

Anspruch und Wirklichkeit

Einblicke in den Pflegealltag auf einer Palliativstation

BIOSKOP-Interview

Sabine T. arbeitet auf einer Palliativstation in einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen. Im Gespräch mit BioSkoplerin Erika Feyerabend gibt sie Einblicke in ihren beruflichen Alltag – und damit auch in eine Personalsituation, die teils unmöglich macht, die Ansprüche an gute Palliativpflege in der Praxis erfüllen zu können. Weil das so ist, will die erfahrene Krankenschwester ihren wirklichen Namen lieber nicht in der Zeitschrift lesen. Dafür hat die BIOSKOP-Redaktion vollstes Verständnis, der hier gedruckte Name »Sabine T.« ist also ein Pseudonym.

»Auf den Betroffenen zugeschnitten«

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) mit Sitz in Berlin versteht sich als »bundesweite Interessensvertretung der Hospizbewegung sowie der zahlreichen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland«.

Auf seiner Webseite www.dhvp.de bezeichnet der Verband Palliative Care als »ganzheitliches Betreuungskonzept zur Begleitung Schwerstkranker, Sterbender und deren Angehörigen«.

Den Anspruch, der hinter diesem Konzept steht, erklärt der DHPV wie folgt: »In der Palliativen Pflege sind alle Handlungen auf den Betroffenen zugeschnitten; was tut dem Patienten gut, was möchte er, was ist für ihn aus pflegerischer Sicht hilfreich und unterstützend? Palliative Pflege integriert psychische und spirituelle Aspekte, steht den Angehörigen und Freunden bei der Verarbeitung seelischer und sozialer Probleme während des Krankheitsverlaufs bis zum Tod des Patienten zur Seite.«

BIOSKOP: Wie lange bleiben die PatientInnen im Durchschnitt auf der Palliativstation?

SABINE T.: Manche sind nur eine Woche, manche zwei bis drei Wochen da. Meist dauert die Betreuung zwischen sieben und vierzehn Tagen.

BIOSKOP: Wie sind Ihre Arbeitsbedingungen?

SABINE T.: Wir haben elf Betten, manchmal acht, manchmal neun oder auch zehn PatientInnen. Eigentlich waren wir im Früh- und im Spätdienst zu zweit, und im Nachtdienst ist eine Pflegekraft da. Das hat sich aber vor einem Jahr geändert. So arbeiten wir im Spätdienst öfter alleine und in zeitlich verkürzten Diensten.

BIOSKOP: Das bedeutet konkret?

SABINE T.: Wir sind an mehreren Tagen im Spätdienst für acht bis zehn PatientInnen alleine zuständig. Situativ lässt sich das manchmal bewältigen. Aber es können auch sterbende Menschen mit entsprechend hohem Betreuungsbedarf dabei sein, einschließlich der Angehörigen. Wenn eine Krisensituation bei einem Patienten vorkommt, dann weiß man schon nicht, was man mit den anderen Patienten machen soll.

BIOSKOP: Wo bleibt die palliativpflegerische Sorge um die sozialen, psychischen und spirituellen Dimensionen in der allerletzten Lebensphase?

SABINE T.: Ich kann mich an einen Spätdienst erinnern, da hatten wir PatientInnen mit hohem Pflegeaufwand. Ich hatte das Gefühl, nur noch das Nötigste zu schaffen, für Gespräche blieb keine Zeit. Mal ein Wort, ja, aber nicht was unsere Arbeit sonst ausmacht. Ich konnte auch gar keine Ruhe mehr vermitteln und fühlte mich schon zurückversetzt auf eine internistische Station, in der ich früher gearbeitet hatte. Das spüren sowohl die PatientInnen als auch die Angehörigen. Und die fragen dann: Sind Sie alleine?

BIOSKOP: Was können Sie denn alles nicht mehr machen?

SABINE T.: Das ist situationsabhängig. Wenn es wirklich brennt, muss ich PatientInnen trösten, auf einen späteren Zeitpunkt oder den nächsten Tag. Das betrifft Gespräche. Das betrifft aber auch andere Angebote. Wir haben ein tolles Badezimmer und bieten PatientInnen an, abends zu baden, mit Aromatherapie, damit sie besser schlafen können. Alleine im Spätdienst, das geht gar nicht. Ich wäre dann zeitlich zu

sehr gebunden, wenn es klingelt und jemand anders in Not ist. Ich kann in der Besetzung aber auch nicht mehr so einfache Dinge tun wie Handmassagen. All das eben, was eine Palliativstation ausmacht. Ich will nicht sagen, dass all das gar

nicht mehr geht. Aber in erster Linie steht die pflegerische Versorgung im Vordergrund. Ich und meine KollegInnen sind einfach nur froh, wenn nichts Besonderes vorkommt. Lange Gespräche, basale Stimulation, Aromatherapie mit Wannenbad, all das geht mit Unterbesetzung nicht mehr.

BIOSKOP: Die Palliativpflege kümmert sich auch um die Angehörigen. Inwieweit ist das unter diesen Bedingungen möglich?

SABINE T.: Ich kann mir schon mal Zeit in unserem Gesprächszimmer nehmen, aber ich bin mit halber Aufmerksamkeit auch auf Station. Ich habe das Diensttelefon dabei und kann niemandem sagen, schau doch bitte mal nach meinen PatientInnen, falls sie gerade meine Hilfe brauchen. Also geht man anders ins Gespräch, eben auf Abruf. Mittlerweile haben viele bei uns eine Palliativcare-Ausbildung, sie haben Ansprüche an ihre Pflegearbeit und bringen neue Ideen ins Team. Aber diesen Ansprüchen der Aus- und Fortbildung können wir unter den realen Bedingungen nicht wirklich gerecht werden. ▶

»Wenn eine Krisensituation bei einem Patienten vorkommt, dann weiß man schon nicht, was man mit den anderen Patienten machen soll.«

► **BIOSKOP:** Das ist wohl oft frustrierend. Wie gehen Sie damit um?

SABINE T.: Ich muss sagen: Wir bekommen viel Lob von den PatientInnen und den Angehörigen. Die waren vorher auf anderen Stationen, wo die Betreuungssituation wesentlich schlimmer ist. Wir haben hier so ein »Ausfall-Konzept«: Jede/r muss mal auf einer anderen Station arbeiten, wenn dort jemand krank ist, beispielsweise auf der internistischen oder chirurgischen. Die Kolleginnen sind zu zweit im Spätdienst für 36 PatientInnen zuständig. Da sind teils auch sehr kranke Menschen, die intensive Pflege brauchen. Von gut betreuen kann jedoch keine Rede mehr sein. Das grenzt zum Teil schon an gefährliche Pflege.

BIOSKOP: Sie hadern mit Ihrer aktuellen Situation?

SABINE T.: Ja, weil wir nicht immer auf die Wünsche der PatientInnen eingehen können. Neulich sagte eine Patientin, eigentlich dusche ich zu Hause immer abends. Ich habe gedacht: Heute ist Sonntag; Montag und Dienstag sind wir im Spätdienst alleine. Das geht also nicht. Normalerweise sollte die Antwort sein: Das können Sie hier auch. Ich kann aber nur sagen: Entweder duschen wir Mittwochabend oder morgen Vormittag. Gleiches gilt für Patienten, die morgens lange schlafen. Normalerweise haben wir sie dann im Spätdienst grundpflegerisch versorgt. Auch das geht jetzt nicht. Wir können also nicht so auf die PatientInnen eingehen, dass sie den Ablauf bestimmen. Das aber wäre unser Anspruch. Wir sagen dann: Das machen wir morgen und lenken ihre Wünsche, entsprechend der personellen Knappheit. Das muss ich mir immer mal wieder vor Augen führen, kann das aber nicht ständig, weil es sonst zu frustrierend ist.

BIOSKOP: Was wäre denn ideal?

SABINE T.: Ich wäre schon zufrieden, wenn wir so arbeiten könnten, wie wir vor Jahren angefangen haben: zu zweit im Spätdienst und zwei normal lange Dienste. Derzeit hat eine Kollegin einen verkürzten Spätdienst. Wenn eine Pflegekraft krank ist, sollte sie auch ersetzt werden können.

BIOSKOP: Ist eine angemessenere Besetzung mit mehr Personal in Aussicht?

SABINE T.: Im Rahmen einer onkologischen Zertifizierung wurde nun gesagt, dass der Stellenschlüssel zu niedrig sei. Es fand ein Treffen statt, und unsere Leitung hat zugesagt, sich für einen besseren Stellenplan einzusetzen. Offenbar erfolgreich: Jedenfalls soll ab Januar der Stellenschlüssel so angehoben werden, dass wir wieder an allen Tagen zu zweit im Spätdienst arbeiten. Das ist ermutigend.

BIOSKOP: Würden Sie heute jemanden noch zu diesem Beruf raten?

SABINE T.: Ich liebe den Beruf, aber unter den heutigen Bedingungen kann ich keinem mehr vorbehaltlos raten, ihn zu ergreifen. Dass es mal eine wirkliche Richtungsänderung geben könnte, das kann ich mir schon gar nicht mehr vorstellen. Zum Beispiel müsste dieses Abrechnungssystem mit dem Diagnoseschlüssel geändert werden. Das geht an der Praxis der Pflege vorbei. Wir haben immer mehr Dokumentationen zu führen. In der Palliativbehandlung sind das zusätzlich sieben Blätter für unsere Station, die von Ärzten und Pflegekräften geführt und vom Medizinischen Dienst geprüft werden. Das ist gerade bei pflegeintensiven PatientInnen so, weil es dort extra Entgelte gibt. Es ist schwierig, gut zu dokumentieren und gleichzeitig PatientInnen gut zu versorgen, wenn das Personal so knapp ist. Auf Dauer geht das nicht. ☺

Grenzwertig

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, in der sich laut Selbstdarstellung 5.500 Mitglieder aus Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen »für eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung engagieren«. Ein Dauerthema sind die Arbeitsbedingungen. Im Januar 2015 betonte die DGP in einer Stellungnahme, dass Pflegekräfte bei der Versorgung von PalliativpatientInnen »eine tragende Rolle« einnehmen – und stellte gleichzeitig fest: »Jedoch arbeiten Pflegenden aufgrund der emotionalen Anforderungen und der hohen Arbeitsdichte oft an ihrer Belastungsgrenze und nicht selten darüber hinaus.« Notwendig sei daher eine »bedarfsgerechte Personalbemessung und Leistungsvergütung«. Während des 10. DPG-Kongresses im Juni 2014 war bereits eine »explorative Studie« vorgestellt worden, die »Belastungen und Ressourcen« von Pflegeteams auf Palliativstationen und in stationären Hospizen beleuchtete. Forscherin Nadine Lexa, selbst ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin, hatte zehn »qualitative Interviews« in fünf Einrichtungen geführt. Dabei habe sich gezeigt, dass Belastungen vor allem organisatorisch bedingt seien; die befragten Pflegekräfte äußerten zum Beispiel: »Belegungsdruck verursacht Stress«, »Stellenschlüssel existiert nur auf dem Papier«, »unzählige Überstunden«, »Drohung von Stellenabbau« oder »keine Supervision über lange Zeit«. Laut Lexa wünschten sich die Befragten einen »besseren Stellenschlüssel mit der Verpflichtung der Einhaltung«, »Fürsorge gegenüber den MitarbeiterInnen« und »bessere Bezahlung wie in der Intensivpflege«.

Gefährdungsanzeige

Wer Missstände im Betrieb benennt, braucht Mut und ein dickes Fell. Das zeigt auch ein aktueller Fall, anhängig beim Arbeitsgericht Göttingen. Die Gewerkschaft Ver.di vertritt dort als Verfahrensbevollmächtigte zwei Krankenschwestern, die sich gegen Abmahnungen ihres Arbeitgebers wehren.

Den Hintergrund stellt Ver.di in einer Pressemitteilung vom 26. Oktober so dar: Beide Pflegekräfte hatten der Leitung einer psychiatrischen Klinik eine »sog. Gefährdungs- oder Überlastungsanzeige« geschickt. Aufgrund der akuten Personalsituation auf Station könne nicht garantiert werden, dass eine Patientenversorgung in der vollen erforderlichen Qualität zu

leisten sei, schildert die Gewerkschaft. Gleichzeitig wurde der Arbeitgeber auf seine organisatorische Verantwortung hingewiesen und gebeten, Abhilfe zu schaffen. Die Klinikgeschäftsführung reagierte mit Abmahnungen – Begründung: Die Mitarbeiterinnen hätten die Situation falsch beurteilt und mit ihrer Meldung eine Pflichtverletzung begangen. Im Wiederholungsfall müssten sie mit weiteren Konsequenzen rechnen, bis hin zu einer Kündigung, berichtet Ver.di.

»Beide Krankenschwestern«, so Ver.di, »ließen sich jedoch nicht einschüchtern, sondern klagten jetzt gegen ihren Arbeitgeber auf Löschung der Abmahnungen.« Wann das Göttinger Arbeitsgericht entscheidet, stand Anfang Dezember noch nicht fest. ☺