbeitsbedingungen und eine mangelhafte Versorgung der Patient*innen. In der Vergangenheit reagierten die Verantwortlichen in den Kliniken auf diese Zustände mit Gleichgültigkeit.

Rund 30 Jahre ist es her, dass 1990 eine Tötungsserie in der Westfälischen Klinik Gütersloh aufgedeckt wurde. Tatort war ein Krankenhaus, in dem ich selbst von 1982 bis 1988 zum Facharzt ausgebildet wurde und später als ärztlicher Direktor gearbeitet habe. Ein pflegerischer Kollege, den ich kannte, brachte damals Patienten um, die ich behandelt hatte.

Du sollst nicht töten. Dieses Gebot und Gesetz zählt zu den Tabus, die in unserer Zivilisation tief verankert sind. Vorsätzliche Tötungen werden hart bestraft. Wir sind fassungslos, wenn ein Mensch umgebracht wurde. Noch größer ist das Entsetzen, wenn der Tatort ein Krankenhaus und der Täter ein Helfer war. Schließlich sind die Opfer kranke Menschen, ebenso hilflos wie arglos. Sie hatten sich voll Vertrauen ins Krankenhaus begeben. Dort geschah dann, was niemand für möglich hielt: Patient*innen wurden von Helfer*innen umgebracht. Das ist erschütternd – für die Hinterbliebenen und die Öffentlichkeit, für jeden Einzelnen.

Wie kann so etwas geschehen, wie werden Helfer zu Tätern? Wie kann es sein, dass quasi vor den Augen von Kolleg*innen gemordet wird? Welche Umstände verringern oder erhöhen das Risiko für derartige Verbrechen? Können wir sie überhaupt verhindern? Das sind Fragen, die sofort von der Tagesordnung verschwinden, wenn nach dem Bekanntwerden einer solchen Mordserie Schrecken und erste Empörung verebben. Wir müssen uns diesen Fragen aber stellen. Jeder von uns kann jederzeit krank werden und auf ein Krankenhaus angewiesen sein. Wir müssen uns dort sicher versorgt wissen.

Im Sommer 2019 schockierten dann die Taten des Krankenpflegers Niels H. die Bevölkerung der Bundesrepublik. Er hatte über einen Zeitraum von mehr als fünf Jahren nachweislich 87 Patienten ermordet (Landgericht Oldenburg, 2019). Dieser Fall nimmt allein durch sein Ausmaß eine Sonderstellung ein. Eines ist jedoch gewiss: Seine berufliche Umgebung hat versagt. Sie hat es ihm viel zu leicht gemacht und vieles vertuscht. In den meisten anderen Fällen, von denen später berichtet wird, verhielt es sich leider ähnlich.

Werden solche Mordserien bekannt, dann treten die Verantwortlichen aus Politik und Verwaltung sofort vor die Kameras und reden stereotyp von Einzeltaten krimineller Psychopathen. Sie bestehen darauf, dass man nicht ganze Berufsstände unter Generalverdacht stellen dürfe.

Die Behauptung, es handle sich um Einzelfälle, ist jedoch gänzlich unbewiesen und höchstwahrscheinlich falsch. Sie lenkt von der eigenen Verantwortung dafür ab, dass aus dem Krankenhauswesen eine Krankenhauswirtschaft geworden ist. Genau diese »Vermarktung« hat zu Versorgungsdefiziten und zu dieser personellen Misere geführt. Die Ökonomisierung der Abläufe führte in den Krankenhäusern durch Personalabbau, mehr Bürokratie und eine größere Zahl von Patient*innen zu einer verschlechterten Versorgung kranker Menschen. Doch die Kritik an diesem System wird meistens fadenscheinig so umgedeutet, als handelte es sich dabei um eine bössartige Pauschalkritik an Pfleger*innen und Ärzt*innen.

Am 22. Januar 2019 war der Prozess gegen Niels H. in vollem Gange. An diesem Tag strahlte *Welt TV* ein Interview zum Thema aus. Studiogast war der amtierende Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Er sagte unter anderem: »Ich kann fest behaupten, dass sich ein solcher Fall heute nicht wiederholen könnte.« (Hinrichs, 2019)

Vom Zeitpunkt dieses Interviews bis zum November 2020 sind in Deutschland allein im Klinikbereich zwei Krankenpfleger und ein Arzt verhaftet worden. Sie alle sind dringend verdächtig (Krafft-Dahlhoff et al., 2020), im Krankenhaus Patienten umgebracht (Gerber, 2019) oder es zumindest versucht zu haben (Hans, 2020).

Manipulative Statements wie das des Hauptgeschäftsführers der Deutschen Krankenhausgesellschaft zeugen von der Unkenntnis in Bezug auf Einflussfaktoren und Häufigkeit solcher Verbrechen im Krankenhaus. Sie gaukeln Patientensicherheit vor, wo es keine gibt, und erschweren so eine wirksame Prävention.

Die dauerhafte Überforderung der Beschäftigten im Gesundheitssystem ruft bei den Betroffenen zwangsläufig Ohnmachtsgefühle und Frustrationen hervor: Sie sehen die Defizite, können aber nichts verändern. Dieser Dauerstress ist gefährlich. Wenn unter ständigem Zeitdruck im Laufschrift gearbeitet wird, muss der arbeitende Mensch sich selbst schützen. Denn die Kraft reicht nicht, und es gibt keine Zeit und keine Energie für den umsichtigen und aufmerksamen Blick nach rechts und nach links. Man beschränkt sich auf das Dringlichste und blendet alles andere aus. So sieht die Arbeit in deutschen Kliniken aus. Jede und jeder ist froh, wenn er oder sie am Schichtende die Tür hinter sich zumachen und nach Hause gehen kann.

Gefährlich wird es dann, wenn Ärzt*innen oder Pflegekräfte gereizt reagieren, Gespräche abblocken, Patienten grob behandeln oder beschimpfen. Wenn fester zugepackt, geschubst oder an den Haaren gezogen wird. Wenn Kranken nicht verordnete Medikamente verabreicht werden. Sind dann die unmittelbaren Kollegen nicht aufmerksam, schweigen sie oder reagieren nicht, schreiten Vorgesetzte nicht ein oder vertuschen das Beobachtete gar, dann wird eine Grenze überschritten. Diese Grenzüberschreitung kann für Patient*innen lebensgefährlich werden.

Ohnehin sterben in deutschen Krankenhäusern täglich nicht nur deshalb Menschen, 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. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit geht von 20 000 vermeidbaren Todesfällen in der Krankenhausversorgung aus – jedes einzelne Jahr. (Schrappe, 2018)

Einfach mal »nachhelfen«

Es gibt einen weiteren, erschreckenden Grund für den Tod von Menschen in deutschen Krankenhäusern: Mitarbeiter*innen »helfen nach«, sie praktizieren »unverlangte Sterbehilfe«. Wahrscheinlich keine Seltenheit, wie eine eigene Studie zeigte.

Im Jahr 2015 wurde an der Universität Witten/Herdecke eine Untersuchung zur Arbeitssituation der Gesundheitsberufe und zur Einstellung der Beschäftigten zum Lebensende durchgeführt. Daran beteiligten sich 4629 Ärzt*innen, Kranken- und Altenpfleger*innen. Sie alle füllten umfangreiche Fragebögen aus.

Eine Frage dort lautete: »Haben Sie selbst schon einmal aktiv das Leiden von Patienten beendet?« Eine andere Frage: »Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten schon einmal von einem oder mehreren Fällen gehört, dass jemand das Leiden von Patienten aktiv beendet hat?«

Gibt jemand an, das Leben eines Patienten aktiv beendet zu haben, kann damit Unterschiedliches gemeint sein. Darunter dürften aber auch solche Fälle sein, bei denen es sich um Tötung auf Verlangen oder gar unverlangte Tötungen handelt.

Die Auswertung der Fragebögen ergab Erschreckendes: 172 Personen hatten in den vergangenen zwölf Monaten von absicht-

licher Lebensbeendigung am eigenen Arbeitsplatz erfahren. 77 der Befragten bekannten, selbst vorsätzlich lebensbeendende Handlungen durchgeführt zu haben. Mehr als ein Drittel dieser Personen war dafür nicht um Hilfe gebeten worden. (Beine und Schubert, 2017) Das Studienergebnis war ein deutlicher Hinweis darauf, dass es wahrscheinlich mehr Tötungsdelikte in deutschen Krankenhäusern gibt als bisher angenommen.

Diese Annahme wird durch eine eigene Folgestudie erhärtet. im Zeitraum von September bis Dezember 2018 nahmen ausschließlich in deutschen Kliniken beschäftigte Ärzt*innen und Pfleger*innen an einer anonymen Online-Befragung teil. Die Ärzt*innen wurden bundesweit über die Kooperation mit einem Adressenverlag per E-Mail angeschrieben. Pfleger*innen wurden über eine berufsspezifische Anzeige in einem sozialen Netzwerk, über einen Hinweis im Newsletter des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe und im Pflegeportal *Bibliomed* um Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Am Ende beteiligten sich 2507 Ärzt*innen und 2683 Pflegekräfte. Sie wurden gefragt, ob sie während ihrer Berufstätigkeit aktive Handlungen mit dem Ziel durchgeführt hatten, das Leben eines Menschen absichtlich zu beenden. 278 Ärzt*innen (11,04 Prozent) und 117 Pfleger*innen (4,17 Prozent) hatten bereits das Leben mindestens eines Patienten absichtlich beendet. (Beine, 2020)

Die Ergebnisse dieser Studie weisen erneut auf eine hohe Dunkelziffer von Tötungsdelikten im Krankenhaus hin, die man natürlich auch – beschönigend – »unverlangte Sterbehilfe« nennen kann. (Mehr dazu ab Seite 179.)

Arbeitsüberlastung macht es Tätern leicht

Der von der Ökonomisierung erzwungene Personalabbau mit seinen Folgen ist bei den bisher bekannt gewordenen Tötungsserien eine der Ursachen für die späte Aufdeckung und die hohen Opferzahlen. Das System erschwert das Erkennen von und den offenen Umgang mit Fehlentwicklungen.

Deswegen reicht es nicht, die Persönlichkeitsstruktur der Täter zu betrachten, um das abgründige Phänomen der Mordserien in Kliniken zu verstehen. Es reicht nicht, das Verhalten der Teams und der Vorgesetzten zu analysieren.

Hinzukommen muss der Blick auf eine Krankenhauswirtschaft, die vermeidbare Krankenhausaufenthalte verursacht, gleichzeitig Personal abbaut und die Beschäftigten zwingt, permanent gegen eigene fachliche und ethische Ansprüche zu verstoßen.

Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass es beängstigende Mordserien in Kliniken gibt, und versuchen, frühzeitig jene Menschen zu erkennen, die Gefahr laufen, zu Tätern zu werden. Wir müssen verhindern, dass politisch und administrativ Verantwortliche, Vorgesetzte und direkte Kolleg*innen durch Unkenntnis, Ignoranz, Untätigkeit oder durch aktives Vertuschen die Tatzeiträume verlängern und damit für höhere Opferzahlen mitverantwortlich sind.

Die Lehren aus der Pandemie

Die Pandemie hat deutlich gemacht, dass man Betten und Beatmungsgeräte relativ schnell beschaffen kann, Pfleger*innen und Ärzt*innen aber nicht. Systematischer Personalabbau über Jahrzehnte hinweg und miserable Gehälter führen dazu, dass der

Nachwuchs ausbleibt. Mangelnde Wertschätzung und Gleichgültigkeit wirken auf Dauer demotivierend.

Doch in der Pandemie wurden die Gesundheitsberufe auf einmal als »systemrelevant« erkannt. Es waren ein paar kleinere Verbesserungen geplant. Die »Pflege am Bett« sollte aus den Fallpauschalen herausgerechnet und über ein eigenes Pflegebudget finanziert werden. 2019 war für vier medizinische Disziplinen im Krankenhaus ein fester Personalschlüssel für die Pflege eingeführt worden, zwar äußerst knapp bemessen, aber immerhin. Im März 2020 wurde diese Maßnahme gleich wieder ausgesetzt. Eingeführt als wichtige Maßnahme zur Stärkung der Patientensicherheit wurde sie mit Beginn der Corona-Epidemie für verzichtbar gehalten. Es gab schlicht zu wenig Fachpersonal.

Es muss endlich Schluss sein damit, dass in deutschen Krankenhäusern Helfer*innen permanent in eine nicht tragbare Verantwortung für zu viele Patienten gezwungen werden. Was das für die Patientensicherheit bedeutet, kann man seit vielen Jahren wissen. Die erhöhte Arbeitsbelastung bei Pflegekräften führt zu einer erhöhten Sterblichkeit von Krankenhauspatient*innen. (Aiken et al., 2014)

Wo Menschen arbeiten, passieren zwangsläufig Fehler. Irren ist menschlich, auch im Krankenhaus. Gerade deshalb muss dafür gesorgt werden, dass dort gute Arbeitsbedingungen herrschen. Das medizinisch und pflegerisch Notwendige und die menschliche Zuwendung müssen gefördert werden.