

---

# «Wenn man über Wochen alles tut, was man kann – und dann reicht es doch nicht»

Carmen Karde ist Pflegeexpertin am Universitätsspital Zürich und mitverantwortlich für drei Intensivstationen. Sie erzählt, wie Covid-19 den Alltag der Pflegefachkräfte verändert hat – und was ihr schon vor der Pandemie Sorgen machte.

Von [Philipp Albrecht](#), [Marie-José Kolly](#), [Olivia Kühni](#) (Text) und Tom Huber (Bild), 28.09.2021



«Viele Pflegefachleute brauchen jetzt in der vierten Welle noch mehr Kraft als zuvor, weil sie wissen: Es müsste nicht sein».

Sie haben vier Wellen erlebt, viermal an der Belastungsgrenze gearbeitet: die Männer und Frauen, die auf den Intensivpflegestationen Menschen betreuen, die schwer an Covid erkrankt sind. Nun stehen die Herbstferien an. Und die Befürchtung wächst, dass es erneut sehr eng werden könnte.

Viele Pflegefachleute sind erschöpft. Und viele von denen, die fernab von Spitälern arbeiten, wissen gar nicht so recht, wie deren Corona-Alltag aussieht. Denn Pflegenden erledigen in der Regel lieber effizient ihre Arbeit, statt öffentlich zu diskutieren. «Ich habe in letzter Zeit oft gedacht, dass wir vielleicht etwas mehr reden sollten», sagt Carmen Karde. «Über unsere Arbeit. Und darüber, wie es uns geht.»

Deshalb hat Karde zugesagt, als die Republik sie fragte, ob sie öffentlich über ihren Alltag sprechen würde. Sie ist als Pflegeexpertin

am Universitätsspital Zürich mitverantwortlich für drei Intensivpflegestationen. In ruhigeren Zeiten gehört es zu ihren Aufgaben, die Pflege im Haus weiterzuentwickeln, das Personal zu schulen – doch im Moment unterstützt sie auch am Bett, kümmert sich um hygienische Belange oder betreut Angehörige.

Wir treffen sie an einem Septembernachmittag auf einer Terrasse in der Nähe des Spitals. Karde spricht ruhig, offen, schnörkellos.

Hier ist ihr Bericht:

«Die Frühschicht beginnt um 7.05 Uhr am Morgen. Dann stehen wir zum Rapport zusammen und besprechen, was in der Nacht alles gelaufen ist. Wir entscheiden, welche Pflegefachperson für welche Patientin verantwortlich ist. Idealerweise betreut auf der Intensivpflegestation, der IPS, eine Pflegenden jeweils einen Patienten, aber das ist leider oft nicht möglich. Es fehlt schon in normalen Zeiten an Personal, seit Covid hat sich das zugespitzt. Es gibt keine Woche, in der wir nicht eine Kollegin bitten müssen, einzuspringen und auszuhelfen – die Leute sind erschöpft, fallen aus, werden krank.

Bevor wir dann zu den Patienten hineingehen, ziehen wir Maske, Brille und Überschutz an. Manche tragen auch eine Haube über den Haaren, weil sie sich so besser geschützt fühlen. Handschuhe tragen wir dann, wenn wir mit Körperflüssigkeiten in Kontakt kommen.

Eine Infektionskrankheit wie Covid-19 bedeutet zusätzlichen Aufwand. Wir brauchen mehr Zeit, um uns an- und vor allem später kontrolliert wieder auszuziehen. Überschutz aus. Brille weg. Dann die Hände desinfizieren. 30 Sekunden warten, bis das Mittel eintrocknet. Die Haube abnehmen, und wieder desinfizieren, und wieder warten. Maske, desinfizieren, warten ...

Diese Schritte müssen wir einhalten, sonst schleppen wir das Virus mit raus. Das bedeutet auch: Man kann nicht schnell aus der Station huschen und wieder zurück, um etwa abgenommenes Blut zur Analyse wegzubringen. Dafür braucht es eine weitere Person: Sie holt, was aus der Intensivstation getragen werden muss, damit wir uns nicht extra ausschleusen müssen. Wir versuchen gerade, unter anderem für solche Dienste Mitarbeiterinnen zu rekrutieren, die dann nicht unbedingt eine Intensivpflegeausbildung brauchen. Das würde uns alle entlasten.

Auf anderen Stationen haben sie ja ebenfalls mehr als genug zu tun, da können wir auch nicht einfach immer Leute abziehen zu uns. Auch wenn immer alle auszuhelfen versuchen, wo sie können.

## **Am Bett**

Patienten mit Covid-19 zu betreuen, ist anspruchsvoll. Es ist eine komplexe Krankheit, und die Menschen sind sehr pflegebedürftig. Aus verschiedenen Gründen. Da ist einmal das Drehen. Wenn jemand beatmet wird, drehen wir ihn zwei- oder dreimal pro Tag um. Das ist wichtig, weil die unteren Areale der Lunge sehr schlecht belüftet werden, wenn jemand auf dem Rücken liegt.

Für dieses Drehen braucht es jeweils sechs oder sieben Leute, die man zusammenholen muss: vier Pflegefachleute, ein Physiotherapeut, eine Ärztin. Wenn der Patient an ein ECMO – ein spezielles Herz-Lungen-Gerät, das wie eine künstliche Lunge funktioniert – angeschlossen ist, muss auch ein Kardiotechniker dabei sein. Je zwei Pflegenden auf beiden Seiten des Betts

wickeln den Patienten in ein Tuch ein. Der Physiotherapeut achtet auf die Körperlage, die Ärztin steht am Kopfende des Bettes und schaut, dass der Schlauch beim Drehen nicht aus der Luftröhre rutscht. Wenn die Patientin leicht ist, geht das schnell, aber es sind auch recht viele adipöse Menschen unter den Covid-Patienten. Dann dauert es länger – eine halbe bis eine Dreiviertelstunde.

Das Hauptproblem aber ist, dass nach dem Drehen oft der Kreislauf des Patienten abstürzt und die Beatmung wieder angepasst werden muss. Dann muss man ihn etwa eine halbe Stunde lang eng überwachen, vielleicht manche Medikamente anpassen, bis Blutdruck, Herzfrequenz und Atmung wieder stabil sind. In dieser Zeit kann ich mich nicht von dem Bett entfernen. Das ist bei der Intensivpflege immer so: Wenn ich kurz etwas trinken will oder auf die Toilette muss, muss ich eine Vertretung finden, die meinen Patienten während dieser Zeit übernimmt.

Man darf niemanden aus den Augen lassen.

Anspruchsvoll ist bei Covid auch das volatile Krankheitsbild. Je nach Virusvariante, die gerade zirkuliert, sind unterschiedliche Organe stärker betroffen. Während der ersten Welle sahen wir oft Kranke, bei denen sich die Lunge gerade erst wieder erholt hatte, als plötzlich der Darm ausstieg. Das sehen wir jetzt weniger, dafür anderes. Am Anfang der Pandemie hat man oft auf die Lunge geschaut, aber es sind ganz verschiedene Organe betroffen.

Viele Patienten haben auch starke Hautausschläge, die wir behandeln müssen. Auffallend ist auch, dass viele Covid-Patienten schwieriger zu sedieren sind. Es braucht also mehr Medikamente und mehr Kombinationen davon, um sie schlafen zu legen. Warum das so ist, wissen wir nicht so genau. Wir haben im Moment eine Frau unter 40, die braucht sechs verschiedene Mittel zum Schlafen und gegen Schmerzen. Das ist enorm.

## **Die Covid-19-Patienten**

Die Patienten kommen mit extremer Atemnot auf die Intensivstation, die meisten haben panische Angst. Alles in ihnen konzentriert sich nur noch aufs Atmen. Manche atmen noch selbst, andere haben schon Unterstützung – diese speziellen Nasenbrillen. Noch andere sind schon intubiert und werden beatmet, wenn sie bei uns ankommen. Sie sind dann meistens auch schon sediert: Wir legen die beatmeten Patienten schlafend, wegen der Panik und weil viele den Schlauch im Hals nicht vertragen und gegen das Beatmungsgerät schnaufen.

Wer noch selber atmen kann, den versuchen wir um die Beatmung herumzubringen, weil das immer mit Komplikationen verbunden ist. Aber es ist ein Abwägen, denn so ein Patient atmet wirklich exzessiv – und je länger er das tut, desto stärker nimmt seine Lunge Schaden. Dieses extrem heftige Lungenversagen, so etwas habe ich tatsächlich vorher noch nie gesehen.

Die Patienten liegen im Moment oft vier oder fünf Wochen bei uns, und sie sind genauso krank wie bei der dritten Welle auch. Aber jetzt sind sie jünger, wir haben 50-Jährige, 40-Jährige, auch 30-Jährige. Manche von ihnen haben kleine Kinder.

Kürzlich hätte eine schwangere Frau eines dieser ECMO-Geräte gebraucht. Unser Spital konnte sie nicht aufnehmen, unser Team hat dann im Aufnahmespital die ECMO eingelegt. Dort gab es aber auch keinen IPS-Platz, so dass sie in ein nochmals anderes Spital gebracht werden

musste. Diese Frau wurde also quer durch die Schweiz geflogen. Ob sie überlebt hat, weiss ich nicht.

Leider gibt es auch jüngere Schwangere, deren Erkrankung einen schweren Verlauf nimmt, wo die Kinder dann per Notkaiserschnitt geholt werden müssen. Solche Erfahrungen sind für die Pflege sehr belastend. Wenn man über Wochen alles tut, was man kann – und dann reicht es doch nicht. Wir haben alle eine gewisse Resilienz, das gehört zum Job. Aber mit der Zeit ist selbst die beste Resilienz dahin.

Ich erzähle erstmal weiter.

## **Die anderen Patientinnen**

Es gibt natürlich neben den Covid-Patienten noch ganz viele andere Menschen, auch die wollen und dürfen versorgt werden. Viele Leute wissen, dass die Spitäler ziemlich ausgelastet sind, und warten. Dann kommen sie schon schwer krank hier an. Das ist nicht gut. Aber es ist tatsächlich eng, und bis vor kurzem mussten wir wieder Operationen verschieben.

Ich weiss von Kolleginnen auf der Intensivstation der Herz- und Gefässchirurgie, dass Menschen mit schwer eingeschränkter Herzfunktion zu uns kommen und dringend operiert werden müssten. Da müssen wir jeden Tag neu schauen, was möglich ist, weil es danach ja auch eine Nachbetreuung auf der IPS braucht. Falls lange nicht operiert werden kann, könnte es lebensgefährlich werden.

Das Problem sind dabei nicht die Anzahl Betten – es wird öffentlich immer viel von Betten gesprochen, die noch frei seien oder organisiert werden könnten. Sondern es geht um die intensive Betreuung, die die Patienten brauchen. Dafür braucht es ein bestimmtes Fachwissen und Erfahrung. Die Grundausbildung alleine reicht für diesen Job nicht, eine erfahrene Intensivpflegefachperson muss zumindest immer mit dabei sein.

Wir brauchen also nicht mehr Betten, wir brauchen mehr qualifiziertes Personal.

## **Das Personal**

Das knappe Personal ist ein Trend, der sich schon lange abzeichnet. Zurzeit jonglieren wir jeden Tag: Welche Abteilungen brauchen noch Hilfe? Können wir jemanden dorthin geben, weil sie noch knapper dran sind als wir?

Wir leihen seit Jahren Personal untereinander aus, seit Covid ist das noch viel mehr geworden. Manche mögen die Abwechslung ganz gerne, für viele aber ist es stressig: Weil sie sich für die Arbeit auf einer spezifischen Intensivstation entschieden haben, sie sich dort fachlich und auch vor Ort auskennen: Sie wissen genau, wo das Beatmungszubehör ist, in welchem Schrank die Katheter liegen und in welcher Ecke der Schublade die Notfallmedikamente. Wenn es einmal zackig gehen muss, ist das wichtig.

Meine Mitarbeitenden in der Intensivpflege erhalten jede Woche ein kurzfristiges Telefon oder eine SMS: «Kannst du einspringen?» Selbstverständlich können sie ablehnen, gezwungen wird niemand. Aber natürlich wollen sie einander helfen. Und natürlich wollen sie, wenn jemand ausfällt, die Lücke füllen. Denn wenn sie es nicht tun, bezahlen den Preis die Patienten. Und niemand, der sich für den Pflegeberuf entschieden hat, würde so etwas zulassen. Es geht zu sehr gegen unser Berufsverständnis.

Solange es brennt, rennt man.

Was viele Pflegefachleute belastet, ist nicht die Arbeit an sich. Es ist das Gefühl, diese Arbeit nicht so tun zu können, dass sie den eigenen Ansprüchen genügt. Nicht so, wie man es richtig fände beziehungsweise wie man es gelernt hat.

Allzu oft bleibt zum Beispiel keine Zeit, um mit einem Patienten in Ruhe zu reden, ihm die Hand zu halten. Seine Nägel zu pflegen, die Haare zu waschen. Das mag jetzt banal klingen. Aber für viele Pflegende gehört das zutiefst zu ihrem Beruf dazu: Man schämt sich auch vor den Angehörigen, wenn eine Patientin nicht gut gepflegt wirkt. Auch für ein ruhiges Gespräch mit den Angehörigen fehlt oft die Zeit.

Der Zeitmangel hat aber auch langfristige Folgen, beispielsweise, was die Fehlerkultur betrifft. Fehler gehören überall dazu. In normaleren Zeiten dokumentiert man diese Fehler, man spricht darüber und lernt im besten Fall daraus. Heute geht das manchmal einfach unter, weil man es ein paar Handgriffe später schon wieder vergessen hat. Auch das bedeutet einen schleichenden Qualitätsabbau: Fehler, die wir nicht dokumentieren, können wir nicht korrigieren. Wir können kein Bewusstsein dafür schaffen.

Als Pflegeexpertin gehört es eigentlich zu meinen Aufgaben, neue Erkenntnisse der Pflegewissenschaften in die Praxis zu tragen, dafür zu sorgen, dass wir da auf dem neusten Stand sind. Das kommt im Moment ebenfalls zu kurz.

Ich beende den Tag übrigens selten da, wo ich ihn begonnen habe. Im Moment ist alles sehr dynamisch: Oft springe ich von einer Station zur anderen, um dort zu unterstützen, wo wir zu wenig Personal haben.

Und jetzt vielleicht dazu, wie es vielen Leuten in der Pflege wirklich geht. Was mir noch wichtig ist: Ich will nicht jammern. Wir sind keine Jammerer. Aber wie gesagt: Es ist vielleicht doch wichtig, dass wir etwas mehr darüber zu reden beginnen.

## **Die Belastung**

Besonders seit Ende Sommer haben wir viele Krankmeldungen. Andere haben ihr Pensum reduziert. Ich merke: Sie sind körperlich erschöpft und sie sind auch psychisch erschöpft. Das betrifft übrigens auch die Ärztinnen und Ärzte, auch sie erleben einen Personalmangel.

Eine unserer Intensivstationen war jetzt lange eine Covid-Station. Das bedeutet wie gesagt eine sehr intensive Pflege. Normalerweise liegt die Sterbequote unter 10 Prozent, bei Covid-19-Patienten zwischen 20 und 30 Prozent. Es gab aber Wochen, in denen gleichzeitig viele schon lange behandelte Covid-Patientinnen starben. In der schlimmsten Woche war das gefühlt jeder zweite. Stellen Sie sich vor: Sie pflegen Menschen über viele Wochen, reden immer wieder mit den Angehörigen und tun alles, um ihr Leben zu retten. Und bei jedem Dritten merken sie irgendwann trotz allem Einsatz: Das kommt nicht gut.

Das nimmt einen mit. Es kostet viel emotionale Kraft.

Viele Pflegefachleute brauchen jetzt in der vierten Welle noch mehr Kraft als zuvor, weil sie wissen: Es müsste nicht sein. Sie arbeiten und arbeiten seit anderthalb Jahren wie verrückt, und nun liegen da Patienten, die sich mit einer Impfung oder besserem Selbstschutz hätten schützen können.

Ich verstehe ihren Frust gut. Trotzdem bin ich nicht für einen Impfwang. Und solange wir diesen nicht haben, dürfen wir auch niemanden stigmatisieren. Ich sag ja auch nicht: Der ist zu dick, die hat geraucht und der hat Alkohol getrunken. Wenn wir auf der Arbeit sind, sind für uns alle Patienten gleich und wir behandeln sie alle professionell. Wenn sich jemand nicht impfen lassen will, ist das seine Geschichte.

Was mich manchmal beschäftigt, ist die mangelnde Selbstverantwortung, wenn ich Leute beim Feiern sehe, die keinen Abstand halten, keine Maske tragen, die darauf setzen, dass sie ja jung sind und ihnen nichts passiert. So als wäre längst alles vorbei.

Bei uns ist es nicht vorbei.

Aber ich finde, diese Diskussionen muss man ganz vorsichtig führen.

Wir haben nun Debriefing-Runden eingeführt, wo sich die Pflegefachleute den Frust von der Seele reden können. Da ist manchmal eine Ethikerin, ein Psychologe oder eine Pfarrerin dabei. Im Haus gibt es auch Unterstützungsangebote, etwa das Beratungs- und Behandlungsangebot des psychiatrischen Dienstes. Das braucht es. Und ich höre, dass jetzt auch mehr Mitarbeitende diese Hilfe in Anspruch nehmen.

## Die Zukunft

Mittlerweile glaube ich: Die Pflege ist manchmal einfach zu leise.

Was machen wir? Wir tanzen, wie in diesem Song, und machen auf uns aufmerksam. Damit ist es irgendwann nicht mehr getan. Wir müssen aktiver werden, raus auf die Strasse und den Leuten zeigen, was abgeht.

Die breite Öffentlichkeit vergisst manchmal, wie wichtig dieser Beruf ist. Nicht nur jetzt mit Covid. Die Menschen werden immer älter, chronische Krankheiten nehmen zu. Gleichzeitig verlassen viele Pflegefachleute ihren Beruf noch vor dem 30. Lebensjahr. Die, die noch da sind, fragen sich manchmal abends beim Heimfahren: Was tue ich da eigentlich? Wie lange will ich so noch weiterarbeiten?

Man weiss, in Krisenzeiten wechselt kaum einer den Job – Augen zu und durch. Aber nach der Krise werden vermutlich viele in sich gehen.

Streiken dürfen wir nicht. Das kommt gar nicht in Frage. Manchmal höre ich, die Leute sollten sich krankmelden, damit alle mal sehen, was dann los wäre. Aber das möchte ich nicht erleben. Das macht keine Pflegende, aus ethischen Gründen.

Aber die Gesellschaft muss sich schon fragen: Was ist uns die Pflege eigentlich wert?»