„Im Krankenhaus droht Lebensgefahr"

Mangel an Pflegekräften gefährdet westdeutsche Klinik-Patienten

Ältere Leute bekommen Druckgeschwüre, Schwerkranke bleiben in ihrem Erbrochenen liegen, Kinder müssen von ihren Eltern gepflegt werden – Auswirkungen massiver Personalnot in den Krankenhäusern. Ein Ende des Pflegenotstandes ist nicht in Sicht: Behörden und Verbände können sich über eine Reform der Stellenpläne nicht einigen.

Beim Zentrum für Dermatologie des Frankfurter Uni-Klinikums griffen die Schwestern zum Schreibstift. „Seit Monaten", berichteten sie der Pflegedienstleiterin Ellen Gassenmeyer, 56, „arbeiten wir unter unzumutbaren Bedingungen." Sie seien „weder physisch noch psychisch in der Lage, das weiter zu verkraften".

Ihrem Protestschreiben legten sie keinen neuen Dienstplan bei, sondern einen Ausblick auf das „geplante Chaos" in ihrer Station. Ständig würden Überstunden gemacht, die nicht „abgefeiert" werden könnten, weil das „automatisch neue Überstunden" bedeute – „ein Teufelskreis", so die sechs Schwestern, „den wir nicht mehr durchbrechen können".

Der Hilferuf von Station 21-4 steht in einem der vielen Brandbriefe, die Ellen Gassenmeyer fast täglich aus den weitverzweigten Klinikgebäuden am Frankfurter Mainufer in die Hände bekommt. Dabei weiß die Pflegedienstleiterin selbst keinen Rat: „Ich kann doch nur den Mangel hier verwalten."

Ihren Kolleginnen in den großen Bettenburgen der Republik geht es nicht anders. Ob in München oder Hamburg, Essen oder Erlangen – besonders in den Ballungsgebieten fehlt qualifiziertes Pflegepersonal.

Im Münchner Uni-Klinikum Großhadern rief Chef-Chirurg Georg Heberer „den Pflegekräftenotstand" aus. In Essen erklärten die Schwestern einer Kinderstation, ihr Dienst sei „nicht mehr zu verantworten". In Freiburg stöhnt der Verwaltungschef des Universitätskrankenhauses, Torsten Hünke von Podewils: „So schlimm wie jetzt war die Situation noch nie."

Allein voriges Jahr, hat Podewils ausgerechnet, haben die Schwestern in Freiburg 100 000 Überstunden geschoben. In München wurden 65 000 zusätzliche Arbeitsstunden ohne Ausgleich geleistet, in Augsburg 18 000. Wegen der Personalnot hat Pflegedienstleiterin Gassenmeyer in Frankfurt schon „an die 50 Betten" aus dem Verkehr ziehen lassen, reihenweise werden von Berlin bis Augsburg Krankenzimmer, Operationssäle und sogar ganze Stationen dichtgemacht, weil nicht genügend Pflegekräfte da sind, die Patienten zu versorgen.

Wenn nicht bald Konsequenzen gezogen würden, schlug Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, schon im Sommer Alarm, sei „ein Kollaps des Systems in absehbarer Zeit nicht auszuschließen". Und der Freiburger Klinikchef Podewils prophezeit, daß viele Leistungen demnächst nicht mehr möglich sein könnten: „Wer nicht selber essen kann, soll am besten seine Oma zum Füttern mitbringen."

Einer der wesentlichen Gründe für die Misere ist nach Vilmars Ansicht, daß die Basis für die Berechnung der Stellenpläne in den Hospitälern völlig veraltet ist: Die „Personalanhaltszahlen" genannten Bemessungsgrundlagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Dachverband aller Krankenhausträger in der Bundesrepublik, stammen aus dem Jahr 1969.

Danach stehen jedem Patienten 101 Pflegeminuten am Tag zu, der Personalbedarf einer Klinik errechnet sich aus der durchschnittlichen Bettenbelegung eines Krankenhauses. Daß heute pro Jahr vier Millionen mehr Kranke im Eiltempo durch die rund 680 000 Krankenhausbetten geschleust werden, bleibt in dem 20 Jahre alten Stellenschlüssel unberücksichtigt: Mehr als 18 Tage lag der Durchschnittspatient 1970 im Krankenhaus, heute sind es nur noch 14 Tage. Gerade die ersten Tage aber, beladen mit Formalitäten, Untersuchungen und Operationsnachsorge, sind für die Schwestern besonders arbeitsintensiv.



Demonstrierende Krankenschwestern und -pfleger in München: „Wir sind bereit zum Streik"

Vielen Kliniken gelingt es nicht einmal, alle nach dem Stellenplan vakanten Positionen zu besetzen. So sind, wie der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege ermittelte, im Ruhr-Revier über 1200 Stellen offen. Der Münchner Gesundheitsreferent Thomas Zimmermann hat sich bereits in Ungarn nach „deutschsprachigen ausgebildeten Leiharbeitskräften" umgetan.

Scharenweise laufen den Krankenhäusern die Pflegekräfte davon. Schon wird in vielen Kliniken der Service reduziert – zum Schaden der Patienten. Da bleibt, so im Städtischen Klinikum Braunschweig, „schon mal öfter einer in seinem Erbrochenen lie-

„An den Patienten wird alles ausprobiert"

Schwester Gisela, 45, über die Intensivstation eines Münchner Uni-Klinikums

Ein Tag auf unserer Intensivstation, das ist manchmal eine Kette von Beinahe-Katastrophen. Hier liegt jemand im Sterben, um den ich mich nicht recht kümmern kann, dort hat ein Patient seine Infusion auseinandergeschraubt und ist völlig mit Blut beschmiert, woanders liegt ein Bewußtloser mit Hautverbrennungen im Bett, weil das Hilfspersonal nicht fachgerecht mit der Wärmflasche umgegangen ist.

Es gibt einfach zu wenige Planstellen bei uns, um all die anfallenden Arbeiten so sorgfältig zu erledigen, daß möglichen Komplikationen vorgebeugt werden kann. In der Frühschicht sind wir zwei examinierte Schwestern, in der Spätschicht ist nur eine da, jeweils plus zwei Hilfskräfte – für sieben Patienten. Meist heuern wir Studenten als Helfer an. Die sind oft erst im dritten Semester und haben kaum Ahnung. Und natürlich kosten sie auch was: pro Dienst 100 Mark.

Finanziell gesehen, ist das ein Irrsinn: Ich habe unserer Pflegedienstleitung mal vorgerechnet, daß man für das Geld, was die Aushilfskräfte kosten, drei neue feste Stellen schaffen könnte. Die hat abgewinkt, denn die Studenten werden aus einem anderen Topf bezahlt.

Eigentlich bräuchten wir fünf neue Stellen. Aber wenn ich die fordere, dann behauptet die Pflegeleitung, der Klinikchef sei zuständig, und der schiebt es wieder zurück auf die Pflegeleitung. Es ist, als wenn man gegen Gummiwände rennen würde.

Seit acht Jahren ist die Zahl der Pflegekräfte konstant bei uns. Aber die Arbeit ist in dieser Zeit immer mehr geworden. Das liegt an den vielen neuen Geräten und Techniken, den häufigen Untersuchungen und Tests bei uns, aber auch daran, daß immer mehr ältere Patienten, die pflegeintensiver sind, bei uns landen. Im Schnitt sind unsere Patienten heute zwischen 70 und 80 Jahre alt, ein 50jähriger gilt bei uns schon als Jüngling.

Außerdem hatten wir früher hier nur einen Doktor und einen Oberarzt. Jetzt sind es drei Doktoren plus Oberarzt. Die müssen sich natürlich, das ist bei einer Uni-Klinik so, als Forscher profilieren. Deshalb geben sie uns viel mehr Anordnungen als früher, wir müssen alles ausführen.

Und an unseren Patienten wird alles ausprobiert, egal, wie aussichtslos das erscheint. Wenn einer bloß sagt, er hat Magenschmerzen, dann hat er das kaum ausgesprochen, schon steckt ihm ein Endoskop in der Speiseröhre. Oft denke ich, da geht es gar nicht um die Menschen, sondern nur darum, daß die Maschinen laufen und die Ärzte ihre Untersuchungsdaten für irgendwelche Veröffentlichungen bekommen.

Selbst 80jährige hängen wir an den Dialyse-Apparat, egal, was sie sonst noch für schwere Leiden haben. Bis vor ein paar Jahren durften die Patienten nicht älter als 60 sein, weil es immer – und das ist auch heute noch so – zuwenig Dialyse-Plätze gab.

Dabei ist die Dialyse eine enorme Belastung für den Patienten. Oft vertragen die Leute die Fahrerei dorthin nicht, wenn sie zurückkommen, ist der Blutdruck schlechter, der Kreislauf muß stabilisiert werden. Und wir tragen die ganzen Apparate hin und her: Beatmungsgerät, Infusionen, Herzmonitor – die Leute haben ja nicht nur eine Krankheit.

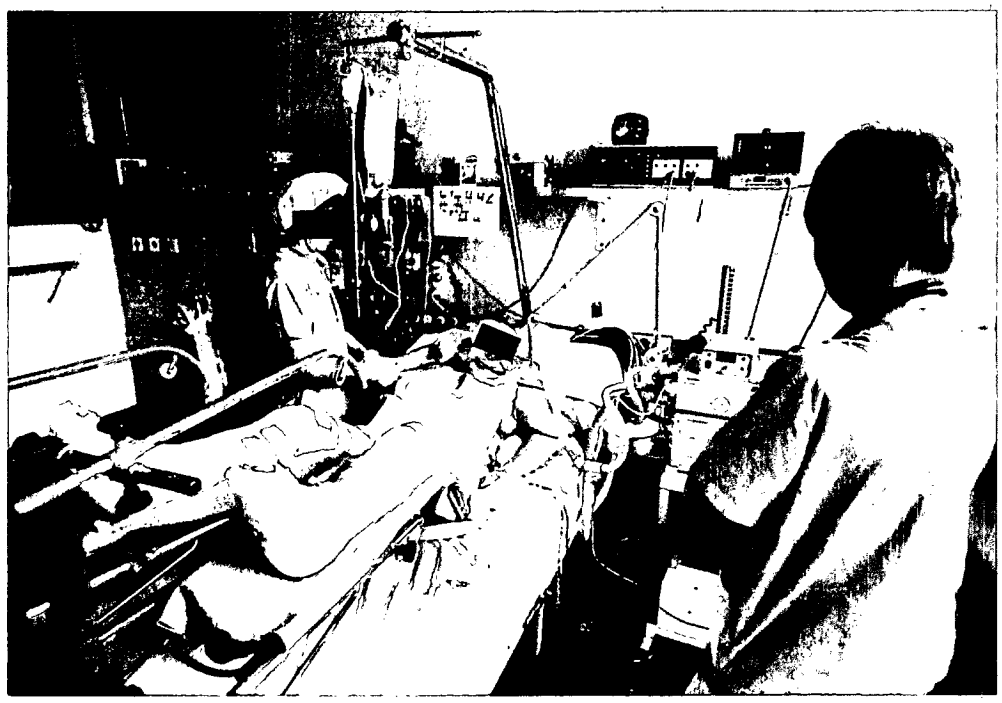
Diese Sachen zu organisieren frißt viel Zeit. Da kommen wir oft kaum dazu, den Patienten, die bei uns ja eingezwängt zwischen lauter Versorgungsschläuchen oft bewegungsunfähig liegen, die Zähne zu putzen, das Gesicht zu waschen und ihnen die trockene, juckende Haut einzucremen.

Wenn ein Patient verwirrt und unruhig ist, kann sich keiner daneben setzen – wir binden ihn ans Bett fest und spritzen was zur Beruhigung. Wenn einer ins Bett gemacht hat, dann bleibt er oft in seinem Stuhlgang liegen, bis es schon auffällig stinkt.

Das ist doch eigentlich nicht menschenwürdig. Aber die Patienten ertragen alles, wie Schafe so stumm. Wenn die wüßten, wie viele lebensgefährliche Situationen mangels ausgebildeten Personals entstehen und gerade noch im letzten Moment repariert werden.

Vor kurzem habe ich einen Patienten entdeckt, dessen Infusion längst durchgelaufen war. Der Mann, ein Nierenkranker, hatte Unterdruck in der Vene, doch aus der Infusion konnte nur noch Luft, keine Flüssigkeit mehr kommen – eine gefährliche Situation. Schnell habe ich die Infusion abgestellt, die Werte des Patienten überprüft. Gott sei Dank: Es war noch einmal gutgegangen.

Ein anderes Mal fiel mir beim Kontrollgang auf der Station ein etwa 70jähriger Herzpatient mit Diabetes auf, den ich einem Studenten zur Betreuung zugeteilt hatte. Er lag regungslos, nicht ansprechbar, mit kaltem Schweiß auf der



Intensivpflege*: „Manchmal ist unsere Besetzung schlicht unzulässig"

* In einem West-Berliner Krankenhaus.

Stirn im Bett. Ich dachte: Kreislaufschock? Zu niedriger Blutzucker?

Tatsächlich war der Blutzuckergehalt schon gar nicht mehr meßbar. Das Insulin, das der Kranke über eine Pumpe bekam, war viel zu schnell durchgelaufen. Es stellte sich heraus, daß sich der Student in der Geschwindigkeitsregelung vertan hatte, mein Fehler, daß ich ihn nicht sorgfältiger kontrolliert hatte.

Schnell habe ich Glucose gespritzt, die Insulin-Dosierung korrigiert und den Arzt gerufen. Eine halbe Stunde später ist der Mann an Herzrhythmusstörungen gestorben, die wir nicht in den Griff bekommen haben. Ob der Tod etwas mit dem Vorfall zu tun hatte – ich weiß es nicht.

Ein anderes Mal ist bei uns auf der Station eine Frau, sie war so Ende 50, beinahe verblutet. Sie lag mit einer Leber-Zirrhose bei uns, hatte Blutungen im Magen-Darm-Bereich. Die Frühschicht hatte mit einigen Herzpatienten zu tun, die noch auf der Kippe standen, da konnten die Schwestern sich um die Dame nicht so sehr kümmern, zumal ihr Zustand seit 24 Stunden stabil erschien.

Als die Kollegin zu ihr kam, lag sie im Bett und schlief. Weil ihre Pulsfrequenz gefährlich gestiegen war, zog sie die Bettdecke weg und sah die Bescherung: Die Frau hatte, von allen unbemerkt, in kürzester Zeit große Mengen Blut verloren. Das nennt man einen lebensbedrohlichen Volumenmangelschock. Zwei Stunden lang hatten die Kolleginnen zu tun, am Ende war die Frau erfolgreich reaktiviert. Aber ein paar Tage später ist sie dann doch gestorben.

Ob die Blutung überhaupt zu verhindern war, auch mit mehr Personal, weiß ich nicht. Aber natürlich macht man sich Vorwürfe. Dabei: Eigentlich müßte mal so richtig was passieren mit juristischem Nachspiel. Dann endlich würde sich bei uns bestimmt was ändern.

Denn manchmal ist unsere Besetzung aus meiner Sicht schlicht unzulässig. Etwa neulich, da war ich im Spätdienst mit zwei nagelneuen Studenten allein. Das war so, wie wenn man vom Marienplatz zwei Leute aufgelesen und sie zum Operieren in den OP geschickt hätte. Da habe ich in einem Brief an die Pflegedienstleitung erklärt, daß ich, wenn was passiert, keine Verantwortung dafür übernehmen kann. Das wurde aber nur mit einem Schulterzucken entgegengenommen.

Wir haben in unserem Beruf oft eine Verantwortung über Leben und Tod. Aber bezahlt werden wir nicht besser als eine Putzfrau. Drei Jahre Ausbildung, Examen und zweijährige Zusatzschulung und dafür 1800 Mark im Monat ohne irgendwelche Verbesserungsmöglichkeiten – da stimmt doch einfach was mit der Wertigkeit nicht.

gen, weil das niemand merkt", wie eine Schwester berichtet. In München stinken zuweilen Patienten in ihrem Stuhlgang vor sich hin, in Frankfurt müssen Eltern ihren kranken Kindern die Zähne putzen, sie waschen, füttern und pflegen.

Zu leiden haben besonders ältere Patienten, die sich nicht selbst bewegen können: Weil sie zu selten umgedreht werden, bekommen sie Druckgeschwüre, die zu schweren Infektionen führen können. „Dann müssen die noch mal unter's Messer", schimpft die Schwester einer Chirurgie-Station, „nur weil wir sie nicht anständig versorgen konnten."

Manchmal werden Notfälle auch gar nicht versorgt. In Freiburg etwa wurden kürzlich drei Patienten abgewiesen: Im Uni-Klinikum war es nicht möglich, die Schwerstkranken künstlich zu beatmen. In Erlangen werden die Wartelisten für Operationen lang und länger. „Wir können", klagt Franz Paul Gall, Chefchirurg des Uni-Klinikums, „schwere Notfälle, die von auswärtigen Krankenhäusern eingewiesen werden, nicht mehr annehmen."

Durchschnittlich vier Jahre bleibt eine Schwester nach dreijähriger Ausbildung im Beruf, dann gibt sie ihren Kittel ab. „Das liegt", sagt Reinhard Schwarz, Verwaltungschef des Frankfurter Uni-Klinikums, „am schlechten Image des Pflegeberufs", aber auch „an der miesen Bezahlung", wie Elke Kuhlwilm von der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft vermutet.

Gerade 2400 Mark brutto verdient eine Schwester nach dem Examen, mit zehn Jahren Berufserfahrung bekommt sie nur 500 Mark mehr. „Ein Hilfsarbeiterlohn", sagt Gesundheitsreferent Zimmermann, „der weder zeit- noch leistungsgerecht ist."

Dabei haben die Pflegekräfte, klagt eine Schwester aus München (siehe Kasten Seite 66), „oft eine Verantwortung über Leben und Tod". Voller Schuldgefühle führen denn auch viele Pfleger Komplikationen in den Krankenhäusern auf eigene Versäumnisse zurück. Lungenentzündungen, zu spät erkannte Blutungen und plötzliche Kreislaufprobleme nach Operationen – „das passiert doch oft nur deshalb, weil unsereiner wieder mal nicht rechtzeitig nachschauen konnte", sagt eine Schwester aus Frankfurt.

Weil sie den Druck nicht länger ertragen, gingen Anfang dieses Monats in München 10 000 Schwestern und Pfleger auf die Straße. Transparent-Text: „Im Krankenhaus droht Lebensgefahr".

Als eine Ursache der Pflegemisere nennen Experten die erhöhten Anforderungen an die Schwestern: Neue komplizierte Diagnose- und Therapietechniken, für die viele Vorbereitungen zu treffen sind, fordern ihnen mehr ab als früher. Außerdem liegen sehr viel mehr ältere Menschen in den Spitälern: Fast die Hälfte aller Krankenhaus-Patienten ist heute über 60. Sie haben oft nicht nur

ARCHITEKTEN & BAUHERREN:

GLASKUNST AM UND IM BAU IST KEINESWEGS EIN PRIVILEG DER "HIMMLISCHEN" AUF ERDEN.

WIR MACHEN GLAS SEHENS- UND ERLEBENSWERT.



Ein Beispiel von vielen: Glasfenster im Treppenhaus der Volksbank Taunusstein. Entwurf: Joachim Klos. Ausführung:

DERIX GLAS STUDIOS
TAUNUSSTEIN ROTTWEIL LONDON

Name
Straße
PLZ, Ort
Beruf: Tel.:

Für nähere Informationen bitte Coupon abschicken an: DERIX GLAS STUDIOS, Platterstraße 94, 6204 Taunusstein oder kurz anrufen: 06128 / 60 01.



Ärztekammer-Präsident Vilmar
„Kollaps des Systems"

ein Leiden, sondern mehrere und brauchen daher intensivere Pflege.

Paradox, aber wahr: Auch das Heer der Krankenhausärzte, in den letzten Jahren auf nunmehr 85 000 Mediziner angewachsen, hat den Notstand eher noch verschärft. Denn oftmals entspinnt sich ein wahrer Kleinkrieg zwischen Ärzten und Schwestern, weil die Mediziner Arbeiten wie Blutabnahmen und intravenöse Spritzen – früher reine Ärztesache – delegieren.

„Jeder Mediziner braucht Zuarbeiter", sagt auch Verwaltungschef Schwarz. Im Frankfurter Uni-Klinikum hat er deshalb einen Stellenstopp für Ärzte verfügt. Schwarz: „Wir stellen keine Mediziner mehr ein, solange wir nicht mehr Schwestern haben."

Doch davon fehlen, rechnet Elke Kuhlwilm vor, „bundesweit rund 60 000". Und wenn im April nächsten Jahres auch im Gesundheitsdienst die 39-Stunden-Woche eingeführt wird, müßten noch mal 7500 Stellen her.

Daran aber ist gar nicht zu denken. „Ein pauschal mit der Arbeitszeitverkürzung begründeter Personalmehrbedarf", so empfahlen die Spitzenverbände der Krankenkassen intern ihren Funktionären für die anstehenden Pflegesatzverhandlungen, „sollte nicht akzeptiert werden."

Hartleibig stemmen sich die Kassen auch gegen Vorschläge für eine Reform der Stellenpläne. Seit Mitte der siebziger Jahre wird über die alten Personalanhaltszahlen verhandelt. Doch „trotz über 50 Sitzungen" gelang es nicht, so DKG-Hauptgeschäftsführer Klaus Prößdorf, „auch nur eine einzige Empfehlung zu verabschieden".

Auch Bundesarbeitsminister Norbert Blüm (CDU), von den zerstrittenen Parteien um Hilfe gebeten, mauert. Statt per Rechtsverordnung die Grundlage für neue Stellenpläne zu schaffen, verschanzen sich Blüms Beamte hinter dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Danach, so ihre Auslegung, kann der Bund erst ein Jahr nach dem offiziell erklärten Scheitern der Verhandlungen zwischen Kassen und DKG tätig werden. Den Zeitpunkt sehen die Bonner aber noch lange nicht gekommen. „Da wurde doch", sagt ein Ministerialer, „gar nicht konkret verhandelt."

„Die sitzen in ihren Schützengräben", kommentiert Norbert Badziong, Referent für Gesundheitswesen beim Hauptvorstand der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) in Stuttgart, die Lage, „und finden nicht heraus." Ein Standort, der auch den Gewerkschaften nicht fremd ist: Jahrelang herrschte Funkstille zwischen den Tarifparteien – untätig sahen die Arbeitnehmervertreter zu, wie die Situation in den Kliniken immer schlimmer wurde. Eine längst fällige Neubewertung der Pflegearbeit trauten sie sich nicht anzupacken.

Jetzt wolle die ÖTV immerhin erreichen, „die Krankenschwestern neu einzugruppieren", berichtet Badziong. „Wir sind", verkündeten Gewerkschafter auch in München, „bereit zum Streik." Solch Muskelspiel verwundert den Hauptgeschäftsführer der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände, Jakob Berger, sehr: Die Pflegekräfte seien doch „gar nicht so schlecht dran", mithin bestehe auch „kein Handlungsbedarf".

Auch die Kassen, die bessere Gehälter letztlich über höhere Pflegesätze zu zahlen hätten, sind nicht kompromißbereit: „Weitere Personalkostensteigerungen", heißt es in ihrer internen Empfehlung, sollten „nicht akzeptiert werden".

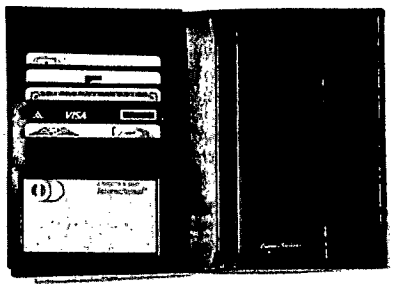
Nicht ganz zu Unrecht verweisen sie darauf, daß gut ein Drittel ihrer gesamten Aufwendungen mittlerweile von den Spitälern verschlungen wird – 70 Prozent davon für Personalkosten, denn seit 1970 hat sich die Anzahl der Pflegekräfte auf derzeit 310 000 nahezu verdoppelt. Statt immer mehr Stellen zu fordern, so AOK-Sprecher Wolfgang Schröter, sollten die Krankenhäuser lieber ihre „Leerläufe abbauen" und die Arbeit optimieren. Jahrelang nämlich hätten die Kliniken ihr Personal in Labors, Röntgenräumen und Diagnosezentren aufgestockt, aber „den Pflegesektor vernachlässigt". Schröter: „Da könnte man vieles umpolen."

Dann allerdings müßten, sagt Badziong, „einige heilige Kühe geschlachtet werden". Und dazu habe wohl „niemand den Mut". ◆

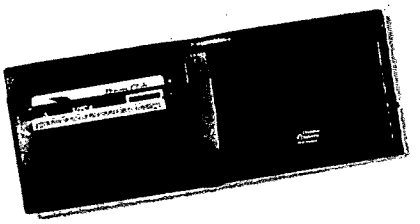
Esquire
LEATHER GOODS



STIL IN SACHEN LEDER



STIL IN SACHEN LEDER



STIL IN SACHEN LEDER



ESQUIRE-LEDERWAREN
finden Sie
im guten Fachgeschäft.
Informationsprospekt
erhalten Sie von
ESQUIRE-LEDERWAREN,
RUPP & RICKER GmbH,
Postfach 1160, 6054 Rodgau 1.

Esquire
LEATHER GOODS

STIL IN SACHEN LEDER