



1



2



3



4



5



6



7



8

Bildnachweise 1 © georgerudy/stock.adobe.com – Stock Photo. Posed by a model; 2 © luckybusiness/stock.adobe.com – Stock Photo. Posed by a model; 3 © contrastwerkstatt/stock.adobe.com – Stock Photo. Posed by a model; 4 © satyrenko/stock.adobe.com – Stock Photo. Posed by a model; 5 © Silvia Beres/stock.adobe.com; 6 © Kadmy/stock.adobe.com; 7 © js-photo/stock.adobe.com; 8 © saengsuriya13/stock.adobe.com – Stock Photo. Posed by a model

LEBEN IN DER PANDEMIE

Ein Jahr Corona – neun Menschen erzählen

Der März 2020 markiert für uns alle den Beginn einer Zeitenwende. kma hat mit Ärzten, Pflegekräften, Klinikmitarbeiterinnen und einer Patientin darüber gesprochen, wie sie das vergangene Jahr erlebt haben.

Jahr eins p.C. – das stand neulich irgendwo geschrieben. Auch wenn vielleicht manch einer darüber gestolpert sein mag – spätestens beim nochmaligen Hingucken war klar: p.C. = post Corona. Der Ausbruch der großen Pandemie 2020 markiert eine Zeitenwende, dividiert unsere Zeitrechnung in ein Davor und ein Danach.

„Es kam so plötzlich, mit so großer Wucht“, sagt einer der Menschen, die uns für unser Corona-Panoptikum von dieser Zeit, der ersten Zeit p.C., erzählt haben. Uns hatte interessiert: Was haben sie gedacht, die Menschen im Gesundheitswesen, die – von Berufs wegen – mit der großen Seuche zu tun haben? Die den Ausbruch bewältigen mussten, mit all den Überraschungen, all den nicht vorhersehbaren Problemen? Und die durchhalten, bis heute einen langen Atem beweisen mussten? Wie sind sie Veränderungen angegangen? Was haben sie erliden, erdulden, erfinden müssen? Was hat sie erschauern lassen, was besonders

erschöpft? Worin fanden sie Stärke und Antrieb? Und was macht ihnen – auch heute noch – Sorgen?

Wir haben sie also gefragt: Pflegekräfte, Ärzte, Klinikmanager, Mitarbeitende aus Labor, Reinigung und Physiotherapie. Auch eine Patientin lässt uns teilhaben an ihren Erfahrungen, die nichts anderes als erschüttern. Nein, Corona ist nicht auf die leichte Schulter zu nehmen, das lässt sich aus den Corona-Protokollen der Befragten herauslesen. Nicht leichtzunehmen für die eigene Gesundheit, nicht leichtzunehmen für das Gesundheitswesen.

Die Branche wird noch viel ächzen, noch viel lernen, viel arrangieren und motivieren müssen. Doch vielleicht, irgendwann, werden wir p.C. endlich anders lesen können. p.C. – post Corona – als einen Marker für den Beginn jener Zeit, nachdem wir Corona endlich überwunden haben werden. —

Romy König
Freie Journalistin

» **Kliniken durch eine Pandemie zu steuern bedeutet vor allem, durch schwer einsehbares Gelände zu navigieren.**«

Jan Müller, Geschäftsleiter des Paracelsus-Klinikums Sachsen

DIE WUCHT DER VERÄNDERUNG



Jan Müller ist Geschäftsleiter des Paracelsus-Klinikums Sachsen, eines regionalen Krankenhaus- und Rehaverbunds mit fünf Standorten.

Kliniken durch eine Pandemie zu steuern bedeutet vor allem, durch undurchsichtiges, schwer einsehbares Gelände zu navigieren. Prognosen? Sind schwierig. Das haben wir spätestens gemerkt, als wir im Januar kurzzeitig, optimistisch wie wir waren, wieder in den Normalbetrieb geschaltet haben. Die Infektionszahlen sahen über Tage hinweg rückläufig aus, an einem Montag verkündeten wir die Rückkehr in den Regelbetrieb – nur um einen Tag später, die Zahlen der Erkrankten waren über Nacht in die Höhe geschnellt, alle elektiven Patienten wieder nach Hause schicken zu müssen.

So eine Entscheidung kann man als Fehler sehen. Vielleicht war es auch einer. Aber ich sage auch: In einer derartigen Ausnahmelage wie einer Pandemie lässt sich ein solcher Fehltritt nicht gänzlich verhindern.

Die drei Akutkliniken im Vogtland, für die ich – mit einem Kollegen zusammen – zuständig bin, versorgen etwa die Hälfte der Bevölkerung in diesem 230 000 Einwohner zählenden Landkreis. Deshalb hat uns die Wucht der Veränderung in der zweiten Welle im Herbst besonders getroffen: Wir mussten Platz schaffen für Covid-Patienten, räumten eine ganze Klinik für die reine Covid-Versorgung frei. Unsere Fallzahlen in der Regelversorgung sind zeitweise auf 30 Prozent des normalen Volumens eingebrochen, das ist wirtschaftlich schwer aufzufangen.

Und dann der Druck auf die Mitarbeitenden – der ist auch für mich als Klinikmanager und Vorgesetzter schwer auszuhalten. Wir haben einen Telefonservice zur psychologischen Beratung eingerichtet, was, so höre ich, auch angenommen wird, haben in der Weihnachtszeit Naschereien und Geschenkkörbe unter den Mitarbeitern verteilt, als kleines Dankeschön. Darüber hinaus haben wir früh angefangen, Schutzkleidung zu bestellen, dafür später auch höchste Preise auf dem Weltmarkt gezahlt – einfach, weil wir unsere Mitarbeitenden, ebenso wie unsere Patienten, vor Ansteckung schützen wollen. Genutzt hat es nur zum Teil: Zeitweise waren in einer Einrichtung mehr als 15 Prozent der Belegschaft mit dem Virus infiziert.

Während heute, Anfang März, auf den Normalstationen eine leichte Entspannung eingetreten ist, wir in reduziertem Rahmen wieder Regelversorgung leisten können, ist die Situation auf den Intensivstationen anhaltend angespannt. Was habe ich im Winter, in der Glatteis-Saison, gezittert, dass wir bitte nicht so viele Unfallpatienten reinbekommen, die im Zweifel auch intensivmedizinische Hilfe benötigen. Nicht selten mussten Notfälle im letzten Jahr

schon aus der Region in andere Bundesländer gefahren oder geflogen werden, weil hier einfach kein Platz mehr für sie war, die Kliniken nicht ausreichend Intensivpflegekräfte hatten.

Also nein, viel prognostizieren kann man in dieser Zeit nicht. Doch ich ahne, auch mit Blick auf die Mutanten: Was wir erlebt haben, ist erst der Anfang. Heute ist der Inzidenzwert in unserem Landkreis auf 230 gestiegen. Und von den 56 Intensivplätzen sind noch genau sechs frei. ■

Protokoll: Romy König

VIELE PATIENTEN BLEIBEN FERN



© Iris Maurer / Klinikum Saarbrücken

PD Dr. Andreas Binder ist Chefarzt der Klinik für Neurologie, Klinikum Saarbrücken.

Wie schnell das ging: Eben noch, es war Anfang Februar, war ich mit meiner Tochter im Skiurlaub, volle Züge, Menschenmengen – und wenige Wochen später nur erleben wir diese völlige Ausnahmesituation einer Pandemie. Die Explosivität, dieser starke Wechsel von normal und altgewohnt hin zu surreal und bedrohlich hat mich überrascht, vielleicht sogar etwas schockiert.

Doch in Schockstarre zu verfallen, hätte uns nicht weitergeholfen. Wir mussten handeln. Mussten in unserem Krankenhaus und auch speziell in meiner Klinik für Neurologie unserem Auftrag eines Maximal- und Akutversorgers gerecht werden. Wir passten also unser Hygienemanagement immer wieder an, wodurch jedoch Kapazitäten eingeschränkt werden mussten, und wir überlegten uns Konzepte zur Aufnahme zum Schutz von Patienten und der Mitarbeiter.

Was mir bis heute Kopfzerbrechen bereitet ist, dass Corona so viel Raum einnimmt. Sicher, es ist wichtig, dass wir der Gefahr ausreichend begegnen. Aber wir müssen aufpassen, dass wir andere ebenso wichtige Dinge nicht aus den Augen verlieren! Wir in der Neurologie müssen doch die verschiedensten Krankheiten im Blick behalten, uns stets über neue Behandlungsmöglichkeiten informieren und austauschen – das liegt nun fast brach, digitale Möglichkeiten ersetzen das nur unzureichend. Dann das große Feld der Studentenaus- und Ärzteweiterbildung – ein Bereich, der mir sehr am Herzen liegt –, ob es Kongresse sind oder interne Zusammenkünfte, ob es die Ausbildung der Assistenzärzte ist, das gibt es nun alles nicht mehr so wie bisher. Wie will ein Student ein Gespür für den Patienten entwickeln, wenn der Unterricht digital abläuft, ohne Patientenkontakt?

Und ich Sorge mich um die Patientinnen und Patienten. Um jene nämlich, die wir nicht sehen, nicht erreichen. Wussten Sie etwa, dass in den letzten Monaten die Rate der leichteren Schlaganfälle um 15 Prozent gesunken ist? Nun dürfen Sie nicht glauben, dass es wirklich – wie durch Zauberhand – weniger Schlaganfälle gab. Nein, diese Menschen kommen einfach trotz leichter Symptome nicht mehr zu uns. „Ach, der Arm war gestern etwas taub, aber heute geht es ja schon wieder. Lieber also nicht ins Krankenhaus gehen, am Ende infiziere ich mich da noch.“ Ja, ich vermute, so denken viele. Das ist fatal – und betrübt mich. Ebenso, dass die Kollegen der operativen Fächer viele elektive Eingriffe verschieben mussten. Oder die Patienten sie ihrerseits abgesagt haben, aus Angst vor Ansteckung.

„Ich Sorge mich um die Patientinnen und Patienten. Um jene, die wir nicht mehr sehen und erreichen.“

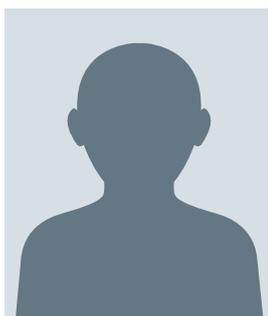
PD Dr. Andreas Binder, Chefarzt, Klinikum Saarbrücken

Und wir erreichen sie ja auch nicht mehr wie bisher. Sonst haben wir Infostände in der Fußgängerzone aufgebaut, hier über Schlaganfallfrüherkennung aufgeklärt oder Publikums-Talks veranstaltet. Alles nicht mehr möglich.

Was Corona schließlich angerichtet hat, wie sehr diese Pandemie uns wirklich in all den Monaten beschnitten, ja, auch geschadet hat – das werden wir erst sehen, wenn sie vorüber ist. Hoffentlich bald. ■

Protokoll: Romy König

TOLLE GEGENSEITIGE UNTERSTÜTZUNG



Andreas Buck ist Intensivpflegekraft in Berlin.

Dort, wo ich zuletzt auf der Covid-Station gearbeitet habe, lagen ab Ende Oktober 2020 Covid-Patienten auch zentriert in einem provisorischen Ausweichbau: ein vierstöckiges, U-förmiges Gebäude. Der Gebäudekomplex wurde hierfür umfunktioniert mit insgesamt 80 Betten, die auf 120 Betten hätten hochgefahren werden können. Als ich Mitte November dorthin kam, war es immer noch ein Provisorium mit zu wenig Steckdosen, überall lagen Kabel und standen Kisten rum. Du kennst so gut wie keinen Kollegen, der dort tätig war, du kennst die Situation nicht, du kennst das Krankheitsbild des Patienten nicht – das war wirklich eine krasse Belastung. Und du musst in der Situation noch jemanden einarbeiten. Denn: Es ist schön, so eine große Covid-Intensivstation zu haben, aber es braucht auch Personal – und dass, obwohl ja auch schon vor Corona die Personalsituation knapp war. Wir waren also

immer zu zweit auf Intensivstation im Einsatz. Das bedeutete, eine Intensivfachpflegekraft und eine Pflegekraft aus einem anderen Bereich, die angelernt wurde. Ziel war, diese möglichst schnell in die Lage zu versetzen, Teile der Versorgung zu übernehmen. Das hat auch sehr gut funktioniert, auch wenn es für uns Pflegefachkräfte eine enorme zusätzliche Herausforderung war. Was ich in der Zeit besonders schön fand, ist, dass alle – auch wenn sie sich nicht kannten – zusammengearbeitet haben, alle haben sich geholfen, die Stimmung war gut. Wir sind zwar fast nach Hause gekrochen, haben ohne Pause durchgearbeitet, aber der Zusammenhalt war schon erstaunlich. Und es war für mich schön zu sehen, dass es auch Corona-Patienten gab, die nach einiger Zeit extubiert werden konnten und Corona gut überstanden haben. Wenn wir diese Patienten wieder auf Normalstation verlegen konnten, das war ein schönes Gefühl, trotz all des Stresses.

Ich nehme positiv aus dieser Zeit mit, dass man es unter Stress hinbekommt, dass sich fremde Leute so zusammenraufen, dass es echt gut funktioniert. Das hat mich nachhaltig beeindruckt. Und was ebenfalls beeindruckend für mich in der Retrospektive ist, dass da trotz all des Stresses und der Umstände keine wirklichen Fehler passiert sind. Ich denke, das hängt auch damit zusammen, dass da nur Leute waren, die sich darauf eingelassen haben und das machen wollten. Es war ja alles freiwillig. Alle unschönen Begleitumstände und das bürokratische Drumherum waren in der Zeit einfach mal außen vor, es ging nur darum, die Patienten gut zu versorgen. Die Leitung hat das auch grandios gemacht. Die beiden Jungs haben da einen Motivationszirkus abgezogen, das war wirklich toll. Sie sind auch in ihrer Freizeit gekommen, wenn wir Probleme hatten. Wir werden nun nach und nach alle abgezogen, aber die Arbeit dort hat uns so zusammengeschweißt, dass viele traurig

sind, dass es jetzt vorbei ist. Ich selbst gehe auch mit einem lachenden und einem weinenden Auge wieder an meinen eigentlichen Standort zurück. Ich denke, Corona hat viele Sachen wie ein Brennglas fokussiert: Es hat mir gezeigt, welche Sachen wirklich wichtig und welche nur nice to have sind. ■

Protokoll: Alexandra Heeser

NOCH IMMER TRAUMATISIERT



Ehemalige Covid-19-Patientin (anonym, Name ist der Redaktion bekannt)

Meistens ist es ja etwas Schönes, zu den Ersten zu gehören. Beim Sport, an der Supermarktkasse, in der Warteschlange bei der Post. Regelmäßig aber zu hören zu bekommen, und das über Monate hinweg: „Sie sind mein erster Corona-Patient!“, das nervt doch gewaltig.

Tatsächlich gehörte ich mit meiner Covid-19-Erkrankung zu den ersten in Deutschland, vor allem zu den ersten, die intensivmedizinisch behandelt werden mussten. Das Virus war noch so weit weg, im März 2020, so etwas Exotisches, dass selbst mein Hausarzt sich nicht weiter sorgte, als ich mich wegen Husten und höherem Fieber bei ihm meldete. „Waren Sie in China?“, fragte er mich, „oder Skifahren?“ Ich verneinte – und bekam eine Krankschreibung. Selbst als mein Mann mich drei Tage und zahlreiche Hustenanfälle später zur Praxis fuhr, den Arzt zwang, raus zu kommen und mich – im Auto sitzend – zu untersuchen, lautete die Verdachtsdiagnose: Bronchitis oder Lungenentzündung. Tage später nahm meine Atemnot derart zu,

dass ich ins Krankenhaus kam. Hier wurde ich recht bald ins künstliche Koma versetzt und beatmet.

Meine letzte Erinnerung ist, dass ich geröntgt werden sollte, mir aber partout die Beine versagten. Und an diesen sorgenvollen Blick des Oberarztes: „Ich schaue mir das jetzt noch genau eine Stunde an mit Ihnen – und dann intubiere ich.“ Und an die eigene Angst: positiver Corona-Befund, diese Luftnot – werde ich jetzt ersticken?

Drei Wochen lag ich im künstlichen Koma. Drei Wochen, in denen meine Familie schlimmste Ängste um mich ausstehen musste. Mein Mann, der, selbst infiziert, in Quarantäne ausharren musste; meine älteste Tochter, die mit ihrer eigenen Infektion, die einen leichteren Verlauf nahm, im gleichen Krankenhaus lag wie ich. Und die Jüngste, die eine Telefonkette am Laufen hielt, damit jede Neuigkeit über meinen Zustand – oder sei es auch nur die tägliche Beruhigung, dass ich noch lebte – alle Verwandten und Freunde erreichte. Wir sind heute noch alle traumatisiert von dieser Erfahrung.

Überhaupt – heute. Covid-19 ist nichts, was einfach überwunden, einfach weg ist, wie ein Schnupfen oder ein Beinbruch. Nach dem Erwachen konnte ich mich kaum bewegen, meine Muskulatur fühlte sich an wie gekochte Spaghetti, ich konnte lange nicht richtig sprechen, war dösiger im Kopf. Ich habe seither viel an mir gearbeitet, konnte irgendwann meine Zahnbürste wieder selber halten, mein Brötchen aufschneiden. Mühsam habe ich mit einem Rollator wieder laufen gelernt, mit einer Logopädin übe ich heute noch das bewusste Atmen und Sprechen, verfallende, wenn ich nicht aufpasse, wieder in eine ungesunde Schonatmung.

Ein halbes Jahr nach der Infektion ging ich in eine Reha-Klinik, und zwar ganz gezielt in eine der wenigen, in denen schon zig andere Corona-Patienten behandelt wurden und werden. Diesen Ausspruch „Sie sind meine erste Corona-Patientin!“ wollte ich einfach nicht mehr hören. Doch vor allem suchte ich: Austausch. Wie erleichternd,

endlich zu hören, wie es anderen mit der Erkrankung ergeht.

Aber auch heute noch arbeite ich mit einem Psychologen an etwas, das er „Angst vor Kontrollverlust“ nennt. Das Wissen, dass ich drei Wochen lang nicht Herr oder Frau meiner selbst, anderen einfach ausgeliefert war, das erreicht mich erst jetzt so richtig. Ich bin zum Beispiel eine furchtbare Beifahrerin geworden, schrecke auch in den ungefährlichsten Verkehrssituationen auf und kralle mich an der Tür fest. „Fahr lieber selber“, sagt mein Mann dann.

Dann verfolgen mich auch noch diese Alpträume: Ich durchlebe darin lebensgefährliche Situationen, nicht immer, aber auch manchmal im klinischen Setting. In der Anfangszeit bin ich während der geträumten Schrecksituation aufgewacht. Heute befreie ich mich noch im Traum daraus. „Das ist ein Fortschritt“, sagt mein Psychologe. ■

Protokoll: Romy König

UNTER DEN MASKEN BEKOMMT MAN SCHLECHT LUFT



© Caritas-Klinik Maria Heimsuchung Berlin-Pankow

Beate Oldenburg arbeitet als Reinigungskraft in der Caritas-Klinik Maria Heimsuchung in Berlin-Pankow – seit fast 21 Jahren. Die 52-jährige ist bei Dussmann Service beschäftigt und stellvertretende Objektleiterin.

Wir Reinigungskräfte arbeiten jetzt immer unter Vollschutz, wenn wir ein Zimmer eines Covid-19-Patienten reinigen – mit Kittel,

Haube, Maske und Schutzbrille, um uns und die Patienten zu schützen. Immer, wenn wir in ein anderes Zimmer gehen, ziehen wir uns um, bis zu 23 Mal in einer Schicht. Das schlaucht, und man schwitzt. Wenn ich in ein Zimmer komme, drehe ich meist erst einmal die Heizung runter und öffne die Fenster. Besonders belastend sind die FFP2-Masken. Unter denen bekommt man schlecht Luft, sie scheuern mit der Zeit auf der Haut.

Mein Dienst beginnt um 5 Uhr, Feierabend ist gegen halb eins, wenn ich als Teamleiterin im Einsatz bin, wird es auch mal länger. Danach bin ich wie gerädert und habe auch zuhause keine Lust mehr, noch etwas zu unternehmen. Ich reinige normalerweise in der gesamten Klinik, auf Station, im OP oder die ITS. Momentan übernehme ich aber hauptsächlich die Schlussdesinfektion der Zimmer, wenn die Covid-19-Patienten sie verlassen haben. Zu Patienten habe ich deshalb gerade wenig Kontakt. Wenn doch, reden wir über Belangloses, auf jeden Fall nicht über Corona, und manchmal versuche ich ein Späßchen. Aber viele wollen gar nicht reden.

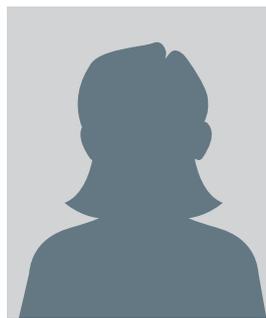
Die Schlussdesinfektion dauert bis zu einer Stunde, für belegte Zimmer haben wir weniger Zeit. Die Bettwäsche kommt in einen gesonderten Sack, damit sie speziell gereinigt werden kann, und dann wird das ganze Zimmer desinfiziert – die Betten, aber auch alle Wände und Türen, die Schränke, jeder Bügel. Auch im Bad seifen wir alles komplett ein. Regelmäßig desinfizieren wir auch die Rettungsstelle und immer wieder den Fahrstuhl, der speziell für Corona-Patienten genutzt wird.

Ich zeige das nicht so, doch etwas mehr Angst habe ich bei der Arbeit jetzt schon. Wir haben zwei Kolleginnen, die infiziert waren. Zwar ist bei ihnen alles gut verlaufen, aber selbst erleben möchte ich das nicht. Auch mein Mann macht sich Sorgen, das merke ich, obwohl er nicht darüber redet. Aber ich bin hier gut aufgehoben. Wir werden regelmäßig getestet, seit Mitte März bin ich auch geimpft. Meine Arbeit macht mir trotz allem Spaß, da ist aber auch immer

die Sorge, ob ich alles richtig gemacht und auch wirklich nichts vergessen habe. Bisher hat sich aber noch niemand beschwert. Unsere Verantwortung ist schon groß, doch das ist ganz normal und war auch vor Corona so. Wir waren schon vorher sehr gründlich. Ein richtiges Danke habe ich dafür von Patienten noch nicht gehört. Ich erwarte das nicht – aber es wäre schon mal ganz nett. ■

Protokoll: Jens Kohrs

WIR LABORFACHKRÄFTE WERDEN NIE ERWÄHNT



Karin Thiele ist MTA und Bereichsleitende Technische Assistenz im Interdisziplinären Labor der Universitätsmedizin Göttingen.

Ein bisschen, das gebe ich zu, erschrickt man ja immer noch, wenn man im Labor das Ergebnis eines PCR-Tests plötzlich in den Händen hält: positiv. Wenn man weiß oder zumindest sehr stark davon ausgehen muss, dass hier vielleicht ein Mitarbeiter oder ein Patient im eigenen Krankenhaus tatsächlich Sars-CoV-2 in sich trägt.

Dabei sind positive Befunde, auch zu anderen schwerwiegenden Krankheiten, in unserem klinikeigenen Labor nichts Seltenes. Schätzungsweise 350 bis 400 Proben nehmen wir tagtäglich an, seit letztem Jahr auch immens viele Sars-CoV-2-Abstriche. Die genaue Menge zählen wir nicht, aber allein an dem Volumen, das unser Diagnose-Vollautomat, den wir letztes Jahr wegen der Pandemie bekommen haben, leistet, lässt sich die Masse ablesen: 94 Proben schafft er pro Lauf, pro Tag läuft er fünf, manchmal auch sechs oder sieben Mal.

Die höhere Arbeitsbelastung mussten wir natürlich auffangen: So haben wir Spätschichten eingeführt, Rufbereitschaften, gar Wochenenddienste. Seit letztem Sommer greift uns unser Notfalllabor unter die Arme und übernimmt Analysen, andere Kollegen aus dem Haus springen in Teilzeit ein. Auch studentische Hilfskräfte haben wir eingestellt, um der Lage Herr zu werden.

Mit der Angst, uns selbst anstecken zu können, müssen wir natürlich umgehen können. Geübte und mittlerweile routinierte Handgriffe, ordentliche Schutzkleidung und die Arbeit unter einem Air Flow, einer Art Luftabzug, geben uns Sicherheit. Doch was mich wirklich stört, ist, dass wir Laborfachkräfte bei den ganzen Diskussionen im Land um Impfgruppen schier übergangen wurden. Zumindest wurden wir nie erwähnt. Man hat über Ärzte gesprochen, über Pflegekräfte – aber hey, wir Laborkräfte sind doch auch nah dran am Virus! Denkt mal einer auch an uns? Vor kurzem hat sich unsere Abteilungsleitung für uns ausgesprochen. Das finde ich gut, aber ob es etwas hilft, weiß ich nicht. ■

Protokoll: Romy König

„Ich zeige das nicht so, doch etwas mehr Angst habe ich bei der Arbeit jetzt schon. Wir haben zwei Kolleginnen, die infiziert waren.“

Beate Oldenburg, Reinigungskraft, Caritas-Klinik Maria Heimsuchung in Berlin-Pankow

WIR VERSUCHEN, POST-COVID-PATIENTEN ZU HELFEN



© A. Erpenbeck/Scheming

Carina Scheming arbeitet als Physiotherapeutin im Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen (NZN).

Es soll ja immer noch Leute geben, die Covid-19 als eine reine Viruserkrankung sehen, als eine Krankheit der Atemwege. Es soll sogar immer noch Leute geben, die Corona mit einer simplen Grippe vergleichen. Denen sag ich: Ihr müsstet einmal sehen, was ich gesehen habe, dann würdet ihr anders denken.

Seit dreieinhalb Jahren arbeite ich als Physiotherapeutin in einer neurologischen Abteilung, habe hier täglich mit Schlaganfallpatienten zu tun, therapiere Menschen mit Multipler Sklerose, ALS – und Corona-Patienten. Und ich möchte betonen: Post-Covid-Folgen sind von den Krankheitsbildern der anderen Fälle, auch in der Schwere, kaum zu unterscheiden.

Da gibt es Patienten, die schon allein infolge der Infektion extrem an Kraft und Ausdauer verloren haben oder solche mit einem Kurzzeitgedächtnis ähnlich dem eines 90-jährigen Demenzkranken. Und dann gibt es natürlich jene, die von der Behandlung

selbst, dem wochenlangen Liegen vor allem auf dem Bauch während der künstlichen Beatmung, spastische Paresen entwickelt haben, einen Arm nicht mehr bewegen oder ihre Beine nicht mehr spüren können. Oder auch diesen Mann, gerade knapp über 40, der Corona noch im September einigermaßen gut überstanden hatte, sogar wieder beruflich in die Vollen gegangen, fast beschwerdefrei war – und dann innerhalb weniger Tage nicht mehr aufstehen konnte. Querschnittslähmung durch Corona – so die Diagnose.

Wir versuchen, diesen Menschen in unserem Therapiezentrum – es fasst 25 Betten – so gut wie möglich zu helfen. Die Mobilisation ist ja das Wichtigste, ebenso das Kräftigen der Ausdauer. In unserer „Muckibude“, wie unsere Patienten den Sportraum getauft haben, trainieren sie auf dem Laufband, dem Fahrrad oder an der Sprossenwand, bewegen Hanteln und arbeiten auch viel in Gruppen. Umso schwerer trafen uns die neuen Hygienebestimmungen: Seit Ausbruch der Pandemie dürfen nur noch sechs Patienten gleichzeitig hier trainieren, wo früher auch mal 25 Leute beisammen waren. Und sie müssen, bis auf Ausnahmen, alle Masken tragen, so wie wir natürlich auch.

Auch wenn ich vor Kurzem in die Pflege unseres Zentrums gewechselt bin – den Kontakt zu den Covid-19-Patienten habe ich hier natürlich weiterhin. So etwa zu dem 83-jährigen, der nach einer Corona-Infektion halbseitig gelähmt im Rollstuhl saß und den ich als lieben, aber sehr traurigen, gar suizidalen Menschen kennengelernt hatte. Wir haben viel mit ihm gearbeitet, ihn wieder mobilisiert. Als er Anfang Januar schließlich

entlassen wurde, konnte er nicht nur eine gute Strecke am Rollator alleine gehen; er tat auch etwas, das ich bislang nicht an ihm gesehen hatte: Er lachte. ■

Protokoll: Romy König

WIE EIN KANINCHEN AUS DEM HUT



© Christian Lietzmann/Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken

Jürgen Schäfer ist Geschäftsführer der Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken. Der gelernte Personalfachwirt und (Lehr-)Rettungsassistent leitet den zentralen Krisenstab des Gesundheitskonzerns Agaplesion.

Als Notfallexperte im Gesundheitswesen ist man einiges gewohnt, so auch ich: Jahrelang kümmert sich niemand um uns und unsere Belange, scheinen Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Gefahrenabwehr wenig beachtet und keiner ausreichenden Finanzierung wert. Doch sobald irgendwo ein Terroranschlag passiert, sobald in unserem Land eine Fußball-WM stattfindet, sind wir plötzlich Mode und werden wie ein Kaninchen aus dem Hut gezaubert.

Corona kam Ende Februar in mein Leben, als ich beauftragt wurde, einen konzernweiten Krisenstab einzurichten. Das war gut gedacht, denn: Eine solche weltweit um sich greifende Epidemie lässt sich in einem Gesundheitsverbund unserer Größe nur mit einem Krisenstab bewältigen.

Natürlich hatten wir sogenannte Krankenhauseinsatzpläne, die wir für einen solchen Fall aus der Schublade holen konnten, hatten

” Was ich mir wünsche? Dass der Katastrophenschutz in Kliniken besser finanziert würde.“

Jürgen Schäfer, Geschäftsführer der Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken

Trainings mit Blick auf Ebola- oder Influenza-Ausbrüche absolviert. Der Unterschied hier war aber die – schon von vornherein absehbare – Dauer der Gefahrenlage. Während ein Krisenstab bei einem Hochwasser, einem Waldbrand oder einem normalen Grippeausbruch vielleicht zwei bis drei Monate seinen Job zu machen hat, würde uns die Pandemie länger beschäftigen.

Mir war ebenso schnell klar: Dies ist kein Job für nur ein oder zwei Leute. Wir haben also sowohl auf Konzernebene als auch für alle unsere Einrichtungen Krisenstäbe einberufen und dafür mehrere Vertreter aus verschiedenen Bereichen zusammengetrommelt: Hygiene, Medizin, Pflege, Technik, Einkauf, IT, Unternehmenskommunikation und Seelsorge – eine multiprofessionelle Gruppe, deren Mitglieder, das war mir wichtig, auch unterschiedliche Persönlichkeitstypen repräsentierten. In einem Krisenstab brauchen Sie die empathischen Charaktere ebenso wie die logisch-rationalen Köpfe, muss schließlich Seelsorge ebenso erfolgen wie beherztes, analytisches Handeln.

Ein Krisenstab arbeitet auf Sicht, reagiert situativ, das liegt im Wesen der Sache, die wir „Lage“ nennen. Die Situation kann sich jeden Tag ändern, längerfristige Pläne haben oft keinen Sinn. Man läuft ja ohnehin hoffentlich immer nur vor der Pandemie her. Und: Auch wenn es sich um eine fest aufgestellte Gruppe handelt, entscheidet der Stabschef, der in unserem Fall der Leiter der zentralen Notaufnahme ist, je nach Komplexität der Lage, wie viele und wen er für die Maßnahmen braucht. So wird nicht unnötig Personal gebunden.

Entscheidungen eines Krisenstabs erfolgen teilweise autokratisch. Liebevoll geführte Diskussionen werden auch mal knallhart abgebrochen, wenn nötig. Das mag in unserer demokratiegeübten Welt seltsam anmuten, für manchen auch schwer zu verdauen sein – aber es ist immer wieder das Richtige, wenn es um schnelle Entscheidungen geht, die Menschenleben retten können. Im Zweifel darf der Stabschef die Klinik-Cafeteria schließen oder gar ganze

Stationen verlegen. Wenn die Gefahrenlage es erfordert, um Leib und Leben zu schützen, braucht er keine Erlaubnis der Geschäftsführung, hierfür ist im Nachgang immer noch Zeit. Um die Mitarbeitenden zu informieren, haben wir einen Ticker eingerichtet, der mehrfach wöchentlich über Entscheidungen berichtet und Transparenz schafft.

Was ich mir wünschen würde? Dass der Katastrophenschutz in Kliniken besser und systematischer finanziert würde, dass wir nicht erst dann Wertschätzung und Aufmerksamkeit erhielten, wenn eine Gefahrensituation droht. Uns wie ein Kaninchen aus dem Hut zu ziehen – das geht, wie jeder Zaubertrick, meistens gut. Aber was, wenn einmal nicht? ■

Protokoll: Romy König

MAN MERKT, WORAUF ES ANKOMMT



Daniela Chiarla arbeitet als Intensivpflegekraft in Genua in Italien.

Ich arbeite auf der Intensivstation im Bereich mittlerer Intensität – wo Patienten mit Sauerstoffmasken und -Helmen beatmet werden, solange ihre Sauerstoffsättigung nicht zu niedrig ist und man sie intubieren und in ein künstliches Koma versetzen muss. Im Gegensatz zur ersten Welle waren ich und meine Kolleginnen und Kollegen in der zweiten Corona-Welle besser vorbereitet. Der Wandel von einer halbleeren Station mit unkritischeren Fällen hin zu sehr vielen kritischen Patienten war also etwas weniger schockierend – etwa was die Entscheidung

betrifft, ansonsten kritische Fälle auf Normalstationen verlegen zu müssen, um mehr Platz für wirklich kritische Fälle zu schaffen. Trotzdem sind die schlimmsten Erfahrungen nach wie vor, Menschen zur Seite zu stehen, von denen man weiß, dass sie zum Tode verurteilt sind. Covid-19 ist eine sehr heimtückische Krankheit, wir haben also den Tod vieler Menschen begleitet, und das belastet einen sehr – vor allem, wenn es jüngere Leute zwischen 50 und 60 sind, die hier auf ihren eigenen Beinen ankommen und dann innerhalb einer Woche sterben.

Wenn Patienten es schaffen, nachdem sie einen Monat hier waren und dann tatsächlich von ihren Angehörigen abgeholt werden und nach Hause gehen – dann sind das berührende und auch die schönsten Momente für das ganze Team. Die guten oder schlechten Tage hängen oft aber von kleinen Dingen ab, selbst wenn es nur ein Patient ist, der sagt: Heute fühle ich mich besser. Abgesehen davon hat die Schutzkleidung das Arbeitsleben im Krankenhaus verändert. Die nonverbale Kommunikation – ein Blick, ein Lächeln – klappt nicht mehr. Man versteht auch nicht immer alles, was ich sage, weil meine Stimme durch die Doppelmaske und das Visier gefiltert wird. Dieser Aspekt hat die Art und Weise, wie Ärzteschaft und Krankenpflege miteinander in Beziehung treten, stark verändert. Auch für Patienten, denn wir sind für sie der einzige und letzte Kontakt mit der Außenwelt. Deshalb versuchen wir jetzt viel präsenter zu sein, zum Beispiel versuche ich, viel mehr mit ihnen in Kontakt zu treten und mehr auf sie einzugehen, denn sie brauchen das dringend. Körperlich ist man natürlich zerstört, wenn man da abends rauskommt. Wenn ich nach Hause komme, meide ich all die Nachrichtensendungen und Talkshows, in denen Leute viel Unsinn erzählen, denn die Realität im Krankenhaus ist eine andere. Man merkt, worauf es ankommt, wenn man hier arbeitet. ■

Protokoll: Martin Kucera