

# Wahleinsatz-Bericht

## Katutura State Hospital (Windhoek, Namibia)

### Sommer 2017

von Valentin Herfurth (Kurs H.2015.1)

Das Katutura State Hospital, ist ein staatliches Krankenhaus in Windhoek, der Hauptstadt Namibias. Der Bezirk Katutura, in dem das Krankenhaus steht, ist der bekannteste und zugleich berüchtigtste Bezirk Windhoeks. Auch wenn es inzwischen einige Verbesserungen in Katutura gibt, ist der Bezirk nach wie vor von hoher Armut und Kriminalität geprägt.



Katutura State Hospital, Independence Avenue, Katutura, Windhoek<sup>1</sup>

#### Zur Einrichtung

Das Katutura State Hospital ist direkt dem namibischen Gesundheitsministerium unterstellt und wird auch von diesem finanziert. Jeder Namibische Staatsbürger erhält hier eine medizinische Versorgung. Menschen ohne finanzielle Mittel bekommen eine kostenlose Behandlung und kostenlose Medikamente. Menschen mit einer Krankenversicherung oder Eigenmitteln müssen einen Beitrag zahlen, machen aber in der Regel einen Bogen um das Krankenhaus. Das Hospital ist eines der größten Lehrkrankenhäuser Namibias. Neben den Studierenden der UNAM, sind hier Studierende und Auszubildende von anderen Institutionen tätig. Fast alle Menschen, die eine medizinische Behandlung benötigen, kommen zuerst in dieses Krankenhaus, quasi als zentraler Anlaufpunkt. Dort wird entschieden in welchem Krankenhaus eine Weiterbehandlung erfolgt. Das Katutura State Hospital ist ein Maximalversorger mit einer Fülle an Fachdisziplinen, darunter Pädiatrie, Urologie, Gynäkologie, Pulmologie und Chirurgie. Es verfügt darüber hinaus über die größte Notaufnahme Namibias, eine Stroke Unit, eine Intensivstation und einen großen ambulanten Bereich. Das

---

<sup>1</sup> **Kontaktdaten:** Der Kontakt läuft über die University of Namibia (UNAM), da das Krankenhaus ein Lehrkrankenhaus der UNAM ist. Auch die Betreuung läuft im Grunde über die UNAM. Hier ist die Ansprechpartnerin Doktor Louise Pretorius, Professorin für Pflege, unter der Mailadresse: [pretos@iway.na](mailto:pretos@iway.na)  
**Einsatzzeiten:** Montag-Freitag 06:45-15:00 Uhr. Auf Wunsch sind auch andere Dienste möglich.

Krankenhaus hat 14 periphere Stationen und zusätzlich eine Frauenklinik mit Kreissaal, mehreren Wochenbettstationen sowie einer speziellen Station für Vergewaltigungsopfer. Das Krankenhaus verfügt über eine Gesamtbettenkapazität von rund 850 Betten, wobei die Frauenklinik nicht mit eingerechnet ist. Damit ist es das größte Krankenhaus Namibias. Allerdings findet in dem Krankenhaus tatsächlich nur die nötigste medizinische Versorgung statt. Menschen, die Geld für eine medizinische Versorgung haben, meiden - wie oben erwähnt - in der Regel diesen Anbieter. Denn es wird gemunkelt: „Aus dem Katutura State Hospital kommt man kränker wieder raus als rein.“ Es ist also vor allem ein Krankenhaus für die sehr arme Bevölkerung.

Die Unterkunft entspricht nicht den Standards, die wir aus Deutschland kennen. In einem Zimmer liegen 10 Patienten. Im Notfall werden zusätzliche Matratzen auf den Boden gelegt. Das Essen ist morgens immer das gleiche: Haferschleim mit abgepacktem Weißbrot, einem Stück Margarine, keinem Belag und einem Becher Milch. Mittags gab es meistens Reis mit Hühnchen. Dass das Katutura State Hospital sanierungsbedürftig ist, ist allgemein bekannt. Herabblätternde Tapete ist vielleicht eher ein Schönheitsfehler, aber Schimmel und Mäuse in den Zimmern, stellt dann doch ein gesundheitliches Risiko dar. Auch nach Desinfektionsmittel musste ich immer suchen, denn Spender an den Wänden gibt es nicht.

### **Einarbeitung und Anleitung**

Nachdem ich einmal im Krankenhaus herumgeführt wurde, sollte ich ohne weitere Einarbeitung oder Anleitung arbeiten. Ich konnte zwar jederzeit fragen, aber ein Ablauf der Station oder ähnliches wurde nie erklärt. Dadurch hat mir manchmal der Gesamtüberblick gefehlt, wodurch es mir schwer fiel, die richtigen Fragen zu stellen. Eine Anleitung, wie wir sie kennen oder erwarten, gibt es aber dort auch gar nicht. Es gab auch kein „Mitlaufen“ oder ähnliches, sondern direkt einen eigenen Aufgabenbereich, der allerdings eben nicht erklärt wurde. Für 50-60 Patienten pro Station gab es in der Regel 2 Fachkräfte, 2 Pflegehelfer\*Innen (falls man versuchen möchte, die Berufe ins deutsche System zu übertragen) und 2-4 Studierende/Auszubildende.

### **Pflegeausbildung in Namibia**

In Namibia gibt es 4 Möglichkeiten eine „registered Nurse“ – eine Pflegefachperson – zu werden. Es gibt zwei Universitäten, in denen man innerhalb von 4 Jahren einen Bachelor in der Pflege absolviert. Mit diesem Abschluss wird man als Pflegefachperson und als Hebamme anerkannt. Dann gibt es noch zwei staatliche Bildungsprogramme, in denen man innerhalb von 3,5 Jahren zur Pflegefachperson und Hebamme ausgebildet wird. Im Prinzip ist es ähnlich wie in Deutschland: auf beiden Wegen kann man in den Beruf einsteigen. Die einen tun dies mit akademischen Grad die anderen ohne. Unterschiedliche Stellenbeschreibungen gibt es in der Praxis nicht. Es gibt auch so genannte „Enrolled Nurses“ – Pflegehelfer\*Innen – die zwei Jahre studieren. Alle Programme haben etwas unterschiedliche Schwerpunkte, Aufbau und Struktur. Allerdings fand ich auffällig, dass die Auszubildenden der staatlichen Programme, sowohl fachlich als auch menschlich, zum Großteil deutlich kompetenter wirkten. Die Studierenden waren immer nur 2 Wochen auf einer Station, dann waren sie wieder in der Uni und danach auf einer anderen Station im Einsatz. Ich hatte den Eindruck, dass dieses Muster dazu führt, dass die Studierenden in der kurzen Zeit nur versuchen, so gut wie möglich durch die Stationen zu kommen. Die Auszubildenden hingegen hatten Zeit Dinge zu hinterfragen und zeigten auch Widerstand bei problematischen Handlungen. Den Studierenden fiel dies deutlich schwerer und sie hatten Probleme, theoretisches Wissen adäquat in die Praxis zu übertragen und sich damit zu verbessern. Vielmehr haben sie Fehler übernommen und veraltete Praxis verteidigt.

## **Arbeiten im Katutura State Hospital – ein Erlebnisbericht**

Es war nicht das erste Mal, dass ich Namibia besuchte. Durch einen Schüleraustausch in der 9. und 12. Klasse hatte ich schon einen ersten Eindruck von Windhoek und Katutura bekommen. Katutura stammt aus der Sprache der Herero, einem der vielen ethnischen Gruppen aus Namibia, und bedeutet in etwa „der Ort an dem wir nicht sein wollen“. Ich wusste, dass das Krankenhaus in einem der gefährlichsten und ärmsten Bezirke Windhoeks steht. Und doch bekam ich ein mulmiges Gefühl, als mir jeder, dem ich erzählte, dass ich im Katutura State Hospital arbeiten werde, von den schlimmen Zuständen dort erzählte. Ich möchte vorweg schicken, dass ich wirklich viel gelernt habe und wichtige Erfahrungen in diesem Einsatz gesammelt habe. Trotzdem werde ich vor allem negative Dinge beleuchten. Nicht, weil alles schlecht war, aber sich mir das Negative mehr eingebrannt hat. Was mich im Nachhinein überrascht hat, war, dass ich zwar mit einem Mangel an Utensilien und mangelnden hygienischen Zuständen gerechnet hatte, aber nicht mit der Art der Pflege, die leider auch an Menschlichkeit und Fachlichkeit zu wünschen übrig ließ. Und das war nicht allein mit einem Personalmangel zu erklären. Nachdem ich mit der Professorin und Ansprechpartnerin von der University of Namibia (UNAM) die formalen Dinge abgeklärt hatte, fuhr ich ins Krankenhaus. Dort wurde ich von einer Pflegekraft aus dem Qualitätsmanagement empfangen. Glücklicherweise wohnte ich bei Freunden, einem Herero und einer Ovambo, die mir am Vortag erklärt hatten, dass ich meine Arbeitskleidung bügeln muss. Meine ansonsten eher etwas zerknitterte Kleidung war also „wrinkle-free“. Allerdings hatte ich sie noch nicht an, da ich dachte man zieht sich im Krankenhaus um. So kenne ich es aus Deutschland, wegen der Keime, die man auf der Arbeitskleidung andernfalls rein- und rausträgt. Das sorgte zunächst für Verwirrung, doch dann war die Pflegerin überzeugt, dass liege daran, dass Deutschland schon so entwickelt und fortschrittlich sei. Trotzdem solle ich am nächsten Tag bitte schon umgezogen kommen. Daraufhin wurde ich durch das ganze Krankenhaus geführt und ich versuchte, so viel wie möglich zu behalten. Dann wurde ich auf der Intensivstation abgesetzt, wo ich dann eine Woche arbeiten sollte. Im Nachhinein bin ich froh, dort angefangen zu haben, weil ich hier immer einer Pflegefachperson zugeteilt war und noch beobachten konnte. Auf den anderen Stationen war das nicht mehr möglich.

### **Intensive Pflege?**

Auf der Intensivstation war nicht viel zu tun. Vorneweg will ich sagen, dass ich dort viel gelernt habe und es auch Spaß gemacht hat. Ich wurde nett empfangen und alle waren freundlich zu mir. Aber an der Art der Pflege habe ich mich Tag zu Tag mehr gestört, dabei war ich nur eine Woche auf der Intensivstation. Ich war überrascht, wie wir mit so viel Zeit, in der wir nur rumsaßen, trotzdem so gehetzt die Körperpflege verrichten konnten. Der Pflegeschlüssel war aus meiner Sicht durchaus vertretbar, eine Pflegekraft hatte maximal 2 Patienten. Allerdings bestand die Pflege offenbar nur aus Waschen (und hier ist dieses Wort durchaus zutreffend), Medikamente verabreichen und Patienten drehen (auch dieses Wort passt). Patienten hatten zum Waschen eine Schüssel, ein Stück Seife und eine Waschlappen. Der Waschlappen wurde so richtig schön eingeschäumt, dann wurden die Patienten damit eingeseift (und es musste auch schön schäumen), dann wurde der Lappen ausgewaschen, ausgewrungen und damit wurde der Patient „abgetrocknet“. Abgesehen davon, dass das ganz allgemein befremdlich für mich war, ist die Menge an Seife definitiv nicht förderlich für die Haut. Das alles geschah ohne jede Not sehr hektisch. Kinästhetische Prinzipien oder gar basale Stimulation, die auf Intensivstationen ja durchaus auch zeitlich Platz haben, waren völlig fremd. Wurden Patienten bewegt, wurde zu zweit oder zu dritt an ihnen rumgezerrt. Aber die Pflegekräfte hatten eine sehr genaue Vorstellung davon wie man ein Bett zu machen hatte. Und zwar gab es ein Laken, eine Plastiktüte als Schutz, darüber ein gefaltetes Laken als Stecklaken und ein Laken am Fußende. Die Laken mussten als Dreieck am Kopfende gefaltet und umgeknickt werden und -ganz wichtig- die Schrift auf den Laken musste richtig herum zu lesen sein. Auf meine berühmte Frage „Warum“ (denn es machte aus meiner Sicht keinen Unterschied ob die Schrift über Kopf war oder

nicht) bekam ich die noch berühmtere Antwort „ist halt so“. Tatsächlich lernen sogar die Studierenden in der Universität wie man ein Bett zu machen hat und die Schrift muss natürlich zu lesen sein. Während ich über solche Sachen eher schmunzle und mich im Stillen frage wer es da schafft sein zwanghaftes Verhalten über Generationen weiterzugeben, fand ich anderes sehr bedenklich. So wurden sich zur Reinigung Hände lieber gewaschen als desinfiziert. Zu jeder pflegerischen Intervention wurden sich Handschuhe angezogen, aber damit wurde über die ganze Station gelaufen. Diesen Scheinschutz, den Handschuhe vermitteln, halte ich für höchst gefährlich. Mit den Patienten wurde übrigens kaum gesprochen. Pflegerische Handlungen wurden dem Patienten weder angekündigt, noch erklärt. Eine so kommunikationsarme Pflege habe ich bislang kaum erlebt. Als ich Dinge wie *Kontrakturenprophylaxe* oder auch *Ressourcen der Patienten* ansprach, wurde ich eher verständnislos angeschaut. Interessant für mich war, dass es mir viel schwerer fiel, Kritik zu üben. Einmal, weil ich das System erstmal verstehen wollte und dann, weil es eine größere Sprachbarriere gab. Einerseits kann ich mich auf Deutsch natürlich besser ausdrücken. Dann unterscheidet sich andererseits das namibische Englisch auch von dem wie wir es kennen. So werden beispielsweise alle „r“ mit der Zunge gerollt. Zudem gibt es viele verschiedene Muttersprachen in Namibia. Dementsprechend haben auch alle einen etwas anderen Akzent. Und dann hatte ich auch keine Person auf Station, der ich zugeteilt war. Jeden Tag habe ich mit jemand anderem gearbeitet und dadurch niemand festem zum Reflektieren. Trotzdem wurde mit mir sehr herzlich umgegangen, nur zu den Patienten waren meine Kollegen recht kühl. Gelernt habe ich vor allem von den Studierenden. Sobald ich das gemerkt hatte, erschloss sich mir der Ablauf nach und nach immer mehr. Das sind die Unterschiede, die aus meiner Sicht durchaus veränderbar sind, denn sie sind menschlicher Natur. Dafür braucht man kein Geld und keine zusätzlichen Ressourcen. Nur ein bisschen Engagement. Und schon dadurch, dass ich vieles anders gemacht habe, haben sich zumindest auch die jungen Pflegekräfte ein wenig anders verhalten. Schwerer zu verändern sind sicherlich die räumlichen Gegebenheiten. Der unreine Raum war tatsächlich unrein und Wirtschaftlichkeit wurde oft der Hygiene vorgezogen. Diese Dinge hatte ich aber erwartet und war daher nicht so überrascht davon.

### **Notaufnahme**

Danach war ich in der Notaufnahme. Hier habe ich vor allem im Behandlungszimmer gearbeitet. Die Patienten bekommen jede Menge i.m. Injektionen (leider noch per Quadrantenmethode ins Gesäß). Ferner werden in der Notaufnahme Verbände gemacht und Wunden genäht. Die i.m. Injektionen in den musculus gluteus medius zu applizieren, war für alle namibischen Pflegefachpersonen neu. Sogar für die Professorin an der UNAM, der ich das am Ende nochmal erzählte. Vielleicht tut sich da jetzt ja etwas. Spannend war es auch, Wunden zu nähen. Nachdem mir das einmal gezeigt wurde, sollte ich das selbstständig ausführen. Kontrolliert wurde ich nicht. Mir wurde erklärt, dass die Namibier am Ende des Monats alle Geld bekommen, dann viel Alkohol getrunken wird und es zu vielen Messerattacken kommt. Dementsprechend viel habe ich in einer Nachtschicht am Freitag genäht. Auch in der Notaufnahme war der Umgangston mit den Patienten ungewöhnlich kühl. Selbst für mich war es schwer in der einen Woche, die ich dort gearbeitet habe, zu verstehen, wie, was, wann, wo gemacht wird. Patienten, die das verständlicherweise erst Recht nicht wussten, wurden häufig scharf angefahren. Die Verbände wurden noch mit Jod-Paste



gemacht. Fettgaze gab es nur für Brandwunden. Trotzdem habe ich gerade hier das Improvisieren gelernt.

### **Geburten der Frauenklinik**

In der nächsten Woche wurde ich auf einer Station eingesetzt, wo schwangere Frauen mit Schwangerschaftskomplikationen, wie beispielsweise Präeklampsie, Gestationsdiabetes oder Bluthochdruck behandelt werden. Dort kamen aber auch Babys zur Welt. Hier ist mir erstmals aufgefallen, dass es keine Klingeln auf Station gab. Die Mütter wurden irgendwie sehr sich selbst überlassen. Spannend war, wie anders die Frauen teilweise mit dem Schmerz umgingen. Ich habe viele Geburten gesehen, wo die Frauen keinen Ton von sich gaben. Hier konnte ich allerdings irgendwie nicht so viel machen, denn während die Pflegekräfte in Namibia gleichzeitig auch zu Hebammen ausgebildet werden, habe ich mir nicht zugetraut eine Geburt zu begleiten. Zwar wurde mir das angeboten, aber dafür fehlt mir, denke ich, das Fachwissen. Nachdem ich dort eine Episiotomie mit einer stumpfen Schere beobachten durfte, war ich auch froh weiter zu ziehen.

### **Erkenntnisse bei den Kleinen**

In der nächsten Woche kam ich auf eine Pädiatrische Station für Kinder unter 2 Jahren. Das war für mich eigentlich das traurigste. Die Mütter schliefen auf den Böden, die Babys durften nicht bei den Müttern schlafen, sondern in gesonderten Betten. Doch das traurige war, dass es 4 Waisen auf der Station gab. Waisen in diesem Alter werden nicht in ein Waisenhaus gegeben, sondern wachsen im Krankenhaus auf. Babys unter zwei Jahren, die den ganzen Tag im Bett verbringen. Nur wenig Aufmerksamkeit bekommen und einmal am Tag für eine halbe Stunde Ergotherapie. Babys, die völlig unterentwickelt sind und mit 1,5 Jahren noch nicht mal den Kopf heben können. Babys, die apathisch sind und kaum noch auf Ansprache oder Berührung reagieren. Dann ein neues Baby, was am Vortag von der Mutter vor einer Kirche abgelegt wurde. Natürlich weint es, wenn man es alleine lässt. Es muss ja denken, dass es schon wieder verlassen wird.



Natürlich möchte es nicht im Bett liegen. Natürlich möchte es menschliche Nähe. Aber die anderen Pflegekräfte sind der Meinung, das Baby muss das jetzt „lernen“. Ja, Babys hören irgendwann auf zu weinen. Wenn die einzige Möglichkeit, die sie zur Kommunikation mit der Außenwelt haben ignoriert wird, verstummen sie. Vielleicht wirken sie erstmal friedlicher, aber in ihren Augen sieht man, dass etwas sehr Tiefes zu Bruch gegangen ist. Dabei ist es so leicht, das Baby zu beschäftigen. Im Sitzen ist es glücklich, es gab einen Kindersitz. Man kann auch mit einem Baby auf dem Schoß Berichte schreiben. Und zumindest wenn der Kinderwagen von der anderen Station da ist, kann man das Baby doch mit herum schieben.

*Ist Hygiene wirklich wichtiger als Lebensqualität? Als Vertrauen und Entwicklung? Diese Art von Ganzheitlichkeit, von Abwägung im Sinne des Patienten, wünsche ich mir von der Pflege. Doch irgendwie fehlt sie mir. Und dann endlich merkte ich, was ich die ganze Zeit so merkwürdig finde: Es ist reine Funktionspflege, die im Krankenhaus betrieben wird. Die einen teilen Medikamente aus, die anderen messen Vitalzeichen, andere machen eine Aufnahme. Da es nur 2 Fachkräfte auf einer Station gibt, teilen diese ausschließlich Medikamente aus. Wenn sie mit der Morgenrunde fertig sind, beginnt die Mittagsrunde. Ist das Pflege? 4 Jahre Studium um Medikamente zu verteilen? Die Funktionspflege raubt uns jeden Bezug zu den Patienten. Keiner ist zu 100% verantwortlich. Keiner fühlt sich verantwortlich. Und jeden Tag wird man in einen anderen Bereich eingeteilt. Die*

*Pflegekräfte kennen ihre Patienten nicht. Darunter leidet nicht nur das Soziale in der Pflege, sondern die pflegerische Qualität. Ich möchte Menschen pflegen, keine Akten. Auch wenn diese Erkenntnis traurig war, hat es mich irgendwie erleichtert, dass ich endlich gemerkt habe, dass Funktionspflege betrieben wird, dass ich das System verstanden hatte. Das wusste ich davor nicht, weil ich mein eigenes Aufgabenfeld alleine hatte. Ich habe gar nicht mitbekommen, was die anderen um mich rum gemacht haben. Keine Anleitung, nur Arbeit. Es fehlen der Bezug und der Gesamtüberblick. Eine merkwürdige Art von Stress, weil keiner weiß was noch zu tun ist. Und dann plötzlich nichts zu tun, aber zu den Patienten gehen ist auch merkwürdig, weil ja niemand so richtig verantwortlich ist und man sich eigentlich auch gar nicht kennt.*

Sinnbildlich dafür war für mich eine Aufnahme. Eine Auszubildende hat ein Formular bei der Aufnahme falsch ausgefüllt und kriegt deshalb großen Ärger. Sie sagt sie glaubte, dass sie sowieso nicht verantwortlich wäre, weil eine andere Pflegekraft die Aufnahme begonnen habe und auf einer anderen Station habe sie es so gelernt. Daraufhin wird ihr erklärt wie Aufnahmen laufen: Jeder der Zeit hat versucht sich irgendein Formular zu nehmen und füllt es aus. Wenn man nicht weiß wie es geht, schaut man in anderen Akten wie es dort gemacht wird.

*Ist das Anleitung? Ist das der Grund für eine pflegerische Aufnahme? Ausgefüllte Formulare? Geht es nicht darum Patienten kennen zu lernen und zu wissen, was mit dem Patienten wann, warum passiert? Über Ängste und Sorgen zu sprechen? Nun offensichtlich nicht in der Funktionspflege.*

### **In der inneren Abteilung**

In der letzten Einsatzwoche bin ich dann auf eine Station für innere Medizin gekommen. Hier habe ich die Funktionspflege noch stärker erlebt. Als mich die Angehörigen zu den Patienten befragen, die ich gerade betreue, kann ich nichts erzählen. Ich sehe ihn zum ersten Mal, denn gestern war ich woanders eingeteilt. Ich schaue in der Akte nach. Ist das Pflege? Unterscheidet nicht gerade das uns von Mediziner\*innen? Das wir nicht nur über Laborwerte reden, sondern uns einen Menschen anschauen? Ich sehe, dass ein Patient Gefahr läuft zu dehydrieren. Ja, er hat Bluthochdruck und bekommt Diuretika und eine Infusion mit NaCl ist vielleicht schwierig, Ringer? 0,45% NaCl?, aber warum mache ich mir diese Gedanken überhaupt. Weil es den Arzt nicht interessiert, dass die Hautfalte stehen bleibt. Die Fachkräfte verteilen Medikamente. Und wenn jemand eine hypertensive Krise hat, ist das nicht so wichtig. Zuerst wird die Runde beendet und dann bekommt der Patient auch sein Medikament in einer halben Stunde. Du, die Berichte müssen geschrieben sein. Und auf jeden Fall bis 12 Uhr. Die liest sich zwar eh niemand durch, aber solange die Akten stimmen geht's doch allen gut... oder? Morgens wasche ich Patienten die mir später gar nicht mehr zugeteilt sind. Ich beziehe Betten von Leuten, die ich nicht kenne. Die Erfahrung ist für mich wertvoll, aber mir persönlich zeigt sie vor allem eines: *Funktionspflege ist eine Sackgasse*. Leider ist die Funktionspflege dort nur schwer vermeidbar. Denn die tatsächliche Pflege müssen die Pflegehelfer\*innen und die Studierenden ausführen, während die Fachkräfte Delegationsaufgaben übernehmen. Denn das darf ja niemand sonst. Diese Gefahr sehe ich auch für uns. Arbeitsteilung kann dazu führen, dass die Fachkräfte zu Handlangern der Ärzte degradiert werden und Pflege von weniger gut Qualifizierten ausgeführt wird. Doch dadurch sinkt die Qualität der Pflege.

### **Fazit**

Ich habe in Namibia viel gelernt. Vor allem habe ich gelernt, dass uns Arbeitsteilung von unseren Patienten entfremdet und es ein Schritt in Richtung Funktionspflege ist. Niemand ist verantwortlich, niemand kennt den Patienten richtig und der Patient weiß nicht, wer die Ansprechperson ist. Ich sehe die Gefahr, dass wir uns in Deutschland in eine ähnliche Richtung bewegen, wenn wir Fachkräfte und Pflegehelfer\*innen in den Krankenhäusern haben.