NOTAUFNAHMEN

Berichte aus dem Pflegenotstand

Bündnis für gute Pflege Ulm

Aktive Pfleger*innen der Uniklinik Ulm
Bündnis für gute Pflege

89073 Ulm

Martin Rivoir
Manne Lucha
Herrn Jens Spahn

Ulm, 23. Juni 2020

Schluss mit der Ökonomisierung unserer Gesundheit
- Forderungen für die Zeit nach Corona.

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Corona-Krise wurden und werden wie unter einem Brennglas die Probleme eines durch Fallpauschalen geprägten Gesundheitssystems deutlich. Seit Jahren protestieren wir Beschäftigte zusammen mit unserer Gewerkschaft ver.di gegen die Ökonomisierung und leisten Widerstand gegen die fatalen Auswirkungen auf eine gute Patient*innenversorgung.

Der Pflegeberuf ist einer der anspruchsvollsten und sinnvollsten Berufe, er ist geprägt von Vielseitigkeit, Menschlichkeit und Verantwortung. Im Mittelpunkt allen pflegerischen Handelns steht für uns der Mensch mit all seinen Bedürfnissen, Ängsten und Unsicherheiten. Pflege ist einer der Grundpfeiler der Gesundheitsversorgung und braucht vor allem Zeit, damit wir diese, dem uns anvertrauten Menschen widmen können. Wir stellen ein zentrales Bindeglied zu den vielfältigen Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitswesens dar. Als die Fachleute vor Ort haben wir uns dafür verpflichtet, Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern. Untrennbar hiermit geht die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung einher. In der Ausübung dieser Profession übernehmen wir, mit fundiertem Fachwissen, die Verantwortung für die Pflege von Menschen in allen Altersstufen, jedes Geschlechts, jeden Glaubens, jeder Hautfarbe, jeder Kultur und jeder Nationalität.

Wir geben werdenden Müttern und Vätern Halt und Sicherheit - im Glück wie im Leid. Wir begleiten Schwerkranke und deren Angehörige, auf dem Weg zu einer Operation und auf dem Weg danach, geben ihnen Zuversicht und Kraft. Pflege ist ein schöner aber auch verantwortungsvoller Beruf - doch die Ökonomisierung der vergangenen Jahre, verschärft noch durch die Einführung der Fallpauschalen, hat daraus einen banalen Kostenfaktor gemacht.

NOTAUF

Ein Brief, der viel zu wenig Beachtung fand

NAHMEN

Wir sind keine Kostenfaktoren - wir sind Menschen, die für ihren Beruf brennen! Daher richten wir heute gemeinsam diesen Brief an Sie!

Überall in der Republik klatschten Menschen als Zeichen der Solidarität und Dankbarkeit abends auf ihren Balkonen. Eine schöne Geste, wir brauchen jedoch mehr als das!

Überall in der Republik stehen Pflegekräfte auf, organisieren sich in ihrer Gewerkschaft ver.di und erkämpfen neue Tarifverträge. Diese regeln verbindliche Personalschlüssel, legen Pflegezulagen fest und vieles mehr. Diesen Weg werden wir weitergehen - doch wir brauchen mehr als das!

Wir brauchen einen Systemwechsel in der Gesundheitsversorgung!

Es gab mit Pflegepersonalstärkungsgesetz, Pflegepersonaluntergrenzenverordnung und vielem mehr einige Ansätze, die Situation in der Gesundheitsversorgung und besonders in der Pflege zu verbessern. Nur an der Grundausrichtung eines ökonomisierten Systems mit Fallpauschalen, die es ermöglichen durch Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und einer Verschlechterung der Versorgung Gewinne zu erzielen, hat sich nichts geändert.

An den Uniklinika Baden-Württemberg beschlossen am 27.April 2020 ver.di-Aktive, auf einem virtuellen Treffen, unter anderem konkrete Forderungen an die Politik die wir hier erneut aufgreifen:

» Krankenhäuser sollen Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein, keine Wirtschaftsunternehmen. Dafür braucht es die sofortige Abschaffung des Fallpauschalensystems

» Eine demokratische und bedarfsorientierte Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Allein der medizinische Bedarf muss ausschlaggebend dafür sein, ob und wie wir behandeln und behandelt werden.

» Den Erhalt der Bettenzahl in Baden-Württemberg.

» Die Finanzierung einer ausreichenden Vorhaltung von Betten; Schutzausrüstung und Personal für Krisensituationen.

» Die Entwicklung und Einführung eines bedarfsorientierten Personalbemessungssystems und mehr Personal, als ersten Schritt Umsetzung der PPR 2.0.

» Gewerkschaften als Vertreter*innen der Beschäftigten transparent am Krisenmanagement beteiligen.

» Digitalisierungsoffensive.

» Von den Auszubildenden wurden eigene ergänzende Forderungen an Arbeitgeber und Politik aufgestellt:

» Zwingende Einhaltung der Bezugspersonenpflicht, max. 3 Personen.

» Gewährleistung der tariflich bindenden Anleitezeit von 10% durch die stationären Praxisanleitungen und einen verbindlichen Plan zur Kompensation der Ausfälle der Praxisanleitezeiten der zentralen Praxisanleitung, die nun in die Praxis abgeordnet wurden (schnellstmögliche Rückführung dieser in ihre ursprüngliche Position). Feste Planung der Praxisanleitungen, so wie es im TV UK-AQ gefordert ist!

NOTAUF

- keine Anrechnung von Quarantänezeiten auf die gesetzlichen Fehlzeitenregelungen (§7 KrPflG), vor allem nicht, wenn dies dazu führen würde, dass die Prüfungszulassung dadurch gefährdet ist.
- Ausfallplan für weggefallene Einsätze in Spezialgebieten (Anästhesie, Intensiv, Operationsbereich, ambulante Dienste) sowie der weggefallenen Einsätze der betrieblich-schulischen Auszubildenden, damit solche Einsätze nachgeholt werden können. Alternativen für Klausuren (Assignement, Gruppenausarbeitung etc.) oder Ausfall der Klausuren, damit die Belastung der Azubis nach der momentanen Ausnahmesituation nicht noch größer wird.
- Weitere Betreuung der Praxisbesuche durch die schulischen Lehrpersonen, vor allem für die Jahrgänge der Examenskurse, die zum 10/20 und zum 04/21 abschließen und der Kurse die sich im Ersteinsatz befinden (Ausbildungsbeginn 4/2020)
- Gewährleistung der individuellen Examensvorbereitung ggf. durch Kleinteams, die sich mit eine*r Lernbegleiter*in in der Schule treffen, falls dies überhaupt nicht möglich ist, dann über online- Tools (MS Teams, Zoom, Webex etc.).
- Minderjährige Auszubildende und Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr müssen zwingend auf NON-COVID-Stationen eingeteilt sein.
- Desinfektionsmittel am Eingang aller Wohnheime.

Für eine gute Gesundheitsversorgung braucht es das ganze Team. Ohne Reinigung, ohne Transport und ohne die Arbeit aller Kolleg*innen im so genannten Servicebereich gibt es keine gute Gesundheitsversorgung. Wir fordern daher die Rückführung der ausgelagerten Servicegesellschaften und Integration in den Tarifvertrag des Mutterhauses, mindestens jedoch TVöD. Außerdem müssen die Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen unseres Betriebskindergartens, die in der Krise maßgeblich dazu beigetragen haben, dass die Abläufe für die Patienten bestmöglich umgesetzt werden konnten, eine monetäre Aufwertung erfahren.

Und zu guter Letzt: Die massiven Änderungen des Arbeitszeitgesetzes wurden genutzt, um Personalmangel auszugleichen. Während vielerorts die einschränkenden Maßnahmen zurückgenommen werden und ein Weg in die Normalität geebnet wird, arbeiten wir in den Gesundheitsberufen noch immer in 12-Stunden-Schichten. Diese Maßnahme muss sofort zurückgenommen werden!

Grundsätzlich muss die Gesundheitsversorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge gestärkt werden. Das bedeutet, öffentliche Träger wie Kommunen sind zu stärken, Privatisierungen rückabzuwickeln.

Gesundheit für die Menschen, nicht für den Profit!

Und schließlich: wir brauchen keine Pflegekammer, die mit unseren Zwangsbeiträgen finanziert über unsere Köpfe hinweg entscheidet. Unser Druckmittel heißt Gewerkschaft!

Gezeichnet

Die Betriebsgruppe und Aktive der Universitätsklinik Ulm
Das Bündnis für gute Pflege Ulm

NAHMEN

Tröö

05:45 UHR

Schlaftrunken greife ich zum Wecker. „Das kann doch nicht wahr sein“ murmle ich vor mich hin, während ich versuche meinen Mann nicht zu wecken, denn es ist schließlich Sonntag. Es ist 5:45 Uhr und gefühlt bin ich gerade eben ins Bett gegangen. Gerade mal 9 Stunden daheim und schon muss ich wieder in die Klinik. Man muss ja auch schließlich noch hin- und herfahren! Aber so ist das nun mal mit den 12-Stunden-Schichten. Rechnet man noch die Pause dazu, so kommt man nicht vor 20:30 heim.

Noch völlig übermüdet von den letzten zwei Tagdiensten kämpfe ich mich in die Klinik. Man muss sich ja auch noch umziehen und rechtzeitig für die Übergabe vor Ort sein.

07:00 UHR

Der Nachtdienst berichtet entkräftet von den Patienten und den Ereignissen der Nacht. Herr H. ist delirant geworden und Frau F. musste an die Dialyse. Herr K. ist nochmals in den OP gegangen und Frau R. musste wieder ins CT.

Das Oberarzt-Telefon klingelt. Es ist der OP.... wir müssen einen Anästhesisten für den OP abgeben, bei der eh schon knappen Besetzung ein schmerzlicher Verlust.

Nach der Übergabe visitieren wir zunächst alle Patienten mit den jeweiligen Fachrichtungen. Frau P. soll ein postoperatives CT bekommen. Herr G. kann man die Drainagen ziehen und bei Frau F. sollte man den Herzschrittmacher kontrollieren. Bei Frau S. kann man das Weaning der Beatmung beginnen. Und die Dialyse von Herrn R. muss man zum Abend hin erneuern.

08:30 UHR

So ist man schon vor 9:00 mit Aufgaben gespickt, leider muss man durch den Mangel an Personal nun die Arbeit von dreien erledigen. Aber nun erstmal durchgehen und schauen, wie es den Patienten geht. Das kann sich auf einer Intensivstation schnell mal ändern. Demnach flitzt man durch die Zimmer, kümmert sich um akute Probleme, und versucht dabei die Termine für das CT auszumachen, der Pflege Bescheid zu geben, dass Frau G. für die OP fertiggemacht werden muss und währenddessen gibt man besorgten Angehörigen Auskunft über den Zustand ihrer Liebsten... der Kopf schwirrt schon bevor es überhaupt 10:00 Uhr morgens ist. Man kämpft sich durch die Parameter der Nacht, schaut über die aktuellen Blutwerte und versucht dabei die vielen Informationen, die auf einen einprasseln zu sortieren und zu behalten.

NOTAUF

ööt tröööööt tröööööt...

Hektisch schreibt man zusätzliche Informationen auf seinen Übergabezettel „das darf ich heute Abend ja nicht vergessen zu sagen“. Schon jetzt hat man das Gefühl die Aufgaben und To-Do‘s haben einen überholt bevor man überhaupt richtig angefangen hat.

12:30 UHR

Um 12:30 Uhr sind noch nicht immer alle Therapiepläne geschrieben...wie denn auch! Selbst ist man ja als Anfänger mit einem Chirurgen für 13 Patienten zuständig. Da muss man dem Chirurgen schon ab und an über die Schulter schauen...so eine Intensivstation ist doch noch was Anderes als ein OP-Saal...und dann noch die eigenen Patienten gut versorgen.....das kostet einiges an Kraft.

Schon wird der nächste Zugang angekündigt. Jetzt schnell ein Bett schaffen, aber wer kann auf Normalstation?!? Frau P., die eigentlich noch Hilfe bei der Atmung braucht oder doch Frau V. die zwar einen frischen Herzinfarkt hat, aber aktuell kardiopulmonal stabil ist?! Bei jeder Entscheidung habe ich ein ungutes Bauchgefühl, aber der Patient mit dem schweren Schädel-Hirn-Trauma braucht nun mal einen Intensivplatz.

NAHMEN

Wir treffen die Entscheidung aus dem Bauch heraus, versuchen der abholenden Station soviel Informationen wie möglich zu geben, damit die Patientin auch auf Station gut versorgt ist und man ein Auge auf sie hat.

„Frau K. Kann man dann für die OP ab kabeln und startklar machen“..... Ich flitze aus Zimmer 12 nach vorne zu Frau K., um der Pflege die Information weiter zu geben. Auf dem Rückweg kommt die Pflege von Herrn R. „Also Herr R wird jetzt von der pulmonalen Funktion immer schlechter...“ Ich eile mit der Pflege ins Zimmer, während ich krampfhaft überlege: „War Herr R. der akute Ileus oder war das doch die Zystektomie mit Ileum-Conduite?!“. Rasch legen wir uns auf ein Konzept fest. Ratlos stehe ich im Gang... was wollte ich denn eigentlich gerade machen?! Achja, der Therapieplan von Frau W. muss noch gemacht werden.

Das Notfalltelefon klingelt. Ein markdurchdringendes Klingeln....laut ruft der Kollege: „Interner Notfall auf Station“. Der Kollege rennt mit dem Notfallwagen zur Tür hinaus. Jetzt bin ich allein auf Station. „Hoffentlich passiert nichts Schlimmes. Ich bin ja noch nicht solange hier auf Intensiv!“ Ich versuche mich mit dem Gedanken zu beruhigen, dass auf der Nachbarstation ja ein Facharzt ist.

Endlich hat man all seine Patienten einmal komplett untersucht, die Therapiepläne geschrieben, die Laboruntersuchungen für den Tag und den nächsten Morgen rausgelassen und die tagesaktuellen, akuten kleineren bis größeren Katastrophen zumindest eingedämmt!

14:30 UHR

„Gleich ist Nachmittagsvisite“ flüstert der Kollege ins Zimmer.....ich schaue irritiert auf die Uhr. „Was? Schon 14:30? Oh je und ich habe noch soviel zu tun“..... Wir treffen uns vor dem Röntgen-PC der Station! Zusammen schauen wir uns die Röntgenbilder, CTs etc. durch! Gerne hätten wir das Röntgenbild von Frau G. genauer besprochen, leider müssen die Oberärzte um 16:00 zur Besprechung und wir haben noch 24 Patienten zu visitieren. Die Tag Ärzte schlängeln sich durch die Zimmer, erzählen was bei den Patienten tagsüber passiert ist. Es werden Antibiotikatherapien optimiert und noch Therapieverbesserungen besprochen. Eigentlich würde man gerne bei dem ein oder anderen Patienten noch gerne was fragen, leider ist die Zeit sehr knapp.

Nach der Visite setze ich mich mal an den Schreibtisch. Die Dokumentation muss auch noch gemacht werden. Während ich die Neuerungen der Patienten in die Briefe schreibe, merke ich auf einmal ein Grummeln.....ich hatte noch gar keine Mittagspause... mit kritischem Blick auf die Uhr beschließe ich, mein Brot während der Dokumentation zu essen.

16:45 UHR

Es ist schließlich bald 17:00 und da kommen die neuen Labore und man muss langsam seine Infos für die Übergabe an den Nachtdienst zusammen sammeln... “ Du, Frau Doktor...“ die Pflege steckt den Kopf ins Arztzimmer „...ich glaube Herr R braucht doch ne Thorax Drainage. Das NIV hat nicht soviel gebracht“. „Ja, ich

NOTAUF

komme gleich“. Schnell schaue ich mir nochmal das Röntgenbild an… ja da ist schon ein wenig zu sehen, aber es ist auch im Liegen aufgenommen… ich entscheide mich noch kurz ein Sono zu machen…..der Erguss ist größer geworden! Schnellen Schrittes eile ich und hole die nötigen Utensilien…… Desinfizieren, nochmal mit dem Sono nach einem guten Punktionsfenster schauen, lokale Betäubung, Drainage legen. Natürlich dann auch alles wieder fein säuberlich aufräumen. Röntgen-Thorax anmelden…… schon ist es 18:00. „Mist, die Doku ist noch nicht fertig, ich muss die Labore noch durchsehen, eventuell die Heparin-Laufraten anpassen und dann noch die Übergabe vorbereiten“. Hektisch versuche ich alles noch bis 19:15 zu erledigen.

19:45 UHR

Der Nachtdienst kommt! Völlig abgehetzt huscht man ins Arztzimmer! Auch der Nachtdienst sieht müde aus! Sie haben auch schon drei Nächte hinter sich.

Wir gehen durch die Zimmer und machen Übergabe! Leider haben wir hier und da nicht geschafft neben den Verlegungen, Neuaufnahmen und Telefonaten alle Aufgaben zu erledigen. „Frau S. muss man leider noch Bronchoskopieren. Das habe ich heute leider nicht mehr geschafft“. Kurzes Durchatmen des Nachtdienstes. Keine tolle Aufgabe, aber sie wissen ja selbst, dass es meist eine Mammutaufgabe ist, alles zu erledigen. Und nach 10 Stunden verlassen einen auch die Kräfte.

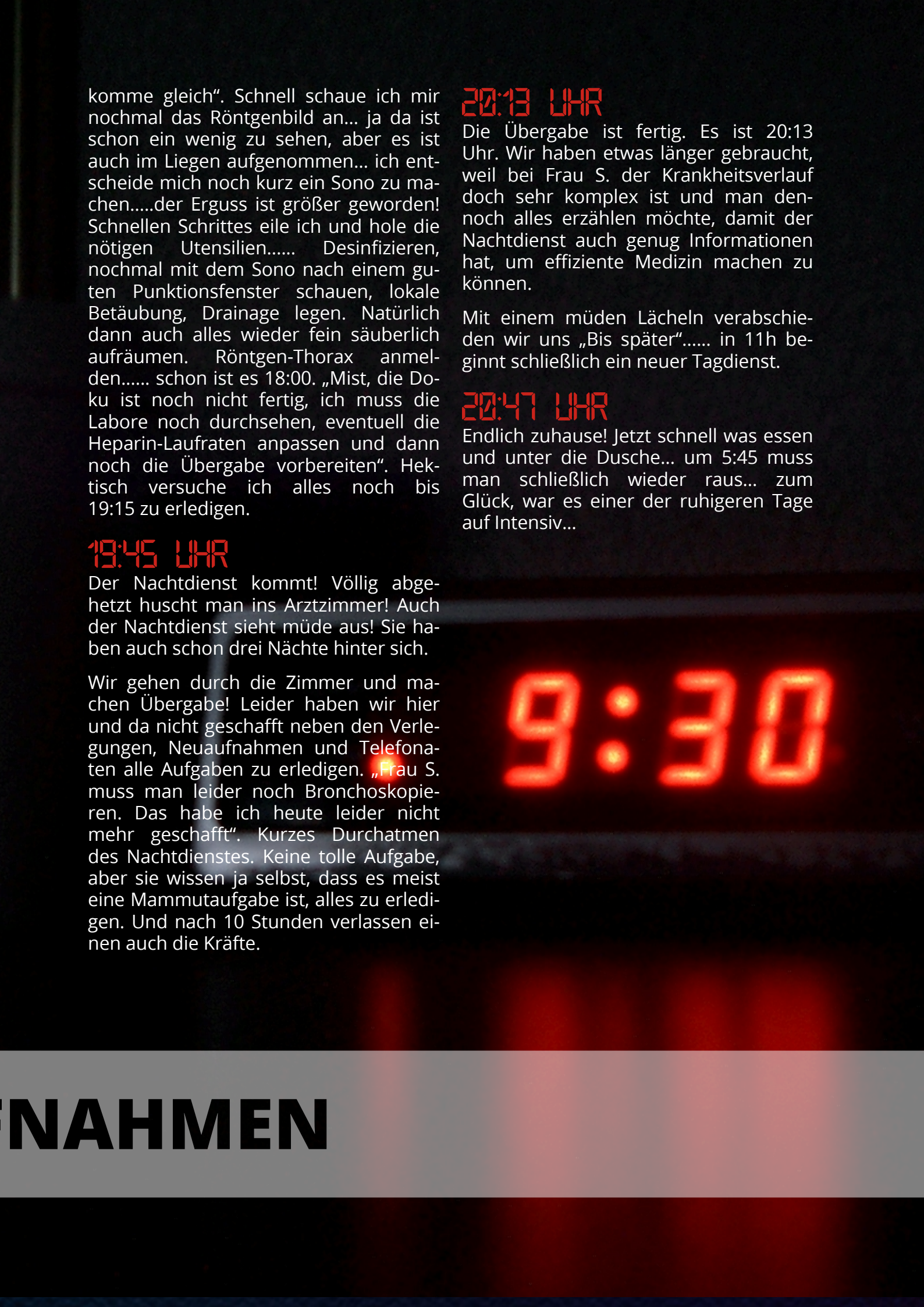
20:13 UHR

Die Übergabe ist fertig. Es ist 20:13 Uhr. Wir haben etwas länger gebraucht, weil bei Frau S. der Krankheitsverlauf doch sehr komplex ist und man dennoch alles erzählen möchte, damit der Nachtdienst auch genug Informationen hat, um effiziente Medizin machen zu können.

Mit einem müden Lächeln verabschieden wir uns „Bis später“…… in 11h beginnt schließlich ein neuer Tagdienst.

20:47 UHR

Endlich zuhause! Jetzt schnell was essen und unter die Dusche… um 5:45 muss man schließlich wieder raus… zum Glück, war es einer der ruhigeren Tage auf Intensiv…



NAHMEN

Ein Tag in de Pflege auf de

NO

Es ist ein Dienstag, ich bin als recht frisch examinierte Kraft mit einer Aushilfe im Frühdienst eingeteilt. Mein Glück ist, dass diese Aushilfe über viele Jahre Intensiv-Erfahrung verfügt, sonst wüsste ich nicht, wie alle Beteiligten diese Situation überstehen würden. Der Morgen beginnt mit relativer Ruhe. Wir können die neu aufgenommenen Patientinnen verkabeln, versorgen und ein kurzes Gespräch führen um sie einzuschätzen bevor die nächste Patientin eintrifft. Zu Beginn werden wir noch jedem gerecht, da die Patientinnen einzeln und mit kleinen Abständen eintreffen.

Am späten Vormittag ändert sich das - irgendwann steht der Rettungsdienst mit drei Patientinnen annähernd zeitgleich da. Meine Kollegin ist schon einige Minuten bei einem akuten Herzinfarkt - dem es sehr schlecht geht, ich muss diese drei Neuzugänge alleine versorgen. Während ich die erste versorge stehen die anderen beiden auf ihrer Liege im Zimmer die Zweite kann ich mir wenigstens kurz anschauen um zu priorisieren, da sie im selben Zimmer abgestellt wurde. Die Dritte hat das Pech in einem Isolationszimmer zu sein, daher sehe ich sie erst zwanzig Minuten später. Zwanzig Minuten in denen Patientinnen sich akut verschlechtern können. Zwanzig Minuten in denen ich die Patientin nicht einmal an den Überwachungsmonitor anschließen kann, ich würde eine Verschlechterung also nicht zeitnah merken.

Während der ersten Corona-Hochphase lese ich in Zeitungen, dass in Italien triagiert wird und dass uns das in Deutschland auch bevorstehen könnte. Merkt denn keiner, dass wir längst triagieren müssen, weil wir schon im Normalzustand keine Kapazitäten mehr haben alle richtig zu versorgen?

Die 1. Welle, wir waren bereit....

Als Spahns Verfügung, die Kapazitäten für elektive Eingriffe herunterzufahren und intensivmedizinische Kapazitäten auszubauen kam, stand mein Team vor

r
er

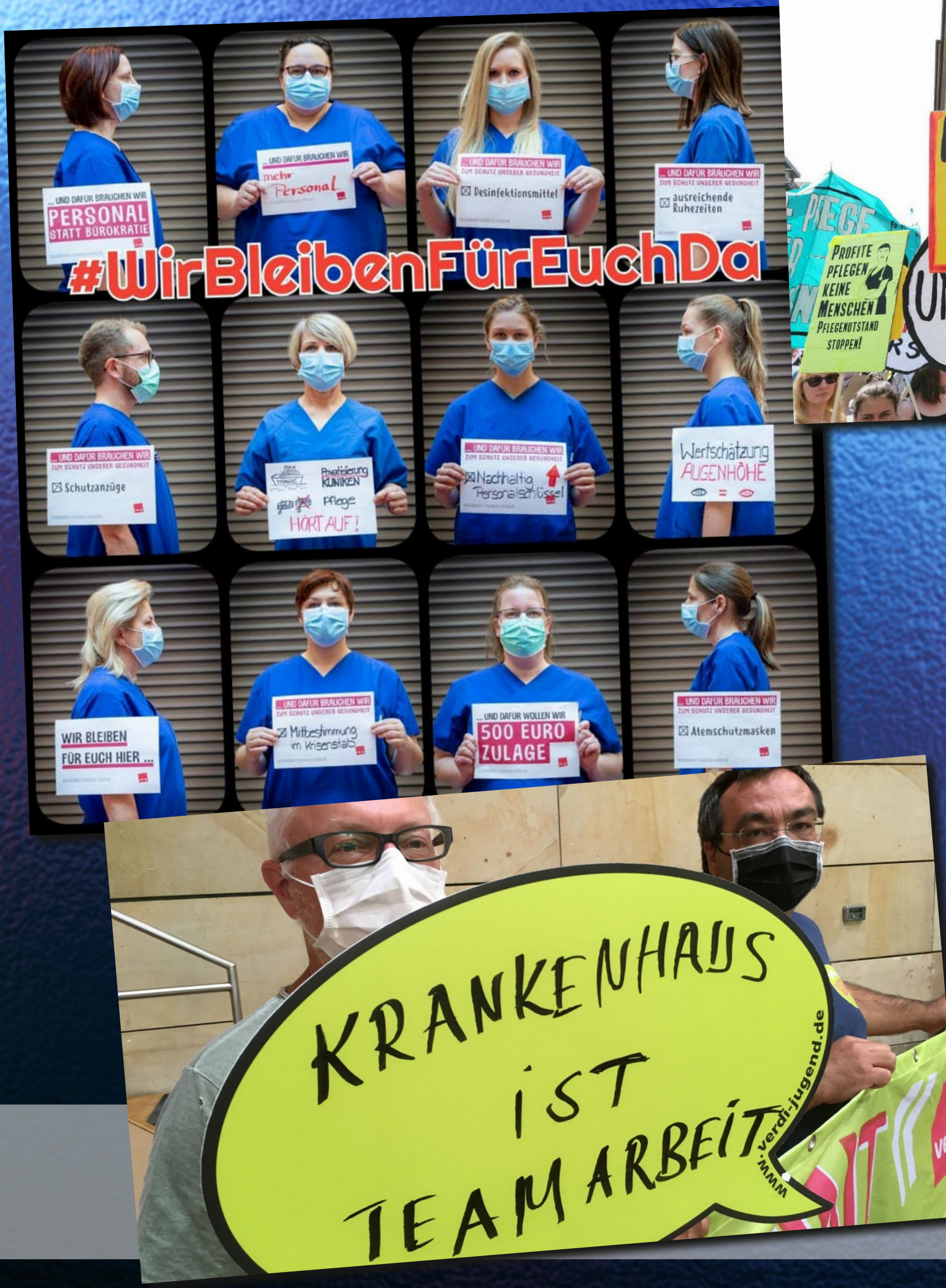
OTAUFNAHME

einem großen Problem: „Unsere“ Intensiveinheit wurde geschlossen, und die vorhandenen Personalkapazitäten „konzentriert“. Meine Abteilung (HNO-OP) stand nun vor der Entscheidung: Patienten zu gefährden oder in einem 12 Stundendienst die Tätigkeiten die ansonsten das Intensivpersonal ausübt, zu übernehmen. Klar, dass wir bereit waren auch unseren Teil zur Bekämpfung der Pandemie zu leisten. Das bedeutete die nächsten Monate: Überstunden, Wochendienstpläne, kaum ein freies WE.

Die Tätigkeiten für uns ungewohnt... die Kontrollen an den Eingängen; wir nahmen Patienten auf und halfen mit bei den Tätigkeiten der Versorgung in der Ambulanz und standen 24 Stunden zur Notfallversorgung im OP zur Verfügung. Der Standort HNO war auch Anlaufstelle der Covid-Abstriche, dementsprechend hoch war natürlich auch das Aufkommen.....

Der Dank: die Infektionszulage von 46,02 Euro wird uns NICHT zugestanden!!! Geschweige denn der Bonus. Wertschätzung sieht anders aus!

Was bleibt sind Überstunden, demotivierte Kolleg*innen und wieder einmal das Gefühl: Pflege ist nichts wert!


#WirBleibenFürEuchDa
... UND DAFÜR BRAUCHEN WIR
PERSONAL STATT BÜROKRATIE
... UND DAFÜR BRAUCHEN WIR
mehr Personal
... UND DAFÜR BRAUCHEN WIR
ZUM SCHUTZ UNSERER GESUNDHEIT
☒ Desinfektionsmittel
... UND DAFÜR BRAUCHEN WIR
ZUM SCHUTZ UNSERER GESUNDHEIT
☒ ausreichende Ruhezeiten
... UND DAFÜR BRAUCHEN WIR
ZUM SCHUTZ UNSERER GESUNDHEIT
☒ Schutzanzüge
Privatisierung KLINIKEN
Pflege
HÖRT AUF!
... UND DAFÜR BRAUCHEN WIR
ZUM SCHUTZ UNSERER GESUNDHEIT
☒ Nachhaltig Personalschlüssel
Wertschätzung
AUGENHÖHE
WIR BLEIBEN
FÜR EUCH HIER ...
... UND DAFÜR BRAUCHEN WIR
ZUM SCHUTZ UNSERER GESUNDHEIT
☒ Mitbestimmung im Krisenstab
... UND DAFÜR WOLLEN WIR
500 EURO ZULAGE
... UND DAFÜR BRAUCHEN WIR
ZUM SCHUTZ UNSERER GESUNDHEIT
☒ Atemschutzmasken
PROFITE PFLEGEN KEINE MENSCHEN
PFLEGENOTSTAND STOPPEN!
KRANKENHAUS IST TEAMARBEIT
www.verdi-jugend.de

Patienten vor Profit
MANGEL TÖTET
Pflege
TATORT PFLEGE
NOTSTAND
PROFITWIRTSCHAFT IN DER PFLEGE STOPPEN

NAHMEN

NOTAUFNAHMEN

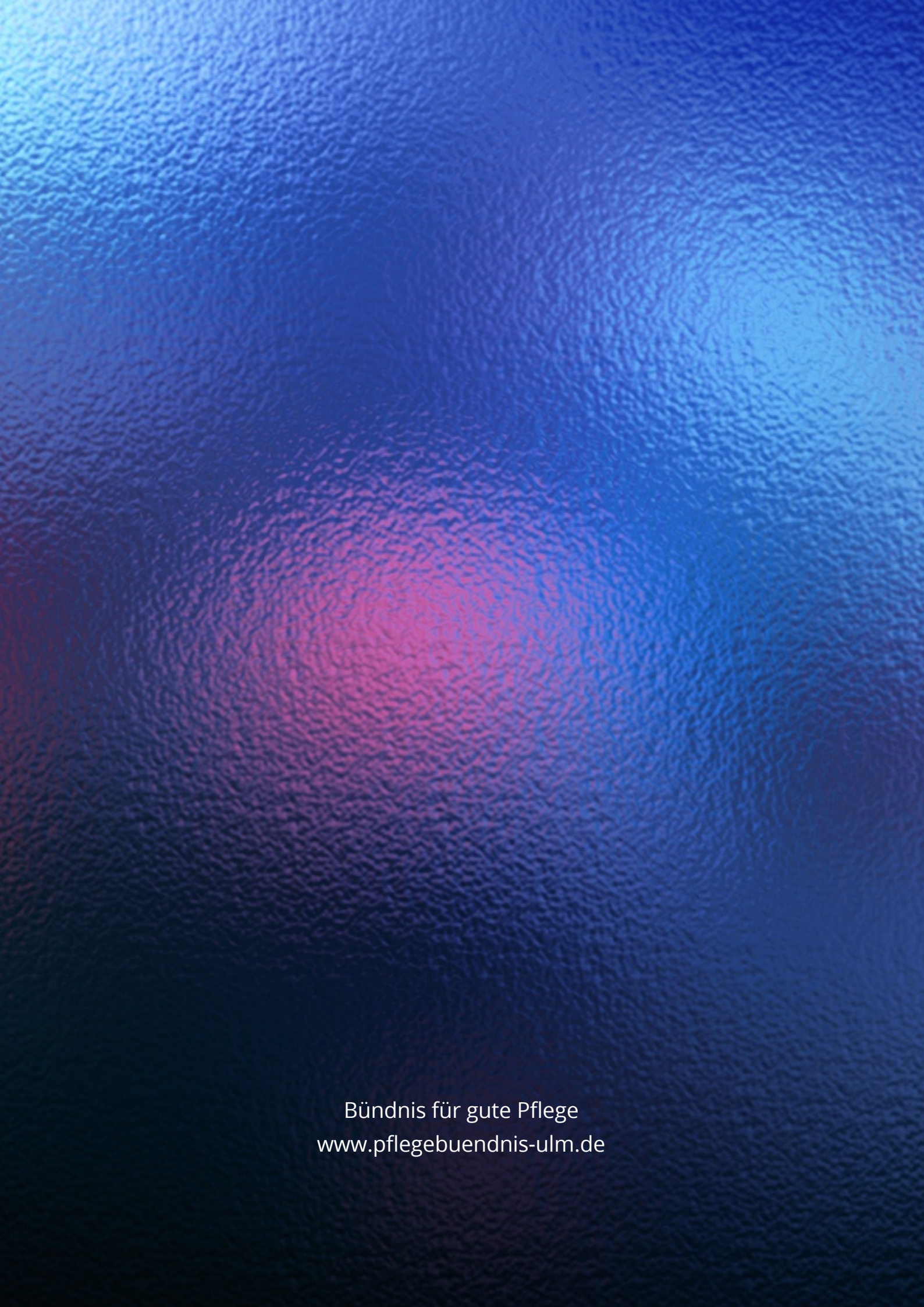
Die Pflege wird selbst zum Notfall, wenn wir folgende Tatsachen

- **der COVID-Sonderbereich ist NICHT besetzt!**
- **Keine Übergabe bei Schichtwechsel möglich**
- **Überwachungspflichtige Patienten auf dem Gang**
- **Eine Fachkraft allein mit 8 Kabinen in der ZINA**
- **Einhaltung der Pausenzeiten nicht möglich**
- **Sterbende Patientin wird allein gelassen**
- **Keine Einhaltung der Hygiene-Richtlinien möglich**
- **Krankheitsbedingter Personalausfall: statt 6 PFKs**
- **Trotz Personalmangel keine OP-Saal Reduktion – 4**
- **Personalausfall wird kompensiert mit FSJler*in**
- **Gefährdungsanzeigen werden sanktioniert, es her**
- **Schüler bekommen keine Anleitung (trotz Tarifver**
- **Elektive Eingriffe werden zum Notfall**

n von unseren Kolleg*innen hören:

nur 4 – Kompensation nicht möglich (ITS!)
PFK für 11 Intensivpflichtige Patienten!

rscht eine Kultur der Angst!
trag dazu!)



Bündnis für gute Pflege
www.pflegebuendnis-ulm.de