

Schwarzbuch II

«Ein eisiger Wind fegt durch die Gänge»

Verordnete hohe Arbeitsintensität
belastet Zürcher Gesundheitspersonal
und PatientInnen



Rautstrasse 12
8047 Zürich
Tel: 044 461 00 06
e-mail: sekretariat@aggp.ch
www.aggp.ch

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Vorwort | 1 |
| «Keine Zeit, die Aufgaben richtig wahrzunehmen» | 4 |
| «A-Level-Arbeit zu B-Level-Lohn oder wie FaGe's in Pflegezentren ausgenutzt werden» | 6 |
| «Fabrik oder Spital - das ist die Frage» | 9 |
| «Bilanz von mehr als 50 Jahren Spitalerfahrung» | 12 |
| «Arbeiten wie am Fliessband» | 14 |
| «Die Sorge um die Seele des Spitals» | 19 |
| «Körper verhalten sich nicht wie Maschinen» | 21 |
| «Es wird versucht uns hinauszuekeln» | 25 |
| «Weil ich es mir leisten kann, habe ich gekündigt» | 27 |

Herausgeberin: Aktion Gsundi Gsundheitspolitik (AGGP)
Zürich, Dezember, 2011

Alle Rechte bei der AGGP und den Autorinnen und Autoren

Zu beziehen:

AGGP, Rautistrasse 12, 8047 Zürich

sekretariat@aggp.ch

www.aggp.ch

PCK: 80-21474-1

Solidaritätsbeitrag an das Schwarzbuch II: Fr.5.-



Vorwort

Die angeprangerten Zustände im Schwarzbuch I der AGGP vom April 2011 sind keine Einzelfälle. Auch wenn der amtierende Präsident der VZK-Spitäler versucht, die Repräsentativität der Berichte zu negieren, herrschen diese Zustände leider alltäglich in den meisten Häusern vor. Viele Pflegende erfuhren durch das Schwarzbuch, dass sie mit ihrer untragbaren Arbeitssituation nicht alleine sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, arbeiten die Leute doch nicht nur unter sehr grossem Leistungsdruck, sondern denken zunehmend, sie seien damit alleine. Die Entwicklung eines neuen Solidaritätsgefühls ist deshalb umso wichtiger. Das Schwarzbuch ist ein Mittel dazu. Die AGGP hat seit der Veröffentlichung des Schwarzbuches I laufend weitere Berichte von den sich zunehmend verschärfenden Arbeitsbedingungen in den Zürcher Gesundheitsinstitutionen erhalten, welche nun im vorliegenden Schwarzbuch II zusammengefasst sind und die ersten Berichte ergänzen.

Neu am Schwarzbuch II ist, dass erstmals die unwürdigen Zustände im Bereich der kranken Kinder beschrieben werden; die Verschlechterungen in den Pflegezentren sowie im stationären und ambulanten Spitalbereich werden zum Teil neu aufgezeigt und es kommen erstmals eine SpitalpfarrerIn sowie zwei PatientInnen zu Wort. Die Intensivierung und Verdichtung der Arbeit sowie die Überverwaltung haben aus Sicht des Basispersonals die Grenze des Tragbaren überschritten.

Beim Gesundheitspersonal, den Spitalleitungen, den PolitikerInnen und den Medien fand das Schwarzbuch I breite Beachtung: Spitalleitungen glaubten ihr Spital im Schwarzbuch zu erkennen, obwohl damals von ihnen kein Bericht im Schwarzbuch I enthalten war. Dies zeigt deutlich, dass solche Zustände nicht vereinzelt vorkommen. Ausgelöst durch das Schwarzbuch I erwirkten die GemeinderätInnen mittels einer dringlichen Anfrage zur Arbeitsbelastung und Pflegequalität in den Stadtspitälern eine Stellungnahme des Stadtrates von Zürich. Darin wird bestätigt: «Das Arbeitstempo und die Arbeitslast sind in den letzten Jahren gestiegen. Diese Tendenz wird sich voraussichtlich auch unter DRG fortführen. Punktuell werden dabei auch die Grenzen des Machbaren erreicht.» Die Verantwortlichen der kantonalen und kantonal-verselbständigten Anstalten haben sich zum Schwarzbuch I nicht öffentlich geäussert. Der Pflegedienstleiter eines Zürcher Stadtspitals bestätigte in den Medien die bereits stattgefundene enorme Verdichtung der Pflegearbeit und fügte fatalistisch hinzu, dass es in Zukunft noch intensiver werde. Die AGGP ist jedoch der Meinung, dass es sich bei der jetzigen Situation nicht um eine «Naturkatastrophe» handelt, der wir machtlos ausgeliefert sind, und erwartet vom Kader, dass es hinter ihrem Gesundheitspersonal und einer menschenwürdigen Versorgung steht und aktiv Verbesserungen fordert.

Die Verwaltung und das Kader berufen sich immer wieder auf die positiven PatientInnen- und Personalumfragen; die Aussagekraft dieser Studien stellt die AGGP jedoch stark in Frage. Gerne wird das nationale Fehlermelde- und Lernsystem (CIRS), auf dem anonym kritische Zwischenfälle in den Spitälern gemeldet werden können, vom Kader als Mittel zur Qualitätssicherung ins Feld geführt. Das CIRS hat seine Berechtigung, sagt aber wenig über die aktuelle Qualität und Sicherheit aus. Wer verfasst nach einem Tag voller Hetze und anschließender Dokumentation sowie Leistungserfassung bis über die offizielle Arbeitszeit hinaus noch eine CIRS-Meldung? Zudem werden häufig nur harte Fakten als CIRS-Fall gewertet. Dabei wird eine Medikamentenverwechslung aufgrund der Überlastung des Personals nicht als systematischer Fehler deklariert. Weiter werden weiche Faktoren marginalisiert, wie zum Beispiel wenn die PatientIn länger unter Schmerzen leidet, nicht informiert oder weniger mobilisiert wird.

Im Schwarzbuch II berichten AutorInnen auch von den Auswirkungen der zunehmenden Ökonomisierung und Industrialisierung des Gesundheitswesens. Die Leistungen werden immer mehr nach dem gewichtet, ob sie abrechenbar sind und Geld bringen. Wenn eine Fachfrau erzählt: «Aus Zeitmangel wird die Förderung ... von PatientInnen zurückgestellt, sie werden immobilierter statt mobiler», wird klar, welcher Non-Sense entsteht, wenn an der Basis nicht genug professionelles Personal tätig ist.

Überzeit (die bis 1.30 Uhr nachts dauern kann) muss einerseits wegen der Personal- und PatientInnensituationen immer häufiger geleistet werden, wird aber andererseits vom Kader immer öfter sanktioniert, indem sie als unnötig bezeichnet wird und Abstriche in der Pflege gefordert werden, sowie negativ in die MitarbeiterInnenbeurteilung einfließt. Vordergründig werden die fehlenden finanziellen Ressourcen ins Feld geführt, sieht man jedoch dahinter, entdeckt man insgesamt Mehrkosten sowie mehr Abhängigkeit und Leid.

Sinn-Entleerung der Arbeit, Stress und Qualitätsabbau beim Personal ist die Folge der herrschenden Verwaltungslogik. Unter dieser strukturellen Gewalt muss mit brutaler Geschwindigkeit, innerer Zerrissenheit und Krankheitsfolgen gearbeitet werden. Kein Wunder berichtet das Schwarzbuch II: «Ein Eisiger Wind fegt durch die Gänge».

Die SpitalpfarrerIn bemängelt die schlechte Behandlung und Geringschätzung älterer erfahrener Pflegender; als Beispiel seien hier die Entlassungen der letzten zwei Jahre in diesem Bereich zu nennen. Bei ausgesprochenen Kündigungen fällt auf, dass gezielt Pflegende entlassen werden, die um 50 Jahre alt oder gesundheitlich angeschlagen sind. Industrialisierungstendenz auch hier: Statt von der breiten Erfahrung und Weitsicht des

älteren Personals zu profitieren und damit die Nachhaltigkeit der Behandlung im Spital zu fördern, stehen tiefere Personalkosten, die Erhöhung des Arbeitstempos und die Steigerung der verrechenbaren Leistungen im Vordergrund.

Auf Kosten der neuen Berufsangehörigen «Fachangestellte Gesundheit» (FaGe) sollen die Erfolge der letzten Jahre Richtung Lohngleichstellung ausgehebelt werden. Berichte im Schwarzbuch II zeigen: FaGe's und PflegeassistentInnen werden meist offiziell unter ihren erlernten Kompetenzen angestellt, zurückgestuft und diskriminierend entlohnt, um dann inoffiziell die höheren Verantwortlichkeiten und Belastungen zu übernehmen - natürlich gratis. FaGe's sollen - geht es nach der Leitung - immer grössere Anteile der Arbeit der diplomierten Pflegenden übernehmen, sind aber gemäss kantonalem Lohnreglement 4 bis 5 Lohnklassen tiefer eingereiht. Dies entspricht mindestens Fr. 13'000 bis Fr. 16'000 weniger Bruttolohn pro Jahr; darin sind Einsparung aufgrund jüngeren Alters nicht einberechnet.

Es braucht eine Gegenbewegung zur jetzigen Politik der Industrialisierung und der Verwaltungslogik. Ein Spital ist keine Fabrik. Menschen keine Güter. Eine AutorIn formuliert es im Schwarzbuch II so: «Wenn wir nicht jetzt beginnen uns zu wehren, werden wir mit all unserem Pflegeverständnis untergehen oder wir müssen von Bord, um uns wieder in die Augen sehen zu können.»

AGGP-Redaktion

«Keine Zeit, die Aufgaben richtig wahrzunehmen»

Eine Pflegefachfrau hat keine Zeit, den Eltern ihrer jungen PatientInnen zuzuhören und kritisiert eine unsinnige Überzeitenpolitik.

«Ich habe meine Ausbildung zur Pflegefachfrau HF auf dem Schwerpunkt Kinder, Jugendliche, Familie und Frau abgeschlossen. Die Aufgaben in meinem Arbeitsalltag erfüllen mich, sofern ich ihnen dann auch nachkommen kann und nachkommen darf. Ein grosser Teil unseres Alltags besteht aus Elternarbeit. Das heisst, Eltern auffangen in schwierigen Situationen, sie in ihrem Handeln und Tun unterstützen und instruieren, ihnen mit Rat zur Seite stehen, sie entlasten oder auch mal einfach für sie da zu sein und ihnen zuzuhören.

«Überzeitkompensation generiert wieder Überzeit»

Seit einiger Zeit können diese Aufgaben kaum mehr wahrgenommen werden. Die Spätdienste sind extrem streng, da ca. 80 Prozent der Eintritte nach 18 Uhr erfolgen. Zeit zum Essen bleibt meist kaum, und es fällt oft Überzeit an. Überzeit sehen die Vorgesetzten nicht gern, das ist uns allen klar. Darum müssen, sobald es ein klein wenig unangenehm wird zum Arbeiten, die Pflegenden ihre Überzeit abbauen. Dies hat zur Folge, dass meist die Pflegenden, welche dann arbeiten, wieder Überzeit macht. Es ist ein ewiger Kampf.

Letztens hatte ich mit einer FaGe im 3. Lehrjahr alleine Spätdienst. Wir hatten ca. 11 kleine PatientInnen, was eigentlich schon hätte gehen sollen. Wie es aber so ist, kamen dann noch zwei Eintritte. Mit denen war ich beschäftigt, als eine Mutter weinend im Gang stand. Ich fragte sie, was sie so traurig mache, und sie fing an zu erzählen. Der ganze Stress, welcher sich über den Tag aufgestaut hatte, brach nun aus

«Nicht einmal ihr heraus. Da aber zwei von den von mir zu betreuenden Kindern hohes Fieber bekamen, ein Zeit zum Zuhören» anderes dringend ein Medikament brauchte und zwei weitere Kinder, welche alleine waren, Hunger hatten, mussten ich diese Mutter in ihrem Redefluss stoppen und sagen, ich müsse leider weiter. Leider konnte ich ihr auch nicht einen späteren Zeitpunkt am Abend anbieten, da dies wieder unrealistisch und für sie enttäuschend gewesen wäre. Warum muss ich einer Mutter, die ihre Sorgen loswerden möchte, erklären, dass ich zu wenig Zeit für sie habe. Zu wenig Zeit für eine Aufgabe, welche wir in der Schule gründlich gelernt haben

und uns gesagt wurde, wie wichtig es für den Heilungsprozess der Kinder sei, dass Eltern sich wohl fühlen, damit sie für ihre Kinder da sein können.

Das war nur einer dieser Spätdienste, an welchem ich nach Hause ging (natürlich mit Überzeit) und dachte: «Was habe ich vergessen zu erledigen oder zu rapportieren?» Keiner geht gerne mit dem unguuten Gefühl, seine Aufgaben, welche auch immer, nicht richtig wahrgenommen zu haben, nach Hause. Oft träume ich schlecht oder der Schlaf bleibt ganz aus.

Wäre schön, wenn wir etwas verändern könnten. Vor allem auch für die Patienten und Patientinnen, die sich nicht wehren können oder die Angehörigen, welche sich nicht zu wehren getrauen.»

(2011)

«A-Level-Arbeit zu B-Level-Lohn oder wie FaGe's in Pflegezentren ausgenutzt werden»

Eine Fachangestellte Gesundheit (FaGe) berichtet, wie ein Pflegezentrum spart, indem es tiefer bezahlte Arbeitskräfte Aufgaben für Höherqualifizierte übernehmen lässt.

Einleitung der Redaktion: Durch die Bildungsreform sind neue Ausbildungen mit veränderten Berufsprofilen entstanden. Mit der FaGe (Fachangestellte Gesundheit) ist ein neuer Beruf ins Leben gerufen worden. Dies bedingt, dass auch im Berufsalltag die Rollen der Mitarbeitenden neu definiert werden. Die Neuorganisation der Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen wird bei der Stadt Zürich mit dem ABC-Pflegeorganisationsmodell auf den Abteilungen implementiert. Die Mitarbeitenden einer Abteilung werden in drei Levels aufgeteilt: A: diplomierte Pflegefachpersonen HF oder FH, mit Qualifikation (30 Prozent); B: diplomierte Pflegefachpersonen HF und FaGe/FaBe (30 Prozent); C: Pflegeassistenten (40 Prozent). Das ABC-Modell ist auch eine Folge des Mangels an qualifizierten Pflegekräften, der dazu führt, dass die Ressourcen vermehrt gebündelt oder neu verteilt werden müssen.

«Als ich im Pflegezentrum als FaGe begonnen habe, fand gerade die Umstellung auf das ABC-Modell statt. Ich fand das am Anfang sehr spannend und freute mich auf die Herausforderung. Als wir einen vollen Stellenschlüssel hatten, war das ABC-Modell auch gut, jedoch ging das nur ca. 6 Monate so. Danach waren wir zu wenig Personal und somit war das ABC-Modell nicht mehr umsetzbar. Die **«ABC-Modell raubt den PflegeassistentInnen ihre Kompetenzen»** Vorgesetzten sahen dies jedoch nicht ein und wollten das ABC-Modell weiterführen. Dies hiess jedoch, dass der Lohn und die offizielle Haltung der Leitung nach ABC-Modell ging, jedoch machten die FaGe's im B-Level genau den gleichen Job wie die HF's im A-Level. Sogar das Betäubungsmittel Morphin wurde von den FaGe's injiziert, da es zu wenige HF's hatte, die sich um die Abgabe kümmern konnten. (Dazumal durften die FaGe's laut Stadtbestimmung die Betäubungsmittel noch nicht handhaben. Im neuen Lehrgang gehören nun die Betäubungsmittel zum Lernstoff).

Zum ABC-Modell kam hinzu, dass den PA's (PflegeassistentInnen) offiziell viele Kompetenzen genommen wurden. Zum Beispiel: Aufgaben als 2. Bezugsperson, Medikamentenabgabe, Blutzuckermessung, Gespräche mit Angehörigen. Auf unserer Abteilung wurde

das strikt eingehalten, aber auf andern Abteilungen machten PA's doch noch vieles, was sie offiziell nicht durften. Viele PA's haben nach ihrer eigentlichen Ausbildung, Zusatzkurse für Extra-Kompetenzen gemacht und diese Kompetenzen wurden ihnen wieder genommen mit der Umstellung auf das ABC-Modell. Die meisten reagierten wütend, fühlten sich herabgesetzt. Einige waren jedoch froh, dass sie diese Verantwortung nicht mehr übernehmen mussten.

Die Tagesverantwortung - eigentlich nur in der Kompetenz des A-Levels - wurde immer wieder durch FaGe's (B-Level) übernommen,

«Tagesverantwortung: Kompetenz der A-Level, wurde oft von B-Level übernommen»

da es einfach zu wenige HF's hatte, um die Tagesverantwortung abzudecken. Es hatte sicher immer ein A-Level auf einer anderen Abteilung. Bei Fragen oder anderen Anliegen musste diese aber zuerst einmal erreicht werden, was nicht immer so einfach war. Die Entscheidungsverantwortung, ob die Person der anderen Abteilung hinzugezogen werden musste, lag bei der FaGe. Auch für Reservemedikamente, welche teilweise schnell verabreicht werden müssen, musste die FaGe zuerst das OK von einem A-Level einholen.

B-Level übernahmen auf einmal viele Funktionen, die laut Handbuch dem A-Level zugeteilt waren. Für den Arbeitgeber lohnt sich dieses «Entgegenkommen» finanziell allemal, erhält er doch eine A-Level-Arbeit für einen B-Level-Lohn. Begründet wurde dieses Vorgehen von der Leitung damit, dass es keine BewerberInnen gebe für die ausgeschriebenen Stellen. Jedoch denke ich, dass es eher an den relativ hohen Anforderungen/Erwartungen lag. Das Menschliche zählte bei Neueinstellungen erst an zweiter Stelle, Zertifikate und Diplome zählten mehr.

Die Ausbildnerin hatte wegen ihrer Doppelfunktion (B-Level und Ausbildnerin) zu wenig Zeit für die Aufgaben als Ausbildnerin. Vom ersten Tag an musste dafür gekämpft werden, dass Bürotage eingeplant und dann auch eingehalten wurden.

«Pläne wurden so erstellt, dass Ausbildnerin und SchülerInnen wenig gemeinsam arbeiten konnten»

Pläne wurden so erstellt, dass die Ausbildnerin und die SchülerInnen/PraktikantInnen teilweise eine Woche nicht zusammen gearbeitet haben. Oder es war so geplant, dass die Ausbildnerin Spätdienst (12.00-21.30) hatte und die SchülerInnen Frühdienst (07.00-16.00), somit konnte auch nicht zusammen gearbeitet werden, und es war schwierig, in dieser Zeit den SchülerInnen etwas zu zeigen, vor allem wenn es um die Körperpflege ging, denn diese findet in der Regel am Morgen oder am Abend statt.

Dazu kam, dass vom Team her keine grosse Unterstützung geboten wurde. Probleme wurden von den TeamkollegInnen nicht direkt mit

SchülerInnen und PraktikantInnen besprochen, sondern alles ging zur Ausbilderin und von ihr wurde erwartet, dass diese die Probleme mit den SchülerInnen und PraktikantInnen bespricht. Dies wurde nach mehreren Gesprächen an Teamsitzungen und mit einzelnen Teammitgliedern besprochen und änderte sich dann auch ein wenig. Die Teammitglieder machten jedoch weiter keine Einträge in die Verlaufsblätter, was für die Ausbilderin für die Begleitung der SchülerInnen notwendig ist. Die schriftlichen Bewertungen waren dadurch sehr schwierig. Zudem arbeitete die Ausbilderin nur 80 Prozent und war somit nicht täglich auf der Abteilung. Die SchülerInnen und PraktikantInnen beklagten sich bei der Abteilungsleitung darüber, dass sie so wenig Zeit mit der Ausbilderin zusammen arbeiten. Es änderte sich jedoch nichts an der Planung.

Für mich lief vieles bei der Leitung falsch. Ich habe viele Gespräche geführt mit allen Instanzen, kam jedoch auch dort nie weiter. Da ich meine Arbeit nicht so ausführen konnte, wie ich es mir wünschte und oft nur gestresst war bei der Arbeit, habe

«Ich habe für mich einen Schlusstrich gezogen» ich für mich einen Schlusstrich gezogen und mir eine neue Arbeitsstelle gesucht. Bis jetzt bin ich an dem neuen Ort sehr zufrieden. Es ist ein etwas anderes Arbeitsfeld, jedoch habe ich nun Zeit für

Gespräche mit den BewohnerInnen und muss nicht immer sagen: «Es tut mir leid, ich habe keine Zeit!» Ich erhoffe mir, dass es so bleibt, zudem hoffe ich, dass in den Pflegezentren endlich genügend Personal eingestellt wird, damit die BewohnerInnen menschlich und professionell behandelt werden können, und dass genügend Zeit für sie vorhanden ist und nicht nur eine Abfertigung möglich ist.»

(2011)

«Fabrik oder Spital - das ist die Frage»

Eine Teilzeitpflegende beschreibt ihren Arbeitsalltag: Überbelastung, «gefährliche Pflege», ausgebrannte Pflegende und Leitende, die das sinkende Schiff verlassen.

«Als niederprozentige Teilzeiterin arbeite ich meist Spätdienst und an Wochenenden. Die Abteilung hat vor allem medizinische PatientInnen und umfasst 26 Betten. Die grossen Zimmer sind eng, und bei aufwändigen PatientInnen heisst es oft, in ein kleineres Zimmer «zügeln», da wir sonst die Pflege nicht mehr ohne unsinnigen Mehraufwand (alles umstellen vor der Mobilisation) ausführen können. Es gibt sehr wohl einen Personalschlüssel. Wir sind aber seit einem halben Jahr zahlenmässig unterbesetzt und in der Folge überlastet. Dazu oft auch überbelegt mit PatientInnen, das heisst die Betten sind doppelt belegt an Ein- und Austrittstagen. Die Abteilungsleitung forderte immer wieder mehr Personal, blitzte aber ab.

Dazu kommt, dass die Pflegenden zunehmend unzufrieden sind und sich anderweitig für eine Arbeit umsehen. So haben wir in den letzten zwölf Monaten bereits 8 Diplomierte und zwei Rotkreuzfrauen ziehen lassen müssen. Zudem wurden zwei Stellen nicht ersetzt mit der Begründung, die Auslastung im letzten Jahr sei zu wenig gut gewesen. Und nun sind noch seit Juli 2011 zwei hochprozentige Mitarbeitende weg. Sie sind ebenfalls nicht ersetzt und nur zum Teil vorübergehend temporär ersetzt worden. Was das für die Pflegenden im Moment bedeutet, interessiert wohl niemanden. Der Tagdienst sowie der Spätdienst macht täglich oft ein bis zwei Stunden Überzeit. Die Diplomierten haben teilweise bis zu 200 Überstunden, ich habe auch bald 100. Diese sollen nun Ende Jahr ausbezahlt werden. Wir Pflegenden hätten aber lieber mehr Zeit, Zeit um uns zu erholen. Als Spätdienst gehe ich regelmässig zwischen 24.00 Uhr und 1.00 Uhr nach Hause, statt um 23.00 Uhr. Es kann aber auch immer wieder mal 1.30 Uhr sein. Da ich eine Familie habe, heisst dies für mich nur gut 4 Stunden Schlaf nach einem anstrengenden Tag.

Weil wir vom Stellenplan her zu wenig Diplomierte sind, werden wir einerseits schon im Voraus zu viele Tage auf dem Arbeitsplan eingeteilt. Andererseits wurde der Zwischendienst der Diplomierten von 11.00 bis 20.00 Uhr gestrichen und durch eine

«Personell unterbesetzt dafür mit überbelegten Betten»

«Überstunden rauben mir den Schlaf»

zusätzliche Pflegehilfe zwischen 14.00 bis 23.00 Uhr ersetzt. An Wochenenden fehlt jedoch meist dieser zusätzliche Pflegehilfendienst im Spätdienst.

Die Stationsleitung verlässt uns nach nur zwei Jahren, der Stellenantritt der neuen Leitung ist nicht nahtlos, die Knowhow-Übergabe nicht fließend. Die Zeit des Übergangs müssen wir als Team irgendwie überbrücken, einige müssen daher zusätzliche Führungsaufgaben übernehmen, wie Tagesverantwortung, Betreuung von PraktikantInnen, allgemeine Aufgaben der fehlenden Stellvertretung der Stationsleitung. Das bedeutet noch mehr Stress. Dazu kommt ein neuer Mitarbeiter, der zuerst eingearbeitet werden muss. Nur wie, bei dieser Unterbesetzung der Abteilung? Wir fragen uns, wie die neue Leitung mit dieser Ausgangslage fertig werden wird. Ob sie innert Kürze, wie die Vorherige, ausgebrannt sein wird. Bleiben muss bekanntlich ja niemand. Eine Stellvertretung der Leitung haben wir nämlich seit ein paar Monaten auch nicht mehr, da die neue Leitung die Stellvertretung auswählen muss.

Die Bezugspflege wurde im Laufe dieses Jahres im ganzen Haus definitiv eingeführt. Doch die Umsetzung klappt gar nicht. Niemand hat Zeit oder fühlt sich verantwortlich zu kontrollieren oder zu koordinieren. Zusätzlich müssen wir nun noch eine neue aufwändige Pflegedokumentation auf die Schnelle einführen, die im Zusammenhang mit den DRG's gefordert wird (der Berechnungen wegen), für mich schlicht unmöglich. Wir laufen am Limit. Von oben will es niemand hören, wahrnehmen oder sehen. Hätten wir es trotz allem untereinander nicht so gut, würden sicher noch einige mehr gehen.

Dieses Arbeitstempo und das immer mehr Verdichten und Beschleunigen frustriert die Pflegenden zunehmend. «Altgediente» wie Junge brennen langsam aus und irgendwann ist der Punkt erreicht, wo sich etwas ändern muss. Die Leidtragenden sind die PatientInnen, denn die Pflegequalität hat abgenommen, Zeit für Gespräche ist knapp geworden oder nur auf Kosten von zusätzlichen Überstunden möglich. Aus Zeitmangel wird die Förderung (Mobilisation, Prophylaxen, Zeit lassen, um Handlungen selber und alleine auszuführen) von PatientInnen zurückgestellt, sie werden immobilierter statt mobiler, ein wichtiger Teil der Genesung.

In einigen Bereichen wie Vitalzeichen überwachen, Blutzucker messen, Blutentnahmen, Verbände wechseln, wurde - um zu überleben - wieder auf die Funktionspflege umgestellt. Arbeiten

werden wenn möglich nach unten delegiert. Das bedeutet, dass wir Pflegende sozusagen die gesamte Körperpflege, das Lagern, die Ausscheidung Betreffendes durch Pflegehilfen ausführen lassen, zunehmend auch Blutzucker messen, Vitalzeichen überwachen und auf die Glocke gehen. Wenn ich nach der Arbeit nach Hause gehe, bin ich froh, wenn nichts passiert ist. Wie oft schon musste ich, da ich völlig überlastet war, gefährliche Pflege leisten.

Sterbende kann ich nur annähernd so betreuen, wie jeder Mensch das Recht dazu hätte. Mit all dem muss ich leben, fertig werden. Wenn etwas schief geht, muss ich am Schluss auch noch selber meinen Kopf hinhalten.

Mir graut es vor den DRG's. Damit wird die Arbeit im Spital noch einen Zacken schärfer. Wenn wir nicht jetzt beginnen, uns zu wehren, werden wir untergehen mit all unserem Pflegeverständnis oder wir müssen von Bord, um uns wieder in die Augen sehen zu können.

Lasst uns kämpfen für uns und unsere Arbeit und die PatientInnen. Denn «ohne uns läuft nichts!»

(2011)

«Bilanz von mehr als 50 Jahren Spitalerfahrung»

Ein Patient listet seine Beobachtungen, die er während eigener Spitalaufenthalte über die Jahre hinweg gemacht hat, auf und zieht eine ernüchternde Bilanz.

«1966 (Akutspital; Operation, 10 Spitaltage)

Ich war mit dem Pflegepersonal sehr zufrieden!

Zur damaligen Situation: genügend Pflegepersonal, keine Stress-Atmosphäre, keine physischen und psychischen Überlastungen. Das Pflegepersonal hatte immer genügend Zeitreserve - Tag und Nacht.

Fazit: Positive Übertragung auf den Patienten, da keine Hektik, kein Gehetze.

1988: (Akutspital; Operation, 8 Spitaltage)

Ich war mit dem Pflegepersonal sehr zufrieden!

Zur damaligen Situation: Gesamteindruck = ca. 10 Prozent Verschlechterung.

Fazit: für den Patienten war die Verschlechterung durchaus erträglich.

2001: (Akutspital; Notfall infolge Raubüberfall, 13 Spitaltage)

Ich war mit dem Pflegepersonal sehr zufrieden!

Zur damaligen Situation: Gesamteindruck = ca. 25 Prozent Verschlechterung seit 1966. Das Pflegepersonal stand sehr oft unter Zeitdruck. Keine Zeitreserven, besonders im Nachtdienst. Physische und psychische Überbelastung allgegenwärtig.

Fazit: Negative Übertragung auf den Patienten durch grosse Hektik und Gehetze.

2010: (Akutspital; Operation, 11 Spitaltage)

Ich war mit dem Pflegepersonal sehr zufrieden!

Zur aktuellen Situation: Gesamteindruck = ca. 50 Prozent Verschlechterung gegenüber 1966. Das Pflegepersonal steht dauernd - Tag und Nacht - unter Zeitdruck. Dauernde physische und psychische Überbelastung.

Fazit: diese äusserst negativen Fakten übertragen sich ganz klar auf den Patienten.

Grosse Gefahren betreffend Heilungsprozess!

1966 bis 2010: (ambulant in verschiedenen Akutspitälern)

Ich war mit dem Pflegepersonal sehr zufrieden!

Fazit: identische Entwicklung wie im akuten Bereich.

2007 bis Heute: Pflegeheim.

Seit über 4 Jahren betreue ich in einem Heim eine 91-jährige Frau. Nach meiner Laienbeurteilung macht das Pflegepersonal eine gute Arbeit.

Zur aktuellen Situation: Zeitdruck und Überbelastung wie im heutigen akuten Bereich.

Fazit: eine traurige Bilanz!

Ich hoffe, dass ich hiermit einen kleinen Beitrag leisten kann und wünsche dem Gesundheitspersonal Erfolg und Gerechtigkeit.»

(2011)

«Arbeiten wie am Fließband»

Wie der massiv erhöhte Arbeitsdruck das Personal auslaugt und den PatientInnen mehr Unannehmlichkeiten und mehr Kosten bringt.

«Ich arbeite seit langem in einer ambulanten Poliklinik. Grundsätzlich gefällt mir die Arbeit sehr, sie ist anspruchsvoll und interessant. Dieser Job war immer schon streng und die Ansprüche an die Mitarbeitenden hoch. In den letzten Monaten haben aber diese so stark zugenommen, dass sie kaum mehr erfüllbar sind. Meines Erachtens spricht für sich, wenn eine Arbeitsstelle aufgrund der enorm hohen Belastung nicht mehr als 100-Prozent-Stelle ausgeschrieben wird oder übernommen werden kann.

Unser Team arbeitet täglich von 7.30 Uhr bis zum Mittagsessen ohne jegliche Pause. Die unbezahlte Mittagspause beträgt nur 35 Minuten und dann geht es weiter ohne Unterbruch bis meist nach 17.00 Uhr. Anfallende Überzeit vor und nach

«Belastung ist so hoch, dass eine 100-Prozent-Stelle nicht mehr übernommen werden kann»

der üblichen Arbeitszeit notieren meine Kolleginnen nicht mehr, da jedes Mal über die Überzeiten geschimpft wurde und sie nun keine Auseinandersetzungen mehr wollen. Somit resultiert an einem normalen Arbeitstag je bis zu 45 Minuten unbezahlter Dienst. Ich bin auf meinen Verdienst angewiesen, bin aber nicht gerne bereit, täglich 45 Minuten zu «verschenken», zumal wirklich jede einzelne Minute davon ausgefüllt ist.

Kurze Z'Nüni- und Kaffeepausen wären eine Frage der Organisation bzw. eines bewältigbaren Arbeitsvolumens. Es könnte problemlos jeweils eine Mitarbeitende die Station für 15 Minuten verlassen, wenn nicht eine permanente Überbelastung aller vorläge. Stattdessen arbeiten wir **«Wir arbeiten wie an einem Fließband»**. Kaum ist ein Patient wieder angezogen, wird uns bereits der nächste **Fließband»** mit heruntergezogener Hose hingestellt. So ist uns zur Zeit sogar ein Toilettenbesuch während der Arbeitszeit praktisch unmöglich, geschweige denn der Besuch einer Informationsveranstaltung des Spitals oder ein persönliches Wort zwischen den Mitarbeitenden oder einmal in einem angemessenen, normalen Tempo arbeiten zu können.

Fällt an einem Tag weniger Arbeit an, wird eine von uns - diejenige, die es nicht wagt, sich zu wehren - sofort nach Hause geschickt. Alle Arbeiten, die in diesen Zeiten gemacht werden

könnten und sollten (Diese sind leider nur sichtbar, wenn sie nicht erledigt sind!), sind erneut nicht möglich und die übriggebliebenen Arbeitenden befinden sich sofort wieder übergebührend im Stress.

Es stellt sich die Frage, ob die verantwortlichen Personalfachleute Kenntnis davon haben, unter welchen Umständen wir arbeiten. Ich wünschte mir, mich an einem normalen Arbeitstag

**«Sinkende Qualität
wirkt sich auf
PatientInnen aus»**

einmal von diesen Verantwortlichen begleiten zu lassen, damit diese feststellen könnten, wovon wir sprechen. Obwohl die Arbeit komplexer wurde, müssen wir sie mit mindestens einer 100-Prozent-Stelle weniger bewältigen

als früher - von insgesamt 400 Stellenprozenten also rund ein Viertel mehr Last. Wir alle fühlen uns oft total ausgelaugt und Krankheitsausfälle nehmen zu, was auf eine anhaltende Überbelastung aller Mitarbeitenden zurück zu führen ist.

Leider werden wir über abteilungsinterne, wichtige Gegebenheiten wie z.B. Abteilungsumbau, zu übernehmende Ferienvertretungen usw. nicht miteinbezogen und erst kurz vorher vor vollendete Tatsachen gestellt. Dabei wäre eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Organisation der Abläufe.

Ich persönlich führe einen Vier-Personen-Haushalt und betreue regelmässig meinen pflegebedürftigen Vater. Dies beansprucht mich weit mehr als 30 Prozent, womit ich aufzeigen möchte, dass ich nicht nur 70 Prozent arbeite, weil ich genügend finanziellen Rückhalt hätte, sondern weil zeitlich für mich nicht mehr möglich ist. Deshalb musste ich mir auch in aufreibenden Verhandlungen ausbedingen, dass ich nicht über Wochen zu mehr als 90 Prozent eingeplant werde, denn mein Vater braucht wöchentlich Unterstützung.

**«Der Druck, immer
noch mehr leisten
zu müssen, macht
uns alle krank»**

Vor allem Mitarbeitende mit kleineren Pensen wehren sich hingegen nicht gegen Mehreinsätze über Wochen und dafür zu Ferien- und Kongresszeiten der Ärzte weniger Prozent eingeplant zu werden (Jahresarbeitszeit). Auf die Dienstplanung haben wir keinen Einfluss. Es wird einfach über uns Frauen verfügt, obwohl wir alle noch zusätzliche Aufgaben zu erfüllen haben.

Wir vermissen auch ab und zu ein positives Wort, ein Dankeschön für unsere Leistungen. Dafür hören wir nur Kritik und dass wir alle die Arbeitseinsätze noch optimieren und schneller erledigen könnten. Dieser ewige Druck, immer noch mehr leisten zu müssen, macht uns alle krank! Ein gewisser Eingriff, der bis vor kurzem im Operationssaal durchgeführt wurde, findet nun bei uns im Behandlungszimmer statt und wir übernehmen die Aufgaben

der Operationsfachleute gleich mit - dies ist viel billiger. In diesem Zusammenhang stellt sich für mich die Frage nach den zum Teil grossen Lohnunterschieden zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich.

Dafür wurde ein Oberarzt vor kurzem zu einem Leitenden Arzt befördert - wir haben nun gleich mehrere Leitende Ärzte. Für uns im Team ist das unerklärlich. Wir sehen nur höhere Lohnkosten zugunsten des Beförderten und keine Vorteile für das Spital, wo sonst über alle Massen gespart wird!

Vor rund 1 bis 2 Jahren wurden die Tarife für die ambulanten Leistungen (Tarmed) gekürzt. Das Spital und die Chef- und Leitenden Ärzte bekommen nun weniger Geld für eine geleistete Arbeit. Das fehlende Honorar wird jetzt einfach durch eine Zusatzleistung unseres Personals oder einen Zusatzuntersuch durch den/die Assistenzarzt/Ärztin wieder wettgemacht. Für uns heissen mehr Untersuchungen: mehr Arbeit und Stress; für die oberen Ärzte: (vor allem) mehr Geld! Früher hatten wir

«Fehlendes Honorar wird durch eine Zusatzleistung unseres Personals wettgemacht»

höchstens 2 bis 3 invasive Untersuchungen pro Halbtage, heute 4 bis 5. Wer kann schon sicher beurteilen, ob die zusätzliche Blutuntersuchung, eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung usw. auch wirklich nötig sind? Kontrollen alle ein bis zwei Wochen, sind sie alle nötig? Früher (vor dieser Tarifänderung) waren sie auffallend viel weniger häufig verordnet worden! Unser Chef rechnet seine PatientInnen privat ab, er gibt auch die Tarmed-Leistungen höchstpersönlich im Computer ein.

Auffallenderweise wird unseren PatientInnen viel häufiger als früher eine radikale Operation empfohlen. Auch von einem anderen Fachgebiet sind die Auswirkungen monetärer Interessen bekannt: z.B. Gynäkologie (Gebärmutterentfernungen) und Orthopädie (Kniegelenksoperationen).

Der eingangs geschilderte Arbeitsdruck hat Auswirkungen auf uns: Wir fühlen uns ausgelaugt und erschöpft. Dass die PatientInnen unser Gehetzt-Sein leider auch abkriegen, belastet mich zusätzlich sehr. Wir behandeln und begegnen ja schliesslich kranken Menschen. Ich füge deshalb einige Beispiele aus der Praxis betreffend schlechte PatientInnenbehandlung und einige Gedanken zur Qualität unserer Leistungen an:

- Notfälle werden - je nachdem wie versichert die PatientIn ist und wer von den Ärzten Dienst hat - abgeschoben an den Kollegen oder zum Assistenzarzt auf der Notfallstation, welcher nicht über die Erfahrung unseres Fachgebietes verfügt. Privatversicherte «sichert sich der Chef».

- Gestern war ich bei einem Patienten in einem Behandlungszimmer beschäftigt. Gleichzeitig herrschte in den Nebenräumen eine grosse Hektik bezüglich einer notfallmässigen Operation. Dem Patienten wurde in absolutem Eiltempo unter Ultraschall einen Schlauch eingelegt. Ich musste gleichzeitig überall sein. Jeder hat einfach gerufen. Die Organisation und schliesslich auch die Behandlungen verliefen nicht komplikationslos. Nur schon die Hektik und die Abläufe sind für unsere Patienten sicherlich nicht leicht zu ertragen und teilweise kann auch die Sicherheit und Diskretion nicht ausreichend gewahrt werden.
- Die Behandlung einer älteren Patientin wird vom Oberarzt an die diensthabende Assistenzärztin übergeben. Der Oberarzt sagte zur Assistenzärztin: «Wenn Du das siehst, weisst du, warum ich nicht Gynäkologe geworden bin». Die Patientin lag hinter einem Vorhang und musste alles mit anhören.
- Der Oberarzt(OA) ruft den Assistenzarzt(AA) zu einem ambulanten Patienten. Der AA hat noch nie einen solchen Schlauch gewechselt. Gnädigerweise und auf meine Bitte hin bleibt der OA wenigstens in unserer Nähe und verschwindet nicht in sein Büro. Der AA muss den Wechsel ausführen, der OA steht daneben und gibt nur ganz knapp Anweisungen. Wie fast vorhersehbar misslingt der Wechsel. Er bringt den neuen Schlauch nicht mehr rein, weil bei einem festeren Patienten sich in Rückenlage die Bauchfett-Schichten verschieben und damit der Kanal ebenfalls. Dafür gäbe es auch einen Führungsdraht und damit wäre das Ganze nicht passiert. Der OA erklärte es aber dem AA nicht. Der OA wird nun sehr ungeduldig, probiert es selber, das Eingangsloch blutet - wegen den diversen Versuchen - sehr stark. Der Patient hat Schmerzen. Nach circa 20 Minuten gelingt dann der Versuch doch und der Schlauch wird wieder korrekt eingeführt und platziert. Übrigens: Der Patient ist einen Tag später auf den Notfall gekommen, weil der Schlauch durch die Blutung und entstandene Blutkoagula verstopft worden ist. Fazit: Mehrkosten für den Patienten und die Krankenkasse, und vor allem: Schmerzen, Gefahren und Unannehmlichkeiten für den Patienten!
- Ein Patient kam zu unserem Chef für eine Zweitmeinung sein Tumorleiden betreffend. Es wurde vom Chef ein ganz kleiner nachgewachsener Tumor festgestellt und dem Patienten anboten, diesen sofort ambulant durch uns zu entfernen. Der Patient meinte, er hätte zwei Tage später einen Termin bei seinem 1. Facharzt und er werde den kleinen Tumor dort entfernen lassen. Dieser zeigte dem Patienten dann jedoch

im erneuten Ultraschall, dass es ganz viele Tumore waren. Eine nötige grössere Operation und ein stationärer Aufenthalt wurden mit ihm abgemacht. Der Patient war enttäuscht über die 2. Meinung unseres Arztes, der demnach «gehudelt» haben soll! Wieder Kosten wegen der schliesslich nutzlosen Zweitmeinung für den Patienten und für die Krankenkasse! In diesem Fall muss ein Arzt «geschlampt oder gelogen» haben, aber welcher? Aus meiner Erfahrung schützen sich die Berufskollegen untereinander und niemand will sich die Hände schmutzig machen.

Ich erwähne dies alles lediglich, da ich bestrebt bin, dass wir unseren PatientInnen gegenüber professionelle Leistungen erbringen. Dazu muss aber der Arbeitsdruck wieder nachlassen und falschen monetären Anreizen entgegnet werden.»

(2011)

«Die Sorge um die Seele des Spitals»

Die Personalknappheit wirkt sich auf Pflegende und PatientInnen aus. Gibt es Hoffnung auf ein Umdenken in der Politik?

«Als SpitalpfarrerIn und SeelsorgerIn bin ich seit vielen Jahren in einem grösseren Spital in Zürich tätig. In dieser Zeit habe ich einiges mitbekommen an Umstrukturierungen, Neukonzeptionen und vor allem Sparmassnahmen. Meine Erfahrungen setzen sich sowohl aus Gesprächen mit Pflegenden und ÄrztInnen zusammen wie auch aus Beobachtungen und Rückmeldungen von PatientInnen.

Personal: Ich nehme zunehmend eine starke Personalknappheit wahr. Freie Stellen können nicht besetzt werden, weil die Arbeitsbedingungen nicht attraktiv sind. Die Stationen laufen personell immer am Limit - ein Krankheitsausfall, und alle übrigen arbeiten an ihrer Belastungsgrenze. Auch springen viel weniger Pflegende ein als **«Ein frischer bis eisiger Wind fegt durch die Gänge»** früher. Auch bei den Sitzwachen, die im Spital bei besonders unruhigen PatientInnen eingesetzt werden, wird gespart, was die Belastung für die Pflegenden zusätzlich erhöht. Wartezeiten, Fehler in der Logistik, Missverständnisse, unklare Kommunikation lassen PatientInnen manchmal gereizt reagieren, was in der Regel ebenfalls die Pflegenden ausbaden dürfen.

Verschärfend höre ich auch von leitenden Pflegenden zunehmend von fehlender Wertschätzung. Ältere Pflegende verlieren durch Umstrukturierung ihre bisherige Funktion und werden manchmal wirklich - sorry - wie der letzte Dreck behandelt. Ein neuer **«Es ist keine ZEIT mehr da, ausser für die Verrichtungen, die sich nicht streichen lassen»** frischer bis eisiger Wind fegt durch die Gänge und fährt Eigenschaften wie Geduld, Zuwendung und sonstiges, was etwas Zeit braucht, ziemlich an die Wand. Gerade sehr engagierte Pflegende und Stationsleitungen, denen eine hohe Pflegequalität nicht nur im medizinischen, sondern auch im seelischen Bereich wirklich am Herzen liegt, leiden extrem darunter. Es ist einfach keine ZEIT mehr da, ausser für die Verrichtungen, die sich beim besten Willen nicht streichen lassen. Die Erwartungen der PatientInnen aber sind in derselben Zeit eher noch gestiegen.

PatientInnen und Angehörige: Nach meiner Wahrnehmung sind die meisten PatientInnen nett. Sie sehen, was die Pflege leistet. Viele wissen auch um die Sparmassnahmen. Von ihnen ist (noch) sehr viel Wertschätzung und Dankbarkeit für eine gute Pflege da. In den letzten Jahren habe ich aber auch zunehmend Fälle von Unzufriedenheit und Gereiztheit beobachtet. Die PatientInnen und Angehörigen sind ihrerseits oft auch in einer schwierigen Situation; sie haben Sorgen und häufig grosse Angst. Und sie haben feine Antennen. Sie merken rasch, wenn das Personal überarbeitet ist, das Stationsklima schlecht, ÄrztInnen sich widersprechen etc. Diese eigene Angst und Unsicherheit entlädt sich manchmal über den Pflegenden. Beim «Herrn Doktor» traut man sich ja nicht so... Dann bezahlen die PatientInnen für ihre Krankenversicherung ja auch immer mehr und wollen für ihr Geld was haben.

Sehr ungünstig wirkt sich auch hier die fehlende ZEIT aus, sowohl von ÄrztInnen wie auch Pflegenden. Die PatientInnen – die über ihre Krankheiten und ihren Körper oft sehr genau Bescheid wissen – werden nicht wirklich angehört. Es werden rasch Rezepte nach Lehrbuch heruntergekocht, obwohl die vielleicht alle schon früher nichts genutzt haben, und die PatientInnen das wissen, sich aber kein Gehör verschaffen können. PatientInnen zweifeln manchmal daran, ob ihre Krankheitsdokumentationen überhaupt noch gelesen werden und dem Personal bekannt sind. Dies löst zunehmend Angst und Misstrauen aus. «Aber ich habe doch immer wieder gesagt, dass ich das Medikament nicht vertrage/eine Allergie gegen dieses Lebensmittel habe/diese Untersuchung in meinem Zustand nicht gemacht werden kann/ etc. etc. – doch es hat alles nichts genutzt!»

«Das Leben wird wohl irgendwann zeigen, dass es so nicht geht.»

Ich möchte hier nicht alles, was in meinem oder sonst einem Spital falsch oder ungut laufen kann, auf die Sparmassnahmen schieben. Es gibt gutes und weniger gutes Personal, engagiertes und bequemes, das war auch früher so. Doch Sparmassnahmen, Personalknappheit und fehlende Zeit und Wertschätzung verschärfen die Situation. Gerade die wirklich guten und engagierten Pflegenden sind zunehmend resigniert, erschöpft, enttäuscht und irgendwann krank. Und diese fehlen dann empfindlich.

Die Situation im Spital wirkt auf mich im Moment wie eine Schere, die sich immer weiter öffnet. Am Personal wird gespart, es muss mit immer weniger Zeit immer mehr leisten – und parallel nehmen Erwartungen von PatientInnen und Angehörigen wie auch Komplexität von Krankheiten und Behandlungsmethoden zu. Wenn die Politik weiterhin kein Einsehen hat, wird wohl irgendwann das Leben zeigen, dass es so nicht gehen kann.»

(2011)

«Körper verhalten sich nicht wie Maschinen»

Bericht eines Nierentransplantierten über die Gratwanderung zwischen Transplantatsverlust und Hautkrebs.

«Vor 20 Jahren wurde ich zum zweiten Mal transplantiert, die Niere läuft super, die Nebenwirkungen sind mässig. Aber mit 35 Jahren Spitalerfahrung muss ich leider feststellen: Überlebt habe ich bis jetzt einerseits vermutlich dank des medizinischen Fortschritts. Andererseits hätte ich mich jedoch nicht immer selbst wieder gut informiert, wäre ich trotzdem schon lange tot, und hätte ich nicht selbst die wichtigsten Entscheidungen getroffen ebenfalls - oder halbtot im Pflegeheim.

Wer nach erfolgreicher Transplantation aus der Spitalpflege entlassen wird, der ist nicht einfach geheilt. Der Körper verhält sich nicht ganz so wie eine Maschine. Jeder Handwerker weiss: bei einer Maschine kann man die defekten Teile auswechseln, alles neu schmieren, dann ist sie wieder fast wie neu, ein paar Blätschgen ab zwar an der Lackierung, aber gut funktionstüchtig.

Bis zur Transplantation hat der Patient natürlich schon diverse Jahre Dialyse (Blutwäsche) hinter sich. Das Verfahren war früher nicht gerade schonend, die allgemeinen Veränderungen im Körper bleiben. Als Herr Professor Dr. **«Die Ärzte glauben, besser zu wissen als ich, was für mich gut ist»** med., Abteilungsleiter, mich in den 1970er Jahren zum ersten Mal sah, meinte er (hier etwas verkürzt): «Nierenerkrankung kein Problem, wenn wir das nicht konventionell hinkriegen, dann bekommen Sie einfach eine neue Niere, dann ist alles wieder gut. Wir messen einfach regelmässig, und wenn die Werte überschritten sind, dann transplantieren wir Sie.»

Nach einigen Jahren guter Nierenfunktion wollte ich die Immunsuppression (Unterdrückung der Abwehrreaktion) herunterschrauben, um Nebenwirkungen zu reduzieren. Antwort der Ärzteschaft: «Das ist so nicht vorgesehen, unser Protokoll verlangt eine andere Dosierung... Das können Sie nicht machen... Dafür kann ich die Verantwortung nicht übernehmen...»

Nach einigen Ärztewechseln und einem Spitalwechsel fand ich endlich einen Mediziner, der sich mit mir auf die von mir vorgeschlagene Reduktionstour einliess und sie auch mitmachte.

Jeder Schritt einzeln, dann kurz nach eingetretener Reduktion oder Änderung vermehrte Kontrollen, dann wieder lockeres Zeitregime bis zum nächsten Schritt. Das ging so (ohne allzu viele Details zu nennen):

1. Schrittweise Reduktion des potenten aber nebenwirkungsreichen Cortisols auf Null.
2. Umstellung des bekannten aber leider ausgerechnet nierenschädlichen Immunsuppressors auf ein neueres Medikament.
3. Danach schrittweise Reduktion eines Zellteilungshemmers ebenfalls auf Null. Dieses Medikament hatte die Hände mit Warzen übersät, medizinisch unproblematisch, aber einfach nicht so schön, und im Innern des Körpers auch allerlei Dinge angerichtet, die man später nur operativ und langwierig wieder halbwegs richten konnte.
4. Schrittweise Reduktion der Dosis des neuen immunsupprimierenden Medikaments.

Nun war aber wirklich die Schmerzgrenze überschritten. «Die Standarddosis darf man nicht reduzieren. Die Herstellerfirma schreibt vor, man müsse im Minimum 1000mg/Tag nehmen. Alles andere ist nicht erlaubt, etc.», sagte der Arzt. Leider hat die Zählung der Abwehrkräfte des Körpers zur Nebenwirkung, dass auch Zellen mit Fehlern nicht mehr «auf natürlichem Weg» zu eliminieren sind: Sie wachsen sich zu bösartigem Krebs aus. Die Dermatologen schnipselten die Hautkrebslein zwar einfach weg, aber immer neue entstanden. Ihr Rat: «Kommen Sie einfach alle 6 Wochen in die Kontrolle, dann nehmen wir die nächsten raus. Benutzen Sie dieses Medikament dann, diese Creme dann, diese Tablette dann, so und so viel Mal pro Tag, etc.» Zudem besprachen die Dermatologen mit mir Möglichkeiten zur Prävention vor zusätzlicher Sonneneinstrahlung mittels Eincremen etc.

**«Kein Gehör für
Anliegen, nur
Standardreglemente
und Befehle»**

Ich reduzierte schliesslich eigenmächtig die Dosis des Immunsuppressors und liess die nutzlosen Medikamente der Dermatologen (nach erfolglosem Ausprobieren) weg. Siehe da: die Niere funktionierte besser und es entstanden keine weiteren Hautkrebsleiden mehr. Aus Angst, eventuell die Niere zu verlieren, durfte ich im Ambulatorium die Nierenwerte kurz nach der Reduktion engmaschiger kontrollieren lassen, das schätzte ich sehr. Also ist schliesslich alles gut gekommen. Ich habe nun seit Jahren wieder den jährlichen Kontrollrhythmus etablieren können (statt der Dreimonatskontrollen) und ich bin froh, im Falle von eventuellen Problemen auch ausserhalb des Intervalls Rat suchen zu dürfen.

Am Schlimmsten waren die jungen Dermatologie-AssistenzärztInnen. Besonders TrägerInnen von in Fachkreisen berühmten Familiennamen verhielten sich - als 25-jährige lebensunerfahrene junge Frauen und Männer - ähnlich der früheren (autoritären)

Nierenärzte: kein Gehör für Anliegen, keine Abwägung der Güter, nur Standardreglemente und Befehle: «Sie müssen dies so tun», «Ich muss Ihnen das so vorschreiben». «Sie dürfen nicht eigenmächtig...». Auf meinen Einwand, das gehe so nicht, da ich nicht im Rhythmus lebe, die den Packungstextverfassern der Medikamente vorschwebt (Aufstehen um 7, Frühstück um 7:30, Mittagessen um 12:30, Abendessen um 18:30, Nachtruhe um 22 Uhr, etc.): Wörtlich: «Aber Sie müssen es so tun, wie es vorge-schrieben ist.»

Auch manche Pflegefachfrauen haben manchmal abstruse Vorstellungen von Zusammenhängen. Viele Pflegende halten sich strikte an den Grundsatz: «Alles muss verordnet sein». Weder ihre eigene noch meine Lebenserfahrung zählt. Nur ja nichts sagen, was frau zwar weiss, aber sie nicht sagen darf. Dass «personalisierte Medizin» wohl die Zukunft der Entwicklungen ist, hat sich noch nicht herumgesprochen, alle PatientInnen werden über einen Leist geschlagen, meist über denjenigen, der in den Begleitzetteln zu den Medikamenten steht. (Warum sollte eine Pharmafirma denn auch Interesse daran haben, den Medikamentenverbrauch zu senken?)

Heute schockiere ich die Medizinalpersonen regelmässig, wenn ich meine Non-Compliance¹-Rate für die vergangene Kontrollperiode schätze (5 oder 10 oder 15 Prozent vielleicht). Alle wissen, dass PatientInnen - aus welchen Gründen auch immer - sich nicht genau an die Ratschläge der Ärzte und Pflegefach-frauen, der Ärztinnen und Pfleger halten (können), weil das Leben eben anders läuft als es im Büch-lein steht. Nur die Doktoren leben im Wahn, sie seien dazu legitimiert, Vor-schriften zu erteilen. Non-Compliance ist ein Tabuthema. Man weiss, man ver-schweigt, man duldet, man und frau erheben sich besserwisserisch über ihre Rat suchenden Patien-tInnen. Nur diese direkt darauf ansprechen und die Dinge benennen, das geht nicht.

«Manche Fachärzte begreifen Menschen als Organansammlungen mit Begleitpapieren - den Laborzetteln»

Die Fachärzte wissen so gut Bescheid über das betroffene Organ und eventuelle Erweiterungen der Behandlung. Aber viel weiter als bis zur Nasenspitze zu denken, fällt ihnen schwer. Manche Fachärzte begreifen Menschen als Organansammlungen mit Begleit-papieren - den Laborzetteln. Sie sehen den Menschen nicht. Sie sehen, was falsch läuft, wo «der Fehler» ist, sie wollen - und dafür danken wir ihnen - die Fehlstellen reparieren und (even-tuell) die Schwachstellen tolerieren. Aber so wie die Dermatologin nicht unter die Haut sehen will (oder kann), kann der Nierenspezialist kaum über den Index, der die Organfunktion

anzeigt, hinausblicken. Und auf dem Laborzettel steht, was Sache ist (dies kann auch verrechnet werden); wie sich einer dabei fühlt, ja, das ist nicht messbar, also wohl auch nicht existent.

Vor kurzem habe ich meinen Erstarzt in anderem Zusammenhang wieder getroffen und war erstaunt, als er mir sagte, dass er nun - im fortgeschrittenen Alter - ebenfalls zum Schluss gekommen sei, es sei wohl doch auch wichtig, wie es dem Patienten gehe, nicht nur wie seiner Niere.»

(2011)

--- Anmerkungen der Redaktion ---

1) Adhärenz (engl. ad-herence für Befolgen, Festhalten) statt Compliance steht in der Medizin für die Einhaltung der **gemeinsam** vom Patienten und dem medizinischen Fachpersonal (Ärzte, Pflegekräfte) gesetzten Therapieziele. Das Konzept der Adhärenz basiert auf der Erkenntnis, dass das Einhalten von Therapieplänen und damit auch der Therapieerfolg in der gemeinsamen Verantwortung des medizinischen Fachpersonals und des Patienten liegt. Daher sollten beide Seiten möglichst **gleichberechtigt** zusammenarbeiten.

- Auf den Patienten bezogen bedeutet Adhärenz das aktive Mitwirken am Gesundheitsprozess, insbesondere die Bereitschaft, ärztlichen Empfehlungen, wie z. B. die Einnahme von Medikamenten oder Änderungen des Lebensstils, zu folgen.
- Auf das medizinische Fachpersonal bezogen beinhaltet Adhärenz die Aufklärung und Information zu den Zielen der Behandlung und über die verordneten Arzneimittel sowie die **Anpassung der Therapie auf die individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten.**

Der ältere Begriff Compliance (engl. für Einhaltung, Folgsamkeit) steht allein für die Therapietreue des Patienten, also für seine Mitarbeit bei der Therapie und seine Bereitschaft, ärztliche Verordnungen und Empfehlungen zu befolgen. Diesem Verständnis zufolge trägt der Arzt einseitig die Verantwortung für das Einhalten der Therapie, der Patient darf und soll nur gehorchen.

«Es wird versucht uns hinauszuekeln»

Wie ein Spital die Kosten senkt, indem es Pflgende in zu tiefe Lohnklassen einreicht und die MitarbeiterInnen bei individuellen Qualifikationen vergrault.

«Ich arbeite in einem Fachbereich in einem Spital mit vielen ambulanten Eingriffen und zum Teil Notfällen. Bisher bewältigte ein Team von dipl. Pflegefachleuten und einer Sekretärin (nebst dem ärztlichen Dienst) die Arbeit.

Die dipl. Pflegefachleute HF (höhere Fachausbildung) sollen in unmittelbarer Zukunft durch FaGe (Fachangestellte Gesundheit, 3 jährige Lehre) ersetzt werden, da diese 4 bis 5 Lohnklassen tiefer eingereicht und folglich erheblich billiger sind. Geht es nach dem Willen der Pflege- und Spitalleitung soll bald nur noch ein kleiner Bruchteil der Stellen des diplomierten Personals erhalten bleiben. Diese diplomierten Pflgenden werden dann für viel mehr PatientInnen offiziell verantwortlich sein und Führungs- und Controllingaufgaben übernehmen müssen, bei gleichbleibendem Lohn versteht sich. Inoffiziell und emotional würden dann jedoch selbstverständlich die FaGe's für ihre Handlungen und die Betreuung der PatientInnen die Verantwortung tragen, da die Diplomierte unmöglich überall gleichzeitig sein kann. Diese Verantwortung wird ihnen aber offiziell abgesprochen werden.

Den jetzigen diplomierten MitarbeiterInnen der ambulanten Praxis weht ein steifer Wind entgegen. Arbeitsinhaltlich wird uns

«von oben» gesagt: «Die Qualität der Pflege ist nicht mehr wichtig, knapp sicher genügt.» Wir im ambulanten Bereich erfahren auch subtile bis offensichtliche Benachteiligungen gegenüber den MitarbeiterInnen des stationären Bereichs. Wir sind als erfahrene MitarbeiterInnen alle eine Lohnklasse tiefer eingereicht als viele des stationären Bereichs. Unsere Kadermitarbeitenden mit Zusatzausbildung und Führungsaufgaben sind nur in der Lohnklasse 15 und damit nur eine Lohnklasse höher als Frisch-Diplomierte.¹

Zum einen wird mit diesen tieferen Lohneinreihungen versucht, uns hinauszuekeln. Zum anderen werden schon seit ca. 6 bis 10 Jahren unsere Qualifikationen, welche sich früher im A bis B Bereich befanden, generell ins C gesetzt. Nun wird unsere Teamleiterin noch dazu angehalten, den langjährigen diplomierten

Pflegenden möglichst schlechte Qualifikationen mit einer D-Bewertung auszustellen. Findet sich fachlich nichts auszusetzen und kann auch nichts Ungenügendes nachgewiesen werden, wird auf persönlicher Ebene angegriffen und die Person in Frage gestellt. Meist wird der Ton bemängelt, der sei nicht adäquat. Beispiele oder Fakten werden jedoch verweigert. Fragt frau im Team nach, erfährt sie von den KollegInnen, dass dies auch ihnen am letzten Qualifikationsgespräch so mitgeteilt wurde, ohne Nennung von Beispielen, Namen oder Fakten.

Wenn nicht der Ton, so wird der Charakter angegriffen. Es dauert dann eine Zeit, bis sich die so «abqualifizierte» KollegIn getraut, sich mit den anderen auszutauschen und dabei feststellen muss, dass bei den KollegInnen die gleichen Charakterschwächen bemängelt werden, die wir gegenseitig jedoch aneinander nicht bemerken. Wir kommen gut aus miteinander, schätzen uns gegenseitig und wissen, was die jeweilige KollegIn alles Gutes leistet und wie exakt, engagiert und professionell sie arbeitet. Aber dies ist anscheinend nicht mehr erwünscht. Schlussendlich geht es nur ums Geld. Wegen des Geldes und auf Kosten der Versorgungsqualität gegenüber den kranken Menschen wird versucht, unter allen Umständen einen Keil in ein gut funktionierendes Team zu treiben.»

«Team-Leiterin wird angehalten, langjährigen Pflegenden schlechte Qualifikationen auszustellen.»

(2011)

--- Anmerkung der Redaktion ---

1) Die Frisch-Diplomierten Pflegefachleute HF sind aber bereits mindestens eine Lohnklasse zu tief in Lohnklasse 14 anstatt 15 eingereiht im Vergleich zu traditionellen Männerberufen im Kanton Zürich. Die Pflegenden, neu mit einem erworbenen Bachelor, sind ebenfalls in LK 14 und damit mindestens zwei bis drei Lohnklassen zu tief eingereiht.

«Weil ich es mir leisten kann, habe ich gekündigt»

Wie eine diplomierte Pflegefachfrau nach 16 Jahren nicht mehr verantworten kann, was sie in einem Pflegezentrum tut und erlebt.

«Bis jetzt habe ich als diplomierte Pflegefachfrau 16 Jahre ziemlich zufrieden in einem Pflegezentrum arbeiten können. Anfangs zu 50 Prozent und nach dem 2. und 3. Kind reduzierte ich mein Pensum auf **«PflegeassistentInnen zurückgestuft in ihren Kompetenzen.»** Ich arbeitete vor allem an den Wochenenden; das ging sehr gut, denn ich entlastete meine KollegInnen von Wochenenddiensten, zudem kam meine Erfahrung den PatientInnen zugute. Es war anspruchsvoll, weil ich nie wirklich Routine entwickeln konnte, dann aber doch jeweils die Tagesverantwortung für die Abteilung übernehmen musste, was ich auch gerne tat.

Im Laufe der Zeit wurde nebst vielem Anderen auch das neue ABC-Stufen-Modell¹ eingeführt. In Vorbereitung darauf wurden wir Diplomierte je nach Bedarf auf andere Abteilungen umgeteilt mit dem Resultat, dass mit der Zeit auf 2 von 3 Stockwerken «nur» noch PflegeassistentInnen arbeiteten, die wohlverstanden vor der ISO Zertifizierung (ich weiss nicht, ob das der Grund war) mit speziellen hausüblichen Kompetenzerweiterungen auch Medikamente verteilten oder Insulin spritzen durften.

Die PflegeassistentInnen, die jetzt in ihren Kompetenzen wieder stark zurückgestuft wurden, waren nun nicht mehr befähigt, Medikamente zu verteilen. Dies führte dazu, dass eine diplomierte Pflegefachfrau zuerst nur in den Spätdiensten, nach und nach auch in den Frühdiensten für die Medikamente von drei Stockwerken verantwortlich war. **«Die Medikamente musste man unter extremem Zeitdruck verabreichen»** War früher mindestens eine diplomierte Pflegeperson pro Abteilung anwesend, ist nun nur noch eine Diplomierte für drei Abteilungen verantwortlich. Das Ganze nannte man dann immer sehr praktisch orientiert «Vernetzung».

Da konnte ich mit meinem niedrigprozentigen Arbeitspensum einfach nicht mehr mithalten. Ich habe natürlich auch mitbekommen, dass es für meine ArbeitskollegInnen, die 80 oder auch 100 Prozent angestellt waren, sehr anspruchsvoll und fehleranfällig war. Zumal frau zum Beispiel die Medikamentenverabreichung jeweils unter extremem Zeitdruck ausführen musste, weil ja die PflegeassistentIn in dieser Zeit alleine auf der eigenen Station war mit aller Arbeit wie z.B. die 15 dementen BewohnerInnen

«geduldig» eine nach der anderen an die Tische führen, Essen verteilen, zerschneiden, mindestens einem, wenn nicht zwei Bewohnern das Essen eingeben usw. Und was schon seit längerer Zeit gar nicht mehr **«Ich fand's ätzend, menschenverachtend»** möglich war, hat sich sozusagen ganz unmerklich eingeschlichen: Wir gingen gar nicht mehr mit unseren BewohnerInnen spazieren. Ja, wir hatten einfach nicht mehr die Zeit dazu - einfach zu viel Bürokratie, stundenlanges RAI-NH² dokumentieren, Weiterbildungen über RAI-Codierung oder Computer, Pflegeplanungen auf dem Papier, Evaluieren der Qualität, usw. Dabei betreuten wir demente BewohnerInnen, die eigentlich einen starken Bewegungsdrang gehabt hätten. Leider liefen sie aber so nur noch im Gang ihre Runden oder ach ja, wenn jemand die Terrassentür auftrat, konnten sie ein bisschen auf die Terrasse. Ich fand's ätzend, menschenverachtend, sei's dem Heimbewohner oder dem Personal gegenüber.

Und da die Hektik gross wurde, haben wir wieder angefangen, die BewohnerInnen früher als gewünscht, sprich am Nachmittag um 16 Uhr oder auch mal um 15 Uhr umzuziehen, das heisst: ins Nachthemd und in den Morgenrock..., wieder wie zu alten Zeiten. Natürlich haben wir uns auch gut überlegt, wer sich denn zum frühen Umziehen am ehesten anbietet: nämlich diejenigen BewohnerInnen, bei denen wir wussten, dass sicher keine Angehörigenbesuche mehr kamen...

Und weil ich so die Pflege nicht mehr schön oder auch verantwortbar finde und ich es mir leisten kann, habe ich gekündigt per Ende Juli 2011.
Das wär's.»

(2011)

--- Anmerkung der Redaktion ---

1) Definition siehe Einleitung Text Nr. 2 auf Seite 6.

2) RAI-NH = RAI Nursing Home

RAI = Resident Assessment Instrument. Dieses Bedarfsabklärungs- und Erfassungs-Instrument entstand in den USA Ende der 80iger-Jahre für den stationären Langzeitpflegebereich. In der Schweiz sind solche Instrumente für die Alters- und Pflegeheime (RAI-NH) und für die Spitex (RAI-HC Schweiz) eingeführt worden. Dies sind Computerprogramme, mit welchen die geplanten Pflegeverrichtungen und die Aufwandkosten der einzelnen BewohnerIn verrechnet werden.