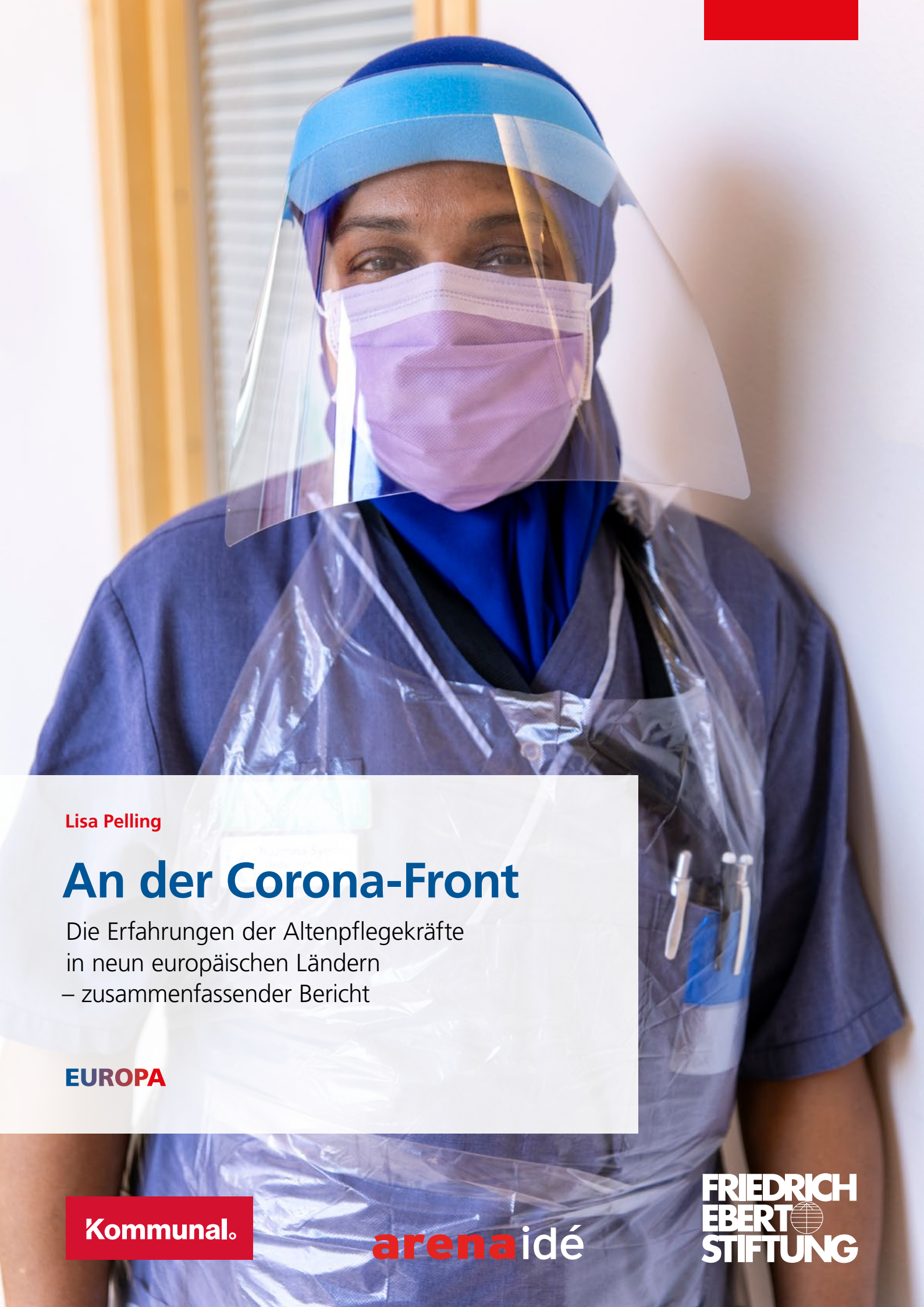


A healthcare worker, likely a nurse, is shown from the chest up. They are wearing a blue hijab, a blue face shield, a pink surgical mask, and a clear plastic apron over blue scrubs. They are looking directly at the camera with a slight smile. The background is a plain, light-colored wall.

Lisa Pelling

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte
in neun europäischen Ländern
– zusammenfassender Bericht

EUROPA

Kommunal.

arenaidé

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

EUROPA

Europa braucht Soziale Demokratie!

In welchem Europa wollen wir leben? Wie können wir unsere europäischen Träume von Freiheit, Frieden und Demokratie auch gegen innere und äußere Widerstände verwirklichen? Wie können wir die Soziale Demokratie stark in Europa positionieren? Diesen Fragen widmet sich die Friedrich-Ebert-Stiftung in ihrer Reihe »Politik für Europa«. Wir zeigen, dass die europäische Integration demokratisch, wirtschaftlich sozial und außenpolitisch zuverlässig gestaltet werden kann und muss!

Folgende Themenbereiche stehen dabei im Mittelpunkt:

- Demokratisches Europa
- Sozial-ökologische Transformation
- Zukunft der Arbeit
- Frieden und Sicherheit

In Veröffentlichungen und Veranstaltungen greifen wir diese Themen auf. Wir geben Impulse und beraten Entscheidungsträger_innen aus Politik und Gewerkschaften. Wir treiben die Debatte zur Zukunft Europas voran und legen konkrete Vorschläge zur Gestaltung der zentralen Politikfelder vor. Wir wollen diese Debatte mit Ihnen führen in unserer Reihe »Politik für Europa«!

Über diese Publikation

In ganz Europa hat die Coronavirus-Pandemie ältere Menschen schwer getroffen, besonders diejenigen in der Altenpflege, wodurch die Altenpfleger_innen an die Corona-Front rückten. Die Pandemie traf einen unterfinanzierten, unterbesetzten und unterbewerteten Altenpflegesektor. Jahre der Sparpolitik und des neoliberalen New Public Managements haben das Privatisierungs- und Prekarisierungsniveau erhöht und zugleich den gewerkschaftlichen Organisationsgrad gesenkt. Dieser Bericht fasst neun Länderstudien zusammen, die untersuchen, wie sich die Ausbreitung des Coronavirus auf die Altenpflegekräfte in Dänemark, England, Finnland, Deutschland, Norwegen, Portugal, Schottland, Spanien und Schweden ausgewirkt hat. Der Bericht schließt mit politischen Empfehlungen.

Über die Autorin

Lisa Pelling, PhD, ist eine schwedische Politikwissenschaftlerin und Leiterin des in Stockholm ansässigen unabhängigen progressiven Thinktanks Arena Idé.

Partnerorganisationen

Arena Idé (www.arenaide.se) ist ein in Stockholm ansässiger unabhängiger progressiver Thinktank, finanziert von der schwedischen Gewerkschaftsbewegung.

Kommunal (www.kommunal.se) ist die größte Gewerkschaft des öffentlichen Sektors in Schweden mit mehr als 500.000 Mitgliedern.

Verantwortlich für diese Publikation innerhalb der FES

Dr. Philipp Fink, Direktor der FES für die Nordischen Länder
Josefin Fürst, Fachreferentin der FES für die Nordischen Länder

Lisa Pelling

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in neun europäischen Ländern –
zusammenfassender Bericht

1	EINLEITUNG	3
2	STRUKTUR DES BERICHTS	4
3	DER KONTEXT: DIE PANDEMIE TRAF EINEN UNTERFINANZIERTEN, UNTERBESETZTEN UND UNTERBEWERTETEN SEKTOR	5
	3.1 Fragmentierte Organisation des Altenpflegesektors	5
	3.2 Ein unterfinanzierter und unterbesetzter Sektor	5
	3.3 Steigende Privatisierungsraten	6
	3.4 Sinkende gewerkschaftliche Organisationsgrade	7
4	DER ALTENPFLEGESEKTOR UND DAS CORONAVIRUS	8
	4.1 Ein Sektor sich selbst überlassen	8
	4.2 Fast die Hälfte der Todesfälle in Verbindung mit Covid-19 trat in der Altenpflege auf	8
	4.3 Mangel an einheitlichen Definitionen	9
	4.4 Übersterblichkeit	9
	4.5 Erklärungsfaktoren	9
	4.6 Ausbildung und Berufsbezeichnungen	10
5	ARBEITSBEDINGUNGEN VON ALTENPFLEGEKRÄFTEN AN DER CORONAVIRUS-FRONT	12
	5.1 Ungeschützt: Mangel an PSA	12
	5.2 Unterpriorisiert: Mangel an Ressourcen und Beachtung	13
	5.3 Im Stich gelassen: Arbeiten unter psychischem Druck mit hoher Verantwortung bei versagenden Fürsorgediensten	13
	5.4 Unabgesichert: Kein Sicherheitsnetz im Krankheitsfall und begrenzter Zugang zu Krankengeld	14
	5.5 Unbegrenzt: Überstunden	14
	5.6 Unbestritten: Gute Arbeitsbedingungen sind entscheidend für die Bewältigung der Pandemie	14

6 POLITISCHE EMPFEHLUNGEN 16

6.1	Angemessene persönliche Schutzausrüstung für alle sicherstellen.	16
6.2	Zugang zu Tests sicherstellen	17
6.3	Altenpfleger_innen ein Mitspracherecht bei der Entwicklung und Kommunikation von Sicherheitsrichtlinien geben	17
6.4	Auf Gesundheits- und Sicherheitsinspektionen aller Arbeitsplätze bestehen	17
6.5	Alle Altenpflegekräfte sollten ein Recht auf angemessenes Krankengeld haben	17
6.6	Covid-19 als Berufskrankheit anerkennen	18
6.7	Vorgeschriebenen Personalbestand erhöhen	18
6.8	Prekarisierung der Altenpflegekräfte beenden	18
6.9	Insourcing statt weiteres Outsourcing	19
6.10	Weitere Reformen des Altenpflegesystems	19

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN 21

Danksagungen	22
Literatur	23

1

EINLEITUNG

Die Coronavirus-Pandemie hat die Länder weltweit auf unterschiedliche Weise getroffen. Wir müssen erst noch verstehen, warum sich das neue Coronavirus in manchen Regionen schneller ausgebreitet hat und in anderen erfolgreicher eingedämmt werden konnte. Gemeinsam ist den Ländern in Europa jedoch, dass das Virus ältere Menschen stärker betroffen hat und besonders diejenigen in der Altenpflege. Einige Länder, wie beispielsweise Schweden, das Vereinigte Königreich und Spanien, haben verheerende Sterberaten in Altenpflegeheimen zu verzeichnen, besonders während der ersten Welle der Pandemie. Altenpfleger_innen waren in allen Ländern an vorderster Front der Pandemie. Laut Daten aus 21 Ländern schätzte das International Long-Term Care Policy Network im Oktober 2020, dass 46 Prozent derjenigen, die an oder mit Covid-19 starben, Bewohner_innen von Altenpflegeheimen waren (Comas-Herrera et al. 2020).

Daraus sind dringend Lehren zu ziehen, nicht nur auf nationaler Ebene: Wie können wir unsere Senior_innen schützen und die Qualität der Altenpflege verbessern? Was muss verändert werden, um gute Arbeitsbedingungen für Altenpfleger_innen unter diesen extremen Umständen zu sichern, auch langfristig?

Die schwedische Kommunalbeschäftigten-Gewerkschaft (Kommunal) hat in Zusammenarbeit mit der Friedrich-Ebert-Stiftung und dem progressiven Thinktank Arena Idé eine Reihe von Berichten initiiert, die aufzeigen, wie der Altenpflegesektor (Altenpflegeheime und häusliche Altenpflege) von der Ausbreitung des Coronavirus in neun europäischen Ländern und Regionen betroffen ist: Dänemark, England, Finnland, Deutschland, Norwegen, Portugal, Schottland, Spanien und Schweden. Die Länder und Regionen sind ausgewählt worden, um die verschiedenen Gebiete Europas und die verschiedenen Organisationsformen der Altenpflege zu repräsentieren. Im Vereinigten Königreich sind England und Schottland mit zwei verschiedenen Berichten vertreten, da die Dezentralisierung hier dazu geführt hat, dass sich die Sozialpolitik in diesen beiden Ländern in wichtigen Bereichen unterscheidet.

Die neun Berichte heben die gewerkschaftliche Perspektive auf die Coronavirus-Pandemie und die Pflege älterer Menschen hervor. Altenpflege umfasst dabei sowohl öffentlich als auch privat finanzierte Dienstleistungen und kann Langzeitpflege älterer Menschen, Altenpflegeheime,

häusliche Altenpflege und andere Formen der Altenpflegeangebote beinhalten. Nicht mit einbezogen sind jedoch Dienstleistungen im Gesundheitswesen.

Der hier vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse des Projekts zusammen. Er beschreibt den Zustand des Altenpflegesektors bei Ausbruch der Pandemie und die Auswirkungen, die die Struktur des Sektors auf die Bemühungen zur Eindämmung des Virus hatte. Es werden vorwiegend Daten und Erfahrungen aus der ersten Welle der Pandemie zwischen März und Oktober 2020¹ herangezogen und so versucht, einige Schlussfolgerungen für die Altenpflegeangebote in der Zukunft zu ziehen. Der Bericht stellt vor allem die Sicht der Gewerkschaften der Beschäftigten im Altenpflegesektor dar und betont ihre entscheidende Rolle – und die ihrer Mitglieder – während der Pandemie.

¹ Einige Länderberichte beziehen sich allerdings auf spätere Daten.

2

STRUKTUR DES BERICHTS

Dieser Bericht beginnt mit einem Überblick über die Art und Weise, wie Pflege für Ältere in den neun Ländern und Regionen organisiert, verwaltet und finanziert wird. Er betrachtet den Anteil, den Altenpflegeheime, betreutes Wohnen, häusliche Altenpflege und andere Formen der Altenpflege am Sektor haben. Dieser Abschnitt bildet auch die Angebote der Altenpflege in jedem Land und jeder Region, einschließlich der Privatisierungsrate, ab. Der erste Abschnitt beschreibt die Arbeitsbedingungen der in diesem Sektor Beschäftigten und beschreibt detailliert die Stärke der Gewerkschaften, die in den jeweiligen Ländern die Altenpflegekräfte organisieren, sowie den gewerkschaftlichen Organisationsgrad.

Der zweite Teil des Berichts betrachtet den Altenpflegesektor und die Ausbreitung von Covid-19. Er beschreibt die Auswirkungen der Pandemie auf den Sektor in allen untersuchten Ländern und Regionen und analysiert die angeführten Ursachen, wann und wie der Sektor getroffen wurde. Dieser Abschnitt umfasst einige Vergleichsdaten zur Ausbreitung der Infektion, zur Inzidenz von Covid-19 und der mit Covid-19 verbundenen Todesfälle und Sterberaten zwischen der Ausrufung der Pandemie durch die WHO am 11. März und dem Oktober 2020.

Der dritte Teil ist den speziellen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Altenpflegesektor während der Pandemie in den neun untersuchten Ländern gewidmet. Er vergleicht, inwieweit die Altenpfleger_innen informiert und geschult waren, mit der Ausbreitung und Eindämmung des Coronavirus umzugehen. Insbesondere zeigt dieser Abschnitt den Kampf der Altenpfleger_innen, Zugang zu persönlicher Schutzausrüstung (PSA) zu bekommen.

Der abschließende Teil des Berichts führt die politischen Empfehlungen auf, die von den Gewerkschaften im Altenpflegesektor abgegeben wurden. Sie reichen von der Sicherstellung adäquater PSA, Zugang zu Tests, angemessenem Krankengeld über die Beteiligung der Altenpflegekräfte an der Entwicklung und Kommunikation der Sicherheitsrichtlinien, die Zusicherung der Anerkennung von Covid-19 als Berufskrankheit, steigenden verbindlichen Personaldecken und das Ende der Prekarisierung der Altenpfleger_innen bis hin zu allgemeinen Reformen des Altenpflegesystems. Betrachtet werden die Schwierigkeiten und Herausforderungen, mit denen die Gewerkschaften und ihre Mitglieder konfrontiert werden, sowie ihre Errungenschaften in den ersten Monaten der Pandemie.

3

DER KONTEXT: DIE PANDEMIE TRAF EINEN UNTERFINANZIERTEN, UNTERBESETZTEN UND UNTERBEWERTETEN SEKTOR

3.1 FRAGMENTIERTE ORGANISATION DES ALTENPFLEGESEKTORS

Die Organisation der Altenpflege variiert zwar von Land zu Land. Trotzdem gibt es eine Reihe von Gemeinsamkeiten. Alle Länder in dieser Studie ringen bei der Altenpflege um den geeigneten Grad an Dezentralisierung, und alle Länder stehen vor Herausforderungen beim Verhältnis zwischen Altenpflege, den verschiedenen Arten der Langzeitpflege älterer Menschen und dem Gesundheitswesen. In manchen Ländern, wie beispielsweise Dänemark, Schweden, Norwegen und Finnland, fällt die Altenpflege in die Zuständigkeit der örtlichen Kommunen (in Finnland jedoch ist eine Reform eingeleitet worden, welche die Organisation der Altenpflegedienste mit Beginn 2023 an 21 Gesundheits- und Sozialdienstbezirke übertragen wird.) In Spanien und Deutschland haben die Bundesländer eine übergeordnete Verantwortung für das Altenpflegeangebot. Im Vereinigten Königreich, in dem es den National Health Service (NHS) gibt, existiert keine äquivalente nationale Organisation für Altenpflege. Die Verantwortung liegt hier stattdessen bei den Kommunen. In Schottland haben die Gewerkschaften erfolgreich für ein reformiertes Pflegesystem gekämpft, das um einen neuen nationalen Pflegedienst strukturiert ist. Trotz ihrer nationalen Gesetze und Bestimmungen gibt es wichtige regionale und lokale Unterschiede in den neun Ländern. Die Folge davon ist, dass ältere Menschen ungleichen Zugang zum Altenpflegesystem haben, und zwar nicht nur innerhalb der EU, sondern auch innerhalb eines jeden Landes.

Der Zugang ist ungleich und der Bedarf an Versorgung, besonders an Altenpflegeheimen, ist größer als das Angebot. In vielen Ländern, wie zum Beispiel Finnland, zielte die Politik darauf ab, institutionelle Altenpflege zu reduzieren und die Älteren zu ermutigen, so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung wohnen zu bleiben. Das heißt älteren Menschen zu ermöglichen – oder sie zu zwingen –, weiterhin zu Hause wohnen zu bleiben. Dies führte zu einer Überlastung der häuslichen Altenpflege, deren Beschäftigte sich um Menschen mit immer komplexeren Bedürfnissen kümmern mussten. Zugleich sind die Senior_innen, denen ein Platz in einem Altenpflegeheim zugewiesen wird, tendenziell älter und haben komplexe Begleiterkrankungen.

Eine Gemeinsamkeit der neun in diesem Bericht untersuchten Länder ist, dass der Altenpflegesektor dazu tendiert, fragmentiert zu sein und abhängig von einer Vielzahl an Ak-

teur_innen. Während ein Teil der Altenpflege weiterhin von (überwiegend weiblichen) Familienmitgliedern geleistet wird, hat sich ein anderer Teil auf den Wohlfahrtsstaat verlagert. In manchen Ländern, wie zum Beispiel Portugal, sind wichtige Bestrebungen im Gange, die informelle Altenpflegearbeit zu formalisieren. Innerhalb eines Landes, sogar innerhalb derselben Ortschaft, kann es vorkommen, dass Altenpflege von Institutionen des öffentlichen Sektors sowie von privaten gemeinnützigen Organisationen (wie z. B. religiösen Wohlfahrtsverbänden), kleinen privaten gewinnbringenden Firmen und großen, multinationalen Altenpflegeunternehmen geleistet wird. Einige der letzteren werden von Venture-Capital-Gesellschaften oder Private-Equity-Fonds geführt. Ein Beispiel eines enorm fragmentierten und ungleichen Sektors ist das britische Altenpflegesystem, mit 18.500 Arbeitgeber_innen in ungefähr 40.000 Einrichtungen. Nur fünf Anbieter stellen fast ein Fünftel des Sektors dar, von denen drei durch Private Equity finanziert werden.

Die Arbeitsbedingungen für Europas Altenpfleger_innen variieren daher enorm: Einige haben eine feste Vollzeitanstellung und sind durch Tarifverträge abgesichert, während andere mit Teilzeit-, Zeitarbeits- und Null-Stunden-Verträgen an Arbeitsplätzen mit niedriger Gewerkschaftsdichte oder sogar fehlenden Gewerkschaften zu kämpfen haben.

In einem Bericht vom Juni 2020 stellt die OECD fest, dass die Coronavirus-Pandemie die strukturellen Probleme der Langzeitpflege älterer Menschen »hinsichtlich ungenügender Personaldecke, schlechter Arbeitsqualität und ungenügender Qualifikationen« deutlich gemacht hat, die alle, so schreibt die OECD, »auf Kosten der Qualität der Pflege und Sicherheit gehen« (OECD 2020).

3.2 EIN UNTERFINANZierter UND UNTERBESETZTER SEKTOR

Als die WHO im Juli 2020 ihre erste Stellungnahme zur Eindämmung des Coronavirus in der Langzeitpflege älterer Menschen bekannt gab, wies sie darauf hin, dass Defizite bei der Reaktion auf die Covid-19-Pandemie sichtbar wurden, die darauf zurückzuführen sind, dass Langzeitpflegedienste zu wenig priorisiert wurden. »Die Folge davon sind verheerende Auswirkungen auf die Langzeitpflegedienste auf der ganzen Welt [...]. Die Ereignisse haben die langjährigen Probleme in den Langzeitpflegesystemen in den meis-

ten Ländern verdeutlicht: Unterfinanzierung, fehlende Verantwortlichkeit, Fragmentierung, schlechte Koordination zwischen Gesundheits- und Langzeitpflege und unterbewertete Beschäftigte« (WHO 2020).

Die Pandemie hat damit Probleme aufgezeigt, die im Altenpflegesektor schon lange vor der Krise bestanden. In allen Berichten wird offenkundig, dass der Sektor unterfinanziert ist – im Vereinigten Königreich sind die Gesamtausgaben für die Erwachsenenpflege immer noch unter dem Niveau von 2010 – und vor der Pandemie unter einer Personalkrise litt. In vielen europäischen Ländern waren die Kürzungen bei Ausgaben und Finanzierung des Altenpflegesektors die Folge von Sparmaßnahmen im Anschluss an die globale Finanzkrise von 2007/2008 und der darauf folgenden Eurokrise.

Auch wenn der Sektor mit zu geringen Mitteln ausgestattet ist, eine bessere Finanzierung allein wird die Probleme aufgrund der Menge des »Output« im System nicht lösen. Im Vereinigten Königreich, wo ein großer Anteil der Altenpflege von privaten Akteur_innen geleistet wird, entgeht dem Sektor über 1 Milliarde britisches Pfund Gewinn. Verluste werden durch große Anbieter verschlimmert, die viele unterschiedliche Strukturen aufbauen, um mehr Profit aus dem Sektor zu ziehen – beispielsweise durch das Verleihen von Geld zwischen verschiedenen Einheiten innerhalb einer größeren Dachorganisation. Während für die Unternehmen so mehr Gewinn entsteht, geht dies auf Kosten der Staatskasse oder Personen, die ihre eigenen Pflegerechnungen bezahlen.

Prekäre Arbeitsbedingungen, niedrige Löhne und fehlende Krankengelder beweisen, welchen geringen Stellenwert der Altenpflegesektor einnimmt. Ein niedriger Lohn und niedriger Status sowie ausbeuterische Beschäftigungspraktiken haben zu Problemen beim Anwerben von Personal geführt, was zu einem hohen Anteil freier Stellen und hoher Personalfuktuation geführt hat, die wiederum für die Qualität der Altenpflege fatale Folgen haben. In den Berichten aus England, Schottland und Portugal wird die Tatsache, dass der Sektor weiblich dominiert ist, als Grund für die mangelnde Wertschätzung angegeben. Obgleich dies wichtig ist, sollte darauf hingewiesen werden, dass nicht notwendigerweise ein Zusammenhang zwischen schlechten Arbeitsbedingungen und hohen Frauenanteilen bei den Beschäftigten besteht. Ethnische Minderheiten und Migrant_innen sind in diesem Sektor auch übermäßig stark vertreten. Prekäre Arbeitsbedingungen sind jedoch auch eine Folge der jahrelangen Privatisierung und Sparpolitik. In Schweden haben Unterbesetzung und Zeitdruck zugenommen und gleichzeitig Autonomie am Arbeitsplatz und die Unterstützung der Kolleg_innen untereinander abgenommen. Wenn man dies berücksichtigt, überrascht es nicht, dass die Älteren, ebenso wie die Beschäftigten, in diesem Sektor von der Pandemie erheblich betroffen waren.

3.3 STEIGENDE PRIVATISIERUNGSRATEN

Die Untersuchung der Frage, wie sich die Privatisierung auf die Altenpflege ausgewirkt hat, ist komplex. Hat die verstärkte Konkurrenz zwischen verschiedenen Akteur_innen die In-

novation vorangetrieben und die Qualität der Altenpflege verbessert? Hat die größere »Wahlfreiheit« zwischen privaten und öffentlichen Arbeitgeber_innen und dem daraus resultierenden Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt den Altenpfleger_innen ermöglicht, bessere Arbeitsbedingungen zu verhandeln? Die verfügbaren Forschungsergebnisse weisen in verschiedene Richtungen. In Kanada wurde festgestellt, dass die Altenpflege in Langzeitpflegeheimen, die von gewinnorientierten Anbieter_innen geführt werden, von schlechterer Qualität ist (Stall et al. 2020).

Eine Auswertung von Altenpflegediensten in Schweden zwischen 1990 und 2009 kam im Gegensatz dazu zu dem Schluss, dass Kommunen, die durch die Öffnung für private Anbieter_innen eine verstärkte Konkurrenz einführten, eine niedrigere Sterblichkeitsrate aufwiesen (Bergman et al. 2016). Eine Schwierigkeit bei der Analyse der Privatisierungsfolgen ist mit der Tatsache verbunden, dass die Privatisierung oft als Mittel zur Effizienzsteigerung in dem Sektor eingeführt wurde und damit als Sparmaßnahme, nicht zuletzt im Kontext der Sparpolitik im Anschluss an die Finanzkrise von 2007/2008. Robert Sweeney (2020) weist jedoch in einem jüngsten Bericht zu Ungleichheit und Pflegewirtschaft darauf hin, dass »Pflegearbeit eine Dienstleistung von Mensch zu Mensch ist, die sich nicht für Produktivitätssteigerungen eignet« (Sweeney 2020: 25).

Der Sozialpflegesektor ist arbeitsintensiv und, wie Sweeney betont, »Kosten in Pflegeeinrichtungen sinken nicht, wenn mehr »Output« erzeugt wird und mehr Menschen gepflegt werden. Wenn »Output pro Stunde«, ein Standardmaß für Produktivität, gesteigert wird, indem man Pfleger zwingt, mehr Patienten oder Kunden in einem bestimmten Zeitraum zu pflegen, wird die Qualität der Pflege gemindert« (Sweeney 2020: 25). Bestrebungen, die Produktivität mithilfe von Privatisierung zu steigern, haben oft zu einer Verschlechterung sowohl der Qualität der Pflege als auch der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten geführt.

Im Januar 2021 kam der gemeinnützige Thinktank Corporate Europe Observatory (CEO) zu dem Schluss, dass die Privatisierung von Gesundheits- und Langzeitpflege »für Europa eine schlechte Ausgangsbasis für die Pandemie geschaffen hat«. Der Bericht zeigte, wie die von der EU angeregte Kommodifizierung und Kürzungen bei den öffentlichen Ausgaben, die Fähigkeit der EU-Mitgliedstaaten verschlechtert haben, mit Covid-19 wirksam umzugehen (CEO 2021).

Ein besonders relevanter Aspekt bei der Privatisierung der Altenpflege im Kontext der Coronavirus-Pandemie ist, dass diese tendenziell zu einer größeren Fragmentierung des Sektors führt und damit eine rasche und koordinierte Reaktion auf die Pandemie schwieriger macht.

Die Rate der privaten Versorgung ist in allen Ländern, die in diesem Bericht untersucht wurden, in den vergangenen paar Jahrzehnten gestiegen. Das Vereinigte Königreich ist ein typischer Fall: 1979 wurden 64 Prozent der Betten in Alten- und Pflegeheimen noch von den Kommunen oder dem NHS bereitgestellt. Heute sind 84 Prozent der Betten in Altenpflegeheimen im Besitz privater Firmen, 13 Prozent im Besitz des

gemeinnützigen Sektors und nur drei Prozent verbleiben bei den Kommunen (Blakeley/Quilter-Pinner 2019). Ähnliches gilt für die häusliche Altenpflege, 95 Prozent wurden 1993 hier von den Kommunen geleistet. 2012 waren es gerade noch elf Prozent. Im Vereinigten Königreich sind Gewerkschaften zu dem Schluss gekommen, dass die Privatisierung die Stabilität, Belastbarkeit und Wirtschaftlichkeit des Sektors beeinträchtigt hat.

In Finnland ist etwa die Hälfte der Dienste für 24-Stunden betreutes Wohnen älterer Menschen an private Akteur_innen ausgelagert worden. In Deutschland ist der Anteil der Altenpflegekräfte gestiegen, die bei gewinnorientierten Anbieter_innen angestellt sind. Ungefähr 36 Prozent der Beschäftigten in der häuslichen Altenpflege arbeiteten 1999 für eine_n private_n gewinnorientierte_n Arbeitgeber_in, 2017 waren es 56 Prozent. 1999 arbeiteten 24 Prozent der Beschäftigten in Altenpflegeheimen für eine_n private_n gewinnorientierte_n Arbeitgeber_in, 2017 stieg die Zahl auf 36 Prozent.

In Schweden wird ungefähr ein Viertel (23 Prozent) der Stunden in der häuslichen Pflege Älterer von einer privaten Pflegefirma geleistet. Ein Fünftel der Älteren in der Langzeitpflege lebt in einem privaten Pflegeheim (19 Prozent) (Swedish National Board of Health and Welfare 2019).

3.4 SINKENDE GEWERKSCHAFTLICHE ORGANISATIONSRADE

In Schottland liegt der gewerkschaftliche Organisationsgrad im öffentlichen Sektor bei ungefähr 65 Prozent, sinkt aber auf 20–25 Prozent im privaten und gemeinnützigen Sektor. Für Gewerkschaften ist es besonders schwierig, Beschäftigte in der häuslichen Altenpflege zu organisieren. Potenzielle Mitglieder arbeiten verstreut, viele von ihnen leben bei ihren Arbeitgeber_innen zu Hause. Eine hohe Personalfuktuation und einige gewerkschaftsfeindlich eingestellte Arbeitgeber_innen, besonders im privaten und gemeinnützigen Sektor, tragen zu den Herausforderungen bei.

Nichtsdestotrotz ist der Anteil der Mitglieder im öffentlichen Sektor angesichts der Tatsache, dass die meisten Altenpflegekräfte im privaten Sektor angestellt sind, überproportional. In Schottland ist nur eine_r von fünf privat angestellten Altenpfleger_innen Mitglied einer Gewerkschaft oder Berufsgenossenschaft, wohingegen vier von fünf NHS-Altenpfleger_innen Gewerkschaftsmitglieder sind. Diese schlecht bezahlten Beschäftigten mit geringer Qualifikation und fehlender Verhandlungsmacht – die am meisten von der Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft profitieren würden – treten am seltensten einer Gewerkschaft bei (Dromey/Hochlaf 2018). Weniger als ein Viertel der aktuellen Mitglieder ist unter 34 Jahre, mehr als 40 Prozent sind 50 Jahre alt oder älter (ITUC 2020).

Das Vereinigte Königreich ist ein Beispiel dafür, dass die Pandemie zu steigenden Gewerkschaftsmitgliederzahlen geführt hat, was eine Reaktion der Altenpflegekräfte auf die aktiven Kampagnen der Gewerkschaften für deren Schutz

darstellt. Die Zahl der Gewerkschaftsmitglieder steigt, wobei UNISON im ganzen Vereinigten Königreich zwischen Januar und Oktober 65.000 neue Mitglieder angeworben hat und es vorwiegend Frauen sind, die beitreten (Roper 2020). In Schweden ist Kommunal zwischen April und August im Rekordtempo gewachsen (eine Zunahme von 8.500 Mitgliedern) (Kommunalarbetaren 2020).

4

DER ALTENPFLEGESEKTOR UND DAS CORONAVIRUS

4.1 EIN SICH SELBST ÜBERLASSENER SEKTOR

Es gibt ungefähr 3,5 Millionen Bewohner_innen, die in Langzeitpflegeheimen (wie Altenpflegeheimen, Einrichtungen mit ausgebildetem Altenpflegepersonal, Altersheimen, Einrichtungen des betreuten Wohnens und Seniorenresidenzen) in der EU/im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und im Vereinigten Königreich leben. Bewohner_innen in Langzeitpflegeeinrichtungen stellen 0,7 Prozent der Gesamtbevölkerung dar (ECDC 2020a).

Schon zu Beginn der Pandemie war klar, dass ein hohes Alter ein großes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei Covid-19 darstellt. Die meisten Länder reagierten auf die Notwendigkeit, gefährdete ältere Menschen zu schützen, allein mit Besuchsverboten von Altenpflegeheimen. Beispielsweise hat die schwedische Regierung im März ein Gesetz über ein Verbot nicht notwendiger Besuche in Einrichtungen der Altenpflege verabschiedet, gab aber keinerlei politische Richtlinien vor, wie mit der Tatsache umzugehen ist, dass ungefähr 71 Prozent der Menschen im Alter von 65 oder älter zu Hause leben und kommunale Hauspflegedienste nutzen und mehrere Besuche pro Woche oder sogar pro Tag bekommen. Alle zwei Wochen begegnet eine Person in Schweden, die Hauspflegedienste in Anspruch nimmt, durchschnittlich 15 Altenpflegekräften, von denen jede Kontakt zu mehr als zehn Kund_innen hat (National Board of Health and Welfare 2019).

Das European Centre For Disease Prevention and Control (ECDC) (Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten) hat die Bewohner_innen von Langzeitpflegeeinrichtungen als eine der anfälligsten Bevölkerungsgruppen gegenüber Covid-19 identifiziert. Abgesehen von deren körperlicher Vulnerabilität gegenüber dem Coronavirus sind diese Bewohner_innen auch gegenüber den durch die Pandemie entstandenen Veränderungen sozial vulnerabel, beispielsweise durch die starken Einschränkungen von physischen Interaktionen wie Besuchen und anderen sozialen Aktivitäten (ECDC 2020c).

Ungeachtet dessen hat das ECDC es weitestgehend versäumt, spezielle Empfehlungen darüber abzugeben, wie die Ausbreitung des Coronavirus im Altenpflegesektor verhindert werden kann. In einem Bericht für die Untersuchungskommission der schwedischen Regierung zur Coronavirus-Pandemie

(Szebehely 2020) bemerkt Marta Szebehely, Professor Emeritus an der Stockholmer Universität und führende Expertin für Altenpflege, dass das Zentrum keine Richtlinien für die Altenpflege veröffentlichte, trotz der verheerenden Sterberaten in Altenpflegeheimen in der ersten Pandemie-Welle im März/April 2020 und trotz der ECDC-Warnung im September, dass eine zweite Welle die europäischen Mitgliedstaaten treffen würde. Dessen Bericht, veröffentlicht am 24. September, führte eine Reihe von »nicht pharmakologischen Interventionen« an, wie Einschränkungen von öffentlichen Versammlungen, Schulschließungen und die Pflicht zum Tragen einer Maske, aber keine Empfehlungen, die an ältere Menschen gerichtet waren, außer »Zuhause-Bleiben« (ECDC 2020c).

Das Gleiche gilt für den Oxford Supertracker (Daly et al. 2020), einen ehrgeizigen Versuch, verschiedene Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Coronavirus aufzulisten und zu vergleichen, inklusive eines »Government Stringency Index« (Stringenz-Index der Regierung). Insgesamt gibt es 136 Strategie-Tracker, allerdings bezieht sich nur einer davon auf die Altenpflege. In dem Our World in Data's »Government Stringency Index«, der auf den Oxford Covid-19 Government Response Tracker aufbaut, fehlen auch Indikatoren für die Altenpflege: Er basiert auf neun Reaktionsindikatoren, u. a. Schul- und Arbeitsplatzschließungen und Reiseverboten (Our World in Data 2020; Hale et al. 2020).

Während Portugal den Schutz der Altenpflegeheime für die hilfsbedürftigsten Senior_innen an die Spitze der Prioritätenliste setzte, sowohl in Bezug auf den öffentlichen Diskurs als auch auf konkrete politische Maßnahmen, stellt sich die Frage, warum genau das in den anderen Ländern dieser Berichtsreihe nicht getan wurde? Die Schlussfolgerung, die nach dem Lesen der Berichte der anderen acht Länder gezogen werden kann, ist, dass das Versagen beim Eindämmen der Coronavirus-Ausbreitung im Altenpflegesektor symptomatisch für die Nichtbeachtung ist, unter welcher der Sektor bereits vor der Covid-19-Ausbreitung Anfang 2020 in ganz Europa litt.

4.2 FAST DIE HÄLFTE DER TODESFÄLLE IN VERBINDUNG MIT COVID-19 TRAT IM ALTENPFLEGESEKTOR AUF

Es ist schwierig, die Auswirkungen der Pandemie auf die Altenpflegesektoren in verschiedenen Ländern zu vergleichen.

Beispielsweise registrieren manche Länder bei der Anzahl der Todesfälle unter Altenpflegeheimbewohner_innen nur den Sterbeort, während andere auch die Todesfälle von Altenpflegeheimbewohner_innen in Krankenhäusern dokumentieren. Manche Länder berücksichtigen nur die Personen, die vor oder nach dem Tod positiv getestet wurden, wohingegen andere auch Todesfälle von Personen dokumentieren, von denen vermutet wird, dass sie unter Covid-19 gelitten haben. Die unterschiedliche Testkapazität wirkt sich auch auf die Zahl der mit Covid-19 verbundenen Todesfälle aus, wie Marta Szebeheley in ihrem Bericht an die schwedische Untersuchungskommission zu Corona-Pandemie und Altenpflegesektor hervorhob. Besonders zu Beginn der Pandemie war die Anzahl der mit Covid-19 verbundenen Todesfälle wahrscheinlich aufgrund geringer Testkapazität und breitem Symptomspektrum innerhalb der älteren Bevölkerung deutlich untererfasst (Szebeheley 2020).

4.3 MANGEL AN EINHEITLICHEN DEFINITIONEN

Eine weitere Herausforderung für den internationalen Vergleich stellt der Mangel an einheitlichen Definitionen von Altenpflegeheimen dar. Die Begriffe, die unterschiedlich verwendet werden, sind »Altenpflegeheime«, »Seniorenresidenzen«, »betreutes Wohnen« – Wohnungen für Menschen über einem bestimmten Alter mit einem Minimum an Altenpflegedienstleistungen –, Langzeitpflegeeinrichtungen für ältere Menschen mit einer krankenhaushähnlichen Gesundheitsversorgung und moderne Altenpflegedienste, die 24/7 angeboten werden. Gleichmaßen sind die Berufsbezeichnungen für Beschäftigte, die in diesem Sektor arbeiten, von Land zu Land unterschiedlich.

Unter Berücksichtigung all dieser Einschränkungen schätzen Forscher_innen des International Long-Term Care Policy Network, dass der Anteil der Todesfälle in Verbindung mit Covid-19, die Anfang Oktober in Langzeitpflegeeinrichtungen auftraten, bei 35 Prozent in Dänemark, 53 Prozent in Norwegen und 63 Prozent in Spanien lag. In Schottland traten 46 Prozent aller Todesfälle in Verbindung mit Covid-19 in Altenpflegeheimen auf. In Finnland traten 42 Prozent aller Todesfälle in Verbindung mit Covid-19 in 24-Stunden-Altenpflegeeinheiten auf. In Deutschland traten 39 Prozent aller Todesfälle im »kommunalen Umfeld« auf, das heißt, bei Menschen, die in Einrichtungen für Behinderte oder andere Betreuungsbedürfnisse, Obdachlosenunterkünften, kommunalen Einrichtungen für Asylsuchende und Flüchtlinge sowie in Massenunterkünften und Gefängnissen lebten. Im Oktober stammte die aktuellste verfügbare offizielle Zahl für Portugal aus dem Monat Mai, als 40 Prozent aller Todesfälle im Land in Altenpflegeheimen aufgetreten waren (Comas-Herrera et al. 2020).

4.4 ÜBERSTERBLICHKEIT

Eine genauere Bewertung der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf die Altenpflege wäre der Vergleich der Übersterblichkeit gewesen. Daten von EuroMoMo zeigen,

dass die wöchentliche Übersterblichkeit bei Menschen über 65 europaweit in der ersten Woche im Jahr 2020 von 2.653 auf 167.134 in der 19. Woche und auf 317.245 in der letzten Woche des Jahres stieg (EuroMoMo 2021). Wenn man die Sterberate in Deutschland zwischen 2016 und 2020 vergleicht, zeigt sich eine deutliche Zunahme zwischen März und April 2020 bei Menschen im Alter von 65 Jahren oder älter (Nowossadeck 2020). Wissenschaftler_innen berechneten, dass 60 Prozent aller Todesfälle in Verbindung mit Covid-19 in Deutschland in Zusammenhang mit Altenpflegeheimen (49 Prozent) oder häuslichen Altenpflegediensten (zwölf Prozent) gebracht werden können (Rothgang et. al. 2020). Während nur 14 Prozent der bestätigten Fälle in Portugal Personen im Alter von 70 Jahren oder älter waren, stammten aber 87 Prozent der Coronavirus-Toten aus dieser Altersgruppe. Bis zum 18.9.2020 stellten die Todesfälle von Altenpflegeheimbewohner_innen, die im Zusammenhang mit Covid-19 auftraten, 39 Prozent aller zusätzlichen Toten in England und Wales dar.

Obwohl die meisten Länder von einer ersten Welle im März und April getroffen wurden (teilweise bis in den Mai hinein), dauerte die Pandemie weit bis in den Herbst hinein an, und setzte die Altenpflegekräfte unter enormen Druck und einer enormen Belastung aus. Das ECDC definiert die Übertragung des Coronavirus als »hoch«, wenn die 14-Tages-Fallzahl 60 pro 100.000 Einwohner_innen beträgt, das heißt 60 neue bestätigte Infektionen pro 100.000 Einwohner_innen innerhalb von 14 Tagen (ECDC 2021). Am 8.11.2020 berichtete das ECDC, dass abgesehen von Finnland alle EU-/EWR-Mitgliedstaaten und das Vereinigte Königreich eine 14-Tage-Inzidenz von über 100 pro 100.000 Einwohner_innen aufwiesen (ECDC 2020: 3). Da sich die Testungsmethoden jetzt geändert haben, werden die höchsten Infektionsraten nicht länger bei älteren Menschen beobachtet. Stattdessen sind seit Juli 2020 die höchsten Raten bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen festzustellen, besonders bei den 15- bis 24-Jährigen und den 25- bis 49-Jährigen. Auch wenn die Infektionsraten tendenziell bei jüngeren Menschen höher liegen, sind sie dennoch weiterhin untragbar hoch bei den älteren Menschen. Im November 2020 meldete das ECDC weiterhin hohe Inzidenzraten bei Älteren (Raten von >60 pro 100.000 Menschen im Alter von 65 oder älter) in 24 von 27 Ländern, in denen Daten verfügbar waren (ECDC 2020: 3).

4.5 ERKLÄRUNGSFAKTOREN

Warum sind Menschen, die Altenpflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, so stark von der Coronavirus-Pandemie betroffen? In einem Bericht vom November 2020 veröffentlichte das ECDC eine Ursachenanalyse anhand der Erfahrungen aus dem Vereinigten Königreich und Schottland. Die Analyse benannte zwölf Hauptfaktoren, die zur Verbreitung des Coronavirus in Langzeitpflegeeinrichtungen beigetragen haben. Diese Faktoren waren in unterschiedlichem Maße wichtig für die Erklärung, warum Altenpflegeheime in den hier untersuchten neun Ländern so stark betroffen waren. Sie lauten:

- (1) ein hohes kommunales Vorkommen von Covid-19 in derselben subnationalen Region;
- (2) größere Altenpflegeheime (>20 Betten) und höhere Auslastung;
- (3) Personal, das unwissentlich ohne Symptome arbeitete, weil es zu Verzögerungen/Fehlern bei der Meldung der Screeningtest-Ergebnisse kam;
- (4) Mitarbeitende (einschließlich Krankenschwestern, Altenpfleger_innen und Küchenpersonal), die in mehr als einer Langzeitpflegeeinrichtung (LZPE) für ältere Menschen arbeiteten oder die nicht für diese Etage/Einheit zugeteilt waren, die in allen Bereichen weiterarbeiteten, bis die Ausbrüche bestätigt waren;
- (5) Gelegenheiten wurden verpasst, Warnungen bei Sicherheitsdaten rechtzeitig auszusprechen (z.B. Abwesenheitsdaten des Personals, einzelne positive Fälle);
- (6) ungenügende Schulung und Einhaltung des Personals der Maßnahmen zur Infektionspräventionskontrolle und Verzögerungen bei der Einführung zusätzlicher übertragungsbasierter Vorsichtsmaßnahmen (TBP), wenn ein Fall vermutet oder bestätigt wurde;
- (7) Herausforderungen bei der Umsetzung der wirksamsten Praktiken zur Infektionspräventionskontrolle (z.B. auf dem neuesten Stand der aktuellen Richtlinien zu bleiben und fehlende Expertenratschläge oder konkrete Anleitungen beispielsweise bei Reinigungsmitteln);
- (8) unzureichende IPC-Maßnahmen des Personals, die Übertragung von Mitarbeiter_innen zu Mitarbeiter_innen zu minimieren (z.B. Bewusstsein für Risiken in Umkleieräumen, Pausenräumen, Raucherbereichen, Car-sharing und bei Kontakten außerhalb der Arbeitszeit);
- (9) verzögertes Erkennen von Infektionsfällen bei Bewohner_innen aufgrund eines unzureichenden Verdachtsindex, d. h. das breitere Krankheitsbild von Covid-19 bei älteren Menschen war nicht bekannt;
- (10) verspätetes Erkennen von Fällen (z.B. begrenzte Verfügbarkeit von rechtzeitigen Tests oder Testmeldungen; asymptomatische/präsymptomatische Bewohner_innen);
- (11) LZPE-Bewohner_innen mit Sterberisiko oder dem Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs teilen sich einen Ort, z.B. LZPEs mit einem hohen Anteil an Bewohner_innen mit Demenz und Hospizpflege;
- (12) Maßnahmen des Gesundheitswesens zur Unterstützung des Personals in Krisenzeiten, z. B. bei Personalunterbesetzung – große privatwirtschaftliche Pflegeunternehmen neigten eher dazu, weniger etablierte Beziehungen zum nationalen Gesundheitswesen zu haben und nahmen die zur Verfügung stehenden Hilfen weniger in Anspruch (ECDC 2020: 6).

4.6 AUSBILDUNG UND BERUFSBEZEICHNUNGEN

Ein länderübergreifendes Problem ist das Thema Ausbildung. Der norwegische Bericht zeigt, dass eine ungenügende Ausbildung bei Stamm- und Zeitarbeitspersonal ein Risikofaktor für die Ausbreitung des Virus in Norwegen war. Die norwegische Gewerkschaft Fagforbundet weist auf die ständigen Finanz- und Personalkürzungen als langfristige Faktoren hin, welche die Pandemie verstärkt haben. Laut Fagforbundet »[w]aren Altenpflegedienstleistungen, als die Pandemie ausbrach, bereits bis auf die Knochen gekürzt worden. Die Schulung von Personal war seit Jahren verringert worden. Es gab zu wenig Führungskräfte, und sie waren zu beschäftigt. Das machte die Fähigkeit, den Richtlinien zu folgen, schwieriger.«

In Deutschland ist die Zahl ausgebildeter Beschäftigter im Altenpflegesektor relativ hoch. 2017 hatten 48 Prozent der in der häuslichen Altenpflege Arbeitenden eine dreijährige Berufsausbildung abgeschlossen, zehn Prozent hatten eine ein- oder zweijährige Berufsausbildung und 31 Prozent hatten entweder einen Kurzlehrgang oder gar keine Ausbildung absolviert. In Altenpflegeheimen hatten 45 Prozent des Personals eine Berufsausbildung von drei Jahren, neun Prozent eine ein- oder zweijährige Ausbildung und 36 Prozent entweder einen Kurzlehrgang oder gar keine Ausbildung abgeschlossen (Statistisches Bundesamt 2018).

In Ländern wie Dänemark, Finnland und Norwegen gibt es eine standardisierte Berufsausbildung zum/zur Altenpfleger_in. So ist beispielsweise in Finnland »Altenpfleger_in mit Berufsausbildung« eine geschützte Berufsbezeichnung für professionelle Gesundheits- und Sozialdienste. Nur eine Person, die über eine berufliche Qualifikation in der Altenpflege verfügt, darf diesen Titel verwenden, auch wenn andere mit ausreichender Ausbildung ähnliche Aufgaben erfüllen können. Für die Berufsausbildung zum/zur Altenpfleger_in ist eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung notwendig, deren Dauer je nach Vorkenntnissen verkürzt werden kann. Altenpfleger_innen mit Berufsausbildung sind auch in dem Zentralregister für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen registriert. Im Gegensatz dazu ist die fehlende Standardisierung der Bezeichnung »Altenpfleger_in« ein jahrelanges Problem im Vereinigten Königreich, was zur Frage in einem Artikel des »Guardian« führte: »Was ist ein Altenpfleger? Verwirrende Anzahl an Rollen verwirrt Patienten und Vorgesetzte« (Lary 2017). Nichtsdestotrotz ist ein_e Altenpfleger_in mit Berufsausbildung jemand, der oder die einen Abschluss in der Altenpflege hat und beim Nursing & Midwifery Council (NMC) registriert ist. Abschlüsse in der Krankenpflege können nur in Ausbildungseinrichtungen, die vom NMC genehmigt sind, erworben werden.

Schweden steht hinsichtlich der Altenpfleger_in mit Berufsausbildung vor einer ähnlichen Situation. Die schwedische Gewerkschaft für Kommunalbeschäftigte Kommunal hat lange für eine nationale Standardisierung der Altenpflegeausbildung und eine geschützte Berufsbezeichnung für Altenpfleger_innen mit Berufsausbildung gekämpft, und argumentierte, dass so lange Pflegearbeit keine Quali-

fikation erfordere und eine Arbeit bliebe, die »jeder tun könne«, blieben auch Löhne und andere Arbeitsbedingungen weiterhin schlecht. Heute hat eine von fünf Altenpfleger_innen in Altenpflegeheimen keine Schulbildung. Die Altenpflege von älteren Patient_innen mit einer Reihe von Begleiterkrankungen ist eine hochqualifizierte Arbeit und sollte auch als solche von Arbeitgeber_innen und dem Staat anerkannt werden.

In Deutschland sind wegweisende Initiativen im Gange, um die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal zu erhöhen und Altenpflegearbeit attraktiver zu machen, nicht zuletzt durch eine Reform der Altenpflegeberufe, die im Januar 2020 eingeführt wurde. Die Reform vereinte getrennte Berufsausbildungen in der Krankenpflege und Altenpflege zu einer dreijährigen Berufsausbildung. Ein BA-Studiengang für Krankenpflege wurde an Fachhochschulen eingeführt. In Schweden fördern Kommunal und Arbeitgeber des öffentlichen Sektors ein Modell, in dem eine Ausbildung als Krankenpflegehelfer_in zu 50 Prozent an eine Qualifikation zum/zur Altenpfleger_in angerechnet wird, man auf die bisherige Ausbildung aufbauen kann und eine berufliche Entwicklung ermöglicht wird.

5

ARBEITSBEDINGUNGEN VON ALTENPFLEGEKRÄFTEN AN DER CORONA-FRONT

Obleich umfassende Daten fehlen, ist klar, dass der Schutz von Beschäftigten im Gesundheitswesen und von anderen Beschäftigten in relevanten Berufen nicht ausreichend von Regierungen oder Arbeitgeber_innen priorisiert worden ist (Amnesty International 2020: 15). Gemäß dem International Council of Nurses (Internationaler Rat für Krankenpfleger_innen) haben sich in der ersten Hälfte des Jahres 2020 mehr als 230.000 Beschäftigte im Gesundheitswesen mit Covid-19 infiziert. Mehr als 600 Krankenpfleger_innen waren bis Juli 2020 an dem Virus gestorben (International Council of Nurses 2020). Zusätzlich zeigen Daten, die von Amnesty International aus 63 Ländern weltweit erhoben wurden, dass im Juli 2020 mehr als 3.000 Beschäftigte im Gesundheitswesen an dem Coronavirus gestorben waren (Amnesty International 2020: 14).

Am 26.6.2020 waren 268 Todesfälle infolge von Covid-19 unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Altenpflege im Vereinigten Königreich registriert worden. In Spanien (29.5.2020) waren 24,1 Prozent aller bestätigten Covid-19-Fälle Beschäftigte im Gesundheitswesen oder in der Pflege und mindestens 63 Altenpflegekräfte starben. In Dänemark (Anfang Mai) haben sich sechs Prozent des getesteten Gesundheitspersonals und 8,4 Prozent der Krankenpfleger_innen in Krankenhäusern mit dem Virus infiziert, im Vergleich zu 3,8 Prozent der allgemeinen Bevölkerung. Diese Unterschiede sind geblieben: Im Februar 2021 hatten sich sieben Prozent der Beschäftigten in Altenpflegeheimen infiziert, verglichen mit 4,2 Prozent der gesamten erwerbstätigen Bevölkerung. Laut Amnesty International (2020) dienen Daten zu Infektionen und Todesfällen von Beschäftigten im Gesundheitswesen und relevanten Berufen »als wichtige Erinnerung an die menschlichen Kosten dieser Pandemie, besonders derer, die an der Front gearbeitet haben, und deren Familien« (Amnesty International 2020: 19). In Schweden wurden bis 1. September beim Schwedischen Zentralamt für Arbeitsumfeld mehr als 5.000 Menschen mit einer bei der Arbeit erfolgten Coronavirus-Infektion gemeldet. Acht von zehn dieser Infizierten waren Frauen und mehr als die Hälfte arbeitete als Krankenpflegehelfer_in in der häuslichen Pflege oder als persönliche Assistent_in (Hedfors 2020).

Die Beschäftigten in der Altenpflege bestehen zu einem Großteil aus Frauen und ethnischen Minderheiten. 2019 stellte die WHO fest, dass 70 Prozent der in der Altenpflege und im Gesundheitswesen Beschäftigten Frauen sind. In Spanien waren 76,5 Prozent der Covid-19-Fälle im Alten-

pflegesektor Frauen (Amnesty International 2020: 18). Im Vereinigten Königreich sind Altenpflegekräfte, die sich als schwarz, asiatisch oder einer ethnischen Minderheit (BAME) zugehörig fühlen, in der Gesamtzahl der Todesfälle in Verbindung mit Covid-19 übermäßig stark vertreten. Diese machten auch, laut einigen Berichten, bis zu 60 Prozent der Todesfälle aus. Dies offenbart einen unterbewerteten Altenpflegesektor, in dem Frauen und ethnische Minderheiten mit systematischen Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt, beruflicher Segregation und struktureller Diskriminierung zu kämpfen haben.

5.1 UNGESCHÜTZT: MANGEL AN PSA

Im Juli 2020 sammelte Amnesty International Informationen zu den Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen und in anderen relevanten Bereichen. Fast alle 63 Länder, in denen die Umfrage durchgeführt wurde, meldeten einen Mangel an PSA. Dies trifft auch auf alle Länder zu, die für den hier vorliegenden Bericht untersucht wurden. Allerdings wurden in Finnland und Portugal zusätzliche PSA relativ schnell erworben – bis Mai 2020 hatte sich die Situation verbessert und Richtlinien waren einheitlicher. Durch Umfragen des finnischen Krankenpflegeverbands wurde jedoch festgestellt, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen manchmal Regenmäntel als Schutz trugen und angewiesen wurden, Gesichtsmasken aus Papiertaschentüchern herzustellen (Sairaanhoitajat 2020; Tehy 2020). In Norwegen, dem Land in unserem Bericht mit der niedrigsten Infektionsrate, meldete ein Drittel der Kommunen im Frühling 2020 einen Mangel an ausreichender PSA. In Ländern wie Schweden führte ein Mangel an PSA dazu, dass Altenpflegekräfte rechtliche Schritte einleiten mussten, um ihr Recht auf Beurlaubung durchzusetzen, und laut einiger Berichte damit sie das Recht erhielten, eine Gesichtsmaske tragen zu können, wenn sie Altenpflegeheimbewohner_innen mit bestätigter oder vermuteter Covid-19-Erkrankung pflegten. Tatsächlich empfahl die Swedish Public Health Agency erst am 25.6.2020, dass Personal eine Maske und ein Visier tragen sollte, wenn es Betreuungspersonen und Patient_innen mit vermuteter oder bestätigter Covid-19-Erkrankung zu betreuen hatte. Laut Kommunal erlebten 42 Prozent der Altenpflegekräfte in der häuslichen Altenpflege, dass sie ohne geeignete PSA arbeiten mussten, 84 Prozent, dass sie sich wegen des Mangels an PSA Sorgen machten und 48

Prozent berichteten von Unterversorgung mit PSA (Kommunal 2020).

In England zeigten von den Gewerkschaften GMB und Unite durchgeführte Umfragen, dass sich Altenpflegekräfte, die weder mit geeigneter PSA versorgt noch getestet wurden, bei der Arbeit nicht sicher fühlten. Die Mehrheit derjenigen ohne geeignete PSA war der Meinung, dass ihre Gesundheit gefährdet sei, und machte sich Sorgen, dass sie ihre Familie oder ihren Haushalt mit dem Virus anstecken könnten. Außerdem gaben englische Altenpfleger_innen an, dass sie nicht wussten, wo sie getestet werden können. Für die Arbeit mit Altenpflegebedürftigen, die Symptome von Covid-19 aufwiesen, hatten sie von ihren Arbeitgeber_innen unzureichende Anleitungen oder Schulungen erhalten. Aufgrund fehlender Testkapazitäten mussten manche Altenpflegekräfte Hunderte von Meilen fahren, um sich testen zu lassen.

Erkenntnisse darüber, wie verschiedene Berufsgruppen von der Pandemie getroffen wurden, kommen nun ans Licht. In Deutschland war die Zahl der Covid-19-Fälle unter Altenpflegekräften in der häuslichen Altenpflege doppelt so hoch wie in der durchschnittlichen Bevölkerung, und die Covid-19-Rate unter Beschäftigten in Altenpflegeheimen sechs Mal höher als in der durchschnittlichen Bevölkerung (Rothgang et al. 2020).

5.2 UNTERPRIORISIERT: MANGEL AN RESSOURCEN UND BEACHTUNG

Europäische Gesellschaften, und insbesondere ihre Fürsorgesektoren, waren nicht auf die Bewältigung einer Pandemie vorbereitet. Nicht zuletzt deshalb, weil zivile Notreserven an medizinischer Ausrüstung und PSA aus der Zeit des Kalten Krieges abgeschafft waren, Krisenmanagementkapazitäten heruntergefahren, vergessen oder nach Ende des Kalten Krieges als veraltet angesehen wurden. In der Mehrheit der in diesem Bericht analysierten Länder wurde der Mangel an PSA durch die Tatsache verschärft, dass ihre Behörden beschlossen, in den Anfangsphasen der Pandemie den Krankenhäusern die höchste Priorität einzuräumen. Während die Hauptursache für die Übertragungen im Altenpflegesektor wahrscheinlich im näheren Umfeld lag (d. h. Personal und Besucher_innen), waren die Infektionen, die durch Krankenhausaufenthalte entstanden, eine weitere wichtige Ursache für Ansteckungen und Ausbrüche in der Altenpflege. Patient_innen wurden nicht richtig getestet, bevor sie in die Altenpflegeheime zurückgebracht wurden, und trugen dann das Virus mit in eine Umgebung, in der das Personal über keine oder nur wenig PSA verfügte. Im Vereinigten Königreich übte die Priorisierung der Krankenhäuser einen zusätzlichen Druck auf den Altenpflegesektor aus. Altenpflegeheime mussten Patient_innen – einige positiv auf Covid-19 getestet und andere noch auf ihre Ergebnisse wartend – aus Krankenhäusern aufnehmen, damit Betten frei wurden. Da für beide Gruppen strikte Isolation erforderlich war, wurde weiterer Druck auf Altenpflegeheime ausgeübt. Zeitgleich mit dem Rückgang der Todesfälle in den Krankenhäusern im Vereinigten Königreich

stiegen diese in den Altenpflegeheimen, und die Beschäftigten an der vergessenen Front der Altenpflege waren nicht in der Lage, die Senior_innen angemessen zu schützen (UNISON 2020a).

5.3 IM STICH GELASSEN: ARBEITEN UNTER PSYCHISCHEM DRUCK MIT HOHER VERANTWORTUNG BEI VERSAGEN DEN FÜRSORGEDIENSTEN

Die für dieses Projekt geschriebenen Berichte bezeugen eine erhöhte Arbeitsbelastung für Altenpfleger_innen in der Pandemie wie auch ein gesteigertes Angst- und Stressniveau. Wie zwei Umfragen unter Beschäftigten im Gesundheitswesen in Portugal (veröffentlicht im April 2020) zeigen, stuften fast 75 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen ihr Angstniveau als »hoch« oder »sehr hoch« ein und 14,6 Prozent gaben an, dass sie während der Pandemie mittelschwere oder schwere Depressionen hatten. Außerdem litten 40 Prozent der Krankenpfleger_innen aufgrund der erhöhten Arbeitszeit an höheren Angstniveaus. 57 Prozent der Krankenpfleger_innen gaben an, dass ihr Schlaf »schlecht« oder »sehr schlecht« sei, und 48 Prozent bezeichneten ihre Lebensqualität als »schlecht« oder »sehr schlecht«. Nur 1,4 Prozent hatten Unterstützung für ihre psychische Gesundheit erhalten (Escola Nacional de Saúde Pública 2020; Azevedo 2020). Im Vereinigten Königreich gab eine_r von zwei Beschäftigten im Gesundheits- und Altenpflegesektor an, dass sich seine bzw. ihre psychische Gesundheit während der Pandemie verschlechtert habe. 35 Prozent berichteten, dass sie Alkohol konsumierten, um den Stress durch die Arbeit zu bewältigen, 56 Prozent, dass sie emotional erschöpft seien, und 63 Prozent, dass sie Schlafstörungen hätten (Thomas/Quilter-Pinner 2020).

Laut einer Umfrage der dänischen Gewerkschaft FOA (24.7.2020) trat die Angst, bei der Arbeit das Virus zu übertragen, im Pflegesektor am häufigsten auf (55 Prozent). Während das Pflegepersonal angab, dass der fehlende Zugang zu Tests mit der Angst vor Infektion und Übertragung verbunden war, war der Mangel an PSA nur mit der Angst vor Übertragung verbunden. Ein Beschäftigter in einem Pflegeheim berichtete: »Ich mache mir große Sorgen, weil ich nicht weiß, ob ich die Bewohner_innen des Pflegeheims anstecken kann. Meine eigenen Eltern, die schon älter sind, besuche ich nicht, weil ich Angst habe, sie anzustecken. Ich arbeite im Pflegesektor, und ich habe keine Form von PSA oder Schutz« (FOA 2020). Das zeigt, wie Angst und Stress zu verstärkter psychischer Erkrankung führen können, wenn mit der Arbeitsbereitschaft während der Pandemie emotionale Reaktionen verbunden sind. Des Weiteren zeigt es die Notwendigkeit, nicht nur dem Krankenhausumfeld Aufmerksamkeit zu zollen, sondern auch anderen Gruppen an der Corona-Front, die sich selbst, ihre Familien und ihre Kund_innen vor einer Infektion schützen müssen.

Neben riesigem Druck und riesiger Verantwortung sind Altenpflegekräfte während der Pandemie auch von anderen Aspekten der Fürsorge betroffen. In England hatten Altenpflegekräfte mit der Kinderbetreuung, Unterbringung und

Extrakosten zu kämpfen, weil beispielsweise Reisebeschränkungen während des Lockdowns sie zwangen, eine vorübergehende Unterkunft zu finden, die näher an ihrem Arbeitsplatz lag. Eine_r von drei Altenpfleger_innen gab an, dass eine größere Bereitstellung von Hotelunterkünften in der Nähe des Arbeitsplatzes eine unmittelbare Priorität der Regierung sein sollte. Zudem sollte ihrer Meinung nach die Regierung eine breitere Palette an Gründen anerkennen, warum Beschäftigte eine Unterkunft benötigten, wie längere Reise- und Arbeitszeiten und Angst um die Sicherheit der Familie.

5.4 UNABGESICHERT: KEIN SICHERHEITSNETZ IM KRANKHEITSFALL UND BEGRENZTER ZUGANG ZU KRANKENGELD

Berichte aus Deutschland, England und Schottland offenbaren die begrenzte Verfügbarkeit von angemessener Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Im Vereinigten Königreich wurde Mitte April geschätzt, dass 16,2 Prozent der Beschäftigten in relevanten Bereichen (einschließlich Altenpflegekräfte) Covid-19 positiv waren. Dies gibt eine Vorstellung von der Zahl der Beschäftigten, die aufgrund einer Covid-19-Erkrankung gezwungen waren, zu Hause zu bleiben. In Portugal ging ungefähr ein Drittel der mit Covid-19 verbundenen Krankmeldungen auf das Konto von Beschäftigten in Altenpflegeheimen. In vielen Ländern war die Präsenzplicht ein Problem, weil Altenpflegekräfte sich gezwungen fühlten, zur Arbeit zu gehen, obwohl sie Symptome einer Infektion zeigten.

5.5 UNBEGRENZT: ÜBERSTUNDEN

In allen Ländern, die in diesem Bericht untersucht wurden, waren Altenpflegekräfte während der Pandemie mit einer erhöhten Arbeitsbelastung konfrontiert. Sie waren oft gezwungen, Überstunden zu machen, zum Teil mit geringer oder gar keiner Vergütung. Da ihre Arbeitsbelastung bereits vor der Pandemie hoch war, konnten einige Beschäftigte ihren Jahresurlaub nicht nehmen. Dies erhöhte das Stress- und Angstniveau unter den Beschäftigten (Amnesty International 2020). Da in der EU 42 Prozent der Beschäftigten in Langzeitpflegeeinrichtungen für Ältere in Teilzeit arbeiten, wollen 58 Prozent ihre Arbeitszeit nicht weiter reduzieren (Eurofond 2020).

5.6 UNBESTRITTEN: GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN SIND ENTSCHEIDEND FÜR DIE BEWÄLTIGUNG DER PANDEMIE

Die Gesamtinfectionsrate ist der wichtigste Erklärungsfaktor für die Infektionsrate innerhalb des Altenpflegesektors: je höher die Infektionsrate in der Gesellschaft im Allgemeinen, desto höher die Infektionsrate und desto höher die Sterberate unter Altenpflegeheimbewohner_innen und auch unter deren Altenpflegekräften. Die Infektionsrate ist jedoch nicht der einzige Faktor. Adelina Comas-Herrera und ihr Team im International Long-Term Care Policy Network (ILTCPN) leg-

ten im Mai 2020 eine Reihe verschiedener Maßnahmen fest, um Covid-19-Ausbrüche in Altenpflegeheimen zu verhindern und zu bewältigen (Comas-Herrera et al. 2020). Der Erfolg der meisten dieser Maßnahmen hängt von den Arbeitsbedingungen der Altenpflegekräfte ab.

1. ALTENPFLEGEHEIME AUF KRANKHEITS-AUSBRÜCHE VORBEREITEN

Die Wissenschaftler_innen betonten das Fehlen nationaler Richtlinien für Altenpflegeheimen hinsichtlich PSA und Tests, aber auch, dass nationalen Behörden oft der Überblick fehlte – etwas, das auch die Gewerkschaftsvertreter_innen und Aktivist_innen, die für unsere Berichtreihe interviewt wurden, immer wieder betont haben. Es gibt das Wissen über die Situation im Altenpflegesektor, aber es verbleibt bei den Altenpflegekräften, die ihre Arbeitstage dort verbringen. Was Behörden und Regierungen auf allen Ebenen tun müssen, ist zuhören. Dieser Bericht hat gezeigt, dass Gewerkschaften zunehmend erfolgreich sind, wenn es darum geht, dass ihre Stimmen gehört werden. So nutzten beispielsweise einige Gewerkschaften Daten aus strukturierten Umfragen unter ihren Mitgliedern, Betriebsratsvorsitzenden und Arbeitsschutzbeauftragten erfolgreich für ihre Kommunikation, wie z.B. Kommunal in Schweden, FOA in Dänemark und UNISON in Schottland und anderen Teilen des Vereinigten Königreichs.

2. ÜBERTRAGUNG VON KRANKHEITS-AUSBRÜCHEN AUF ALTENPFLEGEHEIME VERHINDERN

Damit Krankheitsausbrüche im näheren Umfeld der Heime außerhalb der Altenpflegeheimen bleiben, sind Maßnahmen wie Besuchsverbote wichtig, auch wenn diese einen ziemlich negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Bewohner_innen und deren Familien haben können. Unter diesen Umständen kann es ratsam sein, begrenzte oder vorher festgelegte Besuche mit strikten Vorsichtsmaßnahmen zu erlauben. Es ist auch wichtig, sicherzustellen, dass Altenpflegeheimbewohner_innen, die z.B. aus dem Krankenhaus zurückkehren, getestet werden, bevor sie wieder in das Heim einziehen. Genauso wichtig ist es aber auch, die Anzahl der verschiedenen Altenpflegekräfte zu reduzieren, da Personal, das nach Stunden bezahlt wird oder Teilzeit arbeitet, oftmals in mehreren Altenpflegeheimen gleichzeitig beschäftigt ist.

3. AUSBREITUNG DER INFEKTION INNERHALB DER ALTENPFLEGEHEIME VERHINDERN

Die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten sind dabei von entscheidender Bedeutung. Damit die Ausbreitung des Coronavirus verhindert wird, muss das Personal Zugang zu geeigneten Schulungen in Sachen Hygieneregeln und Krankheitsprävention haben. Dies stimmt mit den seit Jahren bestehenden Forderungen der Gewerkschaft überein, die auf den Zugang zu Schulungen und die Ausstattung der Alten-

pflegeheime, und des Altenpflegesektors insgesamt, mit qualifiziertem Personal drängen. Der Zugang zu PSA ist ebenso von zentraler Wichtigkeit wie auch das wiederholte und systematische Testen aller Beschäftigten.

4. BELASTBARKEIT DER ALTENPFLEGEHEIME STÄRKEN

Dies beinhaltet, das Wohlbefinden der Bewohner_innen und des Personals zu stärken, indem beispielsweise sichergestellt wird, dass das Personal Zugang zu psychologischer Unterstützung hat. Das International Long-Term Care Policy Network kommt zu dem Schluss, dass »es notwendig ist, ein Gleichgewicht zu schaffen zwischen der Aufrechterhaltung der Fürsorge und der Lebensqualität der Menschen, die in dem Altenpflegeheim wohnen, und der Beschäftigten, die dort arbeiten, und der Eindämmung der Infektion« (Comas-Herrera et al. 2020).

6

POLITISCHE EMPFEHLUNGEN

Die Covid-19-Pandemie traf einen unterfinanzierten, unterbesetzten und unterbewerteten Sektor, der an den Folgen jahrzehntelanger Fragmentierung, Kommodifizierung und Privatisierung leidet, in dem Gewerkschaften unter steigendem Druck stehen. Am Anfang der Pandemie war der Sektor im Großen und Ganzen sich selbst überlassen, da Notfallstationen und Krankenhäusern mehr Priorität als Langzeitpflegeeinrichtungen für ältere Menschen eingeräumt wurde. Mit verheerenden Folgen: In allen untersuchten Ländern war fast die Hälfte der Todesfälle innerhalb des Altenpflegesektors zu verzeichnen (Comas-Herrera et al. 2020).

Es ist weitgehend unbestritten, dass die Arbeitsbedingungen der Altenpflegekräfte für die Frage, ob der Sektor die Pandemie bewältigen kann, entscheidend sind. Viele Altenpfleger_innen sind jedoch ungeschützt an der Front zurückgelassen worden. Es gab zu wenig PSA, Ressourcen und Aufmerksamkeit. Viele Altenpfleger_innen mussten unter untragbarem psychischem Druck Überstunden leisten und waren dabei nicht nur mit unsicheren Anstellungsbedingungen, sondern auch mit versagenden Fürsorgediensten, unzureichender persönlicher Sicherheit und begrenztem Zugang zu Krankengeld konfrontiert.

Während der gesamten Krise haben Gewerkschaftsaktivist_innen und deren Gewerkschaften ebenso wie Verbände die Situation an der Corona-Front angesprochen und sofortige Maßnahmen gefordert, um den Schutz der älteren Menschen in der Altenpflege zu verbessern, und zudem dafür gekämpft, dass sich die Arbeitsbedingungen für alle Altenpflegekräfte verbessern. Gewerkschaften haben auch ihre Kampagnen für langfristige Reformen des Altenpflegesektors intensiviert. Dieser Abschnitt des Berichts stellt ihre wichtigsten Forderungen und Vorschläge vor.

6.1 ANGEMESSENE PERSÖNLICHE SCHUTZ-AUSRÜSTUNG FÜR ALLE SICHERSTELLEN

Das Recht auf angemessene PSA war die Hauptforderung der Gewerkschaften im Altenpflegesektor. Laut Amnesty International kam es seit Juli 2020 in 31 Ländern wegen fehlender PSA zu Streiks, angedrohten Streiks oder Protesten (Amnesty International 2020: 20).

Die Internationale der Öffentlichen Dienste (Public Services International – PSI), ein globaler Gewerkschaftsverband aus 700 Gewerkschaften und 30 Millionen Beschäftigten, sammelte bis Mai 2020 Daten, die zeigten, dass mehr als 60 Prozent der Gewerkschaften in 62 Ländern angaben, dass Beschäftigte im öffentlichen Dienst arbeiteten, ohne mit angemessener PSA ausgestattet worden zu sein (PSI 2020). Auch der Internationale Gewerkschaftsbund (International Trade Union Confederation – ITUC) berichtete über einen Mangel an angemessener persönlicher Schutzausrüstung für Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der Altenpflege in 51 Prozent seiner Mitgliedsländer. In einigen Ländern mussten Altenpflegekräfte ihre eigene PSA kaufen und aus eigener Tasche bezahlen, da diese nicht zur Verfügung gestellt wurde (ITUC 2020).

Am 15.4.2020 äußerte Rosa Pavanelli, die PSI-Generalsekretärin, dass die PSI »vor der schwersten Krise steht, mit der ihre Mitglieder jemals konfrontiert waren«, und erklärte, dass sich die Gewerkschaftsbewegung auf zwei Fronten fokussieren müsse, sowohl auf »eine Reihe sofortiger gezielter Notfallmaßnahmen« wie auch eine ökonomische Antwort auf die Pandemie. Die von der PSI-Generalsekretärin geforderten Notfallmaßnahmen beinhalteten als erste Priorität, »alle notwendigen Mittel einzusetzen, um alle Beschäftigten, die einem hohen Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind, mit PSA zu versorgen« (Pavanelli 2020).

Diese Position spiegelt sich in den Reaktionen der Gewerkschaft auf die Pandemie in den für diesen Bericht untersuchten Ländern wider. In Finnland beispielsweise gab die Gewerkschaft für Öffentlichen Dienst und Sozialwesen (JHL) ebenfalls an, dass das größte Problem in den ersten Monaten der Pandemie der Mangel an PSA war.

Im Vereinigten Königreich waren Gewerkschaften maßgeblich daran beteiligt, auf den Mangel an PSA für Altenpflegekräfte aufmerksam zu machen, indem sie z. B. regelmäßige Befragungen unter Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Altenpflege durchführten. Die Umfragen von GMB und Unite bestätigten den Mangel an angemessener PSA und bezifferten ihn. Die Umfragen zeigten ebenfalls, dass die Mehrheit derjenigen ohne angemessene PSA der Meinung war, nicht nur ihre eigene Gesundheit zu gefährden, sondern auch die Angst bestand, ihre Familien oder Haushalte zu infizieren (Unite 2020; GMB 2020).

Die von Kommunal in Schweden regelmäßig durchgeführten Umfragen unter Gewerkschaftsvertreter_innen und Arbeitsschutzbeauftragten der Gewerkschaft stellten ebenso ein wichtiges Mittel dar, um das Bewusstsein für die Arbeitsbedingungen von Altenpfleger_innen zu schärfen, sowohl innerhalb der Gewerkschaft als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit. Die Umfragen offenbarten die Dringlichkeit der Situation in dem Sektor schon früh und leisteten einen unschätzbaren Beitrag für das Verständnis, welche Maßnahmen sich auf die Eindämmung des Coronavirus auswirken (Pelling 2020).

6.2 ZUGANG ZU TESTS SICHERSTELLEN

Mangel an Tests war ein riesiges Problem für Beschäftigte im Altenpflegesektor in allen für diese Berichtsreihe untersuchten Ländern. Im Vereinigten Königreich beispielsweise sind Probleme beim Testungssystem als ein Hauptversagen der Regierung im Umgang mit der Pandemie bezeichnet worden. Aufgrund der Fragmentierung des Altenpflegesystems waren Regierungen nicht in der Lage, allen Beschäftigten in der Altenpflege Zugang zu Tests zu ermöglichen. In den ersten Monaten der Pandemie wussten Altenpflegekräfte nicht, wo sie getestet werden können, und berichteten, dass ihre Arbeitgeber_innen keine Vorgehensweise zur Hand hatten, falls Altenpflegekräfte oder Altenpflegebedürftige Covid-19-Symptome zeigten.

Ein positiveres Beispiel liefert Dänemark, wo Gewerkschaften es schafften, eine trilaterale Vereinbarung zur Teststrategie zu verhandeln, obgleich diese nicht so erfolgreich in der Umsetzung war, wie anfänglich geplant. In Portugal wurde ein nationales Screening-Programm in Zusammenarbeit mit Forschungszentren gestartet, das die Durchführung von 117.000 präventiven Covid-19-Tests unter Beschäftigten in Altenpflegeeinrichtungen ermöglichte. Vor Kurzem begann eine zweite Phase dieses Programms, wobei bereits 50.000 Tests an ca. 880 Arbeitsplätzen durchgeführt wurden, von denen 340 positive Fälle aufwiesen.

In Schottland setzte sich UNISON erfolgreich für Covid-19-Tests für Altenpflegekräfte ein, nachdem Studien zeigten, dass acht Prozent der Befragten infiziert waren und eine_r von drei in Selbstisolation gehen musste, nachdem sich Kolleg_innen infiziert hatten (Ferguson 2020).

6.3 ALTENPFLEGER_INNEN EIN MITSPRACHERECHT BEI DER ENTWICKLUNG UND KOMMUNIKATION VON SICHERHEITSRICHTLINIEN GEBEN

Als die PSA schließlich zur Verfügung stand, war deren Qualität – und unzureichende Richtlinien dazu, wie und wann diese zu benutzen sei – eine Hauptsorge für Altenpfleger_innen in allen neun Ländern. In Dänemark war (und ist immer noch) die größte Herausforderung, dass sich die Richtlinien ständig ändern. Bis Oktober 2020 waren die Covid-19-Richtlinien im Gesundheitswesen 21 Mal geändert worden, die PSA-Richtlinien viermal. Ein großer Sieg

der Gewerkschaften in Dänemark bestand darin, schärfere und klarere Richtlinien zur Frage, wann und wie die PSA zu tragen sei, zu erzielen.

6.4 AUF GESUNDHEITS- UND SICHERHEITSINSPEKTIONEN ALLER ARBEITSPLÄTZE BESTEHEN

Gewerkschaften in Dänemark haben hart dafür gekämpft, dass die Durchführung ordnungsgemäßer Kontrollen der Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen an Arbeitsplätzen an der Corona-Front – inklusive Zugang zu PSA und PSA-Richtlinien – sichergestellt wird. Es war ein schwer erkämpfter Sieg, durch den die Arbeitsaufsichtsbehörde im August 2020 ihre Kontrollen vor Ort wieder aufnehmen durfte, nachdem diese seit März nur digital durchgeführt worden waren.

In Spanien haben Gewerkschaften die Sicherheit der Beschäftigten als wichtigstes Thema für die Gewerkschaftsbewegung hervorgehoben, nicht nur für diejenigen in Altenpflegeheimen, sondern auch für die in der häuslichen Altenpflege Beschäftigten, deren Arbeitsplätze zugleich das Zuhause ihrer Kund_innen ist und Sicherheitsrisiken dort womöglich noch größer ausfallen, da sich diese sehr schwierig – und während der Pandemie praktisch unmöglich – kontrollieren lassen.

6.5 ALLE ALTENPFLEGEKRÄFTE SOLLTEN EIN RECHT AUF ANGEMESSENES KRANKENGELD HABEN

In allen europäischen Ländern wurden Menschen gezwungen »zu Hause zu bleiben, wenn Sie sich krank fühlen«. Trotz dieser zentralen Strategie, die Ausbreitung des Coronavirus zu minimieren, mussten Altenpflegekräfte für ihr Recht auf Krankengeld kämpfen, das heißt für anständige Bezahlung, wenn man bei Krankheit und Symptomen nicht zur Arbeit ging. Dies war eine wichtige Bedingung, die von Gewerkschaften in mehreren Ländern gefordert wurde.

In Schweden stellte es einen Sieg für Kommunal dar, als Anfang März der kommunale Arbeitgeberverband, der schwedische Verband lokaler Behörden und Regionen (SKR), alle Arbeitgeber_innen im Kommunalbereich zwang, alle Zeitverträge um mindestens 14 Tage zu verlängern, damit auch Beschäftigte mit Kurzzeitverträgen im Krankheitsfall Krankengeld bekommen würden.

Das Recht auf Krankengeld war auch eine wichtige Forderung von UNISON in Schottland sowie in anderen Teilen des Vereinigten Königreichs. Eine von UNISON unter Altenpflegekräften durchgeführte Befragung zeigte, dass – sogar im Juli – viel zu wenigen Altenpflegekräften angemessene Krankengelder gezahlt wurden, wobei 52 Prozent weniger als 100 britische Pfund die Woche oder überhaupt keine Zahlung erhielten, wenn sie sich schützen oder in Selbstisolation gehen mussten – und dies, obwohl nachgewiesen wurde, dass Infektionsraten in Altenpflege-

heimen, die ihrem Personal Krankengeld zahlten, niedriger waren (UNISON 2020b).

Im Juni 2020 konnten die Gewerkschaften einen wichtigen Erfolg erringen, als man sich mit der schottischen Regierung auf die Einrichtung eines Hilfsfonds für Altenpflegekräfte einigte. Dieser Fonds soll sicherstellen, dass Beschäftigte im Krankheitsfall oder im Fall, dass sie sich aufgrund einer Empfehlung der öffentlichen Gesundheit in Selbstisolation begeben müssen, ihren normalen Lohn weiter erhalten (Schottische Regierung 2020).

Deutsche Gewerkschaften wiesen auf die Situation geringfügig beschäftigter Altenpflegekräfte hin, die trotz des erhöhten Infektionsrisikos, dem diese bei der Pflegearbeit ausgesetzt sind, aufgrund ihrer Arbeitsvertragsbestimmungen nur für die ersten sechs Wochen ihrer Erkrankung Zugang zu Lohnfortzahlung haben. Außerdem haben sie keinen Anspruch auf Kündigungs- oder Arbeitslosengeld, wenn eine Einrichtung geschlossen oder der Bedarf an häuslicher Altenpflege reduziert wird.

In Dänemark kämpften die Gewerkschaften dafür, dass Arbeitgeber_innen die Vorgaben für Krankengeldzahlungen bei Beschäftigten einhalten, die zu Risikogruppen gehören, also bei denen aufgrund von Vorerkrankungen wie beispielsweise Herzkrankheiten oder Asthma ein erhöhtes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs bei Covid-19 besteht.

Die Gründe, warum sich das Coronavirus in einigen Ländern stärker ausbreitet als in anderen, sind zwar noch nicht ausreichend erforscht, aber es gibt Hinweise darauf, dass die Länder mit den niedrigsten Sterberaten die großzügigsten Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall leisten. Norwegen ist dafür ein Beispiel: Bis Februar 2021 waren bei einer Bevölkerungszahl von 5 Millionen weniger als 600 Todesfälle im Zusammenhang mit Covid-19 gemeldet worden (FHI 2021). In Norwegen erhalten Beschäftigte im ganzen ersten Krankheitsjahr 100 Prozent Krankengeld. Im Vergleich dazu erhalten schwedische Beschäftigte im Normalfall am ersten Tag kein Geld, und ab dem zweiten Tag weniger als 70 Prozent ihres Lohnes (Martos Nilsson 2018).

6.6 COVID-19 ALS BERUFSSKRANKHEIT ANERKENNEN

Viele Altenpfleger_innen sind an Covid-19 erkrankt. In Norwegen und Dänemark haben Fagforbundet und FOA einen großen Erfolg damit erzielt, dass Covid-19 als Berufskrankheit anerkannt wird und Gesundheitspersonal und andere Gruppen das Recht auf Entschädigung erhalten, wenn sie bei ihren Arbeitsplätzen einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

In Schottland waren Gewerkschaften maßgeblich daran beteiligt, die schottische Regierung zu einer Einmalzahlung von 60.000 britischen Pfund an eine_n Hinterbliebene_n einer Altenpflegekraft zu bewegen, die im Dienst am Co-

ronavirus stirbt und deren vertragliche Rentenvereinbarungen den Todesfall im Versicherungsumfang nicht vorsehen (UNISON Scotland 2020a).

6.7 VORGESCHRIEBENEN PERSONALBESTAND ERHÖHEN

Nicht ausreichende Personalbestände haben dazu beigetragen, dass sich Altenpfleger_innen gezwungen fühlten, auch mit Covid-19-Symptomen zur Arbeit zu gehen. In Portugal wiesen Gewerkschaften darauf hin, dass einige Altenpflegeeinrichtungen die rechtlichen Vorschriften zu Patient_in/Personal-Quoten nicht einhielten, und kritisierten, dass manche Einrichtungen von ihren Beschäftigten verlangten, Überstunden zu machen. Dies führte zur Verabschiedung mehrerer politischer Initiativen, um den Personalbestand im Altenpflegesektor zu stärken. Es lagen Berichte von Altenpflegeheimen vor, die von ihren Beschäftigten verlangten, 14 Tage am Stück in zwei Zwölf-Stunden Tagesschichten (einschließlich der Nachtschicht) zu arbeiten (STSSSS 2020).

In Spanien war eine zentrale Forderung der Gewerkschaftsbewegung, die obligatorischen Personalbestände zu erhöhen und dies anhand detaillierter Anforderungen für jede Berufsgruppe zu tun [el establecimiento de ratios de trabajadoras por especialidad]. Das heißt, statt eine bestimmte Anzahl Beschäftigter pro Bewohner_in festzulegen, forderten die Gewerkschaften, dass Gesetzgeber in jeder Kategorie eine ausreichende Anzahl Beschäftigter garantieren – beispielsweise, dass genügend ausgebildete Krankenpfleger_innen vor Ort und Anzahl wie Ausbildung der Beschäftigten den jeweiligen Bedürfnissen der älteren Bewohner_innen angemessen sind.

Deutsche Gewerkschaften forderten ebenso, dass Arbeitgeber_innen sicherstellen, dass Altenpflegeeinrichtungen mit ausreichend qualifiziertem Personal ausgestattet sind und dass der Personalbestand von den zuständigen Überwachungsbehörden überprüft und im Bedarfsfall sanktioniert werden solle. Eine weitere wichtige Forderung gegenüber den Arbeitgeber_innen war die Reduzierung der Gesamtarbeitslast.

6.8 PREKARISIERUNG DER ALTENPFLEGEKRÄFTE BEENDEN

Gewerkschaften schlagen seit vielen Jahren wegen der steigenden Prekarisierung der Arbeitsbedingungen im Altenpflegesektor Alarm. Als die Pandemie ausbrach, verschlimmerten diese Arbeitsbedingungen die Situation z. B. dadurch, dass es nicht möglich war, infizierte Bewohner_innen in einer Einrichtung von denen in anderen Einrichtungen, die noch ohne Infektion waren, zu isolieren. Damit verhindert werden kann, dass sich die Krankheitsausbrüche ausbreiten, ist es sehr wichtig, dass Altenpflegekräfte vermehrt unbefristete Verträge bekommen und in einer einzigen Einrichtung in Vollzeit beschäftigt sind. CGTP-IN, der portugiesische Gewerkschaftsbund, bemerkte: »Unsi-

cherheit und niedrige Löhne führen zu Mehrfachbeschäftigung und verstärken die Einführung des Virus in [Altenpflegeheime]« (CGTP 2020).

In einem im Dezember 2020 veröffentlichten Bericht legte Kommunal dar, dass schwedische Altenpflegeheime mit Covid-19-Ausbrüchen einen höheren Anteil an Beschäftigten, die nach Stundenlohn bezahlt wurden, aufwiesen. In 39 Prozent der Altenpflegeheime mit mehreren Covid-19-Fällen gab es mehr als 20 Prozent nach Stundenlohn Beschäftigte, wohingegen in nur einem Fünftel der Altenpflegeheime ohne Infektionsausbreitung mehr als 20 Prozent nach Stundenlohn Beschäftigte arbeiteten (Huupponen 2020).

6.9 INSOURCING STATT WEITERES OUTSOURCING

Im Vereinigten Königreich haben UNISON, GMB, das RCN (Royal College of Nursing) und der Trade Union Congress (TUC – ein gewerkschaftlicher Dachverband in England und Wales) dafür gekämpft, die Beteiligung des privaten Sektors im Altenpflegesektor zu begrenzen. Mehrere Maßnahmen werden vorgeschlagen, wie zum Beispiel striktere Vorgaben für private Akteur_innen, Verträge mit schlecht laufenden Dienstleistungen zu beenden und mehr Transparenz. Gewerkschaften haben auch eine »Insourcing zuerst«-Politik als wichtige Maßnahme vorgeschlagen, um einen Schritt in Richtung Beendigung des aktuellen gewinnorientierten Finanzierungsmodells zu gehen.

6.10 WEITERE REFORMEN DES ALTENPFLEGESYSTEMS

Laut Rosa Pavanelli, der PSI-Generalsekretärin, ist es über die unmittelbare Krisenreaktion auf die Pandemie hinaus dringend notwendig, die Rolle der Regierung zu überdenken, nicht zuletzt, wenn es um die öffentlichen Dienste geht. »Wir wollen nicht, dass Altenpflegekräfte, die Leben retten, als Helden bezeichnet werden. Sie sind keine Helden! Sie sind Berufstätige, die Respekt, Würde und das Recht auf Schutz und Anerkennung durch anständige Löhne und Arbeitsbedingungen verlangen und verdienen« (Pavanelli 2020). Wie es die portugiesische Gewerkschaft STSSSS in dem Statement zusammenfasste: »Es reicht nicht aus, Altenpflegekräfte sozial zu würdigen«, sondern eher »ist es dringend erforderlich, [...] fairen Lohn für Arbeit zu zahlen [und] jeglichen Missbrauch zu bekämpfen« (STSSSS 2020).

In Portugal konstatiert der Portugiesische Gewerkschaftsbund (CGTPN-IN), einer der beiden großen portugiesischen Gewerkschaftsverbände, mit dem die STSSSS verbunden ist, dass die Pandemie die Fragilität des Altenpflegesystems offengelegt habe, »mit notorischen Schwächen bei der Planung, Koordination, Ausbildung [und] den Löhnen« (CGTP 2020). Diese Position wird von der Gewerkschaft General Workers' Union (UGT) unterstützt, deren Generalsekretär erwartet hatte, dass Covid-19 viele Aspekte unseres Lebens ändern würde, einschließlich »der zen-

tralen Bedeutung des nationalen Gesundheitssystems« und »die Aufmerksamkeit, die Altenpflegeheime und die Unterstützung für Ältere erhalten«.

Während der gesamten Pandemie haben im Vereinigten Königreich und in Spanien Gewerkschaften weiter für längerfristige Reformen des Altenpflegesystems gekämpft. Im Vereinigten Königreich umfasst dies einen angemessenen finanzierten National Care Service, in dem die privatwirtschaftliche Beteiligung begrenzt ist und angemessene Branchentarifverhandlungen ein gerechteres System hinsichtlich Bezahlung, Vertragsklauseln und Arbeitspraktiken sicherstellen.

In Spanien ist es eindeutig, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Altenpflegekräfte von einer Aufstockung der Finanzmittel abhängt. Eine Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen und der Arbeitsbedingungen im Altenpflegesektor macht eine beträchtliche Aufstockung der Finanzmittel erforderlich. Die gewerkschaftlichen Forderungen konzentrieren sich besonders auf die Erhöhung der niedrigsten Löhne, die Begrenzung der Teilzeitanstellungen und die Reduktion von Zeitarbeit unter den Altenpflegekräften. Die Gewerkschaften halten an ihrer Ansicht fest, dass prekäre Beschäftigungsverhältnisse viele Beschäftigte davon abhalten, ein anständiges Leben führen zu können, wobei besonders auf die Erwerbstätigenarmut weiblicher Altenpflegerinnen hingewiesen werden soll.

Im Vereinigten Königreich haben Gewerkschaften wichtige Siege erzielt bei Themen, die von der Bereitstellung bezahlbarer Unterkunft für Altenpflegekräfte während des Lockdowns bis hin zum Zugang zu Tests und angemessener Lohnfortzahlung im Krankheitsfall reichen. Zugleich haben sie auch Kampagnen zur Schärfung des öffentlichen Bewusstseins geführt, um die Rolle der Altenpflegekräfte hervorzuheben und die öffentliche Meinung über Status und Wert von Altenpflegearbeit zu ändern.

In Schottland erzielten Gewerkschaften während der Pandemie einen frühen Sieg, als die schottische Regierung und kommunale Arbeitgeber_innen deren Forderungen nach einem schottischen existenzsichernden Mindestlohn erfüllten, der Altenpflegekräften sofort auszuzahlen war, wodurch das Lohnniveau im Sektor deutlich angehoben wurde. Die Gewerkschaft und die breitere Gewerkschaftsbewegung haben weiter für die Einrichtung eines nationalen (schottischen) Pflegedienstes (National (Scottish) Care Service) gekämpft. UNISON Scotland hat eine »Roadmap« für die Bildung eines nationalen Altenpflegedienstes aufgestellt, die mehrere Sofortmaßnahmen festlegt wie ein nationales Beschaffungswesen, Branchentarifverhandlungen, Durchsetzung klinischer Standards und einen nationalen Personalplan. Damit sollen eine angemessene Finanzierung, verbesserte Bezahlung und Arbeitsbedingungen, eine Personalstrategie und ethische Auftragsvergabe erreicht werden (UNISON Scotland 2020b).

In vielen Ländern werden Forderungen laut, im Altenpflegesektor eine nationale Lohn Tabelle und Lohnprogression, wie sie bereits im Gesundheitssektor existieren, einzuführen.

In Deutschland enthielten die auf Covid-19 und Altenpflegearbeit bezogenen zentralen Forderungen von Ver.di klare, an die Europäische Union gerichtete politische Forderungen. Ver.di argumentiert, die EU könne sich nicht leisten, unterfinanzierte und schlecht ausgestattete Gesundheits- und Pflegesysteme zu haben. Die Europäische Union sollte daher nationale Gesundheitssysteme unterstützen und koordinieren, um für alle Europäer_innen gleichen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung und Pflege sicherzustellen, dies nicht zuletzt durch die Einführung von Mindeststandards. Ver.di fordert eine verbindliche Richtlinie, an die sich die Europäische Gesundheitsunion halten müsse. Sylvia Bühler, die den Gesundheitsbereich im Ver.di-Bundesvorstand leitet, forderte die EU-Mitgliedstaaten in einer Erklärung auf, »starke Unterstützung für die schnelle Schaffung gemeinsamer Reserven von Schutzausrüstung, Impfstoffen und Medikamenten, sowie deren faire Verteilungsorganisation« zu leisten (Ver.di 2020).

7

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Obwohl die Coronavirus-Pandemie unterschiedliche Auswirkungen auf die europäischen Länder hatte, besteht als gemeinsamer Nenner, dass das Virus die Älteren hart getroffen hat, besonders die in der Altenpflege. Damit rückten die europäischen Altenpflegekräfte an die Corona-Front.

Altenpflegekräfte sind dem Coronavirus stärker als andere Berufsgruppen ausgesetzt gewesen. Das liegt nicht nur daran, dass Beschäftigte in der Altenpflege nicht zu Hause bleiben konnten und gezwungen waren, zur Arbeit zu fahren, und damit sich dem Risiko auszusetzen, sich in vollen öffentlichen Verkehrsmitteln zu infizieren, sondern auch weil sie mit der Bevölkerungsgruppe arbeiten, die für einen schweren Krankheitsverlauf mit Covid-19 am anfälligsten ist. In allen für diesen Bericht untersuchten Ländern wurden Altenpflegeheime von Covid-19-Ausbrüchen massiv getroffen, was ihre gefährdeten älteren Bewohner_innen und ihre Altenpflegekräfte exponierte.

Altenpfleger_innen hatten Angst, selbst zu erkranken, Menschen bei ihrer Pflegearbeit anzustecken und ihre Familienmitglieder zu gefährden. Sie fragten sich immer wieder: »Kann ich meine Kinder umarmen, wenn ich von der Arbeit nach Hause komme?«

Die Pandemie traf einen unterfinanzierten, unterbesetzten und unterbewerteten Sektor. Jahre der Sparpolitik und des neoliberalen New Public Managements haben das Privatisierungs- und Prekarisierungsniveau erhöht, als zeitgleich der gewerkschaftliche Organisationsgrad zurückging.

In allen neun Berichten für dieses Projekt ist offenkundig, dass die Pandemie die bereits schlechten Arbeitsbedingungen der Altenpflegekräfte weiter verschlechtert hat. Zu oft mussten sie in unterbesetzten Arbeitsplätzen weiterarbeiten, wodurch auch noch Überstunden zu der bereits untragbaren Arbeitsbelastung hinzukamen. In allen Ländern litten die Altenpfleger_innen unter erhöhtem körperlichem und psychischem Druck, was mitunter zu Depressionen und Drogenmissbrauch führte. Trotz der Überstunden haben viele von ihnen kein angemessenes Krankengeld erhalten.

In Anbetracht dieser Herausforderungen haben die Altenpflegekräfte in ganz Europa hervorragende Arbeit geleistet – nicht zuletzt wenn es darum ging, Zugang zu PSA und Richtlinien zum Tragen der PSA sicherzustellen. Oft war dies das Ergebnis harter und hartnäckiger Arbeit seitens der Gewerk-

schaftsmitglieder und deren Verbänden. Ohne deren Geschick, Umsicht und unermüdliche Bemühungen hätte den älteren Menschen und der Gesellschaft insgesamt in ganz Europa noch viel Schlimmeres bevorgestanden.

Die Gewerkschaften in diesen neun Ländern und Regionen haben dafür gekämpft, dass Beschäftigte in der Altenpflege geeignete PSA, Anspruch auf Krankengeld und Zugang zu Tests erhalten. Gewerkschaften haben sich nicht nur um die Bewältigung der Krise gekümmert und für die dringenden Bedürfnissen ihrer Mitglieder gekämpft, sondern setzten sich auch ein für eine vollständige Reform und Umwandlung des Altenpflegesektors in einen Sektor, der seinen Beschäftigten gute Arbeitsbedingungen, angemessene Bezahlung und Respekt bieten kann.

Die Pandemie hat gezeigt, dass sich die Defizite in der Altenpflege – vor denen und gegen die Gewerkschaften und ihre Mitglieder bereits seit vielen Jahren warnen und protestieren – wie z.B. prekäre Arbeitsbedingungen, Unterbesetzung und Unterfinanzierung verheerend auf die Fähigkeit ausgewirkt haben, die Schwächsten in der Coronavirus-Pandemie, sprich die Älteren, zu schützen.

Es ist höchste Zeit, dass wir auf sie hören.

Danksagungen

Dieser Bericht baut auf umfassenden Recherchen und Interviews auf, die von den Verfasser_innen der neun Länderberichte durchgeführt wurden. Für dieses reichhaltige Material und die Sorgfalt, mit der die Verfasser_innen der Länderberichte geholfen haben, diesen zusammenfassenden Bericht zu überarbeiten und zu verbessern, möchte ich meinen Dank aussprechen. Die Verantwortung für alle verbleibenden Fehler liegt bei mir. Ich bin Philip Fink, Josefin Fürst und dem ausgezeichneten Team der FES für die Nordischen Länder für ihr Engagement bei diesem Projekt zu tiefstem Dank verpflichtet. Schließlich möchte ich mich auch ganz herzlich bei Linn Brolin, Praktikantin bei Arena Idé, für ihre unschätzbare Hilfe bei der Zusammenstellung und Recherche bedanken.

Literatur

N.B. Alle Länderberichte werden veröffentlicht unter: www.fes.de/en/on-the-corona-frontline

Amnesty International (2020): Exposed, Silenced, Attacked: Failures to Protect Health and Essential Workers During the COVID-19 Pandemic, <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4025722020ENGLISH.PDF> (29.1.2021).

Azevedo, Cláudia (2020): Cintesis Study Reveals: COVID-19 Is Affecting Nurses' Mental Health, <http://cintesis.eu/en/cintesis-study-reveals-covid-19-is-affecting-nurses-mental-health/> (29.1.2021).

Bergman, Mats A.; Johansson, Per; Lundberg, Sofia; Spagnolo, Giancarlo (2016): Privatization and Quality: Evidence from Elderly Care in Sweden, *Journal of Health Economics* 49 (2016), S. 109–119, <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1046030/FULLTEXT01.pdf> (30.1.2021).

Blakeley, Grace; Quilter-Pinner, Harry (2019): Who Cares? Financialisation in Social Care, IPPR, <https://www.ippr.org/research/publications/financialisation-in-social-care> (20.11.2020).

CEO (2021): When the Market Becomes Deadly, <https://corporateeurope.org/sites/default/files/2021-01/healthcare-privatisation-final.pdf> (2.2.2021).

Coelho, Liliana (2020): Estado de Emergência divide Centrais Sindicais: UGT a favor, CGTP contra, *Expresso*, <https://expresso.pt/politica/2020-11-03-Estado-de-emergencia-divide-centrais-sindicais-UGT-a-favor-CGTP-contra> (3.11.2020).

CGTP (2020): A Pandemia e os Lares de Idosos, <http://www.cgtp.pt/cgtp-in/organizacoes-especificas/inter-reformados/14905-a-pandemia-e-os-lares-de-idosos> (29.1.2021).

Comas-Herrera, Adelina; Zalakaín, Joseba; Lemmon, Elizabeth; Henderson, David; Litwin, Charles; Hsu, Amy T; Schmidt, Andrea E.; Arling, Greg; Fernández, Jose-Luis (2020): Mortality Associated with COVID-19 in Care Homes: International Evidence, *International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*, <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-5.pdf> (29.1.2021).

Daly, Mary; Ebbinghaus Bernhard; Lehner, Lukas; Naczyk, Marek; Vlandas, Tim (2020): Oxford Supertracker: The Global Directory for COVID Policy Trackers and Surveys, Department of Social Policy and Intervention, <https://supertracker.spi.ox.ac.uk/> (29.1.2021).

Dromey, Joe; Hochlaf, Dean (2018): Fair Care: A Workforce Strategy for Social Care, IPPR, <https://www.ippr.org/files/2018-11/fair-care-workforce-strategy-nov18-summary.pdf> (20.11.2020).

ECDC (2020a): Increase in Fatal Cases of COVID-19 among Long-Term Care Facility Residents in the EU/EEA and the UK, Stockholm, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf> (29.1.2021).

ECDC (2020b): Infographic: Non-Pharmaceutical Measures, www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-non-pharmaceutical-measures (29.1.2021).

ECDC (2020c): Rapid Risk Assessment: Increased Transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – Twelfth Update, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-increased-transmission-twelfth-update> (29.1.2021).

ECDC (2021): COVID-19 Country Overviews, Weekly Surveillance Summary: Week 03 in 2021, <https://covid19-country-overviews.ecdc.europa.eu> (29.1.2021).

Escola Nacional de Saúde Pública (2020): Results of Questionnaire 2: Risks for Health Professionals Go Well Beyond the Virus, <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/resultados-do-questionario-2-os-riscos-para-os-profissionais-de-saude-vao-muito-para-alem-do-virus/> (29.1.2021).

Eurofound (2020): Long-Term Care Workforce: Employment and Working Conditions, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef20028en.pdf (17.2.2021).

EuroMoMo (2021): Graphs and Maps, <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/> (29.1.2021).

Federal Statistical Office (2018): Care Statistics 1999, 2001, 2017, Wiesbaden.

FHI (2021): Daily Report and Statistics about Coronavirus and COVID-19, <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-uker-apporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/> (29.11.2021).

Ferguson, John (2020): Anger that Half of Scotland's Home Care Workers Have Never Been Tested for Coronavirus, <https://www.dailypress.co.uk/news/politic/half-scotlands-home-care-workers-22673639> (4.2.2021).

FOA (2020): Bekymring og Risiko for Smitte med Covid-19, <https://www.foa.dk/forbund/presse/rapporter-undersogelser/medlemmer/2020> (29.1.2021).

GMB (2020): 4 in 5 Care Workers Expect Colleagues to Quit amid Coronavirus Danger, <https://www.gmb.org.uk/news/4-5-care-workers-expect-colleagues-quit-amid-coronavirus-danger> (9.2.2021).

GMB (2021): Personal Protective Equipment: Share your Stories, <https://www.gmb.org.uk/campaign/personal-protective-equipment-survey> (29.1.2021).

Hale, Thomas; Webster, Sam; Petherick, Anna; Phillips, Toby; Kira, Beatriz (2020): Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government, <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker> (29.1.2021).

Hedfors, Andreas Tun (2020): Tusentals Anmälningar av Coronaskador på Jobbet, Sveriges Radio, <https://sverigesradio.se/artikel/7544140> (29.1.2021).

Huupponen, Mari (2020): Pandemi på Äldreboendet: En Rapport om den Svenska Äldreomsorgen Innan och Under Coronapandemin, https://www.kommunal.se/sites/default/files/attachment/kommunal_pandemi_pa_aldreboendet_digital_.pdf (29.1.2021).

ITUC (2020): Global COVID-19 Survey 2020 Key Findings, https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/200428_ituc_covid-19_globalsurveyreport_en.pdf (29.1.2021).

Kommunalarbetaren (2020): »Rekordtillväxt« för Kommunal, <https://ka.se/2020/08/18/rekordtillvaxt-for-kommunal/> (29.1.2021).

Leary, Alison (2017): What is a Nurse? Baffling Number of Job Roles Leaves Patients and Bosses Confused, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/healthcare-network/2017/nov/08/what-nurse-baffling-number-job-roles-leaves-patients-bosses-confused> (29.1.2021).

Martos Nilsson, Mårten (2018): Svenska Socialförsäkringar långt ifrån Världsbäst, *Arbetet*, <https://ka.se/2018/07/02/rekordtillvaxt-for-kommunal/> (29.1.2021).

National Board of Health and Welfare (2019): Vård och Omsorg om Äldre, Lägerapport 2019 [Health and Social Care of Older People: Progress Report 2019], <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf> (29.1.2021).

Nowossadeck, Enno (2020): Sterblichkeit Älterer während der COVID-19 Pandemie in den ersten Monaten des Jahres 2020: Gab es Nord-Süd-Unterschiede?, in: *Journal of Health Monitoring* 5 (59), DOI: 10.25646/7060.

OECD (2020): Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, Paris, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/92c0ef68-en.pdf?expires=1611914476&id=id&ac-cname=guest&checksum=5EB05C7DCCE227A570A12C382AB1A58B> (29.1.2021).

Our World in Data (2020): Covid-19: Government Stringency Index, <https://ourworldindata.org/grapher/covid-stringency-index-?tab=chart&stackMode=absolute&time=2020-01-22..latest&country=-ESP®ion=World> (29.1.2021).

Pavanelli, Rosa (2020): Covid-19 Emergencies: PSI Priorities and Perspectives, <https://publicservices.international/resources/news/covid-19-emergency--psi-priorities-and-perspectives?id=10694&lang=en> (29.1.2021).

Pelling, Lisa (2020): Att stå längst fram: En Skildring av Villkoren för Medlemmar i Kommunal under Coronakrisen Våren 2020, <https://arenaide.se/rapporter/att-sta-langst-fram/> (29.1.2021).

PSI (2020): COVID-19 Union Response Survey: Narrative Summary Global, https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/3abdc99c-219b-4b9e-af1e-fa3ac2c398b7_COVIDSurvey_GlobalSummaryIntro.pdf?key= (29.1.2021).

Rothgang, Heinz; Wolf-Ostermann, Karin; Domhoff, Dominik; Friedrich, Anna Carina; Heinze, Franziska; Preuss, Benedikt; Schmidt, Annika; Seibert, Kathrin; Stolle, Claudia (2020): Care Homes and COVID-19: Results of an Online Survey in Germany, LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE 2020: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/07/Care-homes-and-Covid19-survey-of-care-homes-in-Germany-16-July-2020.pdf> (29.1.2021).

Sairaanhoitajat (2020): Nurses Instructed to Protect Themselves from Raincoat and Kitchen Towels: Corona Survey Reveals Barren Everyday Life, 17.4.2020, <https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajia-ohjeistettu-suojautumaan-sadetakiin-ja-talouspaperiin-koronakysely-paljastaa-karun-arjen/> (29.1.2021).

Scottish Government (2020): The Social Care Support Fund Guidance, <https://www.gov.scot/publications/coronavirus-covid-19-social-care-staff-support-fund-guidance/pages/fund-criteria/> (29.1.2021).

Stall, Nathan M.; Aaron, Jones; Brown, Kevin A.; Rochon, Paula A.; Costa, Andrew P. (2020): For-Profit Long-Term Care Homes and the Risk of COVID-19 Outbreaks and Resident Deaths, <https://www.cmaj.ca/content/192/33/E946> (29.1.2021).

STSSSS (2020): Trabalhadores que estão na linha da frente: COVID 19, https://www.stssss.org/BD_doc/64.pdf (29.1.2021).

Sweeney, Robert (2020): Cherishing All Equally 2020: Inequality and the Care Economy, https://www.feps-europe.eu/attachments/publications/report-care%20economy_tasc-feps.pdf (29.1.2021).

Szebehely, Marta (2020): Internationella Erfarenheter av Covid-19 i Äldreboenden: Underlagsrapport till SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin, Stockholm, https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2020/12/internationella-erfarenheter-av-covid-19-i-acc88ldreboenden_webb.pdf (29.1.2021).

Tehy (2020): The Shortage of Protective Equipment Continues: Now in Short Protective Jackets, 22.4.2020, <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-kysely-pula-suojavarusteista-jatkuu-nyt-vahissa-suojatakit> (29.1.2021).

Thomas, Chris; Quilter-Pinner, Harry (2020): Care Fit for Carers: Ensuring the Safety and Welfare of NHS and Social Care Workers during and after Covid-19, IPPR, <http://www.ippr.org/research/publications/care-fit-for-carers> (20.11.2020).

UNISON (2020a): Care after Covid: A UNISON Vision for Social Care, Juni 2020, UNISON, London, <https://www.unison.org.uk/content/uploads/2020/06/A-UNISON-Vision-for-Social-Care-June-2020.pdf> (29.1.2021).

UNISON (2020b): Care Staff Aren't Getting Proper Sick Pay Promised by Ministers, Unison Survey Shows, <https://www.unison.org.uk/news/2020/08/care-staff-arent-getting-proper-sick-pay-promised-ministers-unison-survey-shows/> (24.2.2021).

UNISON Scotland (2020a): Covid Social Care Worker Death in Service Payment, <https://www.unison-scotland.org/covid-social-care-worker-death-in-service-payment/> (4.2.2021).

UNISON Scotland (2020b): Care After Covid: A UNISON Vision for Social Care, <https://www.unison-scotland.org/wp-content/uploads/Care-After-Covid.pdf> (4.2.2021).

Unite the Union (2020): Social Care in Crisis: Time to Insource Social Care Services, <https://uniteforoursociety.org/assets/91871Social1care1in1crisis1booklet.pdf> (9.2.2021).

Ver.di (2020): Gesundheitspolitik in Europa: Erste Schritte in Europa, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/arbeit-in-europa/++co++851b223e-3ece-11eb-9fcd-001a4a160119> (29.1.2021).

WHO (2020): Preventing and Managing COVID-19 across Long-Term Care Services: Policy Brief, Genf, https://www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1 (29.1.2021).

Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- Politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft
- Politikberatung
- Internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern
- Begabtenförderung
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

IMPRESSUM

© FES Nordic Countries 2021
Dr. Philipp Fink

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

Titelbild: Fredrik Sandin Carlson
Satz/Layout: pertext, Berlin | www.pertext.de

EUROPA

Es ist höchste Zeit, dass wir endlich zuhören!

Covid-19 ist ein soziales Desaster. Seine tödlichen Spuren hat das Virus in vielen Ländern vor allem in der Altenpflege hinterlassen. Hier kämpfen die Pflegekräfte an vorderster Front gegen Corona und sind schon lange mit ihren Kräften am Ende. Die Pandemie hat eklatante Mängel in der Altenpflege ans Licht gebracht, vor denen die Gewerkschaften seit Jahren warnen. Ihr Protest dagegen ist jedoch nicht gehört worden. Eine vielfach unsichere Beschäftigung, zu wenig Geld und Personalnot waren verheerend für den Schutz der am meisten Gefährdeten: die Senior_innen.

Berichte aus neun Ländern

Wie stark das Coronavirus den Sektor der Altenpflege trifft, zeigen Berichte aus neun Ländern. Diese wurden von der Friedrich-Ebert-Stiftung in Kooperation mit Kommunal (der schwedischen Gewerkschaft für die Kommunalangestellten) und der progressiven schwedischen Denkfabrik Arena Idé erstellt. Die darin enthaltenen Forderungen der Gewerkschaften für das Pflegepersonal sowie einer überfälligen Reform der Altenpflege werden mit Blick auf die zu pflegenden Menschen und ihrer Pflegekräfte verdeutlicht.

Weitere Informationen zum Projekt erhalten Sie hier:

www.fes.de/en/on-the-corona-frontline