

Dafür, für diese Wunder, taten wir das. Das war die Antwort, wenn wir uns schon im ersten Lehrjahr an manchen Tagen fragten, warum wir uns so was eigentlich antun. Dafür nahmen wir hin, dass uns der Rücken schon in unseren Zwanzigern wehtat, dass wir nicht auf die Party gehen konnten oder zum Geburtstag der besten Freundin, weil wir Wochenenddienst hatten, mal wieder. Man hatte Dienst, wenn der Film im Kino schon angefangen hatte, wenn andere noch im Bett lagen oder am Ostersonntag, in der Silvesternacht oder am Neujahrmorgen. Oder man hatte frei, war aber nach zehn Diensten am Stück so erschlagen, dass man auch an den freien Tagen zu nichts mehr taugte.

Für die guten Tage, die guten Momente, die Erfolgserlebnisse nahm man hin, dass man Sterbende vor Augen hatte, während andere an Shopping dachten oder beim Kaffeetrinken sorglos über das letzte Date plapperten. Für die guten Tage nahm man das sogar gerne hin. Für die Tage, an denen man das Krankenhaus wie ein Sieger verlässt. Mit der Gewissheit, etwas beigetragen zu haben. Das muss gar nicht immer so etwas Großartiges sein, nicht immer gleich ein Wunder. Oft reicht es schon, wenn man einen Anteil hatte: am Heilungsprozess, an etwas Zuversicht oder Freude, aber vor allem auch an richtig guter Medizin und gewissenhafter, präziser, gefahrenabwendender Pflege.

Ein guter Tag ist, wenn man es schafft, alle Patienten bestmöglich zu versorgen. Man legt frische Verbände an und sieht Fortschritte, man verabreicht Medikamente, kontrolliert Parameter, bemerkt Auffälligkeiten und reagiert rechtzeitig und richtig. Man sorgt für optimale Hygiene und dafür, dass ein Patient mit sauberem Körper, mit gestillten Bedürfnissen in einem frisch bezogenen Bett liegen und genesen kann, dass er schmerzfrei ist, dass er ausreichend Flüssigkeit und Nahrung hat, dass bei alledem sein Wille und seine Selbstbestimmung respektiert wurden. Man macht einen Scherz mit denen, die es brauchen können, und hält die Hand von jenen, die es nötig haben. Man verlässt Zimmer um Zimmer mit der Sicherheit, für denjenigen, der darin liegt, für den Moment das Beste getan zu haben. Es bleibt genug Zeit, um die Dokumentation zu schaffen, neue Medikamente zu bestellen, sich mit Kollegen und Ärzten auszutauschen und die Fragen von Angehörigen zu beantworten. Die guten Tage sind getaktet und arbeitsreich, aber auch übersichtlich und kontrollierbar.

An den schlechten Tagen aber bricht alles zusammen.

An den schlechten Tagen müsste ich bei mehreren Patienten gleichzeitig sein – und bei allen ist es dringend. Einer liegt in einem Bett voller Kot, ein anderer bekommt schlecht Luft, bei einem weiteren muss der Kreislauf stabilisiert werden. Einer hat unermessliche Schmerzen, einer schimpft, weil ihm Milch im Kaffee fehlt, einer versucht im Delirium über das Bettgitter zu klettern, einer muss schon seit Stunden dringend gelagert werden, damit er sich nicht wund liegt. Die Ärzte brauchen jemanden, der zur Visite mitgeht, wichtige Medikamente sind aufgebraucht und nicht nachbestellt, ein Patient muss zur Untersuchung gebracht werden, und danach noch einer. Eine Kollegin meldet sich für den Spätdienst krank, es wird der dritte Dienst in absoluter Unterbesetzung hintereinander sein, 16 Betten müssten bezogen werden, für 16 Patienten auf der Station muss die

Dokumentation geschrieben werden. Verbände müssen gewechselt, Medikamente verabreicht, Schmerzen gelindert und ängstliche Patienten beruhigt werden.

Die Krankenhauswelt ist nie berechenbar. Aus chronischen Fällen können plötzlich akute werden, Zustände können sich innerhalb kürzester Zeit verschlechtern. Es gibt Zwischenfälle und Komplikationen. Ein Herz kann stehen bleiben, ein Blutgefäß verstopfen, jemand kann stürzen oder das Bewusstsein verlieren. Mehrere neue Patienten kommen zur Aufnahme. Und manchmal passiert all das gleichzeitig.

Auf jeder Station im Krankenhaus gibt es – wie im richtigen Leben – gute Tage und schlechte. Es gibt Dienste, die sind stressiger als andere. Es gibt Zeiten, an denen man mit der Arbeit kaum hinterherkommt. Das hatte ich schon als Schülerin erlebt, und ich erlebte es als Examinee. Ein paar schlechte Tage gab es zwischendurch immer mal. Aber mit der Zeit kamen sie in immer kürzeren Abständen, und irgendwann wurden sie zum Normalzustand. Das ist nicht über Nacht passiert, es hat sich eingeschlichen. Das war kein Tsunami und kein Erdbeben. Es waren sanfte Einschläge, die sich allmählich steigerten und näher kamen: Da wurde die eine Stelle nicht neu besetzt und eine andere wurde gestrichen. Da wurden Stationen zusammengelegt oder die Betten aufgestockt, aber nicht das Personal. Die Stimmung wurde gehetzter, gereizter, gefühlt war man nur noch am Rennen und kam doch nie hinterher.

Es wurde jetzt von Kostendruck gesprochen, von Privatisierung und von Fallpauschalen; von DRGs, den Diagnosis Related Groups, medizinische Fallgruppen, nach denen jetzt abgerechnet wurde, und nicht mehr nach Liegedauer. Zum ersten Mal hörte ich – bezogen auf Menschen – Sätze wie: »Der rechnet sich nicht«. Ich erfuhr, dass bestimmte Patientengruppen nach DRG-Logik lukrativer waren als andere. Eine gestürzte Seniorin mit Rippenprellung zum Beispiel war jetzt nicht länger eine hilfsbedürftige Person, sie war ein Verlustgeschäft: lange Liegedauer, kaum medizinische Eingriffe erforderlich. So was rechnet sich eben nicht. Hätte sie sich den Hüftknochen gebrochen, der gegen ein künstliches Gelenk hätte getauscht werden müssen, wäre sie gleich sehr viel einträglicher. Dank dieser sogenannten Fallpauschalen trugen Patienten plötzlich unsichtbare Preisschilder. Je aufwendiger das Krankheitsbild, desto mehr kann man abrechnen. Krankenhäuser waren jetzt Unternehmen und Patienten Waren.

Das anzuprangern bedeutet nicht, unbedingt an Altem festhalten zu wollen. Viele kommunale Häuser wurden oft schlecht bis katastrophal geführt, aber das neue wirtschaftliche und profitorientierte Denken wirkte auf die Bedingungen und das Arbeitsklima wie Gift. Keines, das einen sofort ausknockt, sondern eher ein schleichendes. Wenn man Gift langsam und in niedriger Dosis verabreicht, gewöhnt das Opfer sich daran. Der kranke, vergiftete Zustand wird irgendwann Normalität.

Für uns wurde es Normalität, dass wir seltener Pause machen konnten, manchmal gar nicht. Es wurde normal, im 30-Minuten-Takt »Ich bin gleich bei Ihnen« zu sagen und dabei ganz genau zu wissen, dass es sehr viel länger dauern würde. Es wurde normal, dass es keine langjährigen, eingespielten Teams mehr gab wie früher, sondern dass Personal aus

Leiharbeitsfirmen dazukam, immer wieder neue, unbekannte Gesichter, weil mit dem ausgedünnten hauseigenen Personal die Spitzenzeiten nicht mehr zu bewältigen waren. Es wurde auch normal, dass täglich geplante Operationen verschoben werden, dass Patienten zwei Tage in Folge acht Stunden nüchtern bleiben müssen, um dann zu hören, dass es leider wieder nichts wird mit der OP. Dass Patienten 30 Minuten und länger auf ein Schmerzmittel warten müssen, weil alle zu beschäftigt sind. Dass Patienten im Flur liegen, sich krümmen und verzweifelt sind.

Es kam mir irgendwann sogar so vor, als wäre es inzwischen normal, dass so viele Kollegen bitterer wurden, kurz angebunden, zynisch. Dabei passierte es, weil die Balance nicht mehr stimmte. Weil so viele von uns sich nicht einfach nur abgrenzen und an die guten Tage klammern konnten, sondern weil wir abstumpften, weil wir uns alle ständig verrieten, unsere Ideale, unsere Mindestanforderungen für gute Medizin und Pflege. Weil die guten Tage fehlten und kaum einer noch glaubte, dass es sie jemals wieder geben würde.

Personalschlüssel – Rechnungen, die nicht mehr aufgehen

Manchmal braucht man einen Weckruf, manchmal muss eine Situation erst eskalieren, bis man merkt, wie unerträglich sie eigentlich schon lange ist. Für mich war das der Tag, an dem Antje heulte. Ich war jetzt examiniert und arbeitete genau da, wo ich hinwollte: auf einer anästhesiologischen Intensivstation. Jedem hätte ich zugetraut, dass er mal zusammenbricht, aber nicht ihr: Schwester Antje, seit 61 Jahren auf der Welt, seit 40 Jahren im Dienst, Intensivstation, Vollzeit. Antje war tough und unglaublich erfahren. So eine wie sie hat schon alles gesehen, die hat schon alles erlebt, die wird mit allem fertig. Das dachte ich zumindest, das dachte jeder über Antje. Und dann steht diese Frau an einem Nachmittag plötzlich da und heult. Nicht nur so ein bisschen, sondern so richtig, mitten auf dem Stationsflur. Und zwei andere Kolleginnen heulen mit. So muss sich wohl ein Dambruch anfühlen. Zu viel Last, zu viel Druck – dann springt selbst eine Betonmauer einfach auf. Und die Flut rollt.

Es gibt Rechnungen in der Krankenhauswelt, die gehen auf. Zum Beispiel die, dass auf einer Intensivstation eine Schwester gleichzeitig für zwei Patienten zuständig sein kann. Das hört sich vielleicht nach einem guten Schlüssel an, aber wir sprechen von Polytraumata, Menschen mit schwersten Krankheitsbildern, Dutzenden Zugängen, aufwendigsten medizinischen Apparaturen, immer an der Schwelle zum Tod. Wenn kein Notfall dazwischenkommt, ist das eine super Besetzung. Mit Notfall – einem Ereignis, mit dem man auf Intensiv jederzeit rechnen muss – wird es eng. Mit einem dritten beatmeten Patienten pro Schwester wird es ein Kraftakt, und mit einem zusätzlichen Notfall wird es lebensbedrohlich.

Ich kann nicht mehr genau sagen, wann es losging, aber Schichten in Unterbesetzung waren keine Ausnahmen mehr, sie waren irgendwann etwas, womit man ständig rechnen musste. Es gab Dienste, da ging keiner mehr normalen Schrittes über die Station, wir

rannten, manchmal stundenlang: einmal kurz zu einem Schwerstkranken, dann kurz zum anderen, um bei jedem Patienten wenigstens die Minimalversorgung zu gewährleisten.

Es ging längst nicht mehr um das, was ich ursprünglich bei diesem Beruf im Sinn hatte: Menschen professionell zu versorgen, Gefahren von ihnen abzuwenden, beste Prophylaxe zu betreiben, da zu sein, sie durch existenzielle Sorgen zu begleiten. An den ganz schlimmen Tagen konnten wir froh sein, wenn wir nur ein Minimum davon erreichen konnten. Wir traten Feuer aus – so nennen wir das, nur unter uns natürlich. Oder auch Damage Control. Aber irgendwann, an diesem einen Nachmittag, ging nicht einmal mehr das. Wir schafften es einfach nicht mehr, es gab dermaßen viel zu tun, dass keiner mehr wusste, wo er zuerst anfangen sollte. Also standen drei Schwestern da und heulten.

Es war eine Kapitulationserklärung. Es war etwas, was auf keinen Fall passieren sollte. Kapitulationserklärungen gibt es im Krieg. Aber wir befinden uns nicht im Krieg, wir sprechen hier von etwas, das das Gegenteil davon sein sollte: ein Krankenhaus, ein Ort der Rettung, der Sicherheit und Zuwendung. Ein Ort, an dem Kranke Hilfe erfahren, an dem sie genesen und ausruhen können – jederzeit und uneingeschränkt. Ein Ort, an dem sie ein Recht auf Beistand und medizinische Versorgung haben. Das hier ist Humanität und Solidarität. Zumindest war das irgendwann mal so gedacht.

Die nächste Eskalationsstufe ist längst erreicht

Seit Jahren nehmen wir hin, dass aus Krankenhäusern Unternehmen geworden sind, wir nehmen hin, dass ein Berufsstand zermalmt und ausgehöhlt wird. Pflegenotstand ist so normal geworden, dass jeder mit dem Begriff etwas anfangen kann. Die meisten Menschen wohl nur abstrakt, viele aber auch sehr unmittelbar durch eigene bittere Erfahrung.

Binnen weniger Jahre hat sich die Wahrnehmung des Berufs der Krankenschwester radikal verändert. Längst assoziieren viele den Beruf nicht mehr nur mit Beistand, Versorgung und Pflege, Prophylaxe und Medizin. Sondern mit Überlastung, Unterbesetzung und Unterbezahlung. Mal im Ernst: Wer will einen solchen Beruf noch ausüben? Welchen Berufseinsteiger will man mit solchen Erwartungen begeistern? Wir nehmen das hin, wie wir vieles andere, ebenso Katastrophale hinnehmen, schießen unser Leistungsverweigerungsrecht in den Wind, machen weiter, für die Patienten, für die Kollegen. Denn irgendwie hielt die Betonmauer ja meistens noch. Aber die Damnbrüche und Kapitulationserklärungen häufen sich. Situationen, die eine Schwester Antje zum Heulen bringen, waren keine Ausnahmen mehr. Und auch kein Geheimnis.

Nur interessiert hat es eben kaum jemanden. Zumindest nicht, bis Corona kam. Eine Pandemie fegte heran und schuf plötzlich auch vermeintlich einen Wendepunkt: Menschen standen abends am Balkon und klatschten. Für uns. Ich fand das so schön, mich hat das so ergriffen. Ich habe wirklich gedacht, jetzt werden wir mal gesehen, jetzt nehmen die Menschen endlich wahr, was wir machen, was uns fehlt. Dass unsere Arbeit wichtig ist. Plötzlich war es sogar mehr als wichtig, es war »systemrelevant«. Es hat sich unglaublich gut angefühlt.

Während ich dieses Buch schreibe, bestimmt Corona noch in großen Teilen unser Leben. Mit der Anerkennung war es allerdings ebenso schnell, wie es eingesetzt hatte, auch wieder vorbei. Das Klatschen in den Straßen war noch nicht verhallt, da ging es uns hintenrum schon wieder an den Kragen: Personaluntergrenzen, gesetzliche Vorgaben darüber, dass eine Pflegekraft nur eine bestimmte Anzahl von Patienten betreuen darf, das war eine gerade erst neue – wenn auch lückenhafte – Errungenschaft: ausgesetzt. Wege für Zwölf-Stunden-Schichten: offen. In der Diskussion: Zwangsrekrutierung von Personal, das aus guten Gründen der Pflege den Rücken gekehrt hatte. Und dazwischen die vielleicht besonders infamen Beschlüsse: ausgehebelte Quarantänemaßnahmen für das Pflegepersonal. Einerseits waren wir so nah dran an den Infizierten, andererseits oft so dermaßen schlecht geschützt. Ein vermeidbarer Fehler, wie man schon bald wusste, wenn man rechtzeitig für ausreichend Schutzmaterial gesorgt hätte. Ein vermeidbarer Fehler, den wir mit der Gesundheit oder sogar unserem Leben bezahlen sollten.

Wir waren schlecht geschützt, konnten uns also leicht anstecken, aber selbst in dem Fall sollten wir bloß nicht allzu lange fernbleiben. Die Quarantänezeit für Krankenpflegepersonal deutlich zu verkürzen war aus Sicht des Robert-Koch-Instituts akzeptabel. Man wusste halt nur allzu gut, dass das System kollabiert, wenn nur ein paar von uns ausfallen.

Bei der Arbeit waren wir also weiter gerne gesehen, woanders eher nicht. Manche Arbeitgeber sprachen die Anweisung aus, von anderen Wegen als denen in die Klinik und zurück abzusehen. Arbeiten ja, einkaufen lieber nicht. Und wo es nicht der Arbeitgeber empfahl, taten es manche Mitbürger. Ich selbst bin aufgefordert worden, eine Drogerie zu verlassen, nachdem mich jemand aus einem *SPIEGEL*-Beitrag erkannt hatte, in dem ich mich als Krankenschwester zu den Arbeitsbedingungen während der Pandemie geäußert habe. Und ich weiß, dass ich nicht die Einzige bin, der so etwas passiert ist.

Wir waren Helden und Menschen zweiter Klasse gleichzeitig, das muss man erst mal hinkriegen. Während Konzerne unbürokratisch mit Millionen gerettet wurden, durften wir zugucken, wie man einen einmaligen Sonderbonus für uns erst wochenlang diskutierte und dann kleinlich ausrechnet, wer ihn nun wirklich verdient hatte und wer nicht. Das war mehr als nur zynisch, es hat richtig wehgetan. Diese Diskussion hat uns noch einmal deutlich gezeigt, welchen Wert man uns beimisst, unserer Arbeit, aber auch den Kranken in unserer Gesellschaft, den Menschen, die Hilfe brauchen, die auf uns angewiesen sind.

Die meisten von uns sind natürlich trotzdem weiter in die Krankenhäuser und Pflegeheime gegangen. Es ist sogar ein neuer Geist entstanden in dieser Zeit in machen Einrichtungen, Zusammenhalt, eine Art Aufbruch. Mitten im Trümmerhaufen haben wir noch die letzten Kräfte mobilisiert, haben angepackt und waren entschlossen, diese Krise zu stemmen. Vermutlich ging das, weil Krise für uns halt auch Normalzustand ist. Die Corona-Pandemie hat uns eigentlich gar nicht wirklich in eine Ausnahmesituation gebracht, wir haben schon vorher bis zum Hals in einer gesteckt.