

„Unser Tun hat eine Wirkung!“

Eine persönliche und fachliche Begegnung

Für unseren Schwerpunkt haben wir Pflegefachkräfte aus drei Generationen zu einem Gespräch eingeladen: Lydia* ist noch in der – nicht generalistischen – Ausbildung zur Altenpflegerin, Anette Reuter hat diese vor einem halben Jahr abgeschlossen und arbeitet im ambulanten Dienst. Roger Konrad ist seit 18 Jahren in der Pflege tätig und Adelheid von Herz ist nach 43 Jahren als Krankenschwester im Februar 2020 in den Ruhestand gegangen.

Wie seid ihr zum Pflegeberuf gekommen?

Lydia (L): Bei mir war es eher zufällig. Ich bin alleinerziehende Mutter und wollte unbedingt noch eine Ausbildung machen. Dann habe ich zufällig eine alte Freundin wieder getroffen, die Hauswirtschaft macht. Sie erzählte mir von der Teilzeit-Ausbildung zur Altenpflegehelferin. Dann habe ich mich bei dem Träger beworben und bin einen Tag im ambulanten Dienst mitgefahren. Fand es total spannend, dass man zu den Leuten nach Hause fährt. Dort habe ich dann auch die Ausbildung gemacht, statt in einem in zwei Jahren Teilzeit. Danach habe ich die verkürzte Ausbildung zur Altenpflegefachkraft angefangen, die ich 2021 abschließen will.

Anette Reuter (AR): Ich habe drei Kinder, bin auch alleinerziehend und mein letztes Kind ist geistig behindert. Das hat das eigentlich rausgekitzelt, dass ich sozial ganz gut kann. Mein Interesse war schon immer Psychologie und ich habe mir überlegt, wie ich da einsteigen kann. Für BAföG war ich zu alt, den zweiten Bildungsweg konnte ich nicht einschlagen, weil ich keinen Realschulabschluss habe. Und dann wollte ich eigentlich gleich drei Jahre Ausbildung zur Altenpflegerin machen, aber in der Schule war nichts mehr frei. Da habe ich erst die einjährige Helferausbildung gemacht, stationär. Nach einem Praktikum bei einem Träger habe ich dort im Anschluss ein halbes Jahr als Pflegehelferin gearbeitet und bin da nochmal in die verkürzte Ausbildung zur Fachkraft eingestiegen. Jetzt sammle ich erstmal Erfahrung.

Als ich die Pflegeausbildung begonnen habe, war ich 48 Jahre. Ich habe als Jugendliche Friseurin gelernt. Denn früher hieß es noch von den Vätern: „Du musst gar nichts lernen, du heiratest eh!“ Da habe ich mich zwar durchgesetzt, aber es war doch nicht das Richtige. Und klar habe ich geheiratet und es kamen die Kinder, wie mein Vater es gesagt hat. Jetzt bin ich etwa seit dreieinhalb Jahren in der Pflege.



Pflege ist Teamarbeit – deshalb ist Empathie für die PatientInnen wichtig, aber auch untereinander im Team.
Foto: martinglauser.ch

Adelheid von Herz (AvH): Ich habe mir schon mit zwölf Jahren geschworen, dass ich nicht heiraten werde. Ich habe zu Hause festgestellt, dass es nichts taugt, wenn eine Frau kein eigenes Geld hat. Das Abitur habe ich nur mit Mühe und Not geschafft, sodass studieren nicht drin war. Mit knapp 20 Jahren war mir das Wichtigste, von zu Hause wegzukommen. Wir haben in sehr beengten Verhältnissen gelebt und die familiäre Situation war insgesamt belastet. Da war es für mich attraktiv, dass die Lehre in der Pflege relativ gut bezahlt war und man eine Schwestermunterkunft bekam.

Und es gab noch einen zweiten Grund: Ich bin Nachkriegskind, meine Mutter musste im Krieg flüchten. Somit waren Krieg, Flucht und Krisen sehr präsent. Dann war damals ja noch Kalter Krieg, die DDR-Grenze war nicht weit weg. Ich wollte einen Beruf, in dem ich nie arbeitslos werde, in dem ich jederzeit auch im Ausland tätig sein kann und in jeder Krise einen sicheren Beruf habe. Vor allen Dingen war Hunger ein Thema bei uns zu Hause und ich dachte mir: Als Krankenschwester werde ich nie Hunger leiden. Also die Nachkriegsstimmung war noch sehr wirksam. Das war eine ganz existenzielle Überlegung! Was der Beruf nachher bedeutet, womit ich zu tun habe, das spielte für meine Berufswahl gar keine Rolle – Hauptsache, ich bin sicher, als Frau und überhaupt in Kriegs- und Krisenzeiten!

Roger Konrad (RK): Bei mir waren die Motive tatsächlich weniger existenziell. Es stellte sich nach dem Abitur im Jahr 2000 die Frage, was ich beruflich machen werde. In meinem Zivildienst war ich



bei einem mobilen sozialen Hilfsdienst, habe ältere Leute zu Hause abgeholt und in die Tagesbetreuung gebracht und bin zum ersten Mal mit der hauswirtschaftlichen Versorgung für Menschen mit Unterstützungsbedarf in Kontakt gekommen. Dadurch habe ich Gefallen an der sozialen Tätigkeit gefunden und habe 2002 angefangen, in der Pflege zu arbeiten. Zunächst ein Jahr im Krankenhaus, dann elf Jahre in der ambulanten und stationären Altenpflege. Seit 2015 arbeite ich im psychiatrischen Bereich. Examinierter Krankenpflegehelfer bin ich seit 2009. Mein Examen zum Altenpfleger habe ich 2014 abgeschlossen.

*

Wie habt ihr die Ausbildung empfunden, was fandet ihr gut, wo habt ihr Kritikpunkte?

AR: Ich finde nicht so gut, dass es nicht einheitlich ist. Wir Auszubildenden kommen ja von verschiedenen Schulen, und die einen müssen keine Praxisaufgaben schreiben, die anderen schon. Auch der Lernstoff ist bei manchen anspruchsvoller als bei den anderen. Ich selbst hatte Schwierigkeiten mit den Lernfeldern, in die der Stoff unterteilt ist. Ich habe mir viele Bücher gekauft, in denen dann auch wieder alles anders stand. So war ich eigentlich die ganze Ausbildungszeit über verwirrt und konnte es praxismäßig nicht verknüpfen. Außerdem hatten wir „Ambulanten“ Probleme mit Praxisaufgaben.

L: Zum Beispiel der Toilettengang. Ich musste mit meiner Praxisanleiterin besprechen: Wie soll das ambulant gehen? Wir gehen ja nicht extra zu jemandem und bringen den aufs Klo. Das machen wir immer während der Pflege. Zufällig konnten wir dann mittags noch zu einem Klienten fahren und darüber musste ich dann meine Praxisaufgabe schreiben. Die Praxisaufgaben sind nur für die stationäre Ausbildung konzipiert. Ich musste ständig nachfragen: Wie mache ich das ambulant? In einer neuen Praxisaufgabe stehen fünf Nachtdienste drin. Das kann ich ambulant gar nicht machen. Deswegen sind da die Unterschiede zwischen den Schulen schwierig.

AR: Es heißt ja immer: ambulant vor stationär. Aber die ambulante Pflege fällt in der Schule total hinten runter. Es geht nur um den stationären Bereich. Zum Beispiel bekommt man in der Schule den Wundverband gelehrt. Wir haben aber ambulant ein ganz anderes Material, müssen teilweise improvisieren! Da wird uns keine Richtung vorgegeben.

AvH: Das ist mir noch gar nicht so bewusst gewesen, ich war nie im ambulanten Bereich tätig.

L: Es müsste ein Curriculum für die komplette Ausbildung geben, damit das auch wirklich mal kontrolliert wird. Denn es gibt Azubis, die haben noch nie einen Katheter gelegt. Obwohl wir im selben Lehrjahr und in derselben Klasse sind. Ich finde das grob fahrlässig.

AvH: Also ich habe vor 46 Jahren meine Ausbildung begonnen. Ich fand gut, dass ich Teil eines Teams war. Außerdem fand ich das Ansehen der alten Oberschwester – so nannte man damals die Stationsleitungen – beeindruckend. Die haben noch vor dem Zweiten Weltkrieg gelernt und waren ziemlich resolut – und unverheiratet, das fand ich ganz interessant. Sie haben aber auch geherrscht auf ihrer Station, sogar die Ärzte und Professoren hatten größten Respekt vor ihnen – das erschien mir sehr erstrebenswert. Gut war, dass die Oberschwester sich für die Ausbildung verantwortlich fühlten. Die haben uns Auszubildenden ganz viel gezeigt. Was für mich eine große Rolle gespielt hat: die Empathie des Ausbildungsteams. Die Schulschwester – so hießen die PflegepädagogInnen damals – und der unterrichtende Oberarzt, mein Lieblingsarzt, das waren für mich Mutter- und Vaterfiguren. Da war für mich die persönliche Ebene ganz wichtig und hat vielleicht auch eine Rolle ge-

spielt, dass ich dabei geblieben bin. Ich fand die handwerklichen Tätigkeiten spannend – ich habe ja noch gelernt, Umschläge und Salben herzustellen und Blutegel anzusetzen. Was ich total toll fand, war der permanente Ausnahmezustand: Es gab schlimme Krankheitsbilder, Notfälle, das fand ich aufregend. Ich lernte, mit diesen Ausnahmezuständen umzugehen und dass ich effektiv handwerklich wirksam sein konnte. Ich kannte es nicht von zu Hause, dass mein Tun für andere wichtig ist. Die Resonanz, die ich im Berufsleben bekam, empfand ich als wohltuend.

Was mir überhaupt nicht gefiel: Wir mussten Häubchen tragen. Von da an habe ich meine Haare ganz kurz geschnitten, sodass das Häubchen nicht mehr hielt [alle lachen]. Dann hatten wir halbtransparente Schwesternkleider, das fand ich peinlich. Man konnte durch den dünnen Stoff der Kittel die Unterhosen sehen. Ich hätte so gern einen der blickdichten Hosenzüge getragen, die gab es für Krankenschwestern – so hießen die weiblichen Pflegefachkräfte damals – aber nur auf der Intensivstation. Deshalb bin ich nach dem Examen gleich auf die Intensivstation gegangen, wegen der Hosenzüge! [alle lachen] Belastend empfand ich – das gab es vor 46 Jahren noch – die Achtbettsäle. Für mich war es sehr anstrengend, dort die Intimsphäre der Patienten zu wahren. Es gab keine Vorhänge zwischen den Betten wie in England, und ich wusste zunächst überhaupt nicht, wie ich – auch in den engen Mehrbettzimmern mit weniger Betten – die Intimsphäre der Patienten schützen sollte.

RK: Das klingt ja, als hätte sich ein bisschen was zum Positiven verändert ...

AvH: Ja, das mit den Hosenzügen hat sich geändert! [lacht]

*

Ihr habt Unterschiede zwischen ambulant und stationär und Probleme in der Ausbildung angesprochen. Welche Unterschiede seht ihr dabei im Arbeiten?

AR: Unser Schwerpunkt im ambulanten Bereich, sage ich zumindest, ist immer noch die Beratung. Weil wir die Angehörigen anlernen und auch beraten müssen, was in der Situation am besten zu machen ist.

L: Kommunikation ist ganz wichtig.

AR: Genau. Und ich bin Gast bei den Klienten. Ich habe da Hemmungen, an den Schrank zu gehen.

L: Ich habe nach meiner Helferausbildung einmal stationär gearbeitet, und dort sagt man: „Geh doch an den Schrank!“ Ich habe mich vor mir selbst erschrocken, weil ich einfach an die Schublade gegangen bin, wenn ich etwas nicht gefunden habe. Aber ambulant frage ich, wo das und das ist. Ich bin da Gast. Und im Heim ist es ja eigentlich auch das Zimmer der Bewohner, aber man gibt sich so, als ob es das nicht wäre – und das, obwohl sie viel Geld dafür bezahlen.

AR: Ich will nicht alles über einen Kamm scheren, aber stationär wird häufig nicht ressourcengerecht gepflegt. Das können wir ambulant besser machen. Deswegen gefällt mir das richtig gut.

*

Sind euch Probleme beim Übergang von der Schule in die Praxis begegnet?

RK: Man wird zum Beispiel in der Schule mit Hygienevorgaben konfrontiert und hat dann im ambulanten Arbeiten komplett andere Situationen. Da wird man oft alleine gelassen, weil man ambulant auch zu hören bekommt: „Das ist nicht übertragbar, wie es gelehrt wird.“

L: Und dann hat man Prüfungen und fällt durch, weil man alles in den Kopf reinhämmern muss.

RK: Praxis und Theorie unter einen Hut zu kriegen, ist ein wesentliches Dilemma. Da kann man ganz schnell in eine Abwärtsspirale kommen, in der man an sich selbst und an den Umständen verzweifelt und nach kurzer Zeit aussteigt. Das erklärt, warum es die Leute im Durchschnitt nur acht Jahre in diesem eigentlich so schönen Beruf aushalten.

AR: Aber wenn jetzt jeder geht, dann ändert sich nichts!

L: Man muss eigentlich den Mund aufmachen!

AvH: Es gibt zu wenig Antworten auf die Fragen: Wie gehe ich mit Situationen um, wo ich nicht nach Schule oder Buch perfekt arbeiten kann? Wie kann ich das verantwortungsvoll und professionell gestalten? Das muss offen geklärt werden. Zum Beispiel kann durch gezielte Praxisreflexion im Unterricht geübt werden, nach welchen Kriterien Prioritäten gesetzt und Entscheidungen getroffen werden können, wenn Ressourcen knapp werden oder Patienten notwendige Pflegemaßnahmen ablehnen. Es kann gelernt werden, wie ich das dokumentieren kann, um mich rechtlich abzusichern.

AR: Ich habe mir auch geschworen, dass nicht alles schnell gehen muss. Ich werde niemanden ins Bad schubsen. Klar, ich muss wirtschaftlich arbeiten, bei dem einen spare ich etwas ein, aber bei dem anderen dauert es länger. Ich bin teilweise das einzige Highlight des Tages für die Leute. Und dann habe ich in meiner Ausbildung auch Fachgespräche angefordert, damit wir mit den Ärzten kommunizieren können. Auch die Angehörigen verstehen manches nicht.

RK: Es sind nun ganz viele schöne Aspekte genannt worden. Das eine ist die eigene Haltung: Ich arbeite nicht schneller, weil ich gut arbeiten möchte. Andererseits gehört ganz viel Erfahrungs- und lebenslanges Lernen dazu, und es zählt nicht nur das Herz, sondern vor allem der Fachverstand. Das sollten Pflegekräfte ruhig häufiger selbstbewusst und deutlicher nach außen tragen. Er beinhaltet Aspekte wie pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen, die Beratung und Anleitung von Angehörigen oder die Kommunikation mit Ärzten. Hier zeigt sich ganz deutlich, dass Pflege ein sehr anspruchsvoller Beruf ist: Man muss sich einerseits absichern, etwa weil man dem Arzt eine Info mehrmals mitgeteilt hat, und das dann auch dokumentieren. Gleichzeitig muss man immer noch im Sinne des Patienten denken, fühlen und handeln.

*

Was hilft denn in schwierigen Situationen, auch im Umgang mit KollegInnen?

AvH: Es ist hilfreich, in den Austausch zu gehen.

L: Aber dann kommt man immer in die Konfrontation. Als ich stationär gearbeitet habe, bin ich mit einer Fachkraft mitgelaufen. Sie hat mir vor der Tür über die Patienten erzählt, ist aber beim Sprechen hineingelaufen. Das war mir total unangenehm, ich habe mich geschämt. Über eine Dame sagte sie: „Die heult immer und die ist auch hier [zeigt einen Vogel]...“ Ich dachte, die Kollegin ist sehr abgebrüht, hoffentlich werde ich nicht mal so. Über den Patienten so zu urteilen und mir ihn so zu erklären, als wäre er ein kaputter Stuhl, den ich jetzt reparieren muss: Das Bein ist abgebrochen und geht nicht mehr ran, aber das ist halt so, der kippelt ein bisschen. Sie hat die ganze Zeit weitergeredet und die Frau lag im Bett und heulte. Die hatte das natürlich gehört.

AvH: Vielleicht können Sie besser damit umgehen, wenn Sie davon ausgehen, dass

das Verhalten der Kollegin Ausdruck von Hilflosigkeit ist, ohne dass ihr das bewusst ist. Ihr fällt nichts anderes ein. Beide Informationen kann sie anders formulieren, auch an einem anderen Ort. Dann könnte die Frage sein: „Was ist die Zielsetzung dieser Äußerung? Was wollen Sie mir mit diesen Äußerungen sagen und ist das der richtige Platz das zu sagen?“ Es ist natürlich beschämend, wenn ich so etwas anspreche. Deshalb nicht in der Situation ansprechen, sondern später. Es geht darum, sich selbst Instrumentarien zur Verfügung zu stellen, wie ich mit so einer Kollegin umgehen kann, ohne dass unsere Beziehung für immer zerstört ist. Wir machen uns gegenseitig kaputt in der Pflege und es kommt nie dazu, dass wir Solidarität oder Empathie füreinander entwickeln. So erreichen wir politisch nie etwas. Solange wir denken: Die sind sowieso alle doof, nur ich bin gut, solange sind wir mit dem Applaus auf den Balkonen zufrieden und fordern keine höheren Löhne für unsere Arbeit. Das ist auch politisches Arbeiten im Alltag, denke ich. Das ist die große Leistung, uns selbst auf die Empathie-Ebene mit der Kollegin zu bringen.

AR: Stimmt. Empathie haben wir für die Klienten, die Bewohner, aber für unsere KollegInnen nicht.

AvH: Und das ist die Voraussetzung, dass wir politisch wirksam werden. Ein guter Einstieg, um mit KollegInnen in einen Austausch zu kommen, ist die Frage: „Wie geht's Dir/Ihnen?“ Aber mit echtem Interesse. Das gibt beiden die Gelegenheit, etwas von sich zu zeigen und ich kann vielleicht verstehen, warum er oder sie so ist.

AR: Das fragen wir die Klienten ja auch.

AvH: Ja, komisch.

*

Wie kann man mit solchen oder anderen belastenden Themen umgehen?

AvH: Es ist wichtig, die Dinge zur Sprache zu bringen. Es gibt viele hartnäckige Tabuthemen in der Pflege. Ich habe mich vom ersten Tag meiner Praxisausbildung an als Krankenschwester auch immer mal wieder geekelt. Ekel war nie ein Thema in der Ausbildung. Ich musste über 30 Jahre in der Pflege tätig sein, bevor ich Ekel selbst öffentlich thematisieren konnte. Auch Scham und Gewalt dürfen nicht angesprochen werden.

RK: Sexismus wird auch viel zu wenig thematisiert, ob bei der Pflege im Krankenhaus, in der Psychiatrie, im Pflegeheim

oder zu Hause. Es fängt beim verbalen Sexualisieren an und geht bis zu Übergriffen – und das beschränkt sich nicht nur auf die Pflegekräfte und die Pflegebedürftigen, sondern spielt auch hierarchisch oder interdisziplinär eine Rolle, etwa durch Abwertung oder Verniedlichung.

Ich glaube, wenn eine Pflegekraft schon lange dabei ist, hat sie schon viele schlimme Situationen mitgemacht. Wer also nicht mehr vor Begeisterung ausbrennt, den betrifft womöglich die andere Variante, der sogenannte Cool-out, bei dem man abstumpft und gar nicht mehr empathiefähig ist. Am Ende steht in beiden Fällen dann immer häufiger der Ausstieg aus dem Pflegeberuf – der sogenannte Pfexit. Dieser Aspekt wird in meinen Augen für die mittlere Generation eine wesentliche Aufgabe sein: Die motivierten BerufsanfängerInnen begeistert mitzunehmen und die langjährig tätigen KollegInnen vor dem Ausbrennen oder Abstumpfen zu bewahren. Das heißt vielleicht auch, dass man einen Raum braucht, wo man miteinander reflektiert und nach Lösungen sucht. Und gerade das kommt in allen Bereichen zu kurz. Ein gemeinsamer Raum für die Reflektion, Versorgung, Bedürfnisse und das Miteinander wäre sehr wichtig.

*

Was gibt euch Motivation für die Arbeit?

L: Der Zuspruch der Klienten ermutigt mich schon. Zum Beispiel hatte ich eine Klientin, die war fast blind, und am Anfang habe ich die Batterien von ihrem Hörgerät kaum reinbekommen. Jetzt erkennt sie mich an meiner Stimme, wenn ich sage: „Hallo, ich bin die, die Ihr Hörgerät nicht reingekriegt hat.“ Und irgendwann hat sie sich so gefreut, wenn ich kam. Da gibt's dann manchmal Tage, die waren zwar stressiger, aber durch den Zuspruch besser.

AR: Menschen und auch die Geschichte haben mich schon immer interessiert. Ich höre den Leuten gerne zu und bringe sie zum Lachen. Das ist dann auch eine gute Pneumonie-Prophylaxe. Und ich kann auch über mich selbst lachen. Humor finde ich eine ganz wichtige Sache. Humor braucht man, um Krisen zu bewältigen. Das motiviert mich eigentlich.

AvH: Pflege ist auch ein Theater mit vielen Akteuren. Und das macht es spannend! Mit Menschen zusammen zu sein, die Dramaturgie des Lebens, der Krisen ... Und Sie wissen ja auch, wieviel Anteil die Show an unserer Arbeit hat, wie wir mit den Pa-

tienten kommunizieren. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es darauf ankommt, wie ich auftrete. Auch dadurch haben wir eine Wirkung, unabhängig vom Fachlichen.

AR: Ich habe eine Klientin, die will gar nichts. Dann machen wir langsam und auf einmal lässt sie alles mit sich machen und ist entspannt. Das ist Wahnsinn, was man für eine Wirkung auf andere hat.

AvH: Das macht auch unsere Motivation aus: Wir spüren unmittelbar, dass unser Tun eine Wirkung hat. Die kriegt aber sonst keiner mit, deshalb werden wir auch nicht höher bezahlt. Das sollten wir öffentlich klarer machen: Unser Tun hat eine Wirkung! Das kann unser professionelles Selbstbewusstsein aufbauen.

RK: Rolf Heine, Experte für Anthroposophische Pflege, hat mal gesagt: „Pflege ist weder eine medizinische Leistung auf niedrigem Niveau, noch ist Pflege eine hauswirtschaftliche Leistung auf hohem Niveau, sondern Pflege ist zuallererst immer Beziehungsgestaltung.“ Das ist der Aspekt, der mir an diesem Beruf sehr viel Freude bereitet und Motivation gibt. Man bekommt direktes Feedback, meistens positives. Dann weiß man auch, dass die eigene Arbeit gut und sinnvoll war. Das können nur wenige andere Berufe in der Fülle bieten. Die Personalsituation, die Bezahlung und die gesamten Rahmenbedingungen will ich da aber nicht ausklammern. Denn es soll nicht darauf hinauslaufen, dass die Dankbarkeit der Bewohner Lohn genug ist!

*

Wie kann denn die Pflege ihre Anliegen nachdrücklicher einbringen?

RK: Wir haben ja den Verein „Pflege in Bewegung“ gegründet, weil wir bei der Gewerkschaft weder Visionen noch einen Organisationsgrad finden, der hoch genug ist, um Druck auszuüben. Deswegen begrüßen wir auch, dass es jetzt eine Pflegegewerkschaft geben soll und wir leben mit dem Verein vor: „Nur Nichtstun ändert nichts“. Auch hier sind Pflegekammern meiner Meinung nach ein wesentlicher Baustein, um den Handlungsdruck auf die Politik zu erhöhen, weil sie dann unabhängig von Legislaturperioden mit der Pflege sprechen muss. Pflegekammern können außerdem eine Berufsordnung definieren, nach der man sich verbindlich richten kann und an die man sich wenden darf, wenn man nicht danach arbei-

ten kann. Im Moment gibt es zwar irgendwo den Ethik-Kodex und je nach Träger unterschiedliche Leitlinien der Pflegeanbieter, aber man hat keine einheitliche Richtlinie und keine berufsständische Anlaufstelle, wie es die Ärzte oder die psychologischen Psychotherapeuten haben. Zu guter Letzt bieten Pflegekammern auch die Möglichkeiten des kollegialen und fachlichen Austausches, um den Pflegeberuf weiterzuentwickeln.

Die Forderungen müssen auf jeden Fall stark nach außen getragen werden. Da kann jeder einzelne im Betrieb schauen, ob er KollegInnen findet, die mithelfen. Er kann auch bei Gewerkschaft und Berufsverband mitteilen, dass er sich mehr wünscht oder PolitikerInnen direkt selbst anschreiben. Eine Patentlösung gibt es leider nicht. Im Moment stehen die Zeichen allerdings sehr günstig, dass auf Bundes- und Länderebene die Politik merkt, dass Pflege systemrelevant war, ist und bleibt. Nur dürfen wir es nicht bei diesem Wort und dem Applaus auf den Balkonen belassen. Wir müssen weiterhin dafür streiten, mit Selbstbewusstsein und Vorbildfunktion vorangehen, um eines Tages erleben zu dürfen, dass sich die Dinge noch verbessern. ■

Vielen Dank für das Gespräch!

** Der Name wurde von der Redaktion auf Wunsch geändert.*

Was pflegen Sie in Ihrem Alltag ganz besonders?

„Ich verbringe nach der Arbeit viel Zeit mit meiner Tochter und wir unternehmen gerne Fahrradtouren.“

Lydia*

geb. 1990, ist derzeit in der Ausbildung zur Altenpflegefachkraft.

„Ich lese sehr gerne und beim Fotografieren bin ich alleine und genieße die Ruhe.“

Anette Reuter

geb. 1968, hat von 2017 bis 2020 die Ausbildung zur Altenpflegefachkraft absolviert und arbeitet in der ambulanten Pflege.

„Humor, Zuversicht und Authentizität.“

Roger Konrad

geb. 1979, ist examinierter Altenpfleger und Vorsitzender des Vereins „Pflege in Bewegung“.

„Mein Immunsystem!“

Adelheid von Herz

geb. 1954, absolvierte von 1974 bis 1977 die Ausbildung zur Krankenschwester und hat vor ihrem Ruhestand in der stationären palliativen Pflege in Frankfurt am Main gearbeitet.