

A healthcare worker, Nazmina Syed, is shown from the chest up. She is wearing a blue hijab, a blue face shield, a pink surgical mask, and a clear plastic apron over her blue scrubs. Her name tag is visible on her chest. The background is a plain, light-colored wall.

Hildegard Theobald

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in Deutschland

EUROPA

ver.di

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

Die Corona-Pandemie hatte für die Situation der Pflegekräfte schwerwiegende Folgen und offenbarte die Defizite des Altenpflegesektors. Die Anbieter_innen von Pflegedienstleistungen waren auf die Pandemie nicht vorbereitet, was sich nicht zuletzt an dem Mangel an persönlicher Schutzausrüstung deutlich zeigte. Die allgemein geringe Personaldecke, Personalengpässe aufgrund von Infektionen der Pflegekräfte selbst und der steigende Pflegebedarf führten zu einer zusätzlichen hohen Arbeitsbelastung der verbleibenden Pflegekräfte. Die Stärke des Altenpflegesystems, die im Verlauf der Pandemie erneut offensichtlich geworden ist, hängt von der Kompetenz der Pflegekräfte ab, einer relativ stabilen Belegschaft und deren Teamgeist.

Über die Autorin

Hildegard Theobald ist Professorin für Organisationelle Gerontologie an der Universität Vechta, Deutschland. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen auf der international vergleichenden Forschung zu Altenpflegesystemen, Altenpflegepolitik, Migration, Professionalisierung der Pflegearbeit und der Situation der in der Pflege Beschäftigten.

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.

Ver.di (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft) ist die zweitgrößte deutsche Gewerkschaft. Sie betreut ca. zwei Millionen Mitglieder in rund 1.000 unterschiedlichen Berufen.

Verantwortlich für diese Publikation innerhalb der FES

Dr. Philipp Fink, Direktor des FES-Büros für die Nordischen Länder

Iva Figenwald, Leiterin Arbeitsbereich Sozialpolitik, Abteilung Analyse, Planung und Beratung

Josefin Fürst, Fachreferentin des FES-Büros für die Nordischen Länder

Hildegard Theobald

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in Deutschland

1	ÜBERBLICK UND KONTEXT	2
	1.1 Das deutsche Altenpflegesystem.....	2
	1.2 Infrastruktur der Altenpflege	3
	1.3 Veränderte Situation für Pflegekräfte	4
2	ALTENPFLEGE UND CORONA IN DER ERSTEN WELLE BIS AUGUST 2020	7
	2.1 Der Verlauf der Pandemie – Infektionsraten, Sterblichkeit und Strategien..	7
	2.2 Corona und der Altenpflegesektor	8
3	DIE GEWERKSCHAFTLICHE PERSPEKTIVE	9
4	SCHLUSSFOLGERUNG	11
	Literatur	12

1 ÜBERBLICK UND KONTEXT

1.1 Das deutsche Altenpflegesystem

In Deutschland ist die gesetzliche Pflegeversicherung (PV), die 1995/96 eingeführt wurde, die wichtigste sozialpolitische Regelung für den Langzeitpflegebedarf. Sie bietet allen Altersgruppen einen Versicherungsschutz, wobei fünf Pflegegrade definiert werden, die auf einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit aufbauen. Aufgrund der altersbezogenen Verteilung der Pflegebedürftigkeit sind die meisten Leistungsempfänger_innen der PV 65 Jahre oder älter. 2017 waren 81 Prozent 65 Jahre und älter, 35 Prozent 85 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2018). Die PV deckt nicht alle Kosten ab, sondern gewährleistet eine bestimmte Pauschale, die unabhängig von der wirtschaftlichen Situation der Leistungsempfänger_innen aufgrund des Umfangs der Pflegebedürftigkeit gemessen an Pflegegraden und der verwendeten Leistungsart, wie beispielsweise Geldleistungen oder ambulante Pflegesachleistungen, festgelegt wird. Diese Pauschalbeträge müssen mit privaten Mitteln, informeller Unterstützung durch Familienangehörige oder mit steuerbasierten bedürftigkeitsgeprüften Sozialleistungen aufgestockt werden. Die PV wird über Versicherungsbeiträge finanziert. Die Beitragssätze für die PV sind gesetzlich festgelegt und liegen 2020 allgemein bei 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose) des Bruttoeinkommens. 2019 beliefen sich die Ausgaben der PV auf 45 Milliarden Euro, plus zusätzlicher Sozialleistungen in Höhe von 4 Milliarden Euro (Bundesgesundheitsministerium 2020, Statistisches Bundesamt 2020, Rothgang/Müller 2018) (weitere Informationen zur Absicherung finden Sie in der Box 1).

16 Prozent der Erwachsenen im Alter von 65 und älter erhielten 2017 Leistungen im Rahmen der PV (Statistisches Bundesamt 2018). Die Leistungsempfänger_innen der Pflegegrade zwei bis fünf können zwischen Pflegegeld, ambulanten und stationären Pflegesachleistungen frei wählen. Geldleistungen können von den Leistungsempfänger_innen frei verfügbar für informelle (familiäre) Pflegeleistungen oder für die Organisation und Finanzierung von pflege- oder haushaltsbezogenen Hilfen ausgegeben werden. Zusätzlich können weitere Dienstleistungen wie Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege und Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden. 2017 verwendeten 46 Prozent der Leistungsempfänger_innen im Alter von 65 Jahren und älter das Pflegegeld für eine selbstorganisierte Versorgung innerhalb der Familie. 26 Prozent nutzten ambulante Pflegedienste und 27 Prozent wurden in Pflegeheimen versorgt. Daten aus dem Jahr 2015 zeigen, dass fünf Prozent der Begünstigten in allen Altersgruppen Leistungen zur Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nahmen, 25 Prozent zur Verhinderungspflege und elf Prozent zur Kurzzeitpflege (Schwinger et al. 2017).

ZUGANG ZU LEISTUNGEN – DAS PV-KONZEPT

Das Konzept der Pflegeversicherung beruht auf einem einheitlichen bundesweiten Bewertungssystem. Seit der Re-

Box 1: Sozialpolitische Regelungen im Bereich der Pflege

Die Pflegeversicherung (PV) ersetzte die sozialpolitische Regelung »Hilfe zur Pflege«, die bis dahin das wichtigste sozialpolitische Instrument zur Absicherung des Pflegerisikos in Deutschland war. Ab 1962 hatte diese frühere Regelung staatliche Unterstützung für ambulante und stationäre Pflegedienstleistungen sowie Geldleistungen gewährt, wobei im Rahmen des steuerbasierten Bundessozialhilfegesetzes eine Bedürftigkeitsprüfung durchgeführt wurde. Diese Regelung wurde durch die Einführung der PV nicht abgeschafft, aber neu definiert. Sie ergänzt nun bei denjenigen, die den privaten Anteil an den Kosten nicht selbst tragen können als bedarfsorientierte Sozialleistung.

Die PV ist in zwei unterschiedliche Zweige geteilt: Über die soziale Pflegeversicherung (für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung) sind ungefähr 89 Prozent der Bevölkerung versichert, über die gesetzlich verpflichtende private Pflegeversicherung (für Mitglieder der privaten Krankenversicherung) hingegen ungefähr elf Prozent. Es gibt keine Unterschiede bei den Anspruchsvoraussetzungen, den Einstufungsverfahren oder verfügbaren Leistungen, die für beide Zweige durch das nationale Pflegeversicherungsgesetz festgelegt sind. Die gesetzlich vorgeschriebenen Beitragssätze für die soziale PV legen die Obergrenze für die Beitragssätze innerhalb der privaten PV fest. Die Einführung von zwei getrennten Zweigen wird vor allem wegen der unterschiedlichen Höhen der Versicherungsbeiträge, die sie erfordern – die Beiträge in der privaten PV sind normalerweise niedriger, da deren Mitglieder im Allgemeinen wohlhabender und gesünder sind –, sowie der fehlenden finanziellen Umverteilung zwischen den beiden Zweigen aufgrund ihrer getrennten Finanzierungssysteme kritisiert (mehr Informationen zu dieser Debatte finden Sie bei Theobald 2011).

form von 2017 stuft das System den oder die Antragsteller_in in einen von fünf Pflegegraden ein. Die Daten der Pflegestatistik von 2017 zeigen, dass die Mehrheit der Begünstigten über 65 Jahre (63 Prozent) in die Pflegegrade zwei und drei eingestuft wird und nur 20 Prozent in höhere Pflegegrade (vier und fünf) (Statistisches Bundesamt 2018). Die Höhe des Pflegegrads steht in einem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme verschiedener Arten der Pflegeleistungen. Leistungsempfänger_innen in den niedrigeren Pflegegraden zwei und drei beziehen häufiger Pflegegeld, mit steigender Pflegebedürftigkeit werden zunächst ambulante und dann stationäre Pflegeleistungen einbezogen. Ein wichtiger Einflussfaktor für den Umzug in ein Pflegeheim stellt eine demenzielle Erkrankung dar. Nach einer Repräsentativbefragung leiden 66 Prozent der Bewohner_innen von Pflegeheimen an einer Demenz (Isfort et al. 2018). Neben dem Umfang der Pflegebedürftigkeit beeinflusst auch die familiäre Situation die Wahl zwischen den Leistungsarten. Da es für Leistungsempfänger_innen ohne Unterstützung durch Familienangehörige schwierig ist, ausreichend häusliche Pflegeleistungen zu organisieren, führt dies zusammen mit der freien Auswahl zwischen den verschiedenen Pflegeleistungen ab Pflegegrad zwei dazu, dass auch Empfänger_innen mit niedrigeren Einstufungen in Altenpflegeheime ziehen. So befindet sich etwa die Hälfte der Pflegeheimbewohner_innen in den niedrigeren Pflegegraden zwei und drei.

1.2 Infrastruktur der Altenpflege

Vor Einführung der Pflegeversicherung 1995/96 waren die Infrastrukturen der ambulanten und stationären Altenpflege (Altenpflegeheime) unterentwickelt. Leistungen der ambulanten Pflege und der Altenpflegeheime wurden durch steuerbasierte Sozialhilfe im Rahmen des Gesetzes »Hilfe zur Pflege« oder der Krankenkassen finanziert und vorwiegend von frei-gemeinnützigen Anbieter_innen und zu einem kleineren Anteil von öffentlichen und gewinnorientierten Anbieter_innen erbracht (zur sozialen Absicherung vgl. Box 1). Der Ausbau der Infrastrukturen sollte im Rahmen eines regulierten Pflegemarkts auf Basis der Konkurrenz der Dienstleister_innen erfolgen. Dazu wurden mit der Einführung der Pflegeversicherung die Regularien neudefiniert. Private gewinnorientierte, frei-gemeinnützige und auch öffentliche Anbieter_innen werden zu gleichen, im Gesetz zur Pflegeversicherung und regionalen Rahmenverträgen festgelegten Bedingungen auf Basis von Versorgungsverträgen mit den regionalen Pflegekassen für den Pflegemarkt zugelassen. Die Leistungsempfänger_innen können frei zwischen den einzelnen, zugelassenen Anbieter_innen auswählen. Die Konkurrenz zwischen den Anbieter_innen beruht auf der Qualität, das heißt den Angeboten und den Preisen für die einzelnen Dienstleistungen. Unter den Bedingungen des Pflegemarkts sollte eine nutzerorientierte Infrastruktur entstehen, die auch eine stärkere Kontrolle der Kosten ermöglicht.

Im Rahmen dieser Regelungen fand ein deutlicher Ausbau der ambulanten und stationären Pflegeinfrastruktur und gleichzeitig ein deutlicher Anstieg des Anteils privater, gewinnorientierter Anbieter_innen statt. Von 1999 bis 2017 erhöhte sich die Anzahl ambulanter Pflegedienste von 10.820 auf 14.050. 2017 betrug der Anteil privater, gewinnorientierter Anbieter_innen an allen Pflegediensten 66 Prozent. Da dies zumeist kleinere Anbieter_innen sind, betrug ihr Anteil unter den Nutzer_innen ambulanter Dienste lediglich 51 Prozent. Der Anteil frei-gemeinnütziger Anbieter_innen unter den Pflegediensten lag bei 33 Prozent, wobei sie aufgrund der Größe der einzelnen Anbieter_innen 47 Prozent der Nutzer_innen versorgten. Der Anteil öffentlicher Anbieter_innen unter den Pflegediensten bzw. an der Versorgung der Nutzer_innen lag zwischen einem und zwei Prozent (Statistisches Bundesamt 2001, 2018). Die meisten ambulante Pflegedienste sind kleine eigenständige Einrichtungen (55 Prozent), weitere 22 Prozent verfügen über mehrere Standorte, während die restlichen Anbieter_innen einen Teil einer mehrgliedrigen Pflegeeinrichtung bilden, die unterschiedliche Dienstleistungen anbieten (ambulante Pflege, Tagespflege, stationäre Altenpflege oder auch betreutes Wohnen) (Isfort et al. 2018).

Im Pflegeheimsektor fand ebenso eine deutliche Erhöhung der Anzahl der Altenpflegeheime von 8.859 im Jahre 1999 auf 14.480 im Jahr 2017 statt. Trotz der Zunahme von privaten, gewinnorientierten Anbieter_innen stellen die frei-gemeinnützigen Anbieter_innen weiterhin die Mehrheit (53 Prozent der Einrichtungen mit 55 Prozent der verfügbaren Betten). Der gewinnorientierte Sektor stellt 43 Prozent der Anbieter_innen und 39 Prozent der verfügba-

ren Betten. Der Anteil der öffentlichen Versorgung ist ebenfalls gering (Statistisches Bundesamt 2001, 2018). In Deutschland sind die gewinnorientierten Altenpflegeheime traditionell in Form von privaten Familienunternehmen organisiert. Erst seit 2013 (und zunehmend seit 2017) sind private Equity-Firmen aus den USA, aus Frankreich und Skandinavien in den Markt der Altenpflegeversorgung, speziell in den Pflegeheimsektor eingestiegen (Scheuplein et al. 2019).

NEUE PFLEGEKONZEPTE

Die Dienstleistungsorganisation und die Pflegekonzepte haben sich seit Einführung der PV ebenfalls verändert. 2017 nutzten vier Prozent der über 65-Jährigen ambulante Pflegedienste im Rahmen der Pflegeversicherung (Statistisches Bundesamt 2018). Ambulante Pflegedienste in Deutschland zeichnen sich durch die integrierte Versorgung von Nutzer_innen mit Leistungen finanziert im Rahmen der Pflegeversicherung (zumeist Körperpflege und haushaltsnahe Dienstleistungen) und ambulante Leistungen der häuslichen Krankenpflege bzw. der medizinischen Behandlungspflege finanziert durch die Krankenversicherung aus. Gemäß einer repräsentativen Umfrage unter Leiter_innen ambulanter Pflegedienste erhalten ungefähr 42 Prozent der Nutzer_innen beide Arten der Dienstleistungen, 26 Prozent nur Leistungen der Pflegeversicherung und 32 Prozent nur Leistungen der Krankenversicherung. Beide Arten der Dienstleistungen sind für die Einnahmen der Serviceanbieter_innen gleichermaßen wichtig, wohingegen nur sieben Prozent der Einnahmen der Serviceanbieter_innen von Beiträgen der Nutzer_innen stammen (Isfort et al. 2016).

Seit Einführung der PV wird die ambulante Versorgung beruhend auf Systemkomplexen, das heißt standardisierten Pflegepaketen angeboten, die von den Nutzer_innen frei gewählt werden können. Ein Systemkomplex, z. B. die umfassende Körperpflege am Morgen, beinhaltet genau festgelegte Pflegeaufgaben und Zeiten. Als Reaktion auf die Kritik an der standardisierten Versorgung können ambulante Pflegedienste seit 2013 Pflegeleistungen auf der Basis von genau festgelegten Zeitkontingenten anbieten, während die Pflegeleistungen stärker von den Nutzer_innen bestimmt werden können. 2014 boten 41 Prozent der ambulanten Pflegedienste diese Art von Service an (Isfort et al. 2016). Die Kosten für die Dienstleistungen werden von der regionalen Pflegeversicherung bis zur Höhe der durch den Pflegegrad festgelegten Pauschale direkt erstattet, während alle darüberhinausgehenden Kosten entweder privat oder durch bedürftigkeitsgeprüfte Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) finanziert werden müssen. 13 Prozent der Nutzer_innen erhielten 2015 eine derartige Sozialhilfe für Pflegeleistungen (Rothgang/Müller 2018). Eine von Hielscher et al. (2017) durchgeführte repräsentative Umfrage unter Leistungsempfänger_innen der Pflegeversicherung, die zu Hause leben, ergab beträchtliche private Kosten von durchschnittlich 362 Euro pro Monat (alle im Rahmen der Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten), die sich insbesondere für Ältere mit geringem Einkommen als eine erhebliche Belastung darstell-

ten. Zusätzlich zu den privaten Kosten stellen Lücken in der ambulanten Pflegeinfrastruktur einen weiteren Grund zur Besorgnis dar. Trotz des Ausbaus der ambulanten Infrastruktur zeigen sich Lücken bei spezifischen Bedarfen, die nur wenig nachgefragt werden, oder auch deutliche regionale Unterschiede, mit einer Unterversorgung ländlicher, strukturschwacher Regionen (Isfort et al. 2016).

Auch die stationäre Altenpflege hat sich erheblich verändert. 2017 lebten vier Prozent der Menschen im Alter von 65 Jahren und älter in Altenpflegeheimen, quantitativ damit die wichtigste Art des Wohnens von Älteren, die nicht in ihren eigenen vier Wänden leben. Außerdem lebten 2018 ein bis zwei Prozent der ab 65-Jährigen in Einrichtungen des betreuten Wohnens (Kremer-Preiß et al. 2019). Schließlich sind 3.121 unabhängige Pflegewohngruppen in Wohngemeinschaften eingerichtet worden (hauptsächlich für ältere, an Demenz erkrankte Menschen) (Klie et al. 2017).

Eine 2018 durchgeführte deutschlandweite Studie von Kremer-Preiß et al. (2019) ergab, dass Einrichtungen des betreuten Wohnens zunehmend von älteren Menschen mit Pflegebedarf genutzt werden (37 Prozent der Bewohner_innen im Jahr 2018 waren Leistungsempfänger_innen der Pflegeversicherung, vorwiegend mit niedrigeren Pflegegraden). Infolgedessen hatten 26 Prozent der Anbieter_innen zusätzliche Tagespflege- oder 24-Stunden-Pflege-Angebote eingerichtet. Als Leistungsempfänger_innen der Pflegeversicherung erhalten die Bewohner_innen, wie zu Hause lebende Leistungsempfänger_innen generell, ambulante Pflegesachleistungen entsprechend des Pflegegrads. Kosten für weitere Dienstleistungen oder Wohnkosten werden nicht von der Pflegeversicherung übernommen. In ihrer Studie fanden Kremer-Preiß et al. (2019) heraus, dass durch den Rückzug der Förderung der Einrichtungen betreuten Wohnens auf kommunaler Ebene die Bewohner_innen erhebliche private Kosten tragen mussten.

Pflegekonzepte in Altenpflegeheimen haben sich seit den 1990er Jahren ebenfalls weiterentwickelt. Altenpflegeheime werden von multifunktionalen Organisationen betrieben, die auch gleichzeitig ambulante Pflege- und Tagespflegeleistungen erbringen oder gleichzeitig über Angebote des Betreuten Wohnens verfügen (mit einem Anteil von 24 Prozent der Pflegeheime im Jahre 2017, siehe Statistisches Bundesamt 2018). Die Versorgung in den Altenpflegeheimen findet allgemein in Wohngruppen oder seit 2000 vermehrt in kleineren Wohngruppen organisiert auf dem Prinzip der Hausgemeinschaften statt. Das aktuellste Konzept seit 2010 – das Quartiershaus – soll dieses Leben in Gemeinschaft (Hausgemeinschaft) mit der Stärkung der Privatheit, insbesondere Wohnen im Einzelzimmer mit einer sozialräumlichen Orientierung verbinden. Im Rahmen des sozialräumlichen Prinzips soll das Altenpflegeheim stärker in die lokale Umgebung integriert werden. Repräsentative Statistiken zeigen, dass der Anteil der Bewohner_innen, die in einem Einzelzimmer wohnen, von 48 Prozent im Jahr 2001 auf 66 Prozent im Jahr 2017 gestiegen ist (Statistisches Bundesamt 2003, 2018). Fallstudien zur Situation in Altenpflegeheimen zeigen den Trend, Einrichtungen für lokale Akteur_innen, wie z. B. lokale Vereine und Ehrenamtliche, zu öffnen.

Private Kosten in Altenpflegeheimen sind erheblich gestiegen, das heißt die durchschnittlichen privaten Kosten für Pflege in den Einrichtungen erreichten 2017 eine Höhe von ca. 700 Euro pro Monat. Außerdem müssen Bewohner_innen Unterkunfts- und Verpflegungskosten tragen sowie Investitionskosten, falls der oder die Anbieter_in in das Gebäude investiert hat. Der Anteil von Bewohner_innen, die zusätzliche Leistungen der Sozialhilfe »Hilfe zur Pflege« zur Deckung ihrer privaten Kosten erhalten, betrug 41 Prozent im Jahr 2018 (Rothgang/Domhoff 2019). In Deutschland müssen die Kinder der Bewohner_innen einkommensabhängig für einen Teil der stationären Pflegekosten, die ihre Eltern nicht selbst bezahlen konnten, aufkommen. Erst danach werden die Kosten durch die Sozialhilfe übernommen. Seit einer Gesetzesänderung 2020 sind Kinder nur mit einem Einkommen über 100.000 Euro pro Jahr verpflichtet, für private Kosten aufzukommen. Derzeit läuft eine öffentliche Debatte über eine Deckelung der privaten Pflegekosten innerhalb der PV, wobei die verbleibenden Kosten von der PV getragen werden (siehe Rothgang/Domhoff 2019). Hohe private Beiträge sind nicht nur eine hohe finanzielle Belastung für Bewohner_innen, sondern schrecken zudem von der Inanspruchnahme von Pflegeheimleistungen ab und schränken damit die freie Wahl zwischen den verschiedenen Leistungsarten ein.

1.3 Veränderte Situation für Pflegekräfte

Die Expansion der ambulanten und stationären Pflegeinfrastruktur hat auch zu einem Anstieg der Anzahl von Pflegekräften in der ambulanten Versorgung von 183.782 im Jahr 1999 auf 390.322 im Jahr 2017 und in den Altenpflegeheimen im gleichen Zeitraum von 440.940 auf 764.648 geführt (Statistisches Bundesamt 2001, 2018). Durch den gleichzeitigen Anstieg des Anteils von privaten, gewinnorientierten Dienstleister_innen unter den Dienstleister_innen insgesamt erhöhte sich ebenfalls der Anteil der Pflegekräfte, die bei privaten, gewinnorientierten Dienstleister_innen beschäftigt sind. Im ambulanten Bereich stieg dieser Anteil von 36 Prozent 1999 auf 56 Prozent 2017 und im stationären Sektor von 24 Prozent auf 36 Prozent im gleichen Zeitraum.

TEILZEITARBEIT UND IHRE FOLGEN IM AMBULANTEN UND STATIONÄREN SEKTOR

Der Anstieg der Anzahl der Pflegekräfte ging mit einem stark ansteigenden Anteil der Teilzeitbeschäftigung einher. 2017 waren nur noch 29 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten Pflege und 31 Prozent der Beschäftigten in Pflegeheimen auf Vollzeitbasis angestellt (Statistisches Bundesamt 2001; 2018). Besonders kritisch diskutiert wird eine Teilzeitbeschäftigung auf Basis von Regelungen zur geringfügigen Beschäftigung (Minijobs). Der Anteil von geringfügig Beschäftigten an der Beschäftigung lag 2017 bei 18 Prozent im ambulanten Bereich und neun Prozent in Pflegeheimen (Statistisches Bundesamt 2018). Geringfügige Beschäftigungen (Minijob) umfassen Beschäftigungsverträge mit niedrigen, aber festgelegten Arbeitsstunden und Löhnen bis 450 Euro

pro Monat oder eine kurzzeitige befristete Beschäftigung. Diese Art der Beschäftigung umfasst weder eine Pflegepflichtversicherung noch Arbeitslosenversicherung und enthält nur begrenzte Krankenversicherungsrechte, ohne Zahlung eines Krankengeldes aus einer Krankenversicherung. Beschäftigte in Minijobs haben jedoch wie alle Beschäftigten das Recht auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den oder die Arbeitgeber_in in den ersten sechs Krankheitswochen. In Deutschland gibt es keine Karenztage.

Beim Einsatz geringfügig Beschäftigter bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Anbieter_innen. Der Anteil der geringfügigen Beschäftigung bei Pflegekräften beträgt 20 Prozent bei privaten, gewinnorientierten ambulanten Pflegediensten im Vergleich zu 16 Prozent bei frei-gemeinnützigen und öffentlichen Dienstleister_innen. Bei Pflegekräften in Pflegeheimen beträgt der Anteil elf Prozent bei privater, gewinnorientierter Leistungserbringung im Vergleich zu acht Prozent bei frei-gemeinnütziger und fünf Prozent bei öffentlicher Leistungserbringung (Statistisches Bundesamt 2018). Der maximale Anteil von Pflegekräften auf geringfügiger Beschäftigungsbasis wird durch die regionalen Rahmenverträge reguliert, welche den Zugang zum Pflegemarkt festlegen. Die geringfügige Beschäftigung ist besonders für gering qualifizierte Pflegekräfte von Bedeutung. 2012 waren zudem 23 Prozent der Altenpfleger_innen und 32 Prozent der Altenpflegehelfer_innen – die wichtigsten Beschäftigtengruppen bei den Pflegekräften in der ambulanten Pflege und in den Altenpflegeheimen – befristet beschäftigt (Bispinck et al. 2013). Teilzeitarbeit kann aus Arbeitnehmer_innensicht Pflegekräften angeboten werden, um familiären Verpflichtungen nachkommen zu können, geringfügige Beschäftigungen und befristete Beschäftigungsvereinbarungen werden jedoch aus Arbeitgeber_innensicht besonders oft zur Rationalisierung von Pflegetätigkeiten verwendet, zum Beispiel um Spitzen in der Leistungserbringung, wie die Körperpflege am Morgen, durch eine erhöhte Anzahl von Pflegekräften zu bewältigen.

Leih- und Zeitarbeit ist dagegen in Deutschland nicht weit verbreitet. Laut einer 2015 unter ambulanten Pflegediensten durchgeführten Umfrage nutzten neun Prozent der Anbieter_innen regelmäßig Agenturen (Isfort et al. 2016). Laut einer 2017 unter Leitungskräften in Pflegeheimen durchgeführten Umfrage arbeiteten 21 Prozent mit Agenturen zusammen, die Zahl der vermittelten Pflegekräfte war jedoch sehr niedrig. Wenn Pflegekräfte vorübergehend ersetzt werden müssen (beispielsweise aufgrund von Krankheit), leistet das Stammpersonal normalerweise bezahlte Überstunden. Forschungsergebnisse belegen die Unzufriedenheit der Pflegekräfte mit der Vorgehensweise, insbesondere aufgrund der negativen Folgen für die Planung und Gestaltung der Freizeit (Isfort et al. 2018).

DAS AUSBILDUNGSNIVEAU DES PFLEGE-PERSONALS IN DEN BEIDEN SEKTOREN

2017 dominierten im ambulanten Pflegesektor die Beschäftigten mit einer dreijährigen Berufsausbildung. 48 Prozent der Pflegekräfte hatten eine dreijährige Berufsausbildung

als Krankenpfleger_in oder Altenpfleger_in (letztere ist eine eher sozialpflegerische Ausbildung) und weitere acht Prozent hatten eine weitere Fachausbildung in dem Bereich abgeschlossen. Zehn Prozent der Beschäftigten in der ambulanten Pflege waren Krankenpflegehelfer_innen oder Altenpflegehelfer_innen mit einer ein- oder zweijährigen Berufsausbildung, wohingegen 31 Prozent keine oder eine kürzere pflegebezogene Ausbildung beendet hatten (Statistisches Bundesamt 2018). Dieses Zusammenspiel unterschiedlicher Ausbildungsniveaus lässt sich mit dem Tätigkeitsmix – den Tätigkeiten in der Grundpflege im Rahmen der Pflegeversicherung und der Behandlungspflege bzw. der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der Krankenversicherung – und den damit einhergehenden Anforderungen an die Berufsausbildung erklären. Tätigkeiten der Behandlungspflege werden vorwiegend von Krankenpfleger_innen oder Altenpfleger_innen durchgeführt und können nur in Ausnahmefällen an weniger qualifizierte Pflegekräfte delegiert werden. Körperpflege ist eine qualifizierte Tätigkeit, die unter Anleitung von qualifiziertem Personal – Krankenpfleger_innen oder Altenpfleger_innen – bzw. auch von ihnen selbst durchgeführt wird. Der sich konkret zeigende Personalmix beruht auf Regelungen zu diesen Aufgabenanforderungen in regionalen Rahmenverträgen. Die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonalmix, ist während des Akkreditierungsverfahrens zu belegen. Der Anteil der Beschäftigten mit einem BA in Krankenpflege ist gering, er beträgt weniger als ein Prozent aller Beschäftigten in dem Sektor. Diese Pflegekräfte sind hauptsächlich in Experten- oder Führungspositionen angestellt. 2017 hatten 45 Prozent der Beschäftigten, die in der Pflege oder Betreuung in Pflegeheimen tätig sind, eine dreijährige Berufsausbildung als Alten- oder Krankenpfleger_in absolviert, neun Prozent eine Berufsausbildung als Kranken- oder Altenpflegehelfer_in in einem ein- oder zweijährigen Ausbildungsprogramm und 36 Prozent der Pflegekräfte hatten ein kürzeres oder gar kein pflegebezogenes Ausbildungsprogramm durchlaufen (Statistisches Bundesamt 2018). Dieser Personalmix beruht auf für Pflegeheimen gültigen gesetzlichen Regelungen, denen zufolge 50 Prozent der in der direkten Pflege Beschäftigten (vorwiegend Körperpflege und Betreuung) mindestens eine dreijährige Berufsausbildung, typischerweise als Alten- oder Krankenpfleger_in, absolviert haben müssen. Im Hinblick auf Vollzeitäquivalenzen wird diese 50-Prozent-Quote erfüllt. Neben den Aufgaben in der Pflege wird in Pflegeheimen vermehrt auch die Notwendigkeit der Betreuung der Bewohner_innen berücksichtigt. Dazu werden vermehrt Beschäftigte genau für dieses Tätigkeitsfeld angestellt. 2008 wurde dafür ein neues kurzes Ausbildungsprogramm für Demenzbetreuer_innen in Altenpflegeheimen eingeführt. 2017 hatten 56 Prozent der Kräfte, die Betreuungsaufgaben erfüllten, nur dieses kurze Ausbildungsprogramm beendet. Im Pflegeheimsektor war der Anteil der Pflegekräfte, die ein BA-Studium Krankenpflege durchlaufen hatten, ebenfalls gering (weniger als ein Prozent (0,5) der Beschäftigten in dem gesamten Sektor) und hauptsächlich für Führungs- und Expertenpositionen von Bedeutung. Trotz der vorhandenen Fachpflege werden auch Kritiken an dem Ausbildungsniveau im ambulanten und stationären Sektor hervorgebracht. Dies betrifft den erheblichen Anteil unter den Pflegekräften, die nur eine kurze Pflegeausbildung von weniger

als einem Jahr abgeschlossen haben, der niedrige Anteil der Pflegekräfte, die über den Abschluss eines BA-Studiums verfügen und die niedrigen Anforderungen, die an eine Tätigkeit in der Betreuung in Pflegeheimen gestellt werden.

DER MANGEL AN QUALIFIZIERTEN PFLEGEKRÄFTEN UND SEINE FOLGEN

Die grundlegende Definition der Pflegearbeit als eine qualifizierte Tätigkeit fördert die Nachfrage nach qualifiziertem Pflegepersonal, das heißt nach Beschäftigten, die ein dreijähriges Ausbildungsprogramm in der Kranken- oder Altenpflege absolviert haben. Die schwierigen Arbeits-, Beschäftigungs- und Ausbildungsbedingungen machen diese Tätigkeit jedoch überhaupt nicht attraktiv. Diese Erkenntnis spiegelt sich in dem seit 2010 zunehmenden Mangel an qualifizierten Pflegekräften. Seit Jahren ist durch eine Reihe von Studien auf die vielfältigen Hindernisse für die Personalanwerbung und -bindung hingewiesen worden: niedrige Personalausstattung, hohe psychische und körperliche Belastungen bei der täglichen Pflegearbeit, ein niedriges Lohnniveau, aber auch eine allgemeine Unzufriedenheit mit den Möglichkeiten, den eigenen Ansprüchen und auch den Vorgaben entsprechende hochwertige Pflegeleistungen zu erbringen (bspw. jüngst Schmucker 2020).

Eine Reihe von Reformen zur Verbesserung der Ausbildung, der Personalbesetzungen und Erhöhung der Löhne ist in Planung oder bereits erlassen worden (siehe dazu auch den Abschnitt »Die gewerkschaftliche Perspektive«). Seit 2012 sind Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik erfolgreich eingeführt worden, die gering qualifizierten Altenpfleger_innen, die bereits in dem Bereich arbeiten, den Zugang zum dreijährigen Ausbildungsprogramm in der Altenpflege ermöglichen. Die im Januar 2020 eingeführte Pflegeberufereform fasste die getrennten Ausbildungsprogramme in der Kranken-, Kinderkranken-, und Altenpflege in einem einzigen dreijährigen Berufsausbildungsprogramm zusammen, mit dem die Ausbildung attraktiver werden soll. Außerdem wurden neue BA-Studiengänge in Krankenpflege an Fachhochschulen eingeführt.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die Zahl der Pflegekräfte in Altenpflegeheimen zu gering ist. Zudem gibt es in Deutschland keine bundesweiten Vorgaben zu den notwendigen Personalstärken in den Altenpflegeheimen. Die auf Länderebene festgelegten Vorgaben in den regionalen Rahmenverträgen unterscheiden sich erheblich und sind nicht auf der Grundlage solider Forschungsergebnisse definiert worden. Als Teil der Pflegeversicherungsreform von 2018 sollte ein evidenzbasiertes nationales Standardverfahren für die Festlegung der Personaldecke in Altenpflegeheimen etabliert werden. Diesbezügliche Forschungen haben belegt, dass die Zahl der Pflegekräfte deutlich erhöht werden muss und dass dies auch durch eine deutliche Steigerung der Zahl von Pflegekräften, die kein dreijähriges Ausbildungsprogramm absolviert haben, erreicht werden könnte (siehe Rothgang, Fünfstück et al. 2020). Gemäß diesem Konzept sollten Kranken- und Altenpfleger_innen weniger Aufgaben im Bereich der täglichen Pflegeversorgung übernehmen und

sich mehr auf die Organisation und Anleitung der Durchführung der Pflegearbeiten durch die Pflegehelfer_innen konzentrieren. In dem Zusammenhang wird von den Wissenschaftler_innen vorgeschlagen, die gesetzlich festgelegte Quote von 50 Prozent an Pflegekräften mit einer dreijährigen Berufsausbildung abzuschaffen und durch eine individuelle Quote zu ersetzen, die sich am Pflegebedarf der einzelnen Einrichtungen orientiert. Während die Nachfrage nach mehr Pflegepersonal in der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussion einhellig begrüßt wurde, ist der Vorschlag, den Anteil der Pflegehelfer_innen zu erhöhen und die gesetzliche vorgeschriebene 50-Prozent-Fachkraftquote durch individuelle, einrichtungsbezogene Quoten zu ersetzen, jedoch äußerst umstritten. Langfristig gesehen würde der Vorschlag dazu führen, dass Aufgaben der täglichen Pflegearbeit in der Grundpflege weniger als Fachtätigkeit gesehen und damit abgewertet werden und die Quote der Pflegekräfte mit einer dreijährigen Berufsausbildung auf Ebene der einzelnen Einrichtungen deutlich sinken kann. Trotz dieser Kritik wurden mit dem Pflegeverbesserungsgesetz, das im Januar 2021 in Kraft trat, 20.000 neue Stellen für Pflegehelfer_innen geschaffen und zusätzlich finanziert, als ein Schritt zur Umsetzung des nationalen Personalbemessungsverfahrens in Altenpflegeheimen.

MASSNAHMEN ZUR ERHÖHUNG DER LÖHNE

Weitere Reformen nehmen die niedrigen Löhne in der ambulanten und stationären Pflege und die enormen Lohnunterschiede zwischen Regionen, Anbieter_innen und Sektoren (ambulanter und stationärer Sektor) in Angriff (Greß/Stegmüller 2019). Laut der Bundesagentur für Arbeit (2020) liegt der Bruttolohn für Altenpfleger_innen zwischen 2.613 Euro und 3.506 Euro im Monat (Durchschnitt: 3.032 Euro) und für Altenpflegehelfer_innen zwischen 1.913 Euro und 2.642 Euro im Monat (Durchschnitt: 2.146 Euro). Eine wesentliche Ursache des insgesamt niedrigen Lohnniveaus und des Gefälles liegt in dem Mangel an Tarifverträgen in beiden Sektoren und dem fragmentierten Charakter derer, die bestehen, begründet. Der Mangel an Tarifverträgen betrifft vor allem die privaten, gewinnorientierten Anbieter_innen (nur 16 Prozent davon haben Tarifverträge eingeführt). Im Gegensatz dazu sind 81 Prozent der öffentlichen/frei-gemeinnützigen Anbieter_innen an verschiedenen Tarifverträgen beteiligt (Schroeder 2017).

Zwei Maßnahmen sind ergriffen worden, um die Löhne zu erhöhen und die Gefälle auszugleichen. Schon 2010 wurde ein Pflegemindestlohn eingeführt, um einen Mindestlohn für Pflegehelfer_innen sicherzustellen, die Leistungen in der Grundpflege erbringen, und seit 2015 auch für Betreuer_innen, die Leistungen in der Betreuung erbringen. Der Mindeststundenlohn wurde 2010 auf 8,50 Euro in den alten Bundesländern und auf 7,50 Euro in den neuen Bundesländern festgesetzt. Nach erfolgten Erhöhungen in mehreren Schritten wurde in der letzten Runde 2020 entschieden, dass der Mindestlohn bis April 2022 in drei Schritten auf 12,55 Euro und damit auf das gleiche Niveau in den neuen und alten Bundesländern erhöht wird. Ab 2021 wurde zudem eine weitere Mindestlohnregelung eingeführt, die

Mindestlöhne für höher ausgebildete Pflegekräfte nach Ausbildungsniveaus sichert. Dieser Lohn wird in zwei Stufen erhöht und bis April 2022 eine Höhe von 13,20 Euro für Pflegehelfer_innen mit einer ein- bis zweijährigen Ausbildung und 15,40 Euro für Pflegekräfte mit einer dreijährigen Berufsausbildung in den alten und neuen Bundesländern erreichen. Parallel zu dieser Mindestlohnreform wurde ein vorläufiger Tarifvertrag zwischen der Gewerkschaft (Verdi) und ausgewählten Arbeitgeberverbänden im ambulanten und stationären Bereich ausgehandelt (siehe gewerkschaftliche Positionen unten).

2 ALTENPFLEGE UND CORONA IN DER ERSTEN WELLE BIS AUGUST 2020¹

2.1 Der Verlauf der Pandemie – Infektionsraten, Sterblichkeit und Strategien

Der erste Corona-Fall in Deutschland wurde Ende Januar 2020 in München, Bayern, festgestellt. Bis Ende Februar waren zudem mehrere Fälle in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg bestätigt worden. Ab Anfang März stieg die Zahl der bestätigten Infektionsfälle pro Woche deutlich an, besonders in der zweiten Märzhälfte. Die Zahl der bestätigten Infektionen erreichte Ende März mit 36.100 Fällen pro Woche einen Höhepunkt, gefolgt von einem erheblichen Rückgang Ende April auf 7.400 Fälle pro Woche. Die Zahl der bestätigten Fälle sank weiterhin stetig und erreichte Ende Mai einen neuen Tiefstwert von 3.200 pro Woche. Bis Mitte Juli schwankte die Zahl zwischen 2.000 und 3.000 pro Woche, mit einem Ausreißer, der durch einen Ausbruch in einem fleischverarbeitenden Betrieb verursacht wurde. Ein allmählicher Anstieg war am Ende des Sommers zu verzeichnen, als die Zahl der bestätigten Fälle Ende August auf 8.600 pro Woche stieg (RKI 2020a).

Die hohe Sterberate und die schweren Krankheitsverläufe bei älteren Menschen sowie Ausbrüche in Altenpflegeheimen im März und April offenbarten, dass ältere Menschen und insbesondere Altenpflegeheimbewohner_innen besonders gefährdet sind (Buda et al. 2020). Die Rate der bestätigten Fälle in Altenpflegeheimen verlief parallel zum Verlauf der Pandemie insgesamt. Eine erhöhte Infektionsrate in Altenpflegeheimen wurde im März gemeldet, wobei der exponentielle Anstieg und Höhepunkt eine Woche nach dem allgemeinen Trend erfolgte. Der Rückgang an bestätigten Infektionen und die stabile Phase an niedrigen Übertragungsraten unter Altenpflegeheimbewohner_innen korrelierten ebenfalls in starkem Maße mit den nationalen Infektionsraten insgesamt. Erst Mitte September stieg die Zahl der Ausbrüche in Altenpflegeheimen wieder an, etwas später als der Anstieg der Gesamtzahl an Infektionen Ende August (RKI 2020a).

Zwischen 1.3. und 31.8.2020 wurden 242.381 Fälle bestätigt (292 pro 100.000 Einwohner_innen, 51 Prozent davon Frauen). Das durchschnittliche Alter der Infizierten lag bei 46 Jahren. 9.298 (elf pro 100.000 Einwohner_innen) der Infizierten starben an oder mit Corona. Diejenigen, die an oder mit Corona starben, waren häufiger Männer (55 Prozent) und schon älter, durchschnittlich 81 Jahre alt. 85 Prozent der Personen, die starben, waren 70 Jahre oder älter, aber nur 16 Prozent aller mit Corona infizierten Personen waren 70 Jahre oder älter (RKI 2020b). In einem Vergleich der Sterberaten anhand der Bundesstatistik von 2016 und 2020 untersuchte Nowossadeck (2020) die Sterberate in Deutschland nach Kalenderwochen. Er stellte eine erhöhte Sterblichkeitsrate nur bei 65-Jährigen und über 65-Jährigen in den Wochen 11–18 (9.3.–3.5.2020) fest, mit einem Höchstwert in den Wochen 14 und 15 (30.3.–12.4.2020). Er berechnete eine Sterberate für die 65- und über 65-Jährigen für das Jahr 2016 von 90,6 pro 100.000 Einwohner_innen und für 2020 von 96,6.

Zu Beginn der Pandemie, im Februar 2020, wurde von der Politik eine lokale Eindämmungsstrategie angewendet, um die Ausbreitung von Clustern zu reduzieren. Ab Mitte März wurden bundesweite Maßnahmen eingeführt, um der Pandemie entgegenzuwirken. Ein zwischen der Bundesregierung und den Ländern vereinbarter »Shutdown der Gesellschaft« hatte die Schließung von Kindertagesstätten und Schulen, Restaurants und nicht lebensnotwendigen Geschäften zur Folge. Strenge Kontaktbeschränkungen außerhalb des eigenen Haushalts wurden eingeführt. Ein weiterer Fokus der Politik lag darauf, das Verhalten der Menschen zu ändern (»eine neue Normalität schaffen«). Neue Vorschriften bestanden in Abstand halten (soziale Distanz) und besonderen Hygieneregeln. Ab Ende April wurde das Tragen nichtmedizinischer Gesichtsmasken in Situationen vorgeschrieben, bei denen soziale Distanz schwierig oder unmöglich war (in öffentlichen Verkehrsmitteln, Geschäften und öffentlichen Gebäuden). Die Beschränkungen wurden ab Ende April allmählich gelockert, da die Infektionsraten sanken, wurden aber bis Ende August nicht völlig abgeschafft.

Spezifische Maßnahmen für die Altenpflege und besonders für Altenpflegeheime wurden auf der Ebene der Bundesländer eingeführt, um die zahlreichen Ausbrüche in Altenpflegeheimen und die damit verbundene hohe Sterberate zu stoppen. Besuche und Aufnahmen in Altenpflegeheimen wurden verboten und Tagespflegeeinrichtungen wurden geschlossen (mit Ausnahme der Notfallversorgung). Diese Einschränkungen wurden erst Ende Mai gelockert, als das Besuchsverbot in Altenpflegeheimen und die Schließung der Tagespflegeeinrichtungen nach und nach gelockert wurden, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die Einrichtungen klare Hygieneregeln und Besuchspläne entwickelten. Flankierend wurde eine Reihe von Maßnahmen eingeführt, um die Einrichtungen und Altenpflegekräfte in der schwierigen Situation zu unterstützen. Das Krankenhausentlastungsgesetz bot Altenpflegeeinrichtungen finanzielle Unterstützung zur Deckung gestiegener Kosten (wie z. B. für sehr teure persönliche Schutzausrüstung). Altenpflegekräfte in Altenpflegeheimen erhielten einen Bonus für ihre erhöhte Arbeitsbelastung während der Pandemie.

¹ Diese Veröffentlichung ist im Rahmen eines internationalen, von der Friedrich-Ebert-Stiftung mitfinanzierten Forschungsprojekts entstanden, das sich mit der Entwicklung in der Altenpflege im Rahmen der ersten Welle der Corona-Pandemie einschließlich der Zeit bis zum August 2020 befasste.

2.2 Corona und der Altenpflegesektor

ALTENPFLEGESEKTOR HART GETROFFEN

Der Altenpflegesektor war von der Pandemie besonders stark betroffen. Statistiken des Robert-Koch-Instituts (RKI) über den Zeitraum von März bis August 2020 verdeutlichen die Auswirkungen von Corona in Altenpflegeheimen: 18 Prozent der infizierten Bewohner_innen wurden in ein Krankenhaus eingewiesen. Ein Vergleich der verschiedenen Einrichtungen ergab, dass die Sterberate in Altenpflegeheimen am höchsten war (19 Prozent der Infizierten starben), gefolgt von Tagespflegeeinrichtungen (16 Prozent) (Buda et al. 2020). In einer repräsentativen, zwischen dem 28.4. und 2.5.2020 (am Ende der ersten Welle) durchgeführten Onlineumfrage bei Altenpflegeheimen, ambulanten Pflegediensteanbieter_innen und Tagespflegeeinrichtungen stellten Wolf-Ostermann und Rothgang (2020) fest, dass zwölf Prozent der Altenpflegeheime einen Corona-Ausbruch bei Bewohner_innen gemeldet hatten, wobei sechs Prozent Todesfälle meldeten. Bestätigte Corona-Fälle waren unter Nutzer_innen der ambulanten Pflegedienste noch stärker vertreten, 17 Prozent der ambulanten Pflegedienste berichteten, dass sie mindestens eine n_Nutzer_in hatten, der oder die mit dem Virus infiziert war, und acht Prozent berichteten, dass mindestens eine_r ihrer Nutzer_innen an oder mit der Krankheit gestorben war. Anhand ihrer Forschungsergebnisse berechneten Wolf-Ostermann und Rothgang (2020), dass mehr als 60 Prozent der mit Corona in Zusammenhang stehenden Todesfälle in Deutschland die Nutzer_innen von stationären oder ambulanten Diensten betrafen, das heißt Leistungsempfänger_innen der stationären Altenpflege (49 Prozent der Todesfälle) und der ambulanten Pflege (zwölf Prozent der Todesfälle). Zudem war die Infektionsrate unter den Pflegekräften der ambulanten Dienste und in der stationären Altenpflege gegenüber der Bevölkerung im Durchschnitt deutlich erhöht. Unter den Pflegekräften in stationären Einrichtungen lag der Anteil der infizierten Pflegekräfte bei 19 Prozent. In ambulanten Pflegediensten lag der Anteil mit neun Prozent immer noch doppelt so hoch wie der Durchschnitt der Bevölkerung. Aufgrund der rechtlich vorgegebenen Schließung der Tagespflegeeinrichtungen waren die Raten niedrig: Nur vier Prozent der Anbieter_innen meldeten Infektionen unter den Nutzer_innen und nur drei Prozent unter ihnen meldeten Infektionen unter den Pflegekräften (für Informationen zu den Tagespflegeeinrichtungen siehe Wolf-Ostermann et al. 2020)

In ihrer Befragung ambulanter Pflege-, Tagespflege- und Pflegeheimdiensteanbieter_innen untersuchten Wolf-Ostermann, Rothgang und Kolleg_innen auch die Situation der Pflegeversorgung genauer (siehe Rothgang, Wolf-Ostermann et al. 2020; Wolf-Ostermann/Rothgang 2020; Wolf-Ostermann et al. 2020) und stellten zwischen den verschiedenen Formen der Pflegeversorgung Ähnlichkeiten und Unterschiede bei der Entwicklung fest. Die Dienstleister_innen der Tagespflege waren über die rechtlichen Schließungen ihrer Einrichtungen und die ambulanten Dienstleister_innen über den Rückgang der Nachfrage nach Dienstleistungen aufgrund der Pandemie besorgt. 60 Prozent der Tagespflegeeinrichtungen, die an der Onlinebefragung teil-

nahmen, waren von ihren Landesbehörden geschlossen worden. 32 Prozent der Anbieter_innen berichteten, dass sie das Instrument der Kurzarbeit nutzten, um ihr Personal halten zu können. Der Unterschied zwischen dem Anteil der geschlossenen Einrichtungen (60 Prozent) und dem Anteil der Anbieter_innen, die Kurzarbeitsausgleich (32 Prozent) nutzten, kann möglicherweise durch andere öffentliche Unterstützungsmaßnahmen erklärt werden. Das Krankenhausentlastungsgesetz bot staatliche finanzielle Unterstützung an, um Beschäftigte in der Tagespflege vorübergehend in anderen Einrichtungsarten anzustellen (zum Beispiel in Altenpflegeheimen). Ungefähr 40 Prozent der ambulanten Pflegediensteanbieter_innen berichteten über eine zurückgehende Nachfrage nach Dienstleistungen, wobei neun Prozent Kurzarbeit anmeldeten.

FEHLENDE VORBEREITUNG AUF DIE PANDEMIE

Unabhängig von der Einrichtung fanden Wolf-Ostermann, Rothgang und Kolleg_innen grundlegende Probleme und Herausforderungen bei der Pflegeversorgung in ihren Untersuchungsergebnissen (Wolf-Ostermann/Rothgang 2020; Wolf-Ostermann et al. 2020). Fast alle Anbieter_innen gaben an, dass sie kaum auf die Herausforderungen der Pandemie vorbereitet waren. Sie etablierten Krisenteams und entwickelten Strategien und Maßnahmen, um den Herausforderungen der Pandemie zu begegnen, wie beispielsweise um die geforderten Hygienevorgaben umzusetzen und dabei auch soziale Kontakte in Altenpflegeheimen und Tagespflegeeinrichtungen zu verringern. Die Umsetzung der Hygienemaßnahmen wurde durch den Mangel an persönlicher Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln erschwert. In der Anfangsphase der Pandemie war der Mangel an persönlicher Schutzausrüstung ein weit verbreitetes Problem und betraf ungefähr die Hälfte der Altenpflegeheime und Anbieter_innen der ambulanten Pflegedienste und ein Viertel der Tagespflegeeinrichtungen. Für den Zeitpunkt der Durchführung der Umfrage Ende April und Anfang Mai 2020 meldeten 25 Prozent der Anbieter_innen ambulanter Pflegedienste, 17 Prozent der Altenpflegeheime und drei Prozent der Tagespflegeeinrichtungen weiterhin über dieses Problem.

Die angemessene Umsetzung der Hygienemaßnahmen und der richtige Gebrauch der persönlichen Schutzausrüstung erfordern grundlegende Kenntnisse. Auf Basis eines Mixed-Methods-Ansatzes, der problemorientierte Interviews, Diskussionen im Rahmen von Fokusgruppen und eine Onlineumfrage kombinierte, befragten Evans et al. (2020) 80 Entscheidungsträger_innen, die in ambulanten und stationären Altenpflegediensten in Nordrhein-Westfalen tätig sind, zu ihren Herausforderungen und Strategien zur Bewältigung der Pandemie. Die befragten Expert_innen gaben an, dass die in den Einrichtungen vorhandene Kompetenz zu Hygienemaßnahmen eine große Rolle bei der Bewältigung der Herausforderungen in den Pflegeeinrichtungen gespielt habe. Wolf-Ostermann et al. (2020) ermittelten in ihrer Onlinebefragung, dass 91 Prozent der Altenpflegeheime und 73 Prozent der ambulanten Pflegedienste eine interne, ein- bis zweistündige Videoschulung zu den Hygiene-

maßnahmen oder dem Gebrauch der persönlichen Schutzausrüstung durchgeführt hatten. Sie fanden ebenfalls heraus, dass Schulungen in den Altenpflegeheimen, in denen Infektionen unter den Bewohner_innen auftraten, viel seltener durchgeführt worden waren.

Ansätze zur Reduzierung der sozialen Kontakte wurden im besonderen Maße in Altenpflegeheimen vorgenommen (siehe Wolf-Ostermann et al. 2020, Rothgang et al. 2020b). Gemäß den Vorgaben in den Verordnungen der Bundesländer setzten die Altenpflegeheime bis Ende Mai strenge Maßnahmen zur Reduzierung der Kontakte mit der Außenwelt um. Ungefähr 90 Prozent schränkten den Zutritt von Ehrenamtlichen stark ein (die normalerweise wichtige Aufgaben im sozialen Bereich in Altenpflegeheimen übernehmen). Besuche durch Angehörige waren entweder ganz verboten oder nur in Ausnahmefällen erlaubt. Auch der Zutritt externer Anbieter_innen war stark eingeschränkt. Diese Maßnahmen spiegeln die grundlegenden Dilemmata in Altenpflegeheimen wider: Einerseits wird die Einschränkung der sozialen Kontakte als wichtiges Instrument für die Eindämmung des Virus angesehen, andererseits führt dies zu sozialer Isolation und oftmals psychischen Problemen bei den Bewohner_innen.

DEN ALTENPFLEGESEKTOR AUF DIE ZUKUNFT VORBEREITEN

Anbieter_innen waren neben der Herausforderung, die Corona-Pandemie zu bekämpfen und den negativen Folgen der ergriffenen Maßnahmen (z. B. soziale Kontakte zu verringern) entgegenzuwirken, auch von Personalengpässen aufgrund von Infektionen und Quarantäne unter den Pflegekräften betroffen (siehe Rothgang et al. 2020b; Wolf-Ostermann et al. 2020). Mit einem Anteil von 70 Prozent unter den teilnehmenden Altenpflegeheimen an der Untersuchung waren diese besonders stark von Personalengpässen betroffen. Der Umfang der Engpässe bezog sich durchschnittlich auf fünf Prozent des Pflegepersonals (Rothgang et al. 2020b). Zur Bewältigung der Engpässe haben die Altenpflegeheime und ambulanten Pflegedienste auf interne Personalmaßnahmen zurückgegriffen, wie beispielsweise die Versetzung von Pflegekräften zwischen den verschiedenen Gruppen, Erhöhung der Arbeitszeiten und Einführung von Bonuszahlungen. Der Einsatz von Leih- und Zeitarbeit wurde selten vermeldet. Alle Anbieter_innen wiesen darauf hin, dass ein erhebliches Maß an zusätzlicher Arbeit von den Pflegekräften geleistet werden musste, um dem steigenden Bedarf an täglicher Pflegearbeit (beispielsweise durch die zeitaufwendige Anwendung der Hygieneregeln oder die Kompensation der fehlenden Unterstützung der Bewohner_innen durch Angehörige und Ehrenamtliche in Pflegeheimen) und gleichzeitig dem durch die Personalengpässe verursachten steigenden Anforderungen an einzelne Pflegekräfte gerecht zu werden. Für Altenpflegeheime berechneten die Leitungskräfte eine durchschnittliche zusätzliche Arbeitsbelastung von einer Stunde pro Schicht und Pflegekraft. Tagespflegeeinrichtungen meldeten eine erhöhte Arbeitsbelastung von 85 Minuten pro Schicht pro Pflegekraft und Anbieter_innen ambulanter Dienste berechneten eine durch-

schnittliche Zunahme von ungefähr 40 Minuten pro Schicht und Pflegekraft. In der Studie von Evans et al. (2020) betonten die Leitungskräfte, dass das hohe Engagement und der Teamgeist unter den Pflegekräften eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung der Krise gewesen war. Die Teilnehmenden beider Studien forderten für die Zukunft Folgendes: (1) mehr Pflegepersonal, höhere Löhne und mehr Schulungen, besonders hinsichtlich von Hygienemaßnahmen, (2) neue Strategien für die Verfügbarkeit (Lagerung) und Verteilung der Schutzausrüstungen, (3) Einbeziehung der Leitungskräfte in die Entscheidungsfindung vor Ort zu einer besseren Anpassung an die Bedingungen in den Einrichtungen und (4) Entwicklung von Empfehlungen für Hygienemaßnahmen und Besuchspläne, die Besucher_innen, Ehrenamtlichen und externen Anbieter_innen den Zutritt zu den Einrichtungen erlauben, ohne das Infektionsrisiko zu erhöhen, um damit den Risiken der sozialen Isolation der Bewohner_innen und den damit verbundenen psychischen Problemen entgegenzuwirken.

3 DIE GEWERKSCHAFTLICHE PERSPEKTIVE

Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege werden durch Verdi (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft) vertreten. Verdi entstand 2001 durch Zusammenschluss von verschiedenen Einzelgewerkschaften, einschließlich der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr ÖTV. Während die Beschäftigten der Krankenpflege schon früh innerhalb des ÖTV vertreten waren, wurde die Vertretung der Altenpflegekräfte erst Ende der 1980er Jahren als selbstständiger Bereich hinzugefügt. Die Bedeutung dieses Bereichs wuchs mit der Einführung der PV und dem daraus folgenden erheblichen Zuwachs an Beschäftigten. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad im Altenpflegesektor ist gering, er lag 2015 bei zwölf Prozent innerhalb der Pflegekräfte (Schroeder 2017).

Die Aktivitäten von Verdi zur Bewältigung der Pandemie können in drei Kategorien eingeteilt werden: politische Reformen zur Verbesserung der Situation im Altenpflegesektor allgemein, Aktivitäten, die direkt mit der Pandemie in Deutschland im Zusammenhang stehen, und Aktivitäten auf europäischer Ebene. Verdi hat drei wichtige Reformen im deutschen Altenpflegesektor vorangetrieben, die langfristig für die Stärkung der Sektorkapazität von Bedeutung sind – die Erhöhung der Personalschlüssel, Verbesserung von Ausbildung und Qualifikation und Lohnerhöhung –, um die Herausforderungen der derzeitigen und zukünftigen Pandemien zu bewältigen.

NATIONALES PERSONALBEMESSUNGSVERFAHREN IN ALTENPFLEGEHEIMEN

Vor dem Hintergrund der zu niedrigen und regional unterschiedlichen Vorgaben zu Personalschlüsseln in den Einrichtungen fordert Verdi schon über einen längeren Zeitraum die Entwicklung und Einführung eines evidenzbasierten Personalbemessungsverfahrens in Altenpflegeheimen. Den derzeit vorliegenden Vorschlag zur Einführung

eines bundesweiten evidenzbasierten Verfahrens zur Personalbemessung von Rothgang/Fünfstück et al. (2020) sieht Verdi nur als einen ersten, vorübergehenden Kompromiss. Die allgemeine Akzeptanz eines bundesweiten Standardverfahrens und die Bereitschaft, mehr Personal einzustellen, werden positiv gesehen. Die Zielsetzung, die Personalbesetzung durch die Einstellung von Pflegehelfer_innen zu erhöhen, und die mögliche Abschaffung der gesetzlich vorgegebenen 50-Prozent-Quote an Fachkräften in Altenpflegeheimen werden im Gegensatz dazu jedoch kritisiert.

PFLEGEBERUFEREFORM

Die Pflegeberufereform vereinte die getrennten Ausbildungsprogramme für Krankenpfleger_innen, Kinderkrankenpfleger_innen und Altenpfleger_innen in einem Programm zur Pflegefachkraft, um die Attraktivität der Ausbildung für Pflegekräfte in der Altenpflege, aber auch das Ausbildungsniveau im Altenpflegesektor zu erhöhen. Trotz der Vorteile einer vereinheitlichten Ausbildung sah es Verdi im Verlauf des Reformprozesses als besonders wichtig an, dass Möglichkeiten der Spezialisierung im dritten Jahr, z. B. in Richtung Altenpflege erhalten bleiben.

PFLEGEMINDESTLOHN UND RAHMEN-TARIFVERTRAG FÜR DEN SEKTOR

Da es keinen allgemeingültigen Tarifvertrag für den Sektor der Altenpflege – ambulante Pflegedienste und Altenpflegeheime – gibt, ist das Lohnniveau niedrig und variiert stark abhängig vom Träger der Einrichtung, der Region oder dem Sektor. Vor dem Hintergrund verfolgte Verdi die Einführung eines Mindestlohns in der Pflege als einen wichtigen, allerdings nur ersten Schritt zu einer Verbesserung. Das Hauptziel ist jedoch, durch die Einführung eines allgemeingültigen Rahmentarifvertrags für den Altenpflegesektor insgesamt ein höheres, einheitlicheres Lohnniveau zu erreichen. In Verhandlungen zwischen Verdi und ausgewählten Arbeitgeberverbänden auf Bundes- und Regionalebene wurde ein vorläufiger Rahmentarifvertrag ausgehandelt. Damit dieser für den Sektor als verbindlich erklärt werden kann, ist die Zustimmung eines relevanten Teils der Arbeitgeberverbände notwendig. In Verhandlungen mit der Diakonie und Caritas – als Vertreter_innen der kirchlichen Arbeitgeber_innen – haben diese dem Rahmenvertrag jüngst nicht zugestimmt. Vor dem Hintergrund war keine quantitativ ausreichende Zustimmung für den Rahmentarifvertrag mehr möglich. Das weitere Vorgehen ist damit wieder offen.

Laut Dietmar Erdmeier, Experte für europäische Gesundheitspolitik bei Verdi (Berlin), leisten die Beschäftigten in Gesundheit und Altenpflege einen enormen Beitrag zur Bewältigung der Pandemie. Größtmögliche Anstrengungen sind daher von jedem und jeder nötig, um Bedingungen aufrechtzuerhalten, die Beschäftigten ermöglichen, weiterhin ihrer Arbeit nachgehen zu können, ohne ihre Gesundheit zu gefährden. Im Verlauf der Pandemie hat Verdi sich mit arbeitsrechtlichen Fragen befasst und dadurch dazu

beigetragen, das Infektionsrisiko am Arbeitsplatz zu senken. Corona ist in Deutschland bereits als Berufskrankheit anerkannt worden. Im Falle einer Berufskrankheit sind alle notwendigen Maßnahmen durch Koordination zwischen Beschäftigten und Arbeitgeber_innen zu ergreifen, um den Beschäftigten die Rückkehr zur Arbeit zu ermöglichen. Außerdem sind die Kosten der medizinischen Behandlung zu tragen, des Weiteren ist eine Rente im Falle einer ständigen verminderten Erwerbsfähigkeit und im Todesfall eine Hinterbliebenenrente zu zahlen. Verdis zentrale Forderungen lauten:

- ausreichend qualifiziertes Personal, überprüft und nachgewiesen von den zuständigen Überwachungsbehörden;
- notwendige Schutzausrüstung und organisierte Schulung durch Betriebsärzte oder Fachleute für Sicherheit und Gesundheitsschutz;
- wesentlich verbesserte Arbeitsbedingungen, klare Anerkennung der Sozialpartnerschaft mit guten Tarifverträgen, reduzierte Arbeitsbelastung und Gesundheitsschutz und Sicherheit zu garantieren.

ZENTRALE POLITISCHE FORDERUNGEN AUF EUROPÄISCHER EBENE

Die Europäische Union kann es sich nicht leisten, unterfinanzierte und schlecht ausgestattete nationale Gesundheits- und Altenpflegesysteme zu haben. Die Ausgabendeckelung, eine Folge der Sparpolitik und Ausgabendisziplin der vergangenen Jahre, hat die Kluft zwischen den Ressourcen und dem wachsenden Pflegebedarf in einigen Ländern erheblich vergrößert – mit fatalen Folgen. Die Mitgliedsstaaten müssen gemeinsam handeln, um die Krise zu meistern. Die EU spielt daher eine entscheidende Rolle bei der Unterstützung und Koordinierung der nationalen Gesundheitssysteme und der Kooperationsförderung. In diesem Zusammenhang fordert Verdi für die Gesamtbevölkerung einen gleichen Zugang zu qualitätsgesicherter Gesundheitsversorgung. Niemand darf wegen Armut vom Zugang zur Gesundheitsversorgung oder (Kranken)pflege ausgeschlossen werden. Die EU-Kommission muss im Hinblick auf die enge Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten unterstützt werden, um Mindeststandards für die Gesundheitsversorgung einzuführen, die auf verlässlichen und bedarfsorientierten Strukturen basieren. Eine entsprechende verbindliche Richtlinie muss verabschiedet werden, und die EU-Gesundheitsunion muss diese Richtlinie einhalten. Die EU muss ihrer Verantwortung für die Koordination gerecht werden, wenn es darum geht, auf ernsthafte Gesundheitsgefährdungen zu reagieren. Die Mitgliedsstaaten müssen die schnelle Schaffung gemeinsamer Reserven von Schutzausrüstung, Impfstoffen und Medikamenten sowie deren faire Verteilungsorganisation tatkräftig unterstützen.

Für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in ganz Europa heißt das konkret:

- Anerkennung von Corona als Berufskrankheit;
- vorgeschriebene Umsetzung der EU-Richtlinien für psychosoziale Risiken, Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz 89/391/EWG;
- obligatorische Anwendung der Verwaltungskontrollen, Sanktionen bei Nichteinhaltung der Arbeitsschutzvorschriften am Arbeitsplatz;
- Stärkung der öffentlichen Gesundheits- und Sozialdienste;
- Einführung von gesetzlich verankerten Personalbemessungssystemen;
- Bereitstellung einer angemessenen, bedarfsorientierten Finanzierung der Gesundheitssysteme, damit keine Ausgaben für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz gescheut werden.

4 SCHLUSSFOLGERUNG

Während der ersten Pandemiewelle in Deutschland stieg die Zahl der bestätigten Infektionen und die Sterberate ab Mitte März bis zur ersten Aprilhälfte rapide und exponentiell an. Ältere Menschen, Pflegebedürftige und damit auch die ambulanten Pflegedienste sowie Altenpflegeheime waren besonders betroffen. Die ambulanten und stationären Pflegedienstleister_innen waren auf die Situation nicht vorbereitet, und es mangelte an vorgegebenen Strategien zum Umgang mit der Pandemie und ausreichenden Vorräten an persönlichen Schutzausrüstungen und Desinfektionsmitteln. Der Shutdown wichtiger Bereiche der Gesellschaft und die Maßnahmen, die sich auf die Einrichtungen der Altenpflege bezogen (z. B. Besuchsverbot und Aufnahmeverbot neuer Bewohner_innen in Altenpflegeheimen und Schließung von Tagespflegeeinrichtungen), wurden als notwendige Strategien angesehen, um die Infektionsraten und auch die Mortalität erheblich zu senken und es den Einrichtungen zu ermöglichen, ihren Betrieb an die neue Situation anzupassen. Diese Maßnahmen hatten jedoch negative Auswirkungen aus der Perspektive der Qualität der Versorgung auf die Bewohner_innen in Altenpflegeheimen und die Nutzer_innen ambulanter Pflegedienste sowie die Situation der Beschäftigten in der Altenpflege selbst.

In nationalen und internationalen Forschungsergebnissen zeigte sich, dass für eine erfolgreiche Anpassung der Einrichtungen an die Herausforderungen der Pandemie eine ausreichend Anzahl qualifizierter Pflegekräfte mit breitem Pflege-Know-how auch in Fragen der Hygiene, genügend Vorräte persönlicher Schutzausrüstungen und Desinfektionsmittel sowie gezielte Schulungen aller Pflegekräfte in puncto Hygienemaßnahmen notwendig sind. Weiterhin als wichtig erwiesen sich abgesicherte unbefristete Beschäfti-

gungsverhältnisse, die aufgrund der geringeren Fluktuation das Infektionsrisiko in den Einrichtungen senken und gleichzeitig die Voraussetzung für die Entwicklung eines Teamgeists bilden, der zentral für die gemeinsame Bewältigung der Arbeitssituation wird. Hinzu kommt die sozialstaatliche Absicherung im Krankheitsfall durch Lohnfortzahlungen bzw. Krankengeldzahlungen, damit Pflegekräfte im Krankheitsfall bzw. mit Corona-relevanten Symptomen zu Hause bleiben können und damit mögliche Infektionen nicht in die Einrichtungen tragen. Für das deutsche Altenpflegesystem sind auch positive Punkte hervorzuheben: Ungefähr die Hälfte der Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich hat eine dreijährige Berufsausbildung abgeschlossen, Leiharbeit spielt keine große Rolle und der Zusammenhalt im Team bzw. der Teamgeist ist auf hohem Niveau geblieben. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Krankengeldzahlungen sind für Pflegekräfte erhältlich. Für geringfügig Beschäftigte gilt dies allerdings nur für die erste Krankheitsphase, in der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch die Arbeitgeber_in bezahlt wird. Aktivitäten der Gewerkschaft Verdi tragen zur Reduzierung des Infektionsrisikos in Einrichtungen der Altenpflege bei.

Im Verlauf der Pandemie sind jedoch auch die Defizite der stationären und ambulanten Einrichtungen in der Altenpflege klar zu Tage getreten. Eine große Schwachstelle ist der geringe Personalbestand in Altenpflegeheimen, wodurch es den Pflegekräften erschwert wird, hochwertige Pflegearbeit zu leisten und den negativen Folgen der Pandemie im alltäglichen Leben der Bewohner_innen entgegenzuwirken. Zunehmende Personalengpässe aufgrund von Infektionen der Pflegekräfte selbst und der steigende Pflegebedarf durch pandemiebedingte Vorgaben führten zu weiteren hohen Arbeitsbelastungen unter den Pflegekräften. Geringfügig Beschäftigte sehen sich vor zusätzlichen Belastungen, z. B. durch die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nur in den ersten sechs Krankheitswochen, trotz erhöhtem Infektionsrisiko bei der Pflegearbeit. Wenn eine Einrichtung der Altenpflege geschlossen wird oder der Bedarf an ambulanten Dienstleistungen zurückgeht, sind Kurzarbeit und Arbeitslosengeld für sie nicht verfügbar, da sie in der Arbeitslosenversicherung nicht pflichtversichert sind.

Diese Veröffentlichung bezieht sich auf die erste Welle der Pandemie einschließlich der Zeit bis Ende August. Seit August 2020 sind die bestätigten Infektionsraten in Deutschland ständig gestiegen, gefolgt von einem exponentiellen Anstieg seit Mitte Oktober. Diese zweite Welle erreichte ihren Höhepunkt im Dezember und ging einher mit zahlreichen Ausbrüchen in Altenpflegeheimen und stark steigenden Sterberaten. Seit Februar sind die Zahlen wieder rückläufig. Die zweite Welle traf Deutschland viel stärker als die erste Welle. Bis Ende Februar 2021 wurden 2.248.400 bestätigte Fälle und 70.045 Todesfälle an oder mit Corona gemeldet (RKI 2021c, d). Im Vergleich dazu betrug Ende August die Zahl der bestätigten Fälle 242.381 und die der Todesfälle 9.298.

LITERATUR

Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Düsseldorf.

Buda, Silke; an der Heiden, Matthias; Altmann, Doris; Diercke, Michaela; Hamouda, Osamah; Rexroth, Ute (2020): Infektionsumfeld von erfassten COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland, in: Epidemiologisches Bulletin 38, S. 3–12.

Bundesagentur für Arbeit (2020): Entgeltatlas, Nürnberg.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Berlin.

Evans, Michaela; Becka, Denise; Schmidt, Christopher; Weigel, Roland (2020): Was sind erste Lehren aus der Corona-Krise für die Altenpflege? Ergebnisse einer Ad-hoc-Studie zur Perspektive der Entscheider, Folienvortrag im Rahmen der Ruhrgebietskonferenz Pflege, 23.6.2020, Essen.

Greß, Stefan; Stegmüller, Klaus 2020: Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege, in: Klaus, Jakobs; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Stuttgart, S. 159–166.

Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten, Pflegeangehörige und ihre Angehörigen geben Auskunft, in: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Study 363, Düsseldorf.

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Tucman, Daniel; Gehlen, Dany; Hylla, Jonas (2016): Pflege-Thermometer 2016: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege, Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln.

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Gehlen Dany; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel (2018): Pflege-Thermometer 2018: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland, Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln.

Klie, Thomas; Heislitz, Claus; Schumacher, Birgit; Keilhauer, Anne; Rischard, Pablo; Bruker, Christine (2017): Ambulant betreute Wohngruppen: Bestandserhebung, qualitative Erhebung und Handlungsempfehlungen, Abschlussbericht, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Kremer-Preiß, Ursula; Mehnert, Thorsten; Klemm, Britta (2019): Betreutes Seniorenwohnen: Entwicklungsstand und Anforderungen an eine zukunftsgerichtete Weiterentwicklung, Ergebnisse einer empirischen Studie, Heidelberg.

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.

RKI (2020a): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19), 27.10.2020, Berlin.

RKI (2020b): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19), 31.8.2020, Berlin.

RKI (2021c): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19), 23.2.2021, Berlin.

RKI (2021d): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19), 28.2.2021, Berlin.

Rothgang, Heinz; Müller, Rainer (2018): Pflegereport 2018, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 12, Berlin.

Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung: Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, Working Paper Forschungsförderung 150, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Rothgang, Heinz; Fünfstück, Mathias; Kalwitzki, Thomas (2020a): Personalbemessung in der Langzeitpflege, in: Klaus Jacobs; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin, S. 147–157.

Rothgang, Heinz; Wolf-Ostermann, Karin; Domhoff, Dominik; Friedrich, Anna Carina; Heinze, Franziska; Preuss, Benedikt; Schmidt, Annika; Seibert, Kathrin; Stolle, Claudia (2020b): Care Homes and Covid-19: Results of an Online Survey in Germany, LTCovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 7.7.2020.

Scheuplein, Christoph; Evans, Michaela; Merkel, Sebastian (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, IAT Discussion Papers 19 (1).

Schmucker, Rolf (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Ergebnisse einer Sonderauswertung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Klaus Jacobs; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Stuttgart, S. 49–60.

Schroeder, Wolfgang; Ludwig, Christine; Schreiter, Benedikt; Steinmüller, Florian; D'Antonio, Oliver; Futh, Sascha Kristin; Pollner, Katarina (2017): Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege, in: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Study 373, Düsseldorf.

Schwinger, Antje; Jürchott, Kathrin; Tsiasioti, Chrysanthi. (2017): Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Klaus Jacobs; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen, Stuttgart, S. 257–311.

Statistisches Bundesamt (2001): Pflegestatistik 1999, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2003): Pflegestatistik 2001, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2020): Angaben zu Ausgaben: Hilfe zur Pflege 2019, Wiesbaden.

Theobald, Hildegard (2011): Long-term Care Insurance in Germany: Assessments, Benefits, Care Arrangements and Funding, Working paper, Institute for Future Studies, Stockholm.

Wolf-Ostermann, Karin; Rothgang, Heinz (2020): Pflege in Zeiten von Corona, in: Carekonkret 25 (2).

Wolf-Ostermann, Karin; Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik; Friedrich, Anna Carina; Heinze, Franziska; Preuss, Benedikt; Schmidt, Annika; Seibert, Kathrin; Stolle, Claudia (2020): Zur Situation in der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie, Bremen, <https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4331/4/Ergebnisbericht%20Coronabefragung%20Uni-Bremen.pdf> (21.5.2021).

Ver.di leistete einen Beitrag zu den Empfehlungen für Pflegekräfte und Altenpflegedienste:

– https://www.bgw-online.de/DE/Home/Branchen/News/Coronavirus_node.html

Ver.di-Stellungnahmen zur Pandemie:

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/coronavirus>

Ver.di-Stellungnahmen zur Situation in der Altenpflege:

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/altenpflege/++co++f1ee3ac-b912-11e9-944d-525400f67940>

Ver.di-Stellungnahmen zur Situation in den Krankenhäusern:

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/krankenhaus/++co++ea26c55e-e39b-11ea-b41a-001a4a160100>

Ver.di-Stellungnahmen zu einer europäischen Perspektive:

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/arbeit-in-europa/++co++b2985054-f35d-11ea-9ed1-001a4a160119>

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/coronavirus/++co++7d5ee758-1915-11eb-9241-001a4a160117>

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/gesundheitspolitik/++co++4fc8fd6e-1222-11eb-b045-001a4a160119>

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 stimmen nicht unbedingt mit denen der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Partnerorganisationen für diese Publikation überein. Eine kommerzielle Nutzung aller von der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) veröffentlichten Medien ist nur mit schriftlicher Einwilligung der FES zulässig.

Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

Die vorliegende Veröffentlichung basiert auf dem englischen Original der Autorin.
Es ist keine wörtliche Übersetzung.

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/on-the-corona-frontline