

## Beim "Zwölftausend-Tage-Rennen" beteiligt

(Eindrücke von Betriebsseelsorger Walter Wedl während des Betriebseinsatzes im patientennahen Bereich einer kommunalen Klinik, Herbst 2005)

Kurz vor Beginn meines Betriebseinsatzes hatte ich ein Vorbereitungsgespräch mit einem langjährigen Klinikseelsorger. Er gab mir **folgende Ziele** mit auf den Weg, worauf ich bei meiner Tätigkeit als Pflegehelfer-Praktikant besonders achten sollte:

### **Die aktuelle Situation des Krankenhaus-Personals kennen und verstehen lernen (Hauptziel).** Dabei darauf achten,

- woran pflegerisches, medizinisches und verwaltendes Personal in ihrer jeweiligen Tätigkeit gemessen werden,
- inwieweit sie ihre Tätigkeit als erfüllend und sinnvoll erleben,
- wann sich patientenorientiertes und profitorientiertes Arbeiten ausschließen,
- wie hoch die Belastung des Stationspersonals tatsächlich ist,
- ob die Mitarbeiterentwicklung in der Pflege tatsächlich ein individuelles (und nicht ein organisatorisches) Anliegen ist ("Finde heraus, ob die Schwestern und Pfleger tatsächlich ihre Fortbildung aus eigener Tasche bezahlen? Oder gibt es im Krankenhaus einen Personalentwicklungsplan?"),
- warum die pflegerische Tätigkeit trotz hohem gesellschaftlichen Ansehen, hohem Arbeitsethos und der gegebenen Verantwortung für "Leib und Leben" dennoch vergleichsweise gering entlohnt wird,
- ob sich die Fluktuation in der Pflege auf mangelndes "job enrichment" (deutsch: Förderung von abwechslungsreicher und anspruchsvoller Tätigkeitsgestaltung durch den Dienstgeber) zurückführen lässt.

Als **weitere Ziele** nannte er:

1. Inwiefern stehen Hierarchiefragen und -verhaltensweisen einer umfassenden Behandlung von Patienten im Wege?
2. Wie wirkt sich die Gesundheitsreform auf die Arbeitsabläufe einer Klinik aus? (Als Beispiele habe ich gehört: Stark verkürzte Verweildauer von Patienten. Entlassungen mit kurz darauf folgender erneuter Aufnahme, gesteuert durch die Abrechnungsmodalitäten, basierend auf DRG. "Blutig entlassene" Patienten, die vermehrt den Hausärzten aufgebürdet werden.)
3. Wie wirken sich kulturelle Einflüsse auf Behandlung und Verweildauer in Kliniken aus? (Als Beispiel wurde genannt, dass in England überwiegend ohne Kaiserschnitt entbunden wird und Gebärende zumeist kurz nach Entbindung entlassen werden.)
4. Wird die Krankenhauseelsorge zunehmend als aktiver und positiver Qualitätsbeitrag zu einer umfassenden "Dienstgüte" (QoS = quality of service) eines Krankenhauses gesehen? Wird sie von der Verwaltung beim gegenwärtigen starken Wettbewerbsumfeld als weiterer Schlüsselunterschied zu anderen Kliniken verstanden, geachtet und gefördert? ("Für Sinnfragen und gegen Todesangst gibt es keine Medikamente.")

Als weitere Vorbereitung auf diesen Betriebseinsatz diente der Praktikumsbericht meines Kollegen Betriebsseelsorger Werner Langenbacher im Elisabethen-Krankenhaus Ravensburg 2003.

## **Montag, 24. Oktober: Der erste Arbeitstag.**

Dienstbeginn ist auf 7.30 Uhr festgelegt. Um 7.15 Uhr verlasse ich unser Haus und begeben mich zu einem kommunalen Krankenhaus in der näheren Umgebung... als Einrichtung mit (laut Zeitungsbericht) 715 Beschäftigten und 124 Auszubildenden (davon 60 Schwesternschülerinnen), Zivis, FSJlern und Praktikanten durchaus schon ein größerer mittelständischer Betrieb.

Mit mir werden weitere Praktikanten beginnen. Zwei sind schon da. Eine Schülerin, ein Schüler - beide wohl um die 17 Jahre alt. Ihr Praktikum währt nur eine Woche und ist Teil ihrer Berufsorientierung. Die Klinik stellt jeden Montag Praktikanten ein. Ich erfahre, die Woche davor waren es zehn. In einer Viertelstunde sind die Formalitäten erledigt. Wir haben gelesen und unterschrieben, was in der Stellenbeschreibung, der Anordnung zur Schweigepflicht, den Hygienerichtlinien und der Arbeitszeitregelung steht.

Die Klinik erscheint mir auf Anhieb gut geführt, denn die Dokumente sind kaum drei Monate alt und werden offensichtlich regelmäßig auf den neuesten Stand gebracht. Nun werden wir in die Kleiderkammer geführt und ich erhalte eine passende weiße Hose und einen Kasack (Berufsmantel der Krankenpfleger), die ich wenigstens alle zwei Tage wechseln soll.

Gegen 8.30 Uhr bin ich schließlich auf der mir zugewiesenen Station, nachdem ich noch bei der Personalabteilung vorbeigeschickt wurde und mir den Praktikanten-Anstecker (mein "Abzeichen" im Dienst) sowie weitere Ausweise abgeholt habe.

Dass die Klinik spart, wusste ich schon vorher: Schließlich erhalte ich für meinen Arbeitsbeitrag keinen Praktikantenlohn, geschweige denn die Mittagsmahlzeit bezahlt. Wie sehr hingegen die Klinik im Augenblick spart, erkenne ich daran, dass es mir nicht einmal gestattet wird, meinen Praktikanten-Anstecker mit meinem Namen zu beschriften, obwohl ich vier Wochen arbeiten werde: Er wird immer wieder verwendet. Als Praktikant bin ich also die billigste Hilfskraft für den Betrieb, den man sich denken kann. Immerhin erhalte ich in der Kantine wie die Festangestellten den ermäßigten Preis für mein Essen.

Kaum auf Station, bin ich schon Teil eines Wirbels weiß gekleideter Leute: Drei Ärzte, die gerade ihre Übergabe durchführen und denen ich en passant vorgestellt werde. Drei Schwestern sowie eine Schwesternschülerin im dritten Lehrjahr, die die zehn Patientenzimmer mit maximal 27 Betten betreuen. Es geht für mich als Neuling völlig verwirrend zu. Mir scheint, jede Schwester mache gerade drei Sachen auf einmal. Dennoch keine Unfreundlichkeit einander oder mir gegenüber.

Für die nächste Zeit halte ich mich an Schwester A., die mir mit großer innerer Ruhe und sehr präzise die einzelnen Arbeitsgänge und Handgriffe erläutert, die sie nacheinander durchführt.

Gegen zehn Uhr werde ich damit betraut, jeweils eine der Schwestern bei Patiententransporten und Botengängen im Haus zu begleiten. Es geht dabei zur Ambulanz, zum Röntgen, in's EKG und Labor. Beim zweiten Anlass werde ich bereits alleine losgeschickt und zum Glück kommt mir meine gute Orientierung zugute. Zehn Mal reicht wohl nicht, wie oft ich vom Obergeschoß, in dem die Station liegt, hinunter ins Erdgeschoß fahre, in dem die genannten Untersuchungsräume liegen. Mein Alter

und der Praktikanten-Anstecken passen offenkundig nicht zusammen, und so ernte ich im Aufzug fragende Blicke und neugierige Bemerkungen.

Vor dem Essen haben eine Schwester und ich Gelegenheit, eine betagte Patientin zu waschen und zu pflegen. Sie ist etwas verwirrt und nervös, aber nachdem ich ein Herbstgedicht aufsage und zu singen anfangen, freut sie sich und wird ruhiger. Wie sehr ein menschlicher Zug doch eine beschwerliche Routinetätigkeit auflockert!

Um die Mittagszeit treffen zwei weitere Kollegen ein und das Arbeiten wird danach etwas entspannter. Nun treffen sich die Schwestern zur Übergabe und ich kann daran teilnehmen. Ausführlich wird Patient für Patient angesprochen und ich stelle fest, dass einige schon des Öfteren auf dieser Station gelegen haben müssen - sie sind wie alte Bekannte, die man ab und zu unverhofft trifft und von denen man, ohne es zu wollen, mittlerweile doch einiges weiß.

Die Arbeit am Nachmittag: Einige weitere leichte Tätigkeiten. Erneute Begleitgänge - diesmal in den OP-Vorraum bzw. den Aufwachraum, jeweils in Begleitung einer erfahrenen "Voll-Kraft" (d.h. einer examinierten Krankenschwester).

Schließlich ist das Dienstende erreicht. Es reicht noch für einen Krankenbesuch in der Nachbarstation bei A., einem ehemaligen Mitglied unserer Gemeindeleitung. Er freut sich ungemein, mich in der weißen Kleidung zu sehen. Danach ziehe ich mich wieder "zivil" an, schaue noch bei den Klinikseelsorgern vorbei, um mich persönlich vorzustellen, und mache mich auf den Heimweg. Alles in allem keine besonderen Vorkommnisse am ersten Arbeitstag, außer dass kein Spind mehr frei ist, in dem ich während der Arbeit meine Sachen einschließen kann. Nichts ist vollkommen...

Zu Hause angekommen, muss ich erst einmal Sandalen kaufen, da meine Schuhe nicht den Hygienevorschriften entsprechen und die Stationsleiterin mich bittet, nach Möglichkeit am nächsten Tag mit anderem Schuhwerk zu erscheinen.

Dafür sieht sie vorerst ab, dass ich meinen Ehering ablege, was die Hygieneverordnung eigentlich vorschreibt. (Ich habe ihn seit über zehn Jahren nicht mehr vom Finger bekommen.) Auf Anraten des Stationspflegers nehme ich ihn im Lauf des Praktikums allerdings doch noch ab.

## **Dienstag, 25. Oktober: Weitere Einarbeitung.**

Heute wartet die "Z5-Schicht" auf mich. Dienstbeginn also um 8 Uhr. Die Umstände der Tätigkeit sind mir von gestern her noch vertraut. Ich erhalte die Chance, eigenständig bestimmte Tätigkeiten zu übernehmen, nämlich die Betten auszutauschen, sobald Patienten entlassen werden, und dafür zu sorgen, dass diese genug zu trinken haben. Am Spätvormittag lerne ich, wie mithilfe eines kleinen Palmtop die individuellen Essensvarianten der Patienten ausgewählt werden; morgen will ich auch dies selbständig erledigen können. (Sobald ich nämlich Routinetätigkeiten übernehme, schein ich das Pflegepersonal am wirkungsvollsten entlasten zu können.)

Am Vormittag herrscht übrigens eine etwas gereizte Stimmung: Der Chefarzt wird und wird mit seiner Visite nicht fertig. Dadurch verzögert sich die Ausgabe der Frühstücksportionen bis weit nach 8.30 Uhr und setzt alle sich daran anschließenden Abläufe ziemlich unter Druck.

Der Chef ist heute übrigens nicht nur auf einige Patienten nicht gut zu sprechen, sondern auch auf mich. Als er mich erstmals erblickt, schnauzt er mich an: "Wer sind Sie? Was tun Sie hier?" Ich erkläre, wer ich bin und was ich will. Meine Antwort ist ihm nicht geheuer. Er hakt nach, ob die Pflegedienstleitung überhaupt von meinem Praktikum weiß, und als ich bejahe, brummt er etwas von der Schweigepflicht. Dann rast er weiter in's nächste Zimmer und ich habe für heute meine Ruhe.

Bei der Übergabe am Mittag sorgt ein Blatt des Personalrates für Gesprächsstoff, das kurz zuvor in der Mittagspause verteilt worden ist. Es weist darauf hin, dass die Dienstgeberseite den Tarifvertrag über die Wochenarbeitszeit gekündigt hat und die 40-Stunden-Woche anstrebt. Damit verbunden ist eine kurze und knappe Umfrage. Alle anwesenden Schwestern und Pfleger halten dies bei dem herrschenden Arbeitsdruck für völlig abwegig. Keine einzige kann sich im Traum vorstellen, unter solchen Umständen bis 65 durchzuhalten. (Bei der Personalversammlung in zwei Wochen wird das Umfrageergebnis übrigens vorgestellt werden.)

Auch als Stations- und Oberarzt ist man wahnsinnig unter Druck. Vom frühen Morgen bis weit in den Nachmittag hinein dominieren Visiten, Behandlungen im Zimmer bzw. Untersuchungen in den Spezialräumen, sowie Operationen. Erst danach ist etwas Luft für Gespräche und die Patientenaufnahmen. Der heutige "Arzt vom Dienst" nimmt gegen 15 Uhr im Stehen hastig sein Mittagessen ein. Als ich ihn daraufhin anspreche und auf die jüngsten Streiks der Klinikärzte verweise, stimmt er aus ganzem Herzen zu: Mehr Geld will er nicht, aber weniger Druck und weniger Wochenarbeitszeit - bei ihm kommen leicht 60 Stunden und mehr zusammen.

In den persönlichen Gesprächen, die bei Tisch und am Nachmittag erstmals möglich werden, kommen wir darauf zu sprechen, wie am besten vorgegangen wird, wenn jemand todkrank geworden ist und nicht mehr geheilt werden kann. Ist es besser, wenn der Arzt nur die engsten Angehörigen über dieses Schicksal aufklärt und dadurch vermeidet, den Kranken in den labilen Tagen nach einer Operation zu "destabilisieren"? Oder ist vorzuziehen, dass der Arzt zuerst mit dem Betroffenen direkt spricht, da es um >sein< Leben geht und die nächsten Angehörigen zudem schwerlich ihre Gefühle vor ihm verbergen können? - Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich nacheinander darüber spreche, sind in diesem bestimmten Fall unterschiedlicher Ansicht, und diese rühren von früheren Erfahrungen her, die als solche nicht gegeneinander ausgespielt werden können. Ein spannendes - ethisches - Thema.

Ein weiteres ethisches Thema: Zwei betagte ältere, "lebenssatte" Patientinnen klagen über Schmerzen und wollen sterben. Sie fragen mich direkt, ob ich ihnen nicht dabei helfen könne? Ich verneine und bringe sie dann auf andere Gedanken. Ob wohl die öffentliche Diskussion um aktive Sterbehilfe sie zu dieser Frage ermutigt hat? Oder wurde zu allen Zeiten ein solcher Wunsch ausgesprochen? Ich weiß es nicht sicher, vermute aber, dass der Wunsch zu allen Zeiten da war, sich aber in letzter Zeit verstärkt äußert.

### **Mittwoch, 26. Oktober: Erste Eindrücke von der Belegschaft.**

Mich beschäftigt, wie sich die Belegschaft einordnen lässt. Dazu gehe ich in der Frühstückspause wie beim Mittagessen in die Kantine, um mir einen Überblick zu

verschaffen, merke aber, dass die dort Anwesenden nicht immer repräsentativ sind: Es kommen v.a. zum Mittagessen eher junge und "besser verdienende" Kolleginnen und Kollegen in den Speiseraum. Alle anderen essen ihre Stulle im Aufenthaltsraum oder (beim gerade herrschenden schönen Herbstwetter) im Freien.

Grob gliedern lässt sich die Belegschaft in **das medizinische Personal**, erkennbar am gänzlich weißen und zumeist offen getragenen Mantel, in **das pflegerische Personal**, erkennbar am weißen geschlossenen Kasack mit hellblauen Streifen - bei Schwestern ist er übrigens an Vorder- und Rückseite gestreift, bei Pflegern nur der Rücken. (Warum übrigens?) OP-Personal trägt in ihren Arbeitsräumen grüne Kleidung.

Um diese "Kernbelegschaft" herum gruppieren sich die "**Technischen Dienste**" in ihren dunkelblauen Berufskleidern, die **Putzdienste** mit grün gestreiften Berufskleidern, sowie die **Leute aus der Verwaltung**, die an ihrer bunten Kleidung erkennbar sind.

Mit einem geschulten Auge kann man also schon von weitem erkennen, wen man vor sich hat. Zudem helfen die Namensschilder auf der rechten Brust, die Titel, Namen und Funktion angeben.

Mir fällt ein Unterschied zu meinem Krankenhauspflegepraktikum in Spaichingen (März bis Mai 1983) auf: Dort war es nur den Ärzten gestattet, ein Stethoskop als Rangabzeichen mit sich zu führen. Hier ist das nicht so: Auch manche Schwestern tragen es in ihrer Tasche bei sich.

Die Ärzte sind hier alle gleich gekleidet. Höchstens dass ein Chefarzt mit Krawatte herumläuft, vermutlich weil er einen Termin außer Haus wahrnehmen wird.

Insgesamt besteht die Belegschaft wohl aus **70% Frauen**, allerdings schwankt ihr Anteil je nach der Hierarchieordnung: Bei den Putzdiensten sind es 100%, bei den Schwestern schätzungsweise 80%, in der Verwaltung etwa 70%, bei den Assistenzärzten wohl 50% und bei den Chefarzten 0%. Die ranghöchste Frau im Betrieb ist übrigens die Pflegedirektorin. Weitere "sichtbare" Frauen im Betrieb sind die stellvertretende Pflegedirektorin, die Personalratsvorsitzende und die evangelische Krankenhauspfarrerin.

Auch die **Altersstruktur** verteilt sich auf eine interessante Weise, wobei die Belegschaft insgesamt sehr jung wirkt - ich wäre über einen Gesamterschnitt von um die 35 Jahre nicht überrascht. Wer graue Haare hat, gehört üblicherweise zur oberen Hierarchiestufe - deshalb irritiert mein Auftauchen auch so. Im pflegerischen Bereich herrscht eine klare Alterspyramidenstruktur vor. Unsere Station scheint mir da untypisch zu sein: Neben dem Chefpfleger (Ü50) arbeite ich tagsüber mit wenigstens fünf einander fachlich ebenbürtigen Schwestern (Ü40) mit 20+ Jahren an Berufserfahrung, und den Nachwuchs bilden mehrere "U30" - Kräfte.

Ein "Kopftuchverbot" herrscht im Krankenhaus nicht; eine langjährige Schwester erzählt mir, dass **muslimische Kolleginnen und Kollegen** ohne Probleme in den Teams integriert seien. Mittlerweile gäbe es die eine oder andere muslimische Schwester, die sich durch das Tragen eines Kopftuches in ihrer Religionszugehörigkeit zu erkennen gebe. - Christliche Ordensschwestern in Tracht gibt es in dieser Klinik übrigens nicht.

**Teilzeitanstellungen** sind bei den Schwestern möglich und werden aus persönlichen Gründen von einer ganzen Reihe von ihnen auch gewählt.

**Befristungen** sind glücklicherweise nur dort vorgesehen, wo dies sachliche Gründe hat, z.B. bei Assistenzärzten oder bei Krankheits- oder Schwangerschaftsvertretungen. Allerdings hat, wenn ich mich richtig an einen Zeitungsbericht erinnere, der Verwaltungschef der Klinik ebenfalls einen Fünfjahresvertrag.

**Ausgebildet** wird in hohem Maß; das ist lobenswert. Übernommen wurden in den letzten Jahren bei manchen Jahrgängen allerdings nicht alle. Ich erfahre, dass die Klinik nach einem bestimmten Katalog übernimmt, bei dem die Abschlussnoten und die Anzahl der Fehltage eine Rolle spielen. Die JAV arbeitet daran, diesen Katalog zu ändern.

### **Donnerstag, 27. Oktober: Der Stress in der Pfl egetätigkeit.**

Was macht die Pflege so stressig? Am vierten Tag habe ich Gelegenheit, genauer zu beobachten und darüber nachzudenken. Es ist eine andere Art Stress als die, die ich in meinem bisherigen Berufsleben gewohnt war und die mich daher sehr anstrengt: Bei HP war es zuletzt als Marketing Manager die Mitverantwortung für Gegenwart und Zukunft unserer Abteilung. Als Betriebsseelsorger die Überfülle an Arbeit sowie der Blick in die Abgründe menschlicher Seelen und betrieblicher wie sozialer Zustände. Beim Daimler am Band die strenge Ausrichtung an sehr kurzen Taktraten und sehr langen Arbeitsabschnitten, in Kombination mit den Schichtwechseln, d.h. Arbeiten in den Tagesrändern.

**Bei pflegerischem wie medizinischem Personal entsteht der äußerst hohe Stress aus drei Faktoren: Erstens der Verantwortung für die Gesundheit der ihnen anvertrauten Patienten, die bei Fehlverhalten gravierende und oft unumkehrbare Folgen zeitigt. Zweitens die laufend sich ändernden Schichtzeiten, die zu Übermüdung führen. Drittens etwas für das Krankenhaus Charakteristisches: Die unglaublich häufigen Unterbrechungen begonnener Tätigkeiten.** Mir kommt es vor, als ob wenigstens zwei Drittel der angefangenen Arbeiten unterbrochen werden müssen, weil jemand etwas von der Schwester oder dem Arzt will.

Beispiele: Ärzte springen herbei und verlangen von der Schwester eine Information oder einen Handgriff. Patienten, die einen Wunsch oder Hinweis über die zentral geführte Rufanlage äußern oder die auf die Schwester zugehen, um ihrem Anliegen Nachdruck zu verleihen. Kolleg(inn)en in der Pflege, die sich für den aktuellen Therapiestatus eines Patienten interessieren. Angehörige, die einen auf die Seite ziehen, um Hintergründe zum Gesundheitszustand zu erfahren oder bestimmten Bitten Nachdruck zu verleihen. Der Praktikant, der fragt, was er als nächstes tun soll. Schließlich neben den Unterbrechungen durch die Anwesenden das Stationstelefon und das Stationshandy, über das oft im Minutentakt Weisung erfolgt, Patienten zu den Funktionalbereichen (septische und aseptische OP, Ambulanz, Röntgen, EKG und Labor) zu bringen oder von dort abzuholen.

Von diesen häufigen unerwarteten Unterbrechungen her erinnert mich der Arbeitsablauf der Kolleginnen und Kollegen in der Pflege und im medizinischen Bereich an einen "multi-tasking computer", also einen PC, der so arbeitet, dass er gleichzeitig

vielerlei Tätigkeiten auf einmal durchführen kann. Daher der Eindruck, dass jede Schwester wenigstens drei aktuelle Arbeiten gleichzeitig im Hirn gespeichert hat und bearbeitet, während die Hände und Füße gerade an einem Punkt tätig sind.

Von dieser Arbeitsweise rührt auch jene ganz typische "Geschäftigkeit" auf Station her - mit dem Nachteil, dass nur wenige Schwestern - und dies auch nur eher am Nachmittag - Zeit finden, einmal etwas länger an einem Krankenbett zu verweilen und mit dem Patienten ein paar persönlichere Worte zu wechseln.

Auch wenn eine durchgängige formelle Hierarchie (Chefarzt - (leitender) Oberarzt - Assistenzärzte - Leitender Stationspfleger - Erfahrene Schwestern - Junge Schwestern und Pfleger - Krankenschwesterschülerinnen - Praktikant) für klare Verhältnisse sorgt, wimmelt es (in der informellen Hierarchie) für jeden einzelnen Patienten an einer Vielzahl von Absprachen und Informationen, die sich darüber hinaus je nach medizinischen Erkenntnisfortschritt fortlaufend ändern.

Von daher ist es auch überhaupt nicht verwunderlich, dass die unmittelbare Pflegedokumentation eines Patienten immer noch von Hand auf Papier aufgeschrieben wird, das dann dynamisch in Steckhüllen zusammengefasst wird. Computer in ihrer jetzigen Form sind (noch) nicht in der Lage, rasch hingeworfene Stichpunkte auf einen Blick in Zusammenhänge zu ordnen. Erst sehr spät werden medizinisch oder finanziell relevante Informationen in das digitale Krankenhausinformationssystem übertragen.

### **Freitag, 28. Oktober: Ein Betrieb mit Gewinn-Orientierung?**

"Sage mir, woran du gemessen wirst, und ich sage dir, wie du dich verhältst." Dieser Spruch aus alten HP-Zeiten hatte schon im Vorgespräch den Kollegen Krankenhaus-Seelsorger verblüfft und nachdenklich gemacht. Daher hat mich interessiert, mir einmal vorzustellen, woran der Betrieb "Kommunales Krankenhaus" gemessen und wie er demzufolge auch geführt wird.

Im Vorfeld hatte ich der Zeitung drei Informationen entnehmen können: Zum einen gab es andauernde Diskussionen zwischen zwei Krankenhausträgern, die beiden benachbarten Kliniken (etwa drei Kilometer Luftlinie voneinander entfernt) in irgendeiner Form betrieblich zusammen zu führen, beginnend mit der Konstruktion einer übergeordneten Holding. Dieses Ansinnen war vor wenigen Monaten vom kommunalen Entscheidungsgremium abgelehnt worden.

Genauere Details und Hintergründe der Entscheidung waren den Bürgern unbekannt oder fremd geblieben; mein Eindruck, den ich mir zusammengereimt hatte, war zum einen ein gewisser Lokalpatriotismus und zum anderen die Vermutung, ähnlich wie die Stadtwerke auch diesen Eigenbetrieb Krankenhaus in wenigen Jahren in eine sprudelnde Geldquelle umzuwandeln - zum Wohl der kränkelnden kommunalen Finanzen.

Dazu passte auch die Zeitungsnotiz, die ich mit großem Interesse las, dass die Kommune die Beratungsfirma McKinsey beauftragt hatte, die Wirtschaftlichkeit der Klinik zu begutachten und konkrete Verbesserungsvorschläge zur Erhöhung der Profitabilität zu machen.

Schließlich hatte ich der Zeitung am Rande ein weiteres Puzzleteil entnommen, nämlich dass nach dem Ausscheiden des früheren, auf Lebenszeit verbeamteten Verwaltungschefs dessen Nachfolger nur noch einen auf fünf Jahre befristeten Angestelltenvertrag erhalten hat. Er hat also einen hohen Druck, die Klinik im Sinne seines Anstellungsträgers zu führen. (Er könnte also schlicht daran gemessen werden, die Vorschläge der Beraterfirma rasch in die Tat umzusetzen und die Profitabilität zu steigern.)

Diese drei öffentlichen Informationen zeigen an, unter welchen Zielkonflikten sich diejenigen befinden, die für Gegenwart und Zukunft dieses Betriebes verantwortlich sind. Als "Entscheider" sehe ich die Stadträte sowie den OB (der selbst der Beratungsbranche nahe steht), die im so genannten "Krankenhaus-Ausschuss" (als einer Art Aufsichtsrat) die strategischen Leitlinien der Geschäftspolitik bestimmen. Diese Leitlinien sind die Vorgaben für den Verwaltungschef, den Ärztlichen Direktor sowie die Pflegedirektorin des Krankenhauses, die diese taktisch umzusetzen und den Mitarbeitern gegenüber zu vertreten haben.

Da OB und Stadträte wiederum dem Wohl der Stadt und seiner Bürger gegenüber verpflichtet sind - und im Zweifelsfall befürchten müssen, nicht wieder gewählt zu werden, entsteht hier ein bemerkenswerter Zielkonflikt: Einerseits wollen die Bürger der Stadt natürlich, dass mit deren öffentlichen Geldern verantwortungsvoll umgegangen wird und die Stadt nach Möglichkeit so solide wirtschaftet, dass sie sich nicht verschuldet. Dazu muss jeder städtische Eigenbetrieb im Rahmen seiner Möglichkeiten beitragen, also auch das Krankenhaus. Andererseits will jeder Bürger, wenn er sich als Kranker in die Obhut des Krankenhauses begibt, möglichst wieder gesund werden! Als gesundheitlich angeschlagener Mensch will ich dabei möglichst würdevoll und human behandelt werden und nicht das Gefühl erhalten, ich wäre hier eine willkommene Milchkuh zur Sanierung der städtischen Finanzen. (Niemand geht schließlich in's Krankenhaus, um zur Gesundung des kommunalen Haushaltes beizutragen;-)

Komplizierter wird die Angelegenheit noch dadurch, dass ein Krankenhaus-Aufenthalt vom Bürger zumeist nicht unmittelbar selbst bezahlt wird, sondern dass er von dessen Gesundheitskasse finanziert wird. Und diese wiederum refinanziert sich über die KV-Beiträge, jenen Lohnnebenkosten, die den Bürger und dessen Arbeitgeber belasten.

Damit zeigt sich also der ganze Zielkonflikt **"zwischen Menschlichkeit und Marktwirtschaft"**, in dem sich Aufsichtsrat und Leitung dieses Betriebes bewegen.

Ich ziehe daraus den Schluss, dass die obersten Ziele dieses Betriebes finanzieller Natur sind, so lange jene medizinischen und pflegerischen Standards gehalten werden können, die der Betrieb mit seinen Konkurrenten teilt. Am Deckungsbeitrag bzw. am Gewinn messen OB und Krankenhaus-Ausschuss den Verwaltungschef, den Ärztlichen Direktor sowie die Pflegedirektorin - und diese wiederum sind gezwungen, mithilfe von Patientenzahlen, Fallpauschalen und Kostenkontrolle die finanziellen Ziele zu erreichen, die ihnen gesteckt wurden.

Aus der Kostenkontrolle würde sich als "Einsparungspotential" die geplante Erhöhung der Wochenarbeitszeit im Krankenhaus erklären, die zu noch höherem Leistungsdruck und Stress bei Pflegern und Ärzten führen würde - sowie zum Abbau von Personal, entweder direkt durch betriebsbedingte Kündigungen oder indirekt durch



Nichtbesetzung freiwerdender Stellen bzw. durch zurückgehende Übernahme von Auszubildenden. (Von 30 Stellen, die eingespart würden, ist dabei im Krankenhaus die Rede.)

Allerdings liegt auf der Hand, dass Sparen bzw. Gewinnmaximierung nicht übertrieben werden. Ansonsten würden sich Pflegequalität und medizinische Versorgungsqualität im Vergleich zu den Mitbewerbern verschlechtern, sodass Patienten abwandern, wenn sich dies herumspricht. Das würde (bei zwar etwas wachsender Rendite) zu insgesamt geringeren Einnahmen führen, die letztlich bedeuten, dass dieser Betrieb seinen Nettogewinn nicht mehr erreichen und über kurz oder lang seine Unabhängigkeit verlieren würde.

Über wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Zusammenhänge wird auf Station nicht gesprochen. Was allerdings Tag für Tag spürbar ist und immer wieder angesprochen wird, das ist der Druck, unter dem alle - Ärzte wie Schwestern wie Putzdienste - arbeiten müssen. Die Frage, ob ein Krankenhaus ein Betrieb sein muss, dessen oberste Messgröße der finanzielle Gewinn ist, wird sich mir wohl noch ein paar Mal stellen.

### **Montag, 31. Oktober: Was motiviert zur Pflege, und was nicht?**

Heute ist die erste Gelegenheit, um mit einigen Leuten über deren Motivation zu sprechen, warum sie Krankenschwester oder Pfleger geworden sind.

Es ist fast immer die "Liebe zu den Leuten", zu denen, die krank sind und der Hilfe Anderer bedürfen. Andere Motive sind: "Familientradition", bei der schon Mutter oder Vater in der Pflege tätig waren und die meisten Geschwister diesen Beruf gelernt hatten. Oder auch als "Verlegenheitslösung", weil der Traumberuf nicht oder nicht direkt angestrebt werden konnte.

Ältere Arbeitskräfte in der Pflege bedauern, dass die patientenunmittelbare (oder: "hautnahe") Arbeit zurück gedrängt wurde; manchen Äußerungen zufolge auf weniger als 10 % der gesamten Tätigkeit. Das schmerzt sie, denn von dort floss die innere Motivation. Und wer sich überdurchschnittlich lang seinen Patienten zuwendet, muss befürchten, als "zu langsam für die heutige Pflege" abgestempelt zu werden.

Bemerkenswert auch die Äußerung einer älteren Kollegin, die diesen Beruf übrigens gut und gerne macht. Sie würde ihn sofort wieder ergreifen, aber ihrem Kind würde sie davon abraten: Die Schichtzeiten mit Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsschicht erlauben es häufig nicht, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen oder mit dem Freundeskreis gemeinsam etwas zu unternehmen. Das tut offenbar am meisten weh. - Zudem ist die Tätigkeit in Anbetracht der körperlichen und seelischen Belastungen nach wie vor schlecht entlohnt: Eine frisch ausgelernte Kraft erhält etwa 1.200 € brutto als Lohn, der im Lauf der Jahre auf 1.500 bis 2.000 € (für eine Vollkraft und einschließlich diverser Zulagen und Zuschläge) ansteigen kann.

### **Dienstag, den 1. November: Feiertag - Dienstoffrei.**

### **Mittwoch, den 2. November: Offene Gefühle in der Pflege.**

Es rührte mich heute an, zu beobachten, wie langjährige Pfleger und gestandene (Ober-)Ärzte immer wieder auf unheilbare oder tödliche Krankheiten ihrer Patienten reagieren. Herrscht im Krankenzimmer im Gespräch mit dem Patienten eine sach-

liche, am Befund orientierte Gesprächsatmosphäre vor, so fallen bei Übergabe oder kurzen und intensiven Wortwechseln zwischen Ärzten und Pflägern schon die emotionalen Reaktionen auf.

Ich empfinde dabei wohlthuend, dass überhaupt kein Zynismus herrscht, sondern Empfindungen, die ich für angemessen halte: Schrecken/Kopfschütteln und Bedauern/Mitleid.

In Erinnerung bleiben mir Reaktionen auf zwei Patienten, die vor wenigen Tagen mit leichten Störungen eingeliefert wurden und die so verkrebt sind, dass sie als unheilbar gelten. Ihre Lebensdauer wird nur noch auf wenige Monate prognostiziert. Glücklicherweise sind diese Patienten die Ausnahme: Weitaus die meisten werden nach einigen Tagen geheilt entlassen. Und die Schwestern erzählen freudestrahlend, wenn sie einen früheren Patienten, "einen der ihren", im Breuningerland oder bei anderen Gelegenheiten wieder getroffen und mit ihm einige Worte gewechselt haben.

Übrigens liegen seit heute im Stationszimmer Flugblätter herum; sie dienen einer Umfrage, wie groß der Bedarf an Kindertagesplätzen für die Kinder der Beschäftigten aktuell ist. Die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist das Anliegen einiger Beschäftigter, die sich namentlich zu dieser Initiative bekennen.

Bei der Größe des Betriebes würde eine Art Betriebskindergarten, in Zusammenarbeit mit den städtischen Einrichtungen, sicherlich Sinn machen. Und für das Krankenhaus wäre es ein Imagegewinn, als "familienfreundlicher Betrieb" bei den Beschäftigten und in der Öffentlichkeit bekannt zu werden.

### **Donnerstag, 3. November: Der Stress in der Pflgetätigkeit (2).**

Was ich letzte Woche zu diesem Punkt bemerkt hatte, konnte ich beim Frühstück mit einigen Schwestern aus anderen Bereichen besprechen. Es ist schon verblüffend, wie sehr die Analyse den Nagel auf den Kopf trifft. "Ja! Genau so ist es!" höre ich mehrmals. "Die vielen Unterbrechungen schlauchen uns. Das dauernde Davonlaufen, die ewige Hetze auf Station - das stresst uns und ruiniert unsere Nerven."

Einige, mit denen ich offen darüber sprechen kann, haben schon lange nach einer Antwort gesucht, warum sie abends so matt und so erledigt vom Dienst nach Hause kommen oder warum sie überwiegend schlecht (ein- oder durch)schlafen.

Als Außenstehender fand ich diese "strukturelle Hektik und Hetze" anfangs überraschend, ja sogar schockierend! Es ist nicht übertrieben: Eine Vielzahl von Unterbrechungen (zumeist in Form von Zurufen) führt dazu, dass schätzungsweise zwei Drittel aller angefangenen Tätigkeiten nicht ohne Unterbrechung beendet werden können. Jenes Drittel an Tätigkeiten, die wirklich von Anfang bis Ende ununterbrochen durchgeführt werden können, sind die Tätigkeiten bei ärztlichen Visiten (die zu unterbrechen als ungehörig gilt), kurze Tätigkeiten (unter 30 Sekunden) und Tätigkeiten, zu denen sich das pflegende Personal bewusst in das Stationszimmer oder in einen der Arbeitsräume zurück zieht und dort hinter der Türe praktisch unbemerkt arbeiten kann.

Der Unterschied zwischen erfahrenen und jungen Schwestern macht sich daran bemerkbar, dass junge Kräfte noch "einlinig" zu arbeiten gewohnt sind und durch die Vielzahl von parallel zu erledigenden Tätigkeiten konfus werden.

Erfahrene Schwestern scheinen nach einer Methode zu arbeiten, dass sie zu jedem Patienten im Kopf den Status behalten haben - teilweise bis in Details, wie (noch nach Stunden!) die Blutdruck- und Körpertemperaturwerte der letzten Messungen. Und sie sind darüber hinaus in der Lage, zwischen verschiedenen "Patienten-Dateien" blitzschnell hin und her zu springen. Und sie beherrschen schließlich die hohe Kunst, sich zu merken, bei welchem Patienten sie in welcher Angelegenheit gerade tätig waren, bevor jemand sie unterbrochen hatte, und können just an dieser Stelle fortfahren, sobald die Unterbrechung abgearbeitet wurde.

Ein Beispiel, um dies zu belegen: Eine Schwester erläutert während der Übergabe am Mittag ihren Kolleg(inn)en gegenüber die Pflegeverrichtungen und medizinischen Befund-Änderungen für einen bestimmten Patienten, die sich seit den Morgenstunden zugetragen hatten. Da reißt ein Arzt die Tür zum Stationszimmer auf und benötigt von genau dieser Schwester auf der Stelle eine bestimmte Medizin. Die Schwester unterbricht ihren Vortrag, verlässt den Raum, kommt nach etwa 1 Minute zurück und führt den Satz (!), den sie gerade begonnen hatte, als der Arzt den Raum betreten hatte, ohne großes Nachdenken nahtlos weiter. - Solch eine Meisterleistung des menschlichen Hirnes habe ich zuvor noch nie erlebt! Dies konnte ich übrigens bei allen langjährigen Schwestern beobachten, und davor ziehe ich voller Achtung den Hut. Diese erfahrenen Schwestern und Pfleger sind "Meisterinnen ihres Fachs" und die eigentliche Stütze und Kernbelegschaft des Krankenhausbetriebes, "die den Laden am Laufen halten".

Eine solche Arbeitsstruktur ist bedingt dadurch, dass alle Patienten laufend beobachtet und behandelt werden. Es gibt wenig Vorhersehbares in deren Krankheitsverlauf. Grundsätzlich wird "ad hoc" gehandelt, d.h. in angemessener Reaktion auf sich verändernde Körperwerte... wie ein Kapitän, der laufend die Position seines Schiffes bestimmt, da der Einfluss der lokalen Elemente sich der genauen Vorhersage grundsätzlich entzieht.

Von einer solchen Arbeitsstruktur her versteht man die Erbitterung des Klinikpersonales, wenn dessen Tätigkeit z.B. mit der Tätigkeit beim Daimler verglichen und in einen Topf geworfen wird. Es fühlt sich schlicht nicht in der Eigenart der Arbeit verstanden. Oft hört man dann: "Wir arbeiten am Menschen und nicht am Band." Natürlich ist die Eisenbahn wie ein Schiff ebenfalls ein Fortbewegungsmittel - nur mit dem strukturellen Unterschied, dass die Bahn den Einfluss natürlicher Faktoren praktisch ausgeschaltet hat und dadurch weitgehend vorhersehbar, steuerbar, beherrschbar gemacht wurde. Kein Krankheitsverlauf ist dagegen im Detail vorhersehbar. Laufend ändern sich biologische Parameter. Diese müssen konstant erfasst und kommuniziert werden, sodass angemessene medizinische und pflegerische Reaktionen erfolgen (und diese wiederum auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden) können.

Die beschriebene Arbeitsstruktur steht im Gegensatz zu dem, was ich bislang in der Arbeitswelt für wünschenswert und machbar gehalten habe. Denn das gesamte Denken in der Industrie, in dem ich geschult worden war, wird vom Wunsch bestimmt, "unerwartete Unterbrechungen" eines bestimmten Arbeitsablaufes möglichst zu vermeiden und sie entweder (gedanklich vorwegnehmend) vorab in die Arbeitsvorbereitung zu verlegen und dort zu behandeln - oder aber, so lange sie von ihrer Priorität her nachrangig zu betrachten sind, sie zu vertagen, bis der laufende Ablauf beendet wurde. Übrigens arbeiten nach diesem Muster jene erfahrenen Handwerksmeister, die für mich die eigentlichen Vorbilder des Arbeitslebens in punkto

Arbeitsorganisation, Erreichung der Ziele und Beibehalten eines hohen Arbeits- und Produktqualität darstellen.

Was mir gänzlich neu und ungewohnt war, ist die Erfahrung, dass es sich hier um eine eigene Struktur menschlicher Arbeit handelt, die zwar auch hohes handwerkliches Können und regelmäßige Übung voraussetzt, in der "der Meister des Fachs" allerdings nicht zugleich "der Beherrscher der Abläufe" ist.... und auch nie ganz sein wird. - Worüber ich mir nur noch nicht im Klaren bin, ist die Frage, ob die Ablauforganisation einer Krankenpflegestation wirklich genau so beschaffen sein muss, dass eine durchschnittliche Pflegekraft pro Stunde zwischen 20 und 60 solcher Unterbrechungen verarbeiten muss.

Übrigens sind heute die Lohnabrechnungen auf den Stationen angelangt und wurden ausgiebig und intensiv gelesen. Seit dem 1. Oktober 2005 gilt ja für die Pflegenden nicht mehr der BAT, sondern der TVöD (Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes). Und dies war die erste Lohnabrechnung seit der Umstellung, da rückwirkend für den Monat bezahlt wird.

Meinem Eindruck nach dürften Brutto- und Nettoverdienst trotz der Umstellung gleich geblieben oder gar leicht gestiegen sein, da "Bestandsschutz" zwischen den Tarifparteien vereinbart worden war. Grundsätzlich sollten nach der Umstellung jüngere Angestellte besser als bisher bezahlt werden; im Gegenzug wächst das Gehalt über die Dienstzeit langsamer als im BAT. Zudem wurden manche Zulagen leicht gekürzt, um mit der Zeit einen Topf aufzufüllen, aus dem leistungsabhängige Lohnbestandteile ausbezahlt werden können. - Wie üblich wird übers Geld nicht gesprochen. Nur die hohen Abzüge sorgen für so manchen Seufzer.

### **Freitag, 4. November: Wirkungen der Hierarchie.**

Das Verhältnis zwischen allen Pflegekräften untereinander sowie zu den Stations- und Oberärzten auf unserer Station ist partnerschaftlich. Bezeichnenderweise sprechen sich so gut wie alle mit Vornamen und "Du" an. Beides erlebe ich als angemessen. Es scheint keinerlei Feindschaften zwischen einzelnen Mitarbeitern zu geben; diese zu pflegen, dafür wäre auf Station auch kaum Zeit und Kraft.

Selbstverständlich sind, abhängig von der Tagesform, gegenseitige Sticheleien oder humorvolle Bemerkungen - gerne werden diese mit einer formellen Anrede eingeleitet: "Hallo, Herr Doktor!" - "Schwester!" und sind damit als Ironie gekennzeichnet.

Ansonsten habe ich keine Wutausbrüche oder massive Ausdrücke von Frust oder Ärger erlebt. Eine der Schwestern, eine der Dienstältesten, hat auch keine Scheu, wenn sie es für richtig hält, einen Arzt deutlich auf Versäumnisse oder fragwürdige Anweisungen hin anzusprechen. Dies zeigt mir, wie mächtig die informelle Hierarchie in diesem überschaubaren Bereich von insgesamt etwa 14 Fachkräften in der Pflege (ich kenne nach zehn Arbeitstagen noch gar nicht alle!) und etwa 7 Ärzten ausgeprägt ist. - Über allen steht der "Chef", der mich kurz am Dienstag letzter Woche so scharf angefasst hatte. In den darauf folgenden Tagen hatte er mich ignoriert und gestern übrigens konnte ich ihn von seiner humorvollen Seite kennen lernen.

### **Samstag, 5. November, bis Dienstag, 8. November: Dienstoffrei.**

### **Mittwoch, 9. November: Eindrücke von der Personalversammlung**

Heute Nachmittag fand von 14.30 bis 17.15 Uhr eine Personalversammlung im Hause statt, die erste in diesem Jahr, weil die Personalratswahl im Frühjahr stattgefunden und der gewählte Rat sich seitdem organisiert hatte.

Im Saal waren knapp 200 Mitarbeiter/-innen versammelt - eine erstaunlich hohe Anzahl, wenn man bedenkt, dass von allen Beschäftigten zumeist nur etwa 50% zeitgleich anwesend ist: Damit fast 45 % von etwa 450 Personen.

Unbestrittener Höhepunkt der Tagesordnung war ein Kabarett von zwei Personalräten, das eine "Beratungsfirma McMoney" satirisch aufs Korn nahm. Übrigens hatte jeder Personalrat (s)einen Teil des gesamten Rechenschaftsberichtes vorgetragen, und dieses Vorgehen sorgte für Abwechslung innerhalb der langen Versammlung.

Der Oberbürgermeister als "oberster Dienstherr" war anwesend und hielt einen längeren Redebeitrag, der mich sehr nachdenklich machte: Einerseits lobte er das Haus als ">die< städtische Perle", legte viel Wert auf seine eigene Diskussionsbereitschaft und positionierte sich als jemanden, der gerne Klartext redete. Dies stand allerdings in krassem Gegensatz zu dem, was er an Substanziellem zur Zukunft der Klinik wirklich sagte, nämlich: Nichts.

Beim Zuhören kam ich zu dem Schluss, dass er (bzw. sein Stadtrat) wohl eine klare (wenn auch bislang noch nicht-öffentliche) Strategie in Bezug auf die Zukunft der Klinik zu haben scheint, die (im Jargon der Industrie) mit "die Braut schmücken" bezeichnet wird: Mit Hilfe von McKinsey soll der Eigenbetrieb zuerst in eine gemeinnützige GmbH umgewandelt und betriebswirtschaftlich "flott gemacht" werden. Aufgrund der erwirtschafteten Gewinne könnte sie dann in etwa 3-4 Jahren meistbietend an eine namhafte private Krankenhausgesellschaft verkauft werden. Aus Sicht der Stadtverwaltung wäre dies sicher nicht ungeschickt: Erstens fielen durch eine Privatisierung mit anschließendem Verkauf die jährlichen Abmangelbeträge zu Lasten des städtischen Haushaltes weg, und zweitens spülte der Verkauf einen stattlichen zweistelligen Millionenbetrag in die klamme kommunale Kasse.

Bei einem solchen Verkauf würde wohl auch die gegenwärtige Struktur der Stationen "strategisch" geändert: Die ökonomisch gerade schwächelnden gynäkologischen und unfallchirurgischen Stationen könnten zugunsten "lukrativerer" Stationen aufgegeben werden. Kein Wunder, dass bei der anschließenden Diskussion in der Versammlung gerade die gezielten Fragen nach der Zukunft dieser beiden Bereiche vollkommen unbeantwortet blieben!

Nun ist der Weg einer möglichen Privatisierung der Klinik nicht von vornherein als schlecht zu betrachten, vorausgesetzt, der jetzige Dienstgeber täte dies in Einklang und mit Unterstützung von Belegschaft und Personalvertretung sowie der politischen Absicht, die Rechte der Belegschaft auf dem aktuellen Stand zu halten.

Dem ist offenkundig leider nicht so. Mit der angekündigten Einführung der 40-Stunden - Woche wird in Kürze eine erste Verschlechterung der Arbeitsbedingungen angestrebt; eine Reduzierung der Belegschaft um 30 Kolleginnen wäre die Folge.

Die von McKinsey angestrebte "betriebswirtschaftliche Optimierung" hätte vermutlich weiteren Personalabbau zur Folge. Manche spezifischen medizinischen Aufgaben (wie die von Säuglingsschwestern oder von Hebammen) würden im Hause mittelfristig wegfallen. Schwestern im Nachtdienst könnten gezwungen werden, zwei statt einer Station zu betreuen. Alle nicht patienten-nahen Abteilungen, die noch im Haus verblieben sind (wie die Hausmeister, die Küche, die Bettenzentrale), könnten nach außen vergeben werden. Die verbleibenden Arbeitsplätze von Pflägern und Ärzten wären nach menschlichem Ermessen wohl "sicher", aber sicherlich unter schlechteren Arbeitsbedingungen: Höhere Wochenarbeitszeit und schlechtere Entlohnung.

All diese Überlegungen werden hinter vorgehaltener Hand auf einigen Stationen diskutiert, nicht nur auf der, in der ich tätig bin. Da von Seiten des Dienstgebers und des Klinikmanagements keine offene und offensive Informationspolitik erfolgt, wächst im Betrieb insgesamt Unsicherheit und Angst.

An diesem Punkt wirkt das Verhalten von OB und Klinikchef sehr befremdlich: Betriebliche Veränderungen können bekanntlich "defensiv", d.h. gegen die Interessen der Belegschaft, unter sehr hohem Druck und unter Opferung eines guten Betriebsklimas, durchgesetzt werden - oder "offensiv" erreicht werden, indem von Anfang an die Belegschaft über die aktuelle Lage aufgeklärt wird, offen die verschiedenen Möglichkeiten besprochen werden und weit reichende Garantien zugunsten der Arbeitsbedingungen gegeben werden.

"Man kann nur mit den Leuten führen, nicht gegen sie..." wie ein ehemaliger Vorgesetzter von mir zu sagen pflegte. Denn die Leute, die im Betrieb beschäftigt sind, sind ja nicht dumm oder naiv, und sie lassen sich auch nicht ungestraft für dumm verkaufen! Sie wissen selbst aus Gesprächen und den Medien, dass die Gesundheitsreform über die nächsten Jahre zu einem schrittweisen Absenken der Vergütungen aller Krankenhausleistungen führen wird. Dass die Belegung in manchen Abteilungen ihres Betriebes schlechter ist als jemals zuvor, und kaum besser werden wird. Dass der Konkurrenzkampf der einzelnen Kliniken untereinander zu einem zunehmenden Kliniksterben führen wird. Dass die Qualität der gegenwärtigen Arbeit vorwiegend von der in Jahrzehnten gewonnenen "Substanz" des Betriebes lebt.

Die Rahmenbedingungen, unter denen alle Krankenhäuser - und damit auch ihr eigener Betrieb! - heutzutage arbeiten müssen, sind nicht mehr rosig. Sie machen sich daher berechnete Sorgen um ihr Haus und ihren Arbeitsplatz - und erleben, dass ihre Führungskräfte die "heißen Eisen" nicht offen und klar ansprechen.

So wirkte diese Versammlung auf die meisten Kolleginnen und auf mich ernüchternd. Eine sinnvolle, nachvollziehbare und offen ausgesprochene betriebliche Perspektive wurde von der Betriebsleitung nicht vermittelt. Dabei ist dies doch das Herzstück eines jeden Betriebes!

## **Donnerstag, 10. November: Betrieb mit Gewinn-Orientierung (2)?**

Wie man mit Krankenhäusern Geld verdienen kann, damit beschäftigen sich die Berater im Haus. Ob man mit Krankenhäusern überhaupt Geld verdienen soll oder darf, wen beschäftigt das? Eine unbequeme Frage, angesichts der gegenwärtigen stark propagandistisch getriebenen Auffassung, dass sich jeder Lebensbereich und auch jede öffentliche Aufgabe "rechnen müsse".

Seit ihrer geschichtlichen Entstehung als mittelalterliche städtische "Spitäler zum Heiligen Geist" waren Krankenhäuser immer als "cost center" geführt worden, zu meist ausgestattet mit großem Grundbesitz, der ihren Betrieb aus eigenen Mitteln ermöglichte. So ist das bis in die heutige Zeit - und auch bei diesem Krankenhaus, aus einer Nebenbemerkung des OB in der gestrigen Versammlung zu schließen.

Natürlich kann man, ethisch betrachtet, aus der Krankheit anderer Mitmenschen seinen Lebensunterhalt bestreiten, so lange man zu deren Gesundheit oder Wohlergehen beiträgt. (Wie mir ein Arzt vorrechnete, verdienen sie selbst in der Nacht-

schicht allerdings einen Stundenlohn, der noch deutlich unter dem von Handwerksmeistern und EDV-Experten liegt.)

Aber lässt sich ein Krankenhausbetrieb so lange in ein betriebswirtschaftliches Korsett zwingen, bis ein Ertrag herauskommt, der der Klinik erlaubt, in wenigen Jahren ihre gesamten Investitionen aus der erwirtschafteten Rendite heraus zu bestreiten? Kurz gesagt, dieses Krankenhaus in ein "profit center" umzuwandeln?

Wenn, dann geht dies meines Erachtens nur kurzfristig, bei einem Arbeitsmarkt wie dem heutigen: mit sich rapide verschlechternden Arbeitsbedingungen und zunehmenden Arbeitslosenzahlen. Und dann immer auf Kosten zuerst der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, dann der Qualität der Pflege-Ergebnisse, und schließlich der Patientenzufriedenheit. Langfristig ist es der Ruin des hoch gelobten deutschen Gesundheitswesens. "Deutsche Krankenhäuser auf Lambarene-Niveau!", wie eine altgediente Krankenschwester es mir gegenüber drastisch ausdrückte.

Wären die Berater so überzeugt, dass Kliniken zu profit centern taugen, warum tragen sie nicht das Risiko mit und akzeptieren Vertragsbedingungen, die ihre eigene Entlohnung direkt an das schrittweise Erreichen der vorgeschlagenen betriebswirtschaftlichen Ziele koppelt? Stattdessen, wie aus der Kommune zu hören ist, ist das Beratersalar in Millionenhöhe fix ausgehandelt und wird am Ende der Beratung in voller Höhe fällig, also nicht scheinweise, wenn der prognostizierte Erfolg sich einstellen sollte. - Kein Wunder übrigens, dass auch beim Klinikpersonal große Erbitterung darüber herrscht, dass dies bereits das dritte Beratungs-Gutachten sei, das diese Stadt in Auftrag gegeben hat. Und dass zu befürchten ist, dass alle Beratungshonorare letztlich vom Krankenhauspersonal zu erwirtschaften sind.

## **Freitag, 11. November: Die veröffentlichte Meinung zu Kliniken.**

Einige Zeitungsausschnitte aus meiner Tageszeitung von gestern und heute:

**1. Die nachweislich hohe Qualität unseres Gesundheitswesens im Vergleich zu anderen Industrieländern:** *"Deutsche Patienten unzufrieden. Berlin (dpa) - In Deutschland sind die Wartezeiten in Praxen und Krankenhäusern kürzer als in anderen Ländern, Patienten bekommen bei stationärer Behandlung seltener eine Infektion, und chronisch Kranke werden häufiger und regelmäßiger vorbeugend untersucht als anderswo. Gleichwohl sind die Bundesbürger zufriedener als Patienten in anderen Ländern - so das Ergebnis einer Vergleichsuntersuchung aus sechs Ländern, die am Donnerstag in Berlin vorgestellt wurde. Der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Peter Sawicki, zeigte sich überrascht über das widersprüchliche Ergebnis: Nach seiner Vermutung ist die Erwartung der Patienten im Ausland an die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems realistischer als hier zu Lande. In der Studie wird Deutschland mit den USA, Australien, Kanada, Neuseeland und Großbritannien verglichen."*

**2. Die "Bereinigung der Kliniklandschaft":** *"Kliniken droht Schließung. Düsseldorf (dpa) - Knapp ein Drittel aller deutschen Krankenhäuser wird nach Expertenmeinung in den kommenden zehn Jahren schließen müssen. Der Übergang von der Regulierung in den Wettbewerb sei eine große Herausforderung für die Häuser, bei der "einige auf der Strecke bleiben werden", sagte der Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Heinz Kölking, am Donnerstag in Düsseldorf. Die größten Herausforderungen für die Krankenhäuser seien die "chronische Unterfinanzierung" sowie der Qualitätswettbewerb. Das neue Finanzierungssystem über so genannte Fallpauschalen löse eine "betriebswirtschaftliche Revolution" aus, sagte Kölking. Seit Beginn der 90er Jahre seien insgesamt 160.000 Krankenhausbetten abgebaut worden. Die durchschnittliche Verweildauer sank*

von 15,3 auf 8,7 Tage. Zukünftig würden sich die Krankenhäuser mit bestimmten medizinischen Leistungen auf wenige Zentren konzentrieren, wo in Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten Alternativen zur stationären Versorgung entwickelt werden, prognostizierte Kölking. Derzeit versorgen den Angaben zufolge 2157 Krankenhäuser jährlich 17 Millionen Patienten.

**3. Die Gewinnung zusätzlicher zahlungskräftiger Patienten, die deshalb kommen, weil das Image der deutschen Kliniken weltweit so hoch ist:** *"Das Klinikum Stuttgart will einen Teil seiner finanziellen Probleme am Persischen Golf lösen. Krankenhausbürgermeister Klaus-Peter Murawski unterzeichnete mit einem Hospital in Dubai einen Vorvertrag über künftige Zusammenarbeit. Neben der Ausbildung von Ärzten und Pflegern ist auch beabsichtigt, Patienten, die in Dubai nicht optimal versorgt werden können, eine Behandlung in den städtischen Krankenhäusern anzubieten. Die so erzielten Erlöse sollen sich bis 2010 auf 2,5 Millionen Euro verfünffachen."*

#### **4. Die Situation im Städtischen Klinikum Stuttgart:**

*"Klinikum plant harten Sparkurs. Stuttgart (eim) - Das Klinikum Stuttgart tritt auf die Sparbremse und will gleichzeitig die Einnahmen verbessern. Zur Sanierung des defizitären Betriebs wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt, mit dem im laufenden Jahr 14,1 Millionen Euro eingespart werden sollen. Im Jahr 2010, wenn die Sparsumme 70,8 Millionen beträgt, soll das Betriebsergebnis eine "schwarze Null" ausweisen. Von 2012 an erwartet man im Rathaus, dass das Klinikum für einen Teil der dann fertig gestellten Neubauten Zins und Tilgung erwirtschaftet."*

*"Auf dem Papier erreicht das Klinikum sein Sparziel. Die schwere Operation, das Klinikum Stuttgart finanziell zu sanieren, ist geglückt. Zumindest auf dem Papier. Durch Sparanstrengungen will man bis 2010 eine "schwarze Null" erreichen. Derart saniert soll das Klinikum von 2012 an Zins und Tilgung für einen Teil der Neubaukosten tragen. Im Endausbau wären das 150 Millionen Euro."*

**5. Zu den Arbeitsbedingungen der Ärzte:** *"Ärzte und Länder streben Einigung an. Düsseldorf (dpa) - Für die rund 22 000 Ärzte an deutschen Universitätskliniken sind am Montag die Tarifverhandlungen fortgesetzt worden. Der Ärzteverband Marburger Bund und die Tarifgemeinschaft der Länder wollen versuchen, bis zum heutigen Dienstag eine Einigung über Arbeitszeiten und Bezahlung zu finden. Der Marburger Bund fordert für die Klinikärzte Gehaltserhöhungen von 30 Prozent und eine Neuregelung der Arbeitszeiten. Die Ärzte kritisieren seit langem ihre vielen Überstunden und die ihrer Ansicht nach schlechte Bezahlung."*

#### **Samstag, 12. November: Geschlechtsspezifisches.**

Ein etwas ruhigerer Tag in der Pflege. Ich habe etwas Muße, zu beobachten, wie es in den Mehrbettzimmern unter den Patienten so zugeht. Und mir fällt auf, dass in den Männerzimmern, ganz gegen meine Erwartung, viel mehr miteinander gesprochen wird. Männerzimmer sind gesprächiger. Und erfahrene Schwestern bringen es noch kürzer auf den Punkt: "Männer sind allgemein unkomplizierter." Vielleicht liegt es daran, dass aufgrund geschlechtsspezifischer Erkrankungen der Altersschnitt in dieser Station bei Männern etwas höher liegt, und die Erinnerung an frühere Stubenverhältnisse beim Kommiss eine Art "Jungbrunnen" für die Senioren darstellt?



## **Sonntag, 13. November: Das Zwölftausend-Tage-Rennen.**

"Z5 - Tagschicht". Sonntag im Betrieb - ganz ungewohnt für mich. Nur das ferne Glockengeläut erinnert mich daran, dass dieser Tag sonst einen ganz anderen Rhythmus für mich hat. Am frühen Nachmittag kommt meine Frau mit den Kindern kurz vorbei, um zu sehen, wo ich tätig bin, was ich tue und wie ich aussehe. (Beim Daimler war das nicht möglich gewesen.)

In einer ruhigen Minute kam mir ein bezeichnendes Bild für das Arbeiten hier: Wie beim Sechs-Tage-Rennen der Rennradler wird auch hier "rund um die Uhr" gefahren. Nur ist leider nach sechs Tagen nicht Schluss, und die Patienten können danach nicht, wie bei Till Eulenspiegels berühmter Geschichte, aufstehen und heimgeschickt werden! *"Einmal kam Eulenspiegel nach Nürnberg, schlug große Bekanntmachungen an die Kirchtüren und an das Rathaus an und gab sich als einen guten Arzt für alle Krankheiten aus. Und da war eine große Zahl kranker Menschen in dem neuen Spital, wo der hochwürdige, heilige Speer Christi mit anderen bemerkenswerten Stücken aufbewahrt ist. Der Spitalmeister wäre einen Teil der kranken Menschen gerne losgeworden und hätte ihnen die Gesundheit wohl gegönnt. Deshalb ging er zu Eulenspiegel, dem Arzt, und fragte ihn, ob er nach den Bekanntmachungen, die er angeschlagen habe, seinen Kranken helfen könne. Es solle ihm wohl gelohnt werden. Eulenspiegel sprach, er wolle viele seiner Kranken gesund machen, wenn er 200 Gulden anlegen und ihm die zusage wolle. Der Spitalmeister sagte ihm das Geld zu, wenn er den Kranken hülfle. Eulenspiegel war damit einverstanden: der Spitalmeister brauche ihm keinen Pfennig zu geben, wenn er die Kranken nicht gesund mache. Das gefiel dem Spitalmeister sehr gut, und er gab ihm 20 Gulden Vorschuss. Da ging Eulenspiegel ins Spital..."* (Weiter unter <http://gutenberg.spiegel.de/bote/eulenspg/eulen89.htm>)

Gerade weil die Patienten nicht alle auf einmal kommen und gehen, und weil sie grundsätzlich rund um die Uhr medizinische Betreuung benötigen, ist eine Station organisatorisch auf jahrzehntelangen Dauerbetrieb ausgelegt.

Die Arbeit einer Station gleicht also, bei einer angenommenen Lebensdauer von mehr als 30 Jahren, einem "Zwölftausend-Tage-Rennen", wobei rund um die Uhr jemand auf den Fluren der Station unterwegs ist, damit keiner der Patienten auf der Strecke bleibt. - Der Kliniken "ewiges Licht" brennt dabei nicht nur in der Hauskapelle, sondern auch auf Fluren und in Pflegestützpunkten.

Zwölftausend. Auf dieselbe Anzahl an Arbeitstagen kommt im durchschnittlichen Erwerbsleben übrigens auch eine Vollzeit-Krankenschwester, die ab ihrem 16. Lebensjahr 48 Jahre lang etwa 250 Arbeitstage pro Jahr auf Station verbringt.

Es ist also eine jahrzehntelange Hetzerei und Rennerei, die die Beschäftigten in der Pflege aushalten müssen - und für vier Wochen bin ich als Akteur in einer Nebenrolle an diesem Rennen beteiligt. Ich merke, wie ich nach drei Wochen bereits erschöpft bin. Dabei habe ich kaum Verantwortung, die für mich angenehmste Schichtzeit und keinerlei Schichtwechsel. Ich erahne, wie erschöpft wohl die Vollkräfte erst sind - und sein müssen, bei weitaus mehr Verantwortung, häufigen Schichtwechseln, Nacht- und Wochenend-Arbeit, den zahllosen minütlichen Unterbrechungen - und kann mir vorstellen, dass unter solchen Umständen niemand länger pro Woche oder bis 65 Jahren (oder gar bis 67) schuften will. Und wird.

## **Montag, 14. November: Organisatorische Überlastung der Pfleger**

Mit der Zeit sind mir vier klar abgegrenzte Aufgaben zugewachsen, die ich ziemlich eigenständig erledige:

- "Essen": Essen bestellen, Tablett austragen, Tablett zurückholen.

- "Betten": Betten mit Patienten zu und von Untersuchungen und Operationen schieben. Nach Entlassungen Betten und Nachttische austauschen. Dabei den Patientenplatz reinigen und desinfizieren.
- "Kurier": Blut- und Urinproben sowie Unterlagen zwischen den einzelnen Abteilungen im Haus austragen.
- "Material": Zimmerschränke mit bestimmtem Pflegeutensilien auffüllen.

Dadurch kann ich die examinierten Vollpflegekräfte deutlich entlasten. Sie lassen mich auch deutlich die Wertschätzung für meine Mithilfe spüren. Ich bin sehr willkommen. Das bringt mich auf den Gedanken, wer diese einfachen Tätigkeiten sonst macht, wenn ich nicht da bin? Die Schwestern müssen dies "nebenbei" erledigen. Arbeitsdruck und Hetzerei sind jetzt, da ich mitarbeite, schon sehr groß. Und sie werden noch größer sein, wenn ihnen niemand diese Arbeiten abnimmt.

Früher, vor über zehn Jahren, waren jeder Station zwölf Kräfte zugeteilt. Dann wurde je eine pro Station wegrationalisiert. Es ging. Und so wurde nach einigen Jahren eine weitere Kraft weggelassen. So besitzt heute eine Station noch zehn volle Stellen. Das Prinzip kenne ich aus der Industrie: "Kürze eine Stelle und teste, ob der Laden noch läuft, oder ob er zusammenbricht. Bricht er zusammen, muss die Stelle wieder geschaffen werden. Hält er es aus, dann kürze nach einer Weile wieder. Spiele dieses Spiel dann so lange, bis der Laden zusammenbricht. Dann hast Du das organisatorische Limit erreicht."

Nach diesem Prinzip wird offenkundig in der Pflege auch vorgegangen. So kam es zur aktuellen Situation von einer "Unterdeckung von 1". Eine "Vollzeitkraft" ist eigentlich pro Station zu wenig zugeteilt. Nach meinem Dafürhalten müsste das Personal pro Station um diese eine Person aufgestockt werden. Es muss nicht unbedingt eine examinierte Kraft sein, die diese Handlangerdienste ausführt, sondern ein Krankenpflegehelfer, der selbständig zu arbeiten gewohnt ist und diese vier genannten Aufgaben zwischen 7 und 14 Uhr erledigt.

Ein Hauch von Streikbereitschaft lag in der Luft, verständlich. Dabei ist eine weitere Kürzung auf neun Vollzeitstellen nach Meinung der älteren Schwestern der Punkt, an dem der Laden auseinander fliegen würde und ein Streik unvermeidlich wäre. Aber auch die geplante Erhöhung der Wochenarbeitszeit auf 40 Stunden wäre (unabhängig vom Schicksal der genannten dreißig Leute "zu viel an Bord" für diesen Betrieb) für die Mehrheit derer, mit denen ich darauf zu sprechen kam, ein triftiger Grund, durch einen Streik öffentlich auf die äußerst belastenden Arbeitsverhältnisse im Krankenhaus hinzuweisen.

Die Patienten bekommen von all dem so gut wie nichts mit, da Pfleger und Schwestern ihnen gegenüber eine hohe Motivation aufweisen und im Gespräch strikt zwischen medizinischen und betrieblichen Problemen unterscheiden. Betriebliche Probleme gehören bislang zu den Tabuthemen bei Patientengesprächen, auch wenn aufmerksame Patienten erahnen und ermessen, was in und außerhalb der Patientenzimmer tatsächlich geleistet wird. Ich habe auch keinen Zweifel, dass sich im Falle eines Streiks die meisten Patienten mit "ihrem" Pflegepersonal und "ihren" Ärzten solidarisch erklären würden, sobald diese das Tabu brechen und über ihre andauernde Arbeitsbelastung offen zu sprechen beginnen.

**Dienstag, 15. November: "Rotkreuz-Schwestern".**

Beim Schmökern im Jubiläumsbuch des Krankenhauses stoße ich darauf, dass es im Haus zwei Arten von Schwestern gibt, nämlich jene, die bei der Kommune ange- stellt sind, und jene, die sich beim Roten Kreuz verpflichtet haben und vom Wohl- fahrtsverband an das Krankenhaus ausgeliehen werden, auf der rechtlichen Grund- lage eines "Gestellungsvertrages".

Warum ist jemand "städtische Schwester" oder "Rotkreuz-Schwester"? Unter den Älteren sind welche, die beim Roten Kreuz angefangen haben und sich nach der Ausbildung von dort abgewandt hatten. Früher muss wohl das Rote Kreuz seine Schwestern ordensähnlich geführt und untergebracht haben, was bei wachsender Emanzipation der Frauen zu Spannungen führte, die durch Austritt gelöst wurden. Gerade die älteren Schwestern können da tolle stories erzählen, die mich an die Klostergeschichten mancher ex-Nonne erinnern.

Unter den jüngeren Schwestern sind einige bewusst vor, während oder nach der Ausbildung zu den Rotkreuz-Schwestern gegangen, weil mittlerweile die Anforderun- gen an den persönlichen Lebensstil und Lebenswandel deutlich lockerer geworden sind. Zudem heißt es, Rotkreuz-Schwestern würden besser verdienen als gleich- altrige Kolleginnen und hätten im Alter eine bessere Absicherung - also mehr finan- zielle als emotionale oder soziale Gründe.

### **Mittwoch, 16. November: Die Perspektive von Krankenhausärzten.**

Haben schon Pfleger und Schwestern ein hartes Arbeitsleben, so ist das von den Klinikärzten nach meinem Eindruck noch einen Grad härter. Sie arbeiten vereinsel- ter und unter einem weitaus größeren Konkurrenzkampf als in der Pflege. Innerhalb der Hierarchie scheint es auch nicht besonders pfleglich zuzugehen.

Sie haben nach Feierabend noch weitere Bereitschaftsdienste und Einsätze ab- zuleisten. Sie pendeln oft 14 - 18 Stunden täglich zwischen OP-Saal, Ambulanz, Station, Patientenzimmern und Schreibstube. Ihre Perspektive, um diesen Kampf durchzuhalten, besteht (selten) im Erreichen einer Chefarztstelle oder (häufiger) im Abschluss einer Facharztausbildung, die eine eigene Niederlassung gestattet. Selbst wenn sie als niedergelassene Fachärzte als Selbständige und auf eigenes persönliches und unternehmerisches Risiko immer noch 12-14 Stunden arbeiten müssen, so sind dies weniger Arbeitsstunden als in der Klinik, bei höherem Stunden- lohn und so gut wie keinem Wochenend- oder Feiertagsdienst.

Schockierend wirkt auf mich, wie ungesund die Arbeitsweise sich für sie auswirkt. Hastiges Essen und Trinken im Stehen zu ungewöhnlichen Zeiten schien mir eher die Regel als die Ausnahme zu sein. Zudem: Atemlosigkeit ist das Kennzeichen des Klinikarztes.

Auch hier herrscht meines Erachtens eine "Unterdeckung von 1": Ein Arzt mehr pro Abteilung würde den Betrieb spürbar entkrampfen. Nach Operationen von fünf oder mehr Stunden hätte dann ein erschöpfter Arzt Fug und Recht, Feierabend zu ma- chen.

Heute ist, nebenbei gesagt, Buß- und Betttag. Früher ein gesetzlicher Feiertag. Man- che Schwestern erinnern laut daran, dass dieser Feiertag vor Jahren "hergegeben" worden ist. "Wofür eigentlich?" Und: "Hat es denn was genützt?" so fragen sie.

### **Donnerstag, 17. November: Die hohe Bedeutung der "Übergabe".**

Zuweilen befremdet es Außenstehende, dass morgens, mittags und abends das Pflegepersonal sich fast komplett in den so genannten "Pflegestützpunkt" zurück zieht und dort in Ruhe gemeinsam Kaffee trinkt und plaudert. "Haben die denn nichts zu tun? Schiebt man als Schwester denn einen schlaunen Lenz?" habe ich dazu schon sagen hören.

Aus der Innensicht erhält diese gemeinsame Arbeitszeit eine vollkommen andere Bedeutung. Bei dieser so genannten "Übergabe" wird, mehrmals täglich, die "Stafette beim Zwölftausend-Tage-Rennen" von einer Schicht auf die andere übergeben. Bei dieser Stafette handelt es sich um nichts Anderes als eine Vielzahl von medizinischen und pflegerischen Informationen zu jedem einzelnen Patienten.

Wenn man bedenkt, dass jede anwesende Schwester sich mehr oder weniger aktiv beim Gespräch über jeden einzelnen Patienten beteiligt, um gemeinsam das "kollektive Wissen" dieser Station voranzutreiben und festzuhalten, so ist dies allein schon ein hohes betriebliches Gut! Wenn man ferner bedenkt, dass drei Minuten über einen Patienten zu sprechen nicht besonders viel ist, so kommt man bei über 20 Patienten leicht auf eine gute Stunde, in der das Pflegepersonal für sich ist, für sich sein möchte - und auch für sich sein sollte.

Eine "Übergabe" ist so wertvoll, dass selbst Oberärzte diese gemeinsame Zeit des Pflegepersonals nach Möglichkeit respektieren und kaum zu stören wagen. Bedauerlich ist nur, dass die Tagesabläufe von Ärzten und Schwestern sich kaum synchronisieren lassen, sodass bei den allermeisten Übergabegesprächen kein Arzt mit in der Runde saß und seinen Sachverstand beisteuerte. Nur ein einziger Arzt macht es sich zur Aufgabe, morgens bei Beginn seiner Arbeit nach Möglichkeit zur Übergabe hinzu zu kommen und dadurch sehr viel kollektives Wissen "en passant" anzueignen - die erfahrenen Schwestern rechnen ihm dies auch hoch an.

### **Freitag, 18. November: Der Abschluss meines Praktikums.**

Mein letzter Arbeitstag. Neben den unvermeidlichen betrieblichen Routinen zum "Ausscheiden" (!) aus dem Arbeitsverhältnis ist Gelegenheit, diese Beobachtungen und Eindrücke in Abschlussgesprächen an drei mit der Pflege sehr vertraute Kolleg(inn)en weiter zu geben. Ich habe sie vorab gebeten, meine Eindrücke auf deren sachliche Richtigkeit zu prüfen, bevor dieses Dokument als mein Praktikumsbericht innerhalb der Betriebsseelsorge verbreitet wird, und sie haben zugesagt.

Darüber hinaus plane ich, die Mitarbeiter dieser Station im Januar ins Böblinger Arbeiter-Zentrum zu Kaffee und Kuchen einzuladen, als gemütlichen gemeinsamen Abschluss meiner Tätigkeit.

In den vergangenen vier Wochen habe ich so gearbeitet, dass ich für die Kolleginnen und Kollegen eine wirkliche Entlastung und Bereicherung sein konnte. Bei sich bietender Gelegenheit habe ich das persönliche und vertrauliche Gespräch gesucht, um die Arbeit im patientennahen Bereich eines Krankenhauses von innen heraus und aus der Perspektive von unten her zu verstehen und diese nüchtern und ehrlich beschreiben zu können.

Und ich habe so gearbeitet, dass ich in einigen Jahren als Krankenpflegehelfer-Praktikant in diesem Krankenhaus hoffentlich wieder willkommen bin.