

Editorial oder:

Warum jetzt diese Ausgabe?

Die MHH – eine Uniklinik der Spitzenmedizin und Spitzenbelastung?! Grenzenlose Leistung und grenzenlose Belastung sind nicht länger zumutbar.

Die nackten Zahlen zur Arbeitsverdichtung an der MHH lesen sich wie folgt: Zwischen 2005 und 2008 stieg die Zahl der stationären Behandlungsfälle von knapp 47000 auf über 53000, also um über 13%. Die Bettenauslastung stieg in diesem Zeitraum von 83,3 auf 86,9%. Die Verweildauer sank von 8,64 auf durchschnittlich 8,24 Tage. Die ambulanten Behandlungskontakte erhöhten sich um mehr als 10%. Gleichzeitig stieg der Casemix-Index von 1,65 auf 1,80; es sind demnach mehr schwere Krankheitsbilder hinzugekommen.

Im Gegensatz dazu stieg die Zahl der Beschäftigten – wenn auch in einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich – nur um rund 5% an!

Doch was bedeuten diese Zahlen für unseren Arbeitsalltag? Viele spüren die Zumutungen am eigenen Körper, Angefangen von der Küchenhilfe, die mehr Portionen bereitstellen muss, über die Stationsassistentin, die jeden Tag einen wachsenden Stapel an Patientenakten vor sich sieht, bis hin zu den Pflegenden im OP, die durch entgrenzte OP-Zeiten und gesteigerte OP-Zahlen ihren verlässlichen Feierabend nicht mehr planen können. Aus allen Bereichen können hier Beispiele von uns benannt werden.

Unter dem Diktat der nackten Zahlen verschlechtern sich unsere Arbeitsbedingungen rapide. In der Folge steigen die Kurz- und Langzeiterkrankungen, darunter auch viele psychosomatische Erkrankungen. Die Ursachen dafür liegen in der komplexen Krankenhausfinanzierung, wie auch in der restriktiven Präsidiumspolitik, die die Forderung von Effizienz und Leistung druckvoll nach unten weitergibt. Davon betroffen sind alle Berufsgruppen. Und

dennoch: Wir wollen mit dieser Ausgabe nicht jammern, sondern Mut machen zum Handeln! Jeder und jedem von uns stellt sich die Frage: Wie soll das weitergehen? Wo soll das Leistungssteigerungs-diktat hinführen? Bei welchem Personalschlüssel wird es enden? Welchen Arbeitsbedingungen werden wir ausgesetzt sein? Was bedeutet das für mein Leben, für meine Berufs- und Familienplanung? Wie lange können wir das durchhalten?

Wir wissen auch: Diese Leistungen funktionieren doch nur, weil wir es noch (!) aushalten. Die Frage ist, wie lange wollen wir noch auf Verschleiß arbeiten? Denn es liegt auch an uns, wie lange das so weiter gehen wird.

Mit der Pflege starten statt warten

Als Gewerkschafterinnen und Gewerkschaftern ist uns klar, dass Veränderungen nicht von alleine eintreten, sondern erst, wenn wir sie erstreiten. Der erste Schritt im Bereich der Pflege ist, dass wir uns zu den Unzumutbarkeiten äußern, es nicht mehr vereinzelt und stillschweigend zulassen, wie sich die Situation verschärft. Wir müssen davon weg kommen, immer erst im letzten Moment zu reagieren, um das Schlimmste zu verhindern. Wir müssen aktiv werden für die Verbesserung unserer Arbeitsbedingungen und damit auch für die Qualitätssicherung der Patientenversorgung.

Liebe Kollegin, lieber Kollege: Auch du bist gefragt. Wir wollen diese Distel-Ausgabe nutzen, uns stations- und bereichsübergreifend in der Pflege zu Arbeitsdichte und Überlastung auszutauschen. Das beginnt an deinem Arbeitsplatz. Sprich mit deinen KollegInnen über Arbeitsbedingungen. Tauscht eure Erfahrungen mit den Überlastungen aus und bringt diese mit in die gewerkschaftlichen Diskussionen ein. Dazu könnt ihr den Rückmeldebogen:

//weiter auf Seite 2//



Foto: tom hensel

„Wir sind erschöpft.“

„Überlastungen sind an der Tagesordnung, der Krankenstand ist zeitweise ungewöhnlich hoch, Patienten werden nicht ausreichend versorgt und das Personal fühlt sich in dieser Situation alleine gelassen“, heißt es in einem Schreiben mit dem sich einige Schwestern und Pfleger der Station 35 am 18. Februar 2009 an die Leitung der Krankenpflege, Frau Meyenburg-Altward, gewendet haben, um auf die teilweise dramatische Situation ihrer Station aufmerksam zu machen. Darin fordern sie Frau Meyenburg-Altward auf, mit den Kolleginnen „gemeinsam verbindliche Strukturen und Konzepte zu entwickeln, die dafür sorgen, dass diese Zustände beendet werden und nie wieder in Erscheinung treten“.

Dieser Schritt wurde notwendig, da sich auf Station 35 trotz zahlreicher Überlastungsanzeigen sowie mehreren Gesprächen mit der Pflegedienstleitung (PDL) nichts geändert hat. Die Kolleginnen und Kollegen setzten sich zusammen und sammelten als ersten Schritt die Probleme, damit sich endlich etwas ändert. Der aktuelle Zustand auf der Station ist nicht nur für die Be-

//weiter auf Seite 2//

6 Uhr, der Frühdienst beginnt: müde sitzt Pflegeschüler Johnny mit den Examinierten im Stationszimmer und bekommt die Übergabe. Vor ihm liegt ein Zettel mit den Patientennamen und deren Erkrankungen. Er ist seit vier Tagen auf der Station und kennt noch nicht alle Diagnosen und Abkürzungen. Seine Praxisanleiterin arbeitet auf einer anderen Station, eine(n) feste(n) Mentor(in) hat er nicht. Während die Examinierten die Patienten unter sich aufteilen, bekommt Johnny den Auftrag Zimmer 6-9 zu waschen. Schwester Chantal übernimmt die Morgenrunde mit Vitalzeichenmessung und Medikamentenverteilung.

Viele Auszubildende sind überfordert und fühlen sich allein gelassen. Sie übernehmen die Arbeiten für examinierte Pflegekräfte und müssen oftmals eigenständig Pflegehandlungen durchführen, in die sie nur kurz eingewiesen wurden. Obwohl manchmal der theoretische Background fehlt, wird selbstständiges Arbeiten erwartet. Aus Angst vor schlechten Beurteilungen

Fördern statt überfordern

Stationsalltag für Pflegeschüler

am Ende des Praxiseinsatzes trauen sich viele nicht, bei Problemen um Hilfe zu bitten.

Herr Spatz aus Zimmer 2 hat heute starke Durchfälle und Fieber, Johnny muss regelmäßig nach ihm sehen und die Schutzhose wechseln. Es ist 10 Uhr, er hat noch keine Pause gemacht. Da kommt Pfleger Markus auf ihn zu und drückt ihm eine Infusion in die Hand, er solle sie bei Herrn Spatz anhängen. Johnny geht los, er hat es noch nie alleine gemacht, hatte es aber schon öfter gesehen. Er ist sich nicht sicher, ob er Handschuhe tragen muss und ob er Infusionen überhaupt verabreichen darf.

Manche Tätigkeiten, dürfen nur von examiniertem Pflegepersonal übernommen werden. Oftmals wissen weder Auszubildender noch Pflegekraft darüber Bescheid. Stolz auf die ihnen übertragene Verantwortung und das Vertrauen, das ihnen entgegengebracht wird, führen viele Schüler solche Arbeiten aus. In anderen Fällen trauen sie sich nicht Fragen zu stellen oder Hilfe einzufordern.

Grade will sich Johnny zu den anderen an den Frühstückstisch setzen, da klingelt das Telefon. Die Apotheke ist dran, die Betäubungsmittel könnten abgeholt werden. Alle Augen ruhen auf Johnny, der sich daraufhin bereit erklärt, zu gehen. Als er wieder kommt, begrüßt Chantal ihn mit der nächsten Aufgabe: die Schränke in den Patientenzimmern müssten dringend aufgefüllt werden. Als er fertig ist, ist keine examinierte Kraft aufzufinden, mittlerweile ist es 12 Uhr und Johnny beschließt, erstmal was zu essen. Als er sich grad eine

//weiter auf Seite 3//

//Fortsetzung von Seite 1//

„Überlastung auf meiner Station heißt...“ auf Seite 7 nutzen. Für den weiteren Austausch organisieren wir uns in Pflege-Aktiventreffen. Dort werden wir Kriterien und Forderungen zum Umgang mit der zunehmenden Überlastung aus der Sicht der Pflegekräfte entwickeln, um unseren und den Ansprüchen der Patienten gerecht werden zu können.

Machen wir die Diskussion um Überlastung zu einem Ausgangspunkt, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu erstreiten, die uns zustehen und die wir brauchen, um gute Arbeit leisten zu können.

//Fortsetzung von Seite 1//

schäftigten eine Zumutung, sondern auch für die Patienten und deren Angehörigen. Manchmal entstehen sogar gefährliche Situationen, weil zum Beispiel schlichtweg kein Arzt erreichbar ist!

Auszüge der Problembeschreibungen aus dem offenen Brief an Frau Meyenburg-Altwarig:

- Allgemeine Erschöpfung beim Personal durch andauernde Mehrbelastung auf Grund von hohem Krankheitsstand (Novo-Infektion auf Station) und Unterbesetzung
- Pausenzeiten können nur selten und oft nicht vollständig wahrgenommen werden

- Unzufriedenheit bei Personal und Patienten durch unzureichende Versorgungsmöglichkeiten auf Grund von Zeitmangel
- Selbst Prioritätensetzung (wie von PDL empfohlen) nicht möglich
- Bei akuter Unterbesetzung muss Pflegepersonal (auf Anraten von PDL) selbst bei anderen Stationen zwecks Aushilfskräften nachfragen
→ Zeit fehlt am Patienten
- Keine gesperrten Betten
- Mitarbeiter durch Überbelastungen gestresst und gereizt
- Kaum ein kollegiales Zusammenarbeiten zwischen Ärzten und Pflegepersonal möglich
- Pflegepersonal muss Anordnungen (meist postoperativ und Überwachung) ständig erinnern
- Versorgung der Patienten im Überwachungszimmer sehr unzureichend.
- Häufiges Vergessen von Anordnungen (Antikoagulantien, Krankengymnastik)
- Stationsablauf nicht durch Ärzte an Personalstand und Infektionssituation angepasst
- Überwachung läuft weiter
- Zeitweilig ca. 10 Aufnahmen am Tag (trotz Novo und/oder Unterbesetzung auf Station)
- Dementsprechend viel Umschieben auf Station

- Unzufriedenheit bei Patienten, Angehörigen und zusätzliche körperliche Belastung für Pflegepersonal
- Patienten kommen zu kurz.

Aus dem Schreiben der Kolleginnen und Kollegen wird deutlich, dass die andauernde Mehrbelastung auf Grund des hohen Krankenstandes und chronischer Unterbesetzung sowie der Einbestellung von ambulanten Patienten zu zusätzlichen Krankheitsfällen führt. Ein Dienstaussgleich ist aufgrund des häufigen Einspringens kaum möglich. Hinzu kommen die vielen Überstunden. Das Privatleben leidet unter der beruflichen Belastung: zwischen den Diensten ist kaum Erholung möglich, so dass das Pflegepersonal bereits erschöpft zum Dienst kommt.

Teilweise musste der Urlaub verschoben werden, das Pflegepersonal wird aus dem Frei einbestellt. Frau Meyenburg-Altwarig hat prompt reagiert: Es gibt einen Termin und die Kolleginnen und Kollegen sind gespannt, was nun passiert.

Eine Ausnahmestation? Wie wirkt sich Arbeitsverdichtung und Überlastung auf deiner Station aus?

Nutze den Rückmeldebogen auf Seite 7 in dieser Distel Ausgabe und beteilige dich an unseren gewerkschaftlichen Aktivitäten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege.

//Fortsetzung von Seite 2//

Stulle geschmiert hat, klingelt es in Zimmer 2. Als Johnny die Schutzhose gewechselt hat, steht Chantal im Zimmer und fragt, ob er nicht beim Verbandswechsel zusehen möchte. Johnny schaut zu, währenddessen sagt Chantal immer wieder: „Guck dir das nicht so ab..., mach das später nicht so..., im Examen musst du es nach Standard machen.“

Vielen Mentoren fehlt vor allem die Zeit Schüler fachgerecht anzuleiten. Die Anleitung leidet darunter. Kritik üben ist schwierig, unter anderem weil die Schule nicht immer zwischen Theorie und Praxis vermitteln kann und der Schüler wegen des Bewertungsdrucks nicht immer ehrlich sein kann und möchte. Obwohl in der Schule regelmäßig Reflexionsgespräche geführt werden, scheinen die Informationen und Verbesserungsvorschläge nicht ausreichend auf den Stationen anzukommen. Auch die Funktion der Praxisanleiter als Mediatoren zwischen Schule und Station bzw. Schüler und Station scheitert oftmals an Zeitmangel.

Um 14 Uhr 12 verlässt Johnny pünktlich die Station. Obwohl noch viel zu tun ist, schicken ihn die Examinierten nach Hause. Er ist froh, dass darauf geachtet wird, dass er keine Überstunden machen muss, wo er schon keine Pause hatte. Auf dem Heimweg fragt er sich, wer wohl seine Beurteilung schreiben wird, da er keine feste Mentorin hat und ihm keiner bei der Arbeit zusieht.

Wir als Pflegeschüler wünschen uns:

- dass wir auf allen Stationen gut eingearbeitet und integriert werden
- dass wir die Chance bekommen Pflegestandards zu erlernen und anzuwenden
- dass wir in allen Einsätzen realitätsnah und fair beurteilt werden
- dass wir konstant durch zugeteilte Mentoren betreut werden
- dass für jede Station ein Einarbeitungskatalog erstellt wird, der die Fachrichtung näher bringt und Abkürzungen und Tagesablauf erklärt
- dass die Kommunikation zwischen Schule und Station ausgebaut und verbessert wird
- dass es auf jeder Station ausgebildete Praxisanleiter gibt.

Die Namen sind fiktiv, aber die Situation nicht. **Professionelle Pflege für morgen, braucht professionelle Ausbildung – JETZT!**

„Hauptsache, der „Laden“ läuft!“

Überlastung auf den Intensivstationen

Von Anke Kugler

Der Druck auf die Beschäftigten der Intensivstationen ist in den letzten Jahren immer weiter gestiegen. Aufgrund der erhöhten Fallzahlen, (Betten sind z.T. pro Tag mit zwei bis drei Patienten belegt) ist die Arbeitsdichte enorm hoch und oftmals nur noch im „Akkord“ zu bewältigen. Die Situation verschärft sich durch eine deutlich höhere Anzahl von schwerstkranken Patienten, immer älter werdende schwerstkranken Patienten, Demenz, isolationspflichtigen Patienten mit multiresistenten Keimen und solche mit starkem Übergewicht. Nur noch das Nötigste ist machbar. Schadensbegrenzung im Sinne von Überwachung und Stabilisieren der Vitalwerte steht im Vordergrund. Aufgrund des Bettendrucks werden Patienten, die noch intensivpflichtig sind, auf die Allgemeinstation verlegt. Diese müssen zum Teil ein bis zwei Tage später notfallmäßig dekompenziert wieder aufgenommen werden, da ihre Behandlung für die Allgemeinstationen zu aufwendig ist.

Der ganz normale Wahnsinn ...

Kein Arbeitsgang kann störungsfrei erledigt werden. Sei es eine pflegerische Maßnahme, sei es ein Gespräch mit Patienten, oder Angehörigen. Ständig kommt irgendetwas dazwischen: Thoraxröntgen, Visite, ständig klingelndes Telefon, Konsile, ad hoc CT-Transporte, akut auftretende Notfallsituationen, Physiotherapie, Kollegen brauchen Hilfe, Verlegungen, Zugänge, etc. Notfallsituationen, das Lagern, Mobilisieren oder Betten von Patienten binden zwei bis drei Pflegekräfte. Wer „kümmert“ sich da noch um die anderen Patienten? Pausen können teilweise nicht und schon mal gar nicht störungsfrei genommen werden.

... und seine Folgen

Kolleginnen und Kollegen sind ausgepowert und frustriert, da sie ihren pflegerischen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden können, es geht nur noch um's Funktionieren; darum, möglichst viele Fälle

//weiter auf Seite 4//



Foto: subalk61

//Fortsetzung von Seite 3//

durchzuziehen. Kein Wunder, dass sich viele Pflegende verheizt fühlen. Wertschätzung für ihre Leistungen? Fehlanzeige! Der Dauerstress und Leistungsdruck ziehen sich durch alle Berufsgruppen. Oftmals kommt es daher zu gereizter Stimmung und zu Kommunikationsstörungen. Das kann nicht im Sinne einer supramaximalen Patientenversorgung sein. Wen interessiert denn noch der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Pflegequalität?

Aus Sicht der pflegerischen Leitung

Für Stationsleitungen bedeutet die aktuelle Situation eine ständige Doppelbelastung. Wir sind oftmals in der Patientenversorgung tätig. Leitungsaufgaben wie Personalentwicklung, Informationsweitergabe, gezielte Kommunikation etc. können wir nur noch nebenbei erledigen. Deshalb bleiben sie mitunter auf der Strecke. Hauptsache der „Laden“ läuft. Meist beschränken sich Leitungsaufgaben auf Dienstplanung und Organisation des Tagesgeschäftes.

Muss der Dienstplan mit einer Minimalbesetzung geschrieben werden, fallen oft schon regulär Mehrarbeitsstunden an. Kommt dann noch die Kompensation von Krankheitsausfällen dazu steigen die Mehrarbeitsstunden weiter an.

Bei kurzfristigen Krankheitsausfällen habe ich schon ein schlechtes Gewissen die Kolleginnen und Kollegen zu fragen, ob sie einspringen können, da sie oftmals schon völlig überarbeitet sind und ihr Frei dringend brauchen. Aber was soll ich machen? Doppelschicht?

Oft gehe ich mit einem schlechten Gefühl nach Hause, weil ich sehe, dass die anfallende Arbeit für die Kollegen eigentlich nicht zu leisten ist. Hoffentlich passiert nichts!

Das ist der Alltag in einem Krankenhaus mit einem ganzheitlichen Pflegeanspruch!

Anke Kugler arbeitet auf Station 34 als Stationsleitung



Foto: kv

„Personalkarussell“

Ein Erfahrungsbericht aus der Anaesthesiepflege

Durch Zusammenfassung der Arbeitsbereiche finden sich Mitarbeiter extrem häufig an Arbeitsplätzen mit unterschiedlichen Bedingungen wieder. Und das oftmals kurzfristig.

Für den einzelnen Mitarbeiter bedeutet dieses, sich permanent auf einen neuen Bereich einzustellen: Wo liegt was? Ist mein Arbeitsplatz vollständig? Wie wird hier alles gehandhabt? usw. Ein Gefühl des „Alleingelassenseins“ kommt hinzu.

Durch diese Problematik wird die Motivation des Mitarbeiters deutlich gesenkt, die Identität mit dem Bereich geht verloren. Der Mitarbeiter fühlt sich zunehmend unsicherer, der persönliche Stress erhöht sich, die Qualität der Arbeit nimmt ab.

Aber nicht nur für den Einzelnen hat es Folgen, sondern auch für den Arbeitsbereich:

Das Arbeitsklima verschlechtert sich (kein Team-Gefühl mehr, Unzufriedenheit

der Mitarbeiter); Qualitätsverlust folgt; Der Arbeitsplatz wird vernachlässigt, da sich niemand mehr zuständig fühlt. Eine weitere negative Folge des „Karussells“ ist das Sinken der Akzeptanz von anderen Berufsgruppen, wodurch die Unzufriedenheit weiter wächst. Es entsteht ein hoher Krankenstand bis hin zum Burn-Out-Syndrom, sowie vermehrten Reduzierungen von Vollzeitarbeit auf Teilzeitarbeit.

Dieses Modell ist zur Nachahmung nicht empfohlen.

Dabei wäre ein positives Entgegenwirken einfach: Transparenz der Personalplanung durch Einbeziehung der Mitarbeiter und Berücksichtigung von deren Wünschen. Es wäre für alle Mitarbeiter sowie Ärzte, Kollegen und Patienten von Vorteil, wenn sich das Karussell nicht so schnell drehen würde (sprich, nicht jeden Tag Einsatz in einem anderen Bereich).

Die Arbeitsverdichtung und Überlastungen erreichten im Sommer 2007 ein gefährliches Ausmaß. Dies veranlasste die Kolleginnen und Kollegen der Pflege des Teams der Station 74 die Initiative zu ergreifen. In ihrer Petition „Patientenversorgung durch Unterbesetzung gefährdet“ vom 20. Juli 2007 beschrieben sie die Zustände. Wir dokumentieren hier Auszüge und befragen dazu zwei Teammitglieder der Station zu ihrer Initiative.

Zitat: „Petition der Mitarbeiter auf der Station 74! Wir benötigen dringend eine adäquate Personalbesetzung. Das betrifft eine durchgehende Besetzung die von Anzahl und Qualifizierung dem Pflegeaufkommen gerecht wird. Hiermit wird eine Überlastung angezeigt. Wir sehen die Patientensicherheit massiv gefährdet! Grund: Seit mehreren Wochen sind die Schichten personalmäßig schlecht besetzt. Eine reguläre Schichtbesetzung von 10 eingearbeiteten Mitarbeitern über alle Schichten existiert nicht mehr. Eine Schichtbesetzung von 10 Kräften bei 21 Intensivbetten war während des Verdi-Streiks im letzten Jahr eine Notbesetzung! [...]“ und weiter:

- „Die Patientenüberwachung ist trotz Einsatz von Monitoring mangelhaft, da Patientenbeobachtung kaum noch stattfinden kann und auf Alarme teils nicht zeitnah reagiert werden kann. [...]“
- Eine regelmäßige Lagerung der Patienten zur Dekubitusprophylaxe ist nicht mehr gegeben, da Hilfe zum Umlagern fehlt
- Medikamente können bei Überlastung nicht zeitnah gegeben werden (Antibiose, Immunsuppressiva)
- eine zeitgerechte Hygienemaßnahme nach Abführmaßnahmen kann aus personellen Gründen nicht bedarfsgerecht erfolgen. Der Einsatz von Fätkollektoren und Darmrohren steigt. [...]
- Pausenregelungen sind hinfällig, da die Mindestversorgung der Patienten hierfür keine Zeit lässt. Pausen sind faktisch abgeschafft.“

Die Petition endet mit:
„Wir fordern dringend Abhilfe und bitten um Lösungsvorschläge. Die jetzige Situation widerspricht dem von der MHH aufgestellten Mindestanforderungen an einen verantwortungsbewussten Patientenumgang. Die Art des Personaleinsatzes bedeutet

In letzter Minute!

Pflegekräfte ziehen erfolgreich die Notbremse!

einen grob fahrlässigen Umgang mit der Gesundheit anvertrauter Patienten und Mitarbeiter. Wir sehen uns außerstande, die Verantwortung und die Folgen von Pflegefehlern und -mängeln, die in der unzureichenden Personalressource begründet liegen, zu übernehmen.“ Zitat Ende.

Frage: Wie stellte sich neben den in der Petition genannten Problemen die Gesamtsituation dar?

Antwort: Wir hatten damals ca. 65 Planstellen, von denen nicht alle besetzt waren, und es gab hohen Ausfall durch Dauerkrankheit. Allerdings besprachen wir schon ein Jahr zuvor in der Teambesprechung unzumutbare Arbeitsspitzen. Damals wurde die Diskussion z.T. aber sehr emotional geführt. Unklar blieb, ob nun die einzelne Pflegekraft überlastet ist oder hier ein gemeinsames Problem von vielen vorliegt. Die Einigkeit hatten wir noch nicht. Aber für das Jahr 2007 hatten wir ganz klar eine schleichende Zunahme der Arbeitsverdichtung und zusätzlich langfristige Ausfälle von Kollegen und Kolleginnen.

Frage: Wie kam es dann zu der Initiative?

Antwort: Die Arbeitsspitzen hatten zugenommen, die Dichte wurde höher, selbst die Schichtbesetzung ging unter die Notfallbesetzung des Streiks von 2006 zurück.

Der Pflegeaufwand nahm rapide zu. Das, was wir sonst als Einzelfall an schweren Patienten hatten, das wurde zur Regel. Unsere Station hat mit den höchsten Casemix-Index.

Dauerhaft waren 9 Pflegekräfte im Einsatz wo wir eigentlich 12 Pflegekräfte benötigten. Wir überschritten die Grenze der Belastbarkeit.

Innerhalb des Teams wurde die Stimmung schärfer. Eine Kollegin übernahm dann die Initiative und schrieb ein Papier über die Missstände.

Letztendlich war allen klar: Wir mussten etwas tun, um ein Mindestmaß an Sicherheit für die Patienten wieder her-

zustellen und gefährliche Pflege sowie Gesundheitsschäden für das Personal zu vermeiden. Der Text wurde dann zur Unterschrift für alle KollegInnen öffentlich ausgehängen. Zügig kam eine Unterschrift nach der anderen dazu, so dass innerhalb von 2 Wochen mehr als 50 Mitarbeiter/innen die Petition unterschrieben haben.

Frage: An wen sollte das Schreiben gehen?

Antwort: Wir hatten uns vorgenommen, die Petition an einen großen Verteiler zu schicken. Wir wollten, dass diejenigen das Problem zur Kenntnis nehmen, die dafür verantwortlich sind und die Situation nicht ausgesessen wird. Letztendlich haben wir die Geschäftsführung Krankenpflege, die Leitung des Pflegebereichs Intensivpflege, den Chefarzt, den leitenden Oberarzt und die Oberärzte, den Personalrat und die leitende Betriebsärztin angeschrieben.

Frage: Was ist nach dem Brief passiert?

Antwort: Es gab eine schriftliche Stellungnahme der Geschäftsführung der HTTG an die Station, an das Personal. Für uns war wichtig: Erstmals gab es eine nachvollziehbare Reaktion.

Frage: Welche Ergebnisse gab es?

Antwort: Wir sprachen über zusätzliche Personalstellen und Bettensperrung. Nach Besprechungen mit allen Verantwortlichen wurde folgendes in die Wege geleitet: als Sofortnotlösung blieben dann 6 Wochen lang 2 Betten gesperrt. Eine relevante Personalaufstockung wurde kurzfristig in die Wege geleitet bzw. umgesetzt. Für uns war eine sofortige Reaktion wichtig und das wir es erreicht hatten, dass man uns zuhört und das die Verantwortlichen gekommen sind. Zu mindestens sind jetzt alle sensibilisiert, was Personalbesetzung angeht.

Unserer Erfahrung nach ist es wichtig, dass sich die Kollegen rechtzeitig verständigen, wie man mit Überlastungen umgehen will. In einem ehrlichen Umgang miteinander muss man sich gemeinsam fragen, was man fordern kann.

Planbare Freizeit?

oder:

Wann bist Du das letzte Mal pünktlich raus gekommen?

Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit von dienstplanmäßiger Freizeit haben an der MHH im Gegensatz zu den vergangenen Jahren wesentlich abgenommen.

Während früher geplante Arbeitszeiten in der Regel eingehalten worden sind, kommt es auf Grund der enormen Leistungsverdichtung (bei nahezu gleich gebliebenen Personalzahlen!) zu vielen Überstunden.

Überstunden im Gesundheitswesen fallen, natürlicherweise, oft nicht planbar an. Deshalb können die Beschäftigten selten sicher sein, zum Ende der regulären Arbeitszeit auch wirklich Feierabend zu haben. Es gibt aber durchaus auch andere Ursachen für das ständige Überstundenfahren. So

trieblicher Abläufe wahrgenommen. Durch diesen Umstand werden an anderen Tagen Überstunden geleistet – zu Lasten des Personals und zu Lasten des Kliniketats, der diese Kosten zu tragen hat!

Teilzeitkräfte als Lückenfüller?

Insbesondere bei Teilzeitkräften kommt es zu einer oft als willkürlich empfundenen Stückelung von freien Tagen. Eine wirkliche Regelmäßigkeit von sogenannten Freiwochen in mehr oder weniger regelmäßigen und somit im Voraus planbaren Abständen ist nicht gewährleistet (Stichwort: familienfreundliche Hochschule!)

Ungünstige Arbeitszeiten (Wochenenden, Nachtdienste) werden darüber hinaus teil-

häufiger als Vollzeitkräfte. Unter dem Strich kann man ruhigen Gewissens sagen, dass in einigen Teilbereichen der Krankenpflege eine Dienstplangestaltung existiert, bei der Teilzeitkräfte häufig dazu dienen, personelle Lücken zu füllen.

Planbare Freizeit ist wichtig

Erholungsphasen von einer nicht nur körperlich stark anstrengenden Tätigkeit dienen nicht nur dem Arbeitnehmer. Sinnvoll geplante Freizeit und gleichmäßig auf die Beschäftigten verteilte Belastungen dienen letztendlich auch dem Arbeitgeber, da tätigkeitsbedingte Ausfall- und Krankheitszeiten – einzig und alleine mit einer auch personalorientierten



Foto: kv

kommt es in manchen Bereichen der MHH vor, dass Eingriffe, Behandlungen oder Untersuchungen reduziert werden, solange z.B. ärztliche Mitarbeiter an Kongressen teilnehmen. Oder wichtige Termine leitender Angestellter werden zu Ungunsten be-

weise derart geplant, dass die Verteilung solcher Schichten den Anteil der wöchentlichen Arbeitszeit der Kolleginnen und Kollegen nicht unbedingt widerspiegelt. Sprich: Teilzeitkräfte erhalten solche Dienste in einigen Bereichen wesentlich

Dienstplangestaltung – reduziert werden können.

Der Artikel ist im Rahmen des Warnstreiktages am 12. Februar in der AG „Mein Frei gehört mir“ entstanden.

Pflegeethos – Anspruch und Realität

Von Jost Pages

Der Anspruch der Pflegenden an sich selbst ist durch ihre soziale Einstellung und ihre Arbeit mit und für Menschen begründet. Die Abhängigkeit des Patienten vom Pflegenden ist sehr hoch. Pflege ist kein Hilfsberuf für Ärzte. Trotzdem gibt es nicht wenige Ärzte, die uns leider aus ihrem Ständedenken heraus immer noch so behandeln.

Ohne die Pflege wäre ein kontinuierlicher Therapieverlauf und dessen Überprüfung im Team gar nicht denkbar und zu gewährleisten. Leider ist dieses Verständnis füreinander in den Berufsgruppen nicht sehr weit verbreitet. Ansprüche von medizinischer Seite, eine zu enge Personaldecke und schlechte Organisation von Arbeitsabläufen machen es leider immer schwerer die individuelle Betreuung des Patienten angemessen zu gewährleisten.

Die Leitlinien der Medizin und die im Rahmen des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelten nationalen Standards der Pflege, die als Anspruch unsere tägliche Arbeit beeinflussen, sind bei der heutigen Besetzung der Pflege immer schwieriger so umzusetzen, dass sie den eigenen Ansprüchen genügen.

Dabei waren es doch diese Ansprüche, die uns in der Pflege einmal bewogen haben, den Beruf zu ergreifen. Diese Leitlinien und Standards werden immer mehr zu rechtlich verbindlichen Richtlinien, die für die Patienten einklagbar sind und deren Nicht-Beachtung für die MHH zu Regressforderungen führen kann. Wenn wir sie dann erfüllen wollen heißt es: „Die Pflege müsste ihre Ansprüche zurückfahren.“

Papier ist geduldig – Die Leitbilder der MHH

Das Leitbild der MHH sieht vor, in Lehre, Forschung und Krankenversorgung unsere Arbeit in den Dienst des kranken Menschen zu stellen. Dort steht: „Wir arbeiten miteinander und füreinander an unseren Zielen.“ Es wird die Zufriedenheit der Beschäftigten mit ihren Arbeitsbedingungen angestrebt.

Wie verträgt sich das dann, wenn Überlastungsanzeigen nicht einmal mehr zur Kenntnis genommen werden? Aus dem Leitbild in der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung an der MHH werden Ansprüche an uns Pflegenden abgeleitet: Wir sollen uns an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Menschen aller Alters- und Entwicklungsstufen orientieren und bei Erhalt und Erlangung der Selbstbestimmung des Patienten unterstützend tätig sein.

Es steht der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt der Pflege und Ausbildung. Schöne Worte, die in der Realität leider nicht immer umgesetzt wer-

den können. Patientenberatung und -anleitung ist den Pflegenden in den Jahren auf Grund der Besetzung – wir arbeiten heute mit der Notbesetzung von vor 10 Jahren – immer schwerer gemacht worden.

Wenigstens niemandem geschadet

Viele gehen an manchen Tagen nach Hause und sind froh, wenn sie heute den Patienten zwar nicht effektiv haben helfen können, ihnen dann aber wenigstens nicht geschadet haben.

Der Patient ist eigentlich in der Realität nur noch Mittel zum Zweck.

Der Auszubildende wird mehr und mehr zu einer besseren Arbeitskraft gemacht, dem das Lernen während und nach der Arbeit immer schwerer fällt. Warum ist denn in ersten Jahren nach der Ausbildung die Fluktuation aus dem Beruf „Pflege“ so hoch?

Zusammenarbeit und Kooperation gegen Resignation und Egoismus

Bei vielen Kollegen ist die soziale Einstellung bereits Resignation und Egoismus gewichen: „Hier ist sich dann jeder selbst der Nächste.“ Die Pflege muss wieder lernen „Nein“ zu sagen und sich nicht von allen anderen Berufsgruppen ausnutzen zu lassen. Unsere eigene soziale Einstellung darf nicht in Selbstaufgabe und Zerstörung enden.

Pflegende dürfen sich nicht aus- und benutzen lassen, nur damit andere Berufsgruppen ihre eigene Arbeit loswerden. Respekt und Anerkennung aller für unsere Arbeit ist uns wichtig. Alle Pflegenden reden über die gleichen Probleme. Wir müssen lernen uns wieder untereinander zu unterstützen und füreinander da zu sein. Das brauchen wir, um gemeinsam Ziele zu definieren und sie auch erreichen zu können. Damit wir gemeinsam für die Betroffenen und Patienten da sein können.

Jost Pages arbeitet als Pflegeexperte Stoma + Inkontinenz + Wunde in der Stabsstelle Krankenpflege

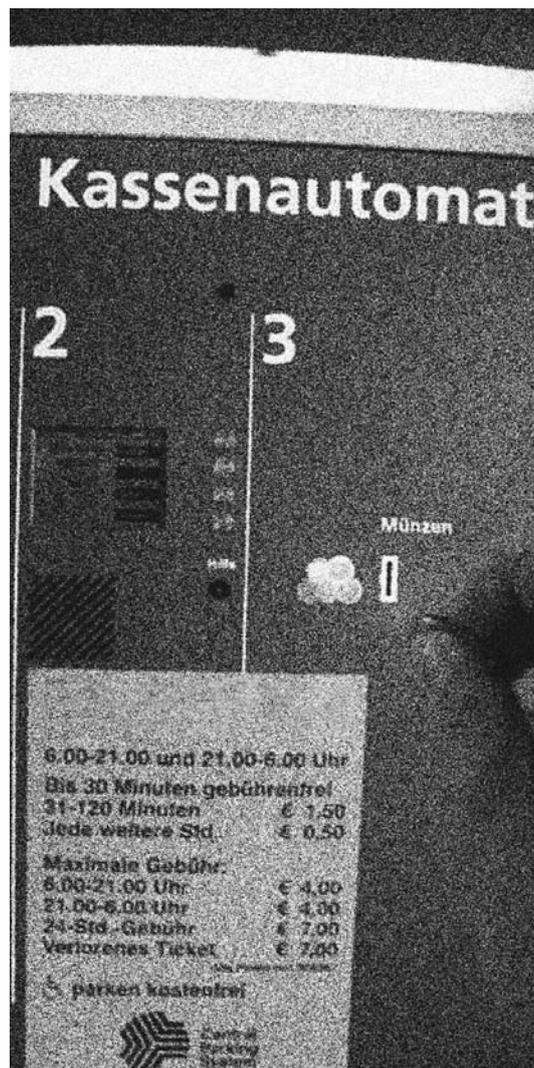


Foto: kv