

A portrait of a healthcare worker, likely a nurse, wearing full personal protective equipment (PPE). She is wearing a blue hijab, a clear face shield, a purple surgical mask, and a clear plastic apron over blue scrubs. Her name tag identifies her as Nazmina Syed. The background is a blurred indoor setting with light-colored walls and a window with blinds.

Gerry Mitchell

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in England

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

Dieser Bericht untersucht die Auswirkungen von Covid-19 auf die Altenpflegekräfte und die von ihnen gepflegten Menschen in England. Es wird erklärt, warum sich der Pflegesektor gegenüber der Pandemie so angreifbar gezeigt hat und schlecht vorbereitet war. Die verspätete Reaktion der Regierung wird beschrieben und wie diese durch die fehlende Integration von Gesundheits- und Sozialwesen weiter erschwert wurde. Der Bericht dokumentiert die Kampagnen der Gewerkschaften in puncto Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten, mangelnder oder ungeeigneter persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Krankengeld, Unterkunft und Zugang zu Tests wie auch ihren Kampf für langfristige Reformen und hebt hervor, wie die vorliegenden Schwierigkeiten mit den langfristigen systemimmanenten Problemen dieser Branche verbunden sind. Die Kampagnen haben auch den Wandel der öffentlichen Meinung zu Status und Wert der Pflegearbeit in den Fokus gerückt sowie die Notwendigkeit, jene strukturellen Ungleichheiten anzugehen, die sich auf die Pflegekräfte auswirken.

Über die Autorin

Gerry Mitchell ist Forscherin im Bereich der Sozialpolitik und hat zuletzt für Compass (London) und TASC (Dublin) gearbeitet. Zuvor war sie als Research Officer am Social Policy Department der London School of Economics (LSE) mit Abschlüssen aus Cambridge und der LSE tätig und schloss als Associate ihren PhD am Centre for Analysis of Social Exclusion der LSE ab. Ihre Forschungsinteressen umfassen Ungleichheit, sozialpolitische Erfahrungen an vorderster Front und die Reform der parteipolitischen Kultur der Linken. Gerry Mitchell beteiligt sich lokalpolitisch als Chair of Woking Constituency Labour Party in Surrey. Sie kandidierte als deren Parlamentskandidatin in der 2019 General Election. Twitter: @GerryMitchell2

Danksagungen

Für diesen Bericht haben mehrere Fachleute dankenswerterweise ihre Zeit und Expertise beigesteuert. Die Autorin möchte sich herzlich bedanken bei Guy Collis, Policy Officer, Unison; Rebecca Gibbs; John Hare; Rachel Harrison, National Officer, Public Services Section, GMB; Neal Lawson, Compass; Sampson Low, Head of Policy, Unison; Mary Robertson, Senior Policy Officer, Organisation Services and Skills Department, Trade Union Congress.

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 des FES-Büros für die Nordischen Länder

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

Gerry Mitchell

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in England

1	EINLEITUNG	2
2	KONTEXT	2
3	DIE STRUKTUR DES ERWACHSENENPFLEGESEKTORS	4
4	BESCHÄFTIGUNGSSTANDARDS UND BEDINGUNGEN	5
5	ERWACHSENENPFLEGE UND CORONAVIRUS	6
6	FAKTOREN, DIE ZU DEN CORONAVIRUS-AUSWIRKUNGEN AUF DEN PFLEGESEKTOR BEITRAGEN	10
7	GEWERKSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN	12
8	ZUSAMMENFASSUNG	15
	Anhang.....	17
	Literatur	19

1 EINLEITUNG

Dieser Bericht erörtert die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Altenpflege im Erwachsenenpflegesektor in England. Er betrachtet die Altenpflegekräfte und die Menschen, die sie pflegen, sei es zu Hause oder in Pflegeheimen.¹ Genauer untersucht werden die Reaktionen der Gewerkschaften auf die Krise, deren Forderungen nach Maßnahmen, die unverzüglich umgesetzt werden müssen, sowie deren Empfehlungen für eine langfristige systemimmanente Reform.

Anders als der am Einsatzort kostenlose National Health Service (NHS) ist die Pflege in England bedarfsorientiert. Ohne ein nationales Einzelbudget wird sie über kommunale Behörden in Auftrag gegeben und eingekauft. Erbracht wird sie über ein komplexes System an privaten, öffentlichen und freiwilligen Anbieter_innen sowie durch Fach- und informelle Pflegekräfte mit überlappenden Zuständigkeiten. Die meisten Dienstleistungen werden von gewinnorientierten Unternehmen erbracht. Mit 18.500 Arbeitgeber_innen in fast 40.000 Einrichtungen ist der Sektor hochgradig fragmentiert und uneinheitlich.

Die Pandemie hat lange bestehende Probleme in dem Sektor sichtbar gemacht, u.a. die andauernde Unterfinanzierung und eine unterbewertete, unterbezahlte Belegschaft mit niedrigem Status, die ausbeuterischen Beschäftigungspraktiken ausgesetzt ist, ohne die Perspektive beruflicher Weiterentwicklung. Die Personalausstattung ist angesichts hoher Vakanz- und Fluktuationsraten in einer Krise. Der Sektor leidet unter Marktversagen, wobei Anbieter_innen oft schließen oder ihre Verträge an die Kommunen zurückgeben.

Die Erwachsenenpflege war auf die Pandemie schlecht vorbereitet. Trotz Warnungen vor der Verwundbarkeit des Sektors spielte die Regierung die Wichtigkeit der Pflege zu Beginn der Pandemie herunter und es wurde keine Finanzierung zur Verfügung gestellt. Aufgrund der verspäteten nationalen Antwort mussten die Anbieter_innen sehr schwierige Entscheidungen darüber treffen, ob sie schließen sollten oder nicht, und sie waren gezwungen, Lieferketten ohne Hilfe seitens kommunaler Behörden oder der Regierung einzurichten. Die letztendliche Antwort der Regierung war unkoordiniert und wurde erschwert durch die fehlende Integration von Gesundheits- und Sozialwesen und den Mangel einer etablierten Sozialpartnerschaft zwischen Regierung, Arbeitgeber_innen, Gewerkschaften und anderen Organisationen des öffentlichen Sektors. Dies führte zu Versäumnissen, die bereits gefährdete Klient_innengruppe und Belegschaft zu schützen.

Die Gewerkschaften waren maßgeblich an der Verhandlung eines anfänglichen Programms zur Arbeitsplatzzerhaltung und dessen Verlängerung bis zum Herbst 2020 beteiligt. Sie kämpften für die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten, deckten die Unzulänglichkeit oder das generelle Fehlen von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) und den fehlenden Zugang zu Tests – und wiederholten Tests – sowie fehlende angemessene Krankengeldzahlungen und den Mangel an Unterkünften auf. Zugleich haben sie auch Kampagnen zur Schärfung des öffentlichen Bewusstseins geführt, um die Rolle der Pflegekräfte hervorzuheben und die öffentliche Meinung zu Status und Wert von Pflegearbeit zu ändern.

Die gesamte Pandemie hindurch kämpften Gewerkschaften weiter für eine langfristige Reform des Pflegesystems, für die Bildung eines angemessen finanzierten National Care Service, in dem der private Sektor nur eingeschränkt beteiligt ist und es angemessene branchenspezifische Tarifverhandlungen gibt, um ein gerechtes System in puncto Produktivität, Bezahlung, Vertragsklauseln und Arbeitspraktiken sicherzustellen.

2 KONTEXT

In England fehlt es aufseiten der Öffentlichkeit, der Regierung und der Medien an einem grundlegenden Verständnis des Erwachsenenpflegesektors (Bottery et al. 2018). Pflegearbeit erfolgt in England über ein komplexes System an öffentlichen, freiwilligen und privaten Organisationen, Fachkräften, Familien und Gemeinschaften, mit überlappenden Zuständigkeiten. Es gibt kein nationales Einzelbudget für Pflege. Während der NHS am Einsatzort kostenlos arbeitet, ist das Pflegesystem bedarfsorientiert organisiert. Menschen mit Ersparnissen über 23.000 Britische Pfund müssen diese verwenden (und möglicherweise ihr Haus verkaufen), um ihre Pflege selber zu finanzieren. Plätze in Pflegeheimen können von kommunalen Behörden, dem NHS oder privat finanziert werden.

Während der gesamten 1980er Jahre hatte die Politik der konservativen Regierung zur Folge, dass Pflegeheimplätze ohne eine Bedarfsbewertung von der Sozialversicherung finanziert wurden. Dies regte die Bereitstellung der Dienste durch den privaten Sektor massiv an und veranlasste viele kommunale Behörden, die Versorgung zu privatisieren und die vorteilhaften Finanzierungsvereinbarungen zu nutzen. Diese schnelle und groß angelegte Erweiterung der privaten Leistungserbringung erfolgte hauptsächlich unkontrolliert und ohne jede Kritik.

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 Pflegeheimen für Ältere im Besitz privater Firmen, 13 Prozent im Besitz des freiwilligen Sektors und nur drei Prozent sind bei den Kommunen verblieben (Blakeley/Quilter-Pinner 2019). Ähnliches gilt für die häusliche Pflege, 95 Prozent wurden 1993 hier von den Kommunen erbracht. 2012 waren es gerade noch elf Prozent.

¹ Heime für Ältere können Altersheime oder Pflegeheime sein. Heime ohne Krankenpflege sind besser bekannt als Altersheime. Heime mit Krankenpflege sind besser bekannt als Pflegeheime. Pflegeheime sind Heime, in denen eine professionelle Pflegekraft anwesend sein muss, die neben der grundlegenden Versorgung auch die medizinische Betreuung übernehmen oder überwachen muss. Manche Heime bieten beide Arten der Versorgung an. »Pflegeheim« wird in diesem Bericht für beide Arten von Heimen verwendet, es sei denn, es wird etwas Spezielles zum Thema Heime mit Krankenpflege erörtert. Die Erklärung der Unterschiede können Sie nachlesen unter: <https://www.trustedcare.co.uk/help-and-advice/difference-care-home-nursing-home>.

FINANZIERUNG UND ORGANISATION DER PFLEGE

Kommunale Behörden organisieren (beauftragen) und kaufen Pflegeleistungen (auf Basis der Kosten und nicht der Qualität) und die meisten Pflegebedürftigen beteiligen sich an den Kosten. Kommunale Behörden entscheiden, wie viel sie ausgeben werden, auch wenn bestimmte Finanzmittel als staatliche Zuschüsse für die Pflege zweckgebunden sind. Die Finanzierungsdynamik dieses bedarfsorientierten Systems hat dazu geführt, dass Anbieter_innen von Pflegeheimen die Gebühren für selbst zahlende Bewohner_innen erhöhten, um ihre durch kommunale Behörden finanzierten Plätze zu subventionieren (RCN 2018). 41 Prozent der Bewohner_innen von Pflegeheimen finanzieren ihre Plätze selbst. Durchschnittlich kosten ihre Plätze rund 40 Prozent mehr als die von den kommunalen Behörden finanzierten (Parliament 2020).

Die Finanzierungsdynamik besteht auch darin, dass Anbieter_innen finanziell motiviert sind, ihre Einrichtung als Altenheim registrieren zu lassen, da Betten für die allgemeine Pflege im Vergleich zu Betten für die Krankenpflege kostengünstiger im Unterhalt sind. Dies erhöht jedoch die Gesamtbelastung und den Stress für das Personal und stellt erhebliche Dilemmata für die Pflege dar. Bestenfalls verursacht das Verzögerungen bei den Pflegedienstleistungen für Bewohner_innen und setzt diese unter Druck, bestimmte Aufgaben selbst zu erledigen. Schlimmstenfalls ist im Pflegeheim keine Pflegeleistung durch eine Fachkraft verfügbar und deren Erbringung damit von der Verfügbarkeit der Gemeinde-Krankenpfleger_innen abhängig, deren Zahl sich seit 2010 um mehr als 40 Prozent verringert hat (RCN 2018). Eine Folge davon ist auch weiterer Druck auf andere Bereiche des Gesundheitswesens, z. B. die Notfalldienste.

Die Stückkosten für die Bereitstellung von Pflegeleistungen in Alten- und Pflegeheimen steigen ebenfalls an, größtenteils aufgrund von Belegschaftskosten (Bottery/Babalola 2020). Dieser Druck brachte Kommunen dazu, den Betrag, den sie Anbieter_innen zahlen, soweit zu reduzieren, dass viele nicht einmal mehr den für eine sichere Pflegeleistung notwendigen Mindestbetrag bereitstellen. Sie verschärften auch die Grenzen der Förderfähigkeit, sodass nur noch die mit einem kritischen oder substanziellen Förderbedarf staatlich finanzierte Pflegeleistungen erhalten können. Da die Finanzierung nicht auf individuellen Bedürfnissen basiert, fallen die Menschen, die Pflegeleistungen benötigen, in die Lücke zwischen kommunalen Behörden und anhaltender Finanzierung der Gesundheitsversorgung und sind gezwungen, sich auf unregelmäßige und »unqualifizierte« Pflegehilfe zu verlassen. Wenn deren gesundheitliche Bedürfnisse nicht im Frühstadium zufriedenstellend erfüllt werden, solange sie noch zu Hause wohnen, sind Gesundheitskrisen und Einweisungen in Pflegeheime wahrscheinlicher, was in beiden Fällen wiederum kostspieliger ist. Zugleich gab es eine Verlagerung: Mehr Menschen erhalten kurzfristige Pflege im Vergleich zu langfristiger Pflege. Ob dies durch die Verfügbarkeit der Dienstleistungen und Finanzierung motiviert ist, ist nicht klar (Bottery/Babalola 2020).

MITTELKÜRZUNGEN UND IMMER NOCH KEINE KLARE PFLEGEPOLITIK

Erwachsenenpflege in England muss im Kontext eines Jahrzehnts der Sparmaßnahmen gesehen werden, wobei die Kommunalverwaltungen die Hauptleidtragenden der Mittelkürzungen sind. Obwohl im Vergleich zu anderen Diensten noch relativ sicher, sind die Gesamtausgaben für die Erwachsenenpflege immer noch niedriger als 2010, trotz des Bedarfs einer älter werdenden Bevölkerung (Harris et al. 2019) – mit immer komplexeren Bedürfnissen – in einer Situation, in der die Lebenserwartung stagniert und möglicherweise zurückgeht. 2015 war die größte Mortalitätssteigerung seit dem Zweiten Weltkrieg zu verzeichnen (Dorling 2017). Kürzungen betrafen vorwiegend die ärmsten Gebiete des Landes, wobei neun der zehn am stärksten benachteiligten Kommunen Kürzungen sahen, die dreimal so hoch waren wie der nationale Durchschnitt. Viele von ihnen mussten ihre Pflegedienste zurückschrauben, was für die schätzungsweise 1,5 Millionen älteren Menschen, deren Pflegebedarf nicht erfüllt wird, bedenklich ist (Age UK 2019).

Da Ausgaben über ein ressourcengeleitetes Verfahren an das Budget angepasst werden, überrascht es nicht, dass es bei der Bereitstellung von Pflegedienstleistungen eine Lotterie der Postleitzahlen gibt. 2018/19 gaben die zehn Prozent der Kommunen mit den höchsten Ausgaben (angepasst an regionale Preisunterschiede) im Durchschnitt 22.700 Britische Pfund (25.189 Euro) pro Bedarfsträger_in aus. Die zehn Prozent mit den niedrigsten Ausgaben gaben 12.900 Britische Pfund (14.315 Euro) aus, eine Differenz von mehr als 70 Prozent. Diese Unterschiede sind nicht zufällig: Die Kommunen mit den höchsten Ausgaben versorgen tendenziell wohlhabendere Gemeinden, in denen eine Bedürftigkeitsprüfung zu einer Reduzierung der Berechtigten um 50 Prozent geführt hat (Slasberg/Beresford 2020). Obwohl Leistungen wie Pflegegeld und persönliche unabhängige Zahlungen einen gewissen Grad der Unterstützung leisten, tragen die Pflegebedürftigen und deren schätzungsweise 5,4 Millionen informellen Pflegekräfte die Hauptlast, die aus dem Druck im System entsteht. 2015/16 war der Wert dieser informellen Pflege fast genau so hoch wie die Ausgaben für den NHS (Thorlby et al. 2019).

In der Zwischenzeit klafft in dem Sektor eine kolossale Finanzierungslücke. Ungefähr jede_r Zehnte im Alter von 65 Jahren steht vor zukünftigen lebenslangen Pflegekosten von mehr als 100.000 Britischen Pfund (110.967 Euro) (Aldrick et al. 2019). Wenn man diesen Pflegebedarf auf dem Dienstleistungsniveau von 2009/10 decken würde, würde das 7,98 Milliarden Britische Pfund kosten. Würde laut Empfehlung der Dilnot Commission eine Obergrenze von 48.000 Britischen Pfund für den über die Lebensdauer für die Pflege zu zahlenden Betrag gesetzt werden, würde das nach dem heutigen Geldwert 3 Milliarden Britische Pfund kosten (Idriss et al. 2020).

Für den notwendigen Wandel braucht es deshalb entschiedenes politisches Handeln und eine angemessene Regelung der Finanzierung. Trotz zwölf Grün- und Weißbüchern und

fünf unabhängigen Kommissionen in den vergangenen 20 Jahren hat eine Folge von Regierungen »sich vor der Herausforderung einer Pflegereform gedrückt« (Thorlby et al. 2019). Die existierenden vereinzelt Reaktionen werden wohl kaum den steigenden Bedarf decken und sind weit davon entfernt, den Zugang zu öffentlich finanzierter Pflege zu verbessern. Die Regierung gelobte zwar in der Spending Round (Haushaltsrunde) 2019² 1 Milliarde zusätzlicher Finanzierung für 2020/21 (aufgeteilt zwischen Erwachsenen- und Kinderpflege), die in jedem Parlamentsjahr zu wiederholen sei. Der Better Care Fund hat Mittel vom NHS an die Pflege übertragen, und Kommunen ist erlaubt worden, die Kommunalsteuer für Pflege durch eine Kommunalsteuervorgabe anzuheben, wodurch mehr als 2 Milliarden Britische Pfund in deren Dienste flossen. Seit ihrer Wiederwahl im Jahr 2019 haben die Konservativen jedoch keine klare politische Linie zum Thema Pflege vorgegeben. Sie versprochen, einen parteiübergreifenden Konsens zu finden, lieferten aber nur wenige Angaben dazu, was sie damit erreichen wollen – abgesehen von der alleinigen Zusage, dass niemand sein/ihr Haus verkaufen müsse, um die Pflege zu finanzieren. Das erwartete Grünbuch ist immer noch nicht veröffentlicht.

3 DIE STRUKTUR DES ERWACHSENEN-PFLEGESEKTORS

Während das Department of Health and Social Care (DHSC) die letztendliche Verantwortung für bzw. die Aufsicht über den NHS hat, sind der NHS England und kommunale Gruppen der klinischen Auftragsvergabe für die Planung, Auftragsvergabe und Durchführung von Pflegedienstleistungen verantwortlich. Das Exekutivorgan Public Health England ist dafür zuständig, auf Gesundheitsnotstände zu reagieren. Es arbeitet lokal über Gesundheitsschutzteams und soll im Frühjahr 2021 durch Umstrukturierung aufgelöst werden. Kommunen arbeiten mit anderen lokalen Ebenen zusammen, um die Planung und Beauftragung von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen zu organisieren. Das Ministry of Housing, Communities and Local Government's ist für die Finanzen der Kommunen zuständig, wovon auch bestimmte Pflegedienstleistungen fallen – Pflegeheime zählen dazu. Die Care Quality Commission (CQC) ist für die Kontrolle, Inspektion und Regelung von Heimen verantwortlich, und andere Organe verfügen über die Befugnis, einzelne Beschwerden zu überprüfen und Good-Practice-Leitfäden zur Verfügung zu stellen. Skills for Care ist eine unabhängige gemeinnützige Organisation, die mit der Belegschaftsentwicklung in der Erwachsenenpflege beauftragt ist. Obwohl 1,62 Millionen Menschen in der Pflege ar-

beiten, gibt es in diesem Bereich keinen klaren Arbeitgebervertreter.

Auch wenn diese Organe existieren und neue Pflegemodelle entwickelt werden, ist der Mangel an Integration zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen seit Jahrzehnten ein grundlegendes Problem in England. Dessen Relevanz für die Auswirkungen des Coronavirus auf den Erwachsenenpflegesektor stellte Exercise Cygnus, eine Pandemie-Simulationsübung der Regierung (Public Health England 2016) bereits 2017 mit der Erkenntnis fest, dass »es für die Zentrale [Zentralregierung] extrem schwierig ist, die Kapazitäten im Pflegesektor zu lokalisieren, unter anderem deshalb, weil Pflegeheime fast gänzlich privat betrieben werden und von der Regierung unabhängiger sind als NHS-Krankenhäuser« (Pegg 2020). Dies »führte zu Bedenken, ob man erwarten könne, dass das Pflegesystem in der Lage wäre, das erforderliche Maß an Unterstützung zu bieten, wenn der NHS seinen vorgeschlagenen Plan zur reversen Triage, der eine Verlagerung von Patient_innen aus Krankenhäusern in Pflegeeinrichtungen beinhaltet, umsetzt« (Pegg 2020). Helfer_innen vor Ort sagten, dass eine behördenübergreifende Antwort wichtig sei, die derzeitige Arbeitsorganisation ihnen jedoch nicht den Rahmen biete, dies zu erreichen.³

Die Covid-19-Krise hat gezeigt, dass die Zentralregierung eine Veränderung im NHS und anderen Strukturen des Gesundheitswesens durch das fest etablierte Sozialpartnerschaftsforum zwischen Regierung, Arbeitgeber_innen, Gewerkschaften und unabhängigen Organen besonders effektiv beeinflussen kann. Derartige Partnerschaften und gleichwertige Mechanismen in der hoch fragmentierten und uneinheitlichen Pflegeversorgung – mit 18.500 Arbeitgeber_innen in fast 40.000 Einrichtungen – nachzubilden, ist viel schwieriger. Innerhalb einer Kommune können nicht weniger als 800 verschiedene Pflegefirmen jederzeit Pflegedienstleistungen erbringen. Der Transfer von Patient_innen aus Krankenhäusern in Pflegeheime, ohne vorher auf Covid-19 getestet worden zu sein, war das offensichtlichste Problem, das dieser Zustand verursachen kann.

DIE FOLGEN DER PRIVATISIERUNG

Die Privatisierung hat die Stabilität, Belastbarkeit und Wirtschaftlichkeit des Sektors stark beeinträchtigt, wobei das Marktversagen derzeit ein Hauptmerkmal darstellt. Fast ein Fünftel des Sektors entfällt auf fünf Anbieter_innen, von denen drei durch Private Equity finanziert werden. Hohe Kreditaufnahmen, komplizierte Unternehmensstrukturen und Sparmaßnahmen, einschließlich Steuervermeidung und niedrige Lohnzahlungen werden mit diesen Anbieter_innen assoziiert. Die erwarteten hohen Renditen implizieren einen Risikograd, der in einem Sektor, der durch einen

² Die Spending Round ist ein von der Whitehall geführtes Verfahren zur Verteilung der Mittel an alle Ministerien gemäß den Prioritäten der Regierung. Die Spending Reviews geben die Budgets der Ministerien für laufende Ausgaben und Investitionstätigkeiten über mehrere Jahre vor. Dann liegt es in der Zuständigkeit der Ministerien zu entscheiden, wie diese Ausgaben am besten zu verwalten und innerhalb ihrer Zuständigkeitsbereiche zu verteilen sind. Diese Spending Round ist einem Spending Review sehr ähnlich, weist Ausgaben aber nur für ein Jahr statt für mehrere Jahre zu (vgl. <https://www.gov.uk/government/news/what-is-the-spending-round>).

³ Helfer_innen vor Ort sind die Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienste, Gesundheitsorganisationen, HM rechtsmedizinische Dienste, Kommunen, Regierungsbehörden und andere keinem Ministerium unterstehende öffentliche Organe, die Streitkräfte, der private und der freiwillige Sektor und Gemeindeorganisationen.

stabilen und steigenden Bedarf getragen wird, nicht gerechtfertigt ist. Es gibt auch versteckte undichte Stellen im System, die eine steigende Finanzierung des Sektors nicht anpacken wird. Firmen innerhalb ein und derselben Dachorganisation beispielsweise leihen und verleihen Geld oder verkaufen und mieten Betten untereinander, und alle damit verbundenen Kosten werden entweder aus öffentlichen Mitteln oder von denen, die ihre Pflege selber finanzieren, bezahlt. Der potenzielle Zusammenbruch dieser großen Firmen und die ständigen Eigentumswechsel der verbleibenden Pflegeheime und Anbieterfirmen erzeugen bei den Servicenutzer_innen, der Belegschaft und den Beauftragten kommunaler Behörden große Unsicherheit und Unruhe (Blakeley/Quilter-Pinner 2019, Rowland 2019). Einige Anbieter_innen haben sich aus Bereichen wie dem der häuslichen Pflege zurückgezogen, um sich auf profitablere Bereiche zu konzentrieren (Unison 2020b). Vor der Krise gaben 75 Prozent der Kommunen an, dass Anbieter_innen ihre Geschäftsaktivität einstellen oder Verträge zurückgeben, aufgrund »schrumpfender Gebühren« und wenig Spielraum im System, um auf den zunehmenden Druck zu reagieren (Edwards/Curry 2020).

4 BESCHÄFTIGUNGSSTANDARDS UND BEDINGUNGEN

Pflegekräfte (mit Krankenpfleger_innen) repräsentieren einen der größten Schlüsselberufe, gleichzeitig ist Pflegearbeit im privaten Sektor von niedrigen Löhnen und prekären Beschäftigungsformen besonders betroffen. Während ein Großteil der Belegschaft fest angestellt ist, halb in Vollzeit und halb in Teilzeit, arbeitet rund ein Viertel der Beschäftigten mit Null-Stunden-Verträgen (375.000 Stellen). Arbeitskräfte im Bereich der häuslichen Pflege machen den höchsten Anteil der Beschäftigten mit Null-Stunden-Verträgen (42 Prozent) besonders unter Pflegekräften (56 Prozent) aus (Skills for Care 2020). Im Sektor gibt es nun mehr Stellen im Bereich der häuslichen Pflege, einschließlich persönlicher Assistent_innen (43 Prozent), als in der Heimpflege (41 Prozent).

Ein Viertel der Belegschaft im Sektor ist 55 Jahre und älter. Das heißt, man kann davon ausgehen, dass diese Beschäftigten in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand gehen. Gleichzeitig wird der Sektor aufgrund des Wachstums der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter gezwungen sein, bis 2035 um 32 Prozent (bzw. 520.000 Stellen) zu wachsen (Skills for Care 2020). Mehr als 80 Prozent des Pflegepersonals sind Frauen, wobei der geringe Lohn der Branche wahrscheinlich erheblich zu dem nationalen geschlechtsspezifischen Lohngefälle beiträgt. Ungefähr 21 Prozent des Pflegepersonals identifizieren sich als schwarz, asiatisch oder einer ethnischen Minderheit zugehörig (BAME). Rund zwölf Prozent der Beschäftigten in der Erwachsenenpflege bezeichnen sich als schwarz, im Vergleich zu drei Prozent der Gesamtbevölkerung (Skills for Care 2020).

Pflegekräfte gehören zu den am schlechtesten bezahlten Beschäftigten der Gesellschaft, sie erhielten 2018 einen durchschnittlichen Stundenlohn von nur 9,14 Britischen

Pfund (10,17 Euro) (IPPR 2018), ein Lohn unterhalb des von den meisten britischen Supermärkten gezahlten Grundlohns (Ward 2019). Sieben von zehn Pflegekräften verdienen weniger als 10 Britische Pfund (11 Euro) pro Stunde (Skills for Care 2020). Arbeitszeit und Gesamtlohn können für die Beschäftigten mit Null-Stunden-Verträgen von einer Woche zur nächsten erheblich schwanken. Sie sind anfällig gegenüber ausbeuterischen Bedingungen am Arbeitsplatz, z. B. wenn ein_e Arbeitgeber_in es versäumt, Fahrtzeiten bei häuslicher Pflege oder Schichten, die Übernachtung in Pflegeheimen umfassen, zu bezahlen. 54 Prozent der Kommunen fordern von den Agenturen für häusliche Pflege nicht, dass diese den Beschäftigten die Fahrtzeiten zwischen den Besuchen erstatten (TUC 2020h). Wenn Beschäftigte in der häuslichen Pflege den vollständigen und ihnen zustehenden Stundenlohn nicht über den gesamten Arbeitstag erhalten, kann ihr Lohn den gesetzlichen Mindestlohn unterschreiten (TUC 2020h). In puncto Weiterentwicklung, Ausbildung und Verhandlungsstärke sieht es ebenfalls schlecht aus, was die hohe Fluktuationsrate in diesem Beruf untermauert. Eine_r von fünf Beschäftigten im Gesundheitswesen sagt, dass es aufgrund von Covid-19 wahrscheinlicher geworden ist, dass er/sie sich einen anderen Beruf sucht. Der Branche fehlt eine formale Lohn- und Bewertungsstruktur, Fertigkeiten und Arbeitserfahrung werden oft nicht anerkannt und eine Beförderung bedeutet oftmals nur mehr Verantwortung ohne entsprechende Vergütung (TUC 2020h). Der Lohnunterschied zwischen Pflegekräften mit weniger als einem Jahr und denen mit mehr als 20 Jahren Arbeitserfahrung ist aktuell auf 15 Pence pro Stunde gesunken. Das heißt, der Unterschied hat sich seit 2016 halbiert (TUC 2020h).

Pflegekräfte machen 53 Prozent der Beschäftigten des Sektors aus, wohingegen die Beschäftigten, die an der Erbringung der Pflegedienstleistungen direkt beteiligt sind (Pflegekräfte, leitende Altenpflegekräfte, Unterstützungskräfte, diejenigen, die für Empfänger_innen von Direktzahlungen arbeiten, und andere Beschäftigte, die direkte Pflegearbeit und Hilfe leisten), 76 Prozent des Sektors bilden. Im Gegensatz dazu machen Stellen mit Führungs- und Aufsichtsfunktionen nur sieben Prozent aus und reglementierte Berufe (einschließlich registrierter Krankenpfleger_innen) gerade einmal fünf Prozent. Zwölf Prozent der Arbeitsplätze beinhalten nicht direkt Pflegearbeit, wie z. B. Verwaltung, Verpflegung und Reinigen (Skills for Care 2020a). Pflegekräfte haben im Durchschnitt drei Jahre Arbeitserfahrung in der Branche. Im Vergleich dazu verfügen registrierte Krankenpfleger_innen durchschnittlich über 13,3 Jahre Arbeitserfahrung. Knapp die Hälfte der Belegschaft kann eine entsprechende Qualifikation in der Pflegearbeit vorweisen. 69 Prozent der Pflegekräfte, die nach 2015 angefangen hatten, hatten einen Teil, wenn nicht das gesamte Care Certificate absolviert.⁴ Vier von fünf leitenden Altenpflegekräften, haben eine Pflegequalifikation der Stufe 2 oder höher, ebenso 45 Prozent der Pflegekräfte (Skills for Care 2020a).

⁴ Eine Erklärung zum Care Certificate können Sie hier nachlesen: <https://www.skillsforcare.org.uk/Learning-development/inducting-staff/care-certificate/Care-Certificate.aspx>.

PERSONALMANGEL UND HERAUSFORDERUNGEN BEI DER PERSONALSUCHE

Im Erwachsenenpflegesektor herrscht »ein Teufelskreis aus Personalmangel, der eine hohe Belastung verursacht, die wiederum zu weiterem Personalmangel führt« (Thomas/Quilter-Pinner 2020: 7). Im Jahr 2018 bestand ein Mangel an 110.000 Beschäftigten (The King's Fund 2018). Die Fluktuationsraten der Erwachsenenpflege gehören zu den höchsten aller Branchen. Ein Drittel aller direkt angestellten Beschäftigten gab 2018/19 ihre Arbeit auf, ungefähr 122.000 offene Stellen zugleich – fast jede zehnte Stelle (Age UK 2020b; TUC 2020h; Skills for Care 2019). Dieser Mangel wurde durch die Pandemie noch deutlicher. In einer im März 2020 durchgeführten Befragung von 211 Anbieter_innen gab mehr als die Hälfte von ihnen an, dass sie überlegten, Beschäftigte mit Zeitarbeits- oder Kurzzeitverträgen einzustellen oder tatsächlich einzustellen, was sie zuvor nicht getan hatten (Eastwood 2020).

Der weit verbreitete Einsatz von Leiharbeiter_innen in mehreren Heimen ist als wesentlicher Faktor für die rasche Covid-19-Ausbreitung in den Vereinigten Staaten identifiziert worden und hat wohl auch eine Rolle im Vereinigten Königreich gespielt. Unison verfasste eine gemeinsame gewerkschaftliche Antwort auf die Absicht der Regierung, neue Verordnungen zu erlassen, durch die Pflegekräfte auf einen einzigen Arbeitsplatz beschränkt würden, ohne ihnen finanzielle Unterstützung zu bieten, um dies auch tatsächlich umsetzen zu können (Barnes/Donnelly 2020; DHSC 2020b). Die neuen Vorschläge der Regierung zur Einwanderung, die verhindern sollen, dass Arbeitsmigrant_innen für Stellen angeworben werden, bei denen weniger als 25.600 Britische Pfund (28.407 Euro) gezahlt werden, werden nachteilige Folgen für einen Sektor haben, der gegenüber plötzlichen Änderungen bei der Einwanderung vulnerabel ist. Immerhin 17 Prozent der Gesamtbelegschaft sind nichtbritische Beschäftigte (Unison 2020c), 16,5 Prozent der registrierten Krankenpfleger_innen in der Pflege kommen aus der Europäischen Union und 19,7 Prozent aus Nicht-EU-Ländern (RCN 2018).

Pflegearbeit wird als unqualifizierte Arbeit wahrgenommen. Viele Aspekte der von dem Pflegepersonal ausgeführten Arbeit erfordern erhebliche fachliche Fertigkeiten sowie zwischenmenschliche Fähigkeiten, die oft übersehen werden. Es gibt auch den vergeblichen Wunsch nach mehr Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, die »für große Gruppen der Beschäftigten praktisch nicht vorhanden sind« (Unison 2020b: 4). Dies gilt für alle Ebenen, so nehmen beispielsweise Pflegemanager_innen ihre Arbeit auf, ohne irgendeine Ausbildung zu haben (Uniso 2020b: 4). Das Care Certificate umfasst nur eine grundlegende Einführung in die Pflege und keine Fachausbildung und ist bei Arbeitgeber_innen nicht zwingend erforderlich. Während es für Krankenpfleger_innen eine Berufsregistrierung gibt, existiert für Pflegekräfte keine derartige Registrierung. Dies wäre eine Möglichkeit, einen einheitlicheren Ansatz bei den Standards zu gewährleisten und das Prestige der Pflegearbeit zu erhöhen (Unison 2020b: 5).

Eine Stellungnahme des Royal College of Nursing (RCN) auf die Untersuchung des House of Lords Economic Affairs Committee von 2018 zur Finanzierung der Pflege in England wies darauf hin, dass es nicht genügend registrierte Krankenpfleger_innen und Unterstützungskräfte in der Pflege gibt, um eine sichere und effektive Pflegearbeit in der Erwachsenenpflege zu gewährleisten. Während die Zahl der registrierten Krankenpfleger_innen rückläufig ist (um 20 Prozent gesunken seit 2012/13; Skills for Care 2020: 8), steigt die Zahl der Pflegekräfte jedoch. Bedenken angesichts dieser Entwicklung wurden laut, insofern dieser qualitativ nicht gleichwertige Ersatz von Fähigkeiten zu schlechteren Ergebnissen für die Menschen führen dürfte, die diese Dienste in Anspruch nehmen (RCN 2018; siehe auch RCN 2017). Gefordert wurde in der Stellungnahme, dass die Finanzierung eine zweckgebundene Bereitstellung umfasst, damit Lücken in der Belegschaft geschlossen und diese erweitert werden kann, um den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. Die Stellungnahme forderte auch die Bereitstellung umfassender Daten zum Bedarf der Bevölkerung und zu den Arbeitskräften, um Entscheidungen über die Bereitstellung und die Ressourcen in diesem Sektor zu treffen. Auf Basis dieser Einschätzung sollte die Regierung eine vollständig finanzierte nationale Personalstrategie für das Gesundheits- und Sozialwesen erarbeiten und dann entsprechende Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass eine angemessene Anzahl von Beschäftigten eingestellt und ausgebildet wird. Dies könnte im Rahmen einer nationalen Kampagne zur Personalbeschaffung speziell für die Pflege Anreize beinhalten, um das Angebot an Pflegepersonal zu vergrößern (RCN 2018).

5 ERWACHSENENPFLEGE UND CORONAVIRUS

POLITIK DER REGIERUNG ZU COVID-19 WÄHREND DER PANDEMIE

Den ersten bestätigten Fall von Covid-19 im Vereinigten Königreich gab es am 31.1.2020. Am 25.2.2020 veröffentlichte Public Health England einen Leitfaden zu Covid-19 für Pflegeeinrichtungen, in dem es heißt, dass »es fi[...] sehr unwahrscheinlich ist, dass sich jemand ansteckt, der in einem Pflegeheim oder in der Gemeinde betreut wird«, und dass »es aktuell nicht nötig ist, in einer Pflegeeinrichtung etwas anders zu machen« (Dunn et al. 2020a). Die Regierung veröffentlichte am 3.3.2020 einen Coronavirus Action Plan, zwei Tage später wurde der erste Covid-19-Todesfall im Vereinigten Königreich gemeldet. Von einem anfänglichen Notfallfonds in Höhe von 5 Milliarden Britischen Pfund für den NHS, die Kommunen und andere öffentliche Dienste wurden 1,6 Milliarden Britische Pfund den Kommunen zugewiesen, aber nicht für eine bestimmte Dienstleistung zweckgebunden. NHS England forderte Krankenhäuser auf, Patient_innen, die medizinisch fit waren, unbedingt zu entlassen und wieder in Pflegeeinrichtungen zurückzuverlegen – woraufhin 25.000 Patient_innen entlassen wurden (Dunn et al. 2020b).

Am 13.3.2020 wurde der ursprüngliche Leitfaden für Pflegeheime ersetzt. Anbieter_innen von Altersheimen wurden

aufgefordert, ihre Besuchsrichtlinien zu überprüfen, Besuche von Personen zu verhindern, bei denen Verdacht auf eine Infektion mit Covid-19 bestand, gute Händehygiene zu betreiben und das Personal anzuweisen, bei der Pflege von Personen mit Covid-19-Symptomen PSA zu tragen. Der erste Lockdown wurde von der Regierung am 18.3.2020 verhängt (und sollte bis 16.6.2020 andauern) mit Reisebeschränkungen, Abstandsregeln, Schließung von Freizeiteinrichtungen, der Gastronomie, nicht lebensnotwendigen Geschäften und Innenräumen sowie verstärkten Tests. Jedes Pflegeheim und jede_r Pflegedienstanbieter_in sollte 300 Gesichtsmasken erhalten. Die CQC berichtete kurz darauf, dass es bei den meisten Anrufen bei ihrer Helpline um das Fehlen von PSA und Bedenken bezüglich der Infektionskontrolle und Abstandsregeln ging (CQC 2020a).

PROBLEME, PFLEGEKRÄFTE UND DEREN KUND_INNEN ZU SCHÜTZEN

Anbieter_innen berichteten auch, dass nicht die richtige oder minderwertige PSA geliefert wurde. Carers UK wies darauf hin, dass unbezahlte Pflegekräfte keinen Zugang zu PSA-Anleitungen oder -Lieferungen bekamen und der Fokus zu eng nur auf den Pflegeheimen lag mit der Folge, dass die ganz unterschiedlichen Pflegesituationen im Sektor außer Acht gelassen wurden – darunter Pflegeheime, betreutes Wohnen, bei Menschen zu Hause und an anderer Stelle in der Gemeinde. Die Regierung sprach von »Kapazitätsengpässen« und gab Pläne für Kommunen heraus, weitere nationale PSA-Vorräte zu verwalten und zu verteilen. Kommunen berichteten, dass die anfängliche Finanzierung der Regierung nicht ausreichte, um die Covid-19-Kosten zu decken. Die Beschaffung von geeigneter PSA stellte zu diesem Zeitpunkt für Kommunen zusätzliche Ausgaben dar (Dunn et al. 2020b).

Ende März wurde das Gesetz Coronavirus Act 2020 erlassen, das vorübergehende »Lockerungen« des Care Acts beinhaltet, die gesetzliche Verpflichtung zur Bewertung des Pflegebedarfs aussetzt (und in Extremfällen den Kommunen nur erlaubt, die Pflegebedürfnisse einer Person zu erfüllen, wenn deren Nichterfüllung einen Verstoß gegen ihre Menschenrechte bedeuten würde) und zu ungedecktem Pflegebedarf sowie ungewollten Konsequenzen führt. Der Leitfaden für Pflegeheime stellte fest, dass negative Tests vor der Aufnahme nicht erforderlich seien und von Besucher_innen zwar, außer in Ausnahmefällen, abzuraten sei, empfahl aber weiterhin »Pflege wie gewohnt« für Personen ohne Symptome (Dunn et al. 2020b).

Die Fälle erreichten ihren Höhepunkt im März und April 2020. Mitte April, fast einen Monat nach Einführung der Abstandsregeln, wurde endlich ein Aktionsplan Erwachsenenpflege zur Kontrolle der Infektionsausbreitung veröffentlicht. Dieser verpflichtete sich, alle symptomatischen Pflegeheimbewohner_innen und Pflegekräfte sowie alle neuen Bewohner_innen vor deren Aufnahme zu testen. Zu diesem Zeitpunkt erhielten die Kommunen weitere 1,6 Milliarden Britische Pfund. Ende April berichteten Verantwortliche von Pflegediensten, dass Gelder, die den lokalen Be-

hörden für die Behandlung von Covid-19 zugewiesen wurden, nicht weitergegeben wurden. Age UK berichtete, dass einige Pflegeheimbewohner_innen, die ihre Pflege selbst bezahlten, gebeten wurden, zusätzlich zu den normalen Gebühren noch eine Nachgebühr zu zahlen, um die Covid-19-Kosten zu decken (Age UK 2020a).

FEHLENDE FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG FÜR PFLEGEKRÄFTE

Hinsichtlich der Personalpolitik beinhaltete das im Pflege-Aktionsplan eingeführte Maßnahmenpaket eine Kampagne zur Einstellung von 20.000 zusätzlichen Beschäftigten – aber keine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Bis Ende März 2020 waren im Durchschnitt 25 Prozent des an vorderster Front tätigen Pflegepersonals arbeitsunfähig. Hinter dieser Zahl verbarg sich eine breite Palette an gemeldeten Personalbesetzungen, von Arbeitgeber_innen, die keine Fehlzeiten meldeten, bis hin zu anderen mit Ausfällen von bis zu 50 Prozent (Skills for Care 2020b). In derselben Umfrage wiesen 36 Prozent der Anbieter_innen darauf hin, dass sich mehr Ehrenamtliche meldeten, obgleich viele Anbieter_innen (49 Prozent) nicht recht wussten, wie diese am besten einzusetzen seien.

Mitte März 2020 verwiesen Leitfäden für Pflegeanbieter_innen auf die finanzielle Unterstützung betroffener Beschäftigter in allen Branchen und gingen nicht auf die weiteren Folgen von Krankheit und Selbstisolation insbesondere des Pflegepersonals oder die Auswirkungen auf dessen Arbeitsbelastung ein. Die Lockerungen des Care Act sollten auch die Arbeitslast des Pflegepersonals verringern. Im April 2020 änderte die Regierung ihre Richtlinien zum Arbeitsplatzhalt und bezog Menschen mit Betreuungsaufgaben ein. Deren weitergehende finanzielle Maßnahmen haben möglicherweise jedoch nicht allen Beschäftigten geholfen. Auch wenn die gesetzlich vorgeschriebene Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bei Covid-19 ab dem ersten Krankheitstag zur Verfügung gestellt wurde, haben Beschäftigte mit Null-Stunden-Verträgen nur dann ein Recht auf Krankengeld, wenn sie wöchentlich einen bestimmten Betrag verdienen. Da 58 Prozent der Beschäftigten in der häuslichen Pflege mit Null-Stunden-Verträgen arbeiten, führte dies möglicherweise dazu, dass viele von ihnen entscheiden mussten, entweder mit Symptomen zur Arbeit zu gehen oder Lohneinbußen hinzunehmen.

Der Pflegeplan führte auch Maßnahmen ein, die darauf abzielten, zwischen dem NHS und dem Pflegepersonal Parität zu gewährleisten. So mussten z. B. Supermärkte Pflegekräften denselben vorrangigen Zugang und dieselben Vergünstigungen gewähren wie den NHS-Beschäftigten, und vergleichbare Leitfäden zu Gesundheit und Wohlbefinden wurden bereitgestellt. Ansonsten gab es jedoch nur begrenzt neue Unterstützung. Zwei politische Veränderungen wirkten sich auf das internationale Personal in der Pflege aus. Ende Mai wurde die Todesfallregelung, die nur den Familien und Unterhaltsberechtigten von Gesundheitsbeschäftigten, die an dem Coronavirus gestorben waren, unbefristeten Urlaub anbot, auf die Familien von Pflegekräf-

ten erweitert (Woodcock 2020). Die Regierung kündigte außerdem an, Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens von den Gesundheitszuschlägen auf Visa zu befreien (Nicht-EWR-Bürger_innen müssen für den Zugang zu NHS-Diensten zahlen).

FEHLENDE TESTS FÜR PFLEGEKRÄFTE

Bis Ende April wurden die Tests auf die asymptomatischen Beschäftigten und Bewohner_innen von Pflegeheimen ausgedehnt, die Regierung führte bis Mitte Mai jedoch keinen speziellen Fonds zur Infektionskontrolle in Pflegeheimen ein. Kommunen berichteten, dass die zusätzliche Finanzierung der Regierung nicht ausreichte, um die Covid-19-Kosten zu decken. Während am 23.4.2020 die Covid-19-Tests in England auf alle unverzichtbaren Arbeitskräfte mit Symptomen ausgedehnt wurden, wurden die persönlichen Pflegeassistent_innen und unbezahlten Pflegekräften erst Anfang Mai auf die Liste unverzichtbarer Arbeitskräfte gesetzt. Erst am 6.7.2020 wurde das regelmäßige Testen in Pflegeheimen eingeführt, und bald darauf wurden eventuelle Ausbrüche verstärkt überprüft.

Im Mai kam das House of Commons Science and Technology Committee zu folgendem Schluss: »Der Ansatz, die Tests anfangs auf eine begrenzte Anzahl von Laboren zu konzentrieren und diese dann Schritt für Schritt auszudehnen und nicht gleich auf eine große Anzahl von verfügbaren Laboren des öffentlichen Sektors, der Forschungsinstitute, Universitäten und des privaten Sektors breit zu verteilen, ist eine der folgenreichsten Entscheidungen in dieser Krise gewesen. Daraus folgte die Entscheidung vom 12.3.2020, mit den Tests in den Kommunen aufzuhören und sich darauf zu beschränken, hauptsächlich in Krankenhäusern zu testen. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass Bewohner_innen von Pflegeheimen – auch die mit Covid-19-Symptomen – und Beschäftigte in Pflegeheimen zu einem Zeitpunkt nicht getestet werden konnten, als das Virus am stärksten grassierte« (Science and Technology Committee 2020).

WERDEN AUS DEN VERSÄUMNISSEN LEHREN GEZOGEN?

Am 10.5.2020 erstellte die Regierung eine »Road Map« zur Lockerung des Lockdowns, wobei die Öffnung mit Beginn 13.5.2020 in drei Schritten erfolgen sollte. Bis Juni wurde die verfügbare NHS-Unterstützung für die Pflege verstärkt, indem Schulungen zur Infektionskontrolle, Beratungen und Unterstützung (z.B. in puncto PSA) gefördert wurden und jedes Pflegeheim in England unter eine namentlich genannte klinische Leitung gestellt wurde. Die Zahl der Menschen, die in Pflegeheimen starben, sank ebenfalls (CQC-Zahlen zeigen eine Verringerung von 79 Prozent seit dem Höhepunkt der Krise). Ab Juli 2020 war das Tragen von Gesichtsmasken in Geschäften und Supermärkten Pflicht (Dunn et al. 2020b).

Das National Audit Office (NAO) hat die politischen Fehler aufgelistet und verdeutlicht: die »tragischen Auswirkungen

dessen, dass die dringend notwendige Pflegereform hinausgezögert wurde«; die unklaren Kompetenz- und Zuständigkeitsbereiche für die Reaktion der Pflege auf Covid-19; die »belastenden und traumatischen« Erfahrungen von Beschäftigten in Gesundheit und Pflege an vorderster Front sowie die Folgen für die Arbeitsmoral und das Vertrauen des Personals; fehlende Transparenz im Hinblick auf Kosten und Preis-Leistungs-Verhältnis der Strategien, die schnell zusätzliche Kapazitäten schaffen sollen.

Das NAO empfiehlt zu prüfen, welche Pflegeheime entlassene Patient_innen aufnehmen und wie viele von ihnen anschließend Krankheitsausbrüche hatten, sowie Verfahren zu entwickeln, um zu gewährleisten, dass Patient_innen sicher in Einrichtungen entlassen werden, welche die Ausbreitung von Covid-19 eindämmen. Es empfiehlt, auch darauf hinzuweisen, dass »den Bedürfnissen der Pflege genauso viel Bedeutung wie denen des NHS [eingeräumt werden muss]«; dass das DHSC darlegen muss, wie es diese Bedürfnisse erfüllen werde, sowie »über Fortschritt transparent und einheitlich« berichten und sich auf bestimmte Maßnahmen einigen müsse, das Personal bei der Erholung von der Pandemie zu unterstützen sowie Daten zu Kosten offenzulegen, die wesentliche Elemente der Reaktion ausmachen (NAO 2020).

Ende Juli 2020 wurde die Beurteilung »Coronavirus Act 2020: Equality Impact Assessment« veröffentlicht. Im August wurde bekannt gegeben, dass Public Health England durch ein National Institute for Health Protection ersetzt werde. Die neue Organisation vereint Public Health England, NHS Test and Trace and the Joint Biosecurity Centre und arbeitet mit den dezentralisierten Verwaltungen zusammen. Das Ziel ist, eine »stärkere, besser integrierte Reaktion« zu erreichen.

Im September 2020 wurde die Regel eingeführt, Ansammlungen auf maximal sechs Menschen zu beschränken, und ein Plan zur Durchführung von Massentests bekannt gegeben. Ende des Monats warf man der Regierung vor, sie mache sekundäre Rechtsvorschriften »aus dem Stehgreif« und umgehe demokratische Debatten im Parlament. Die Unterhausabgeordneten stimmten für eine Erweiterung des Coronavirus Act 2020, und die Regierung gab bekannt, dass sie das Parlament hinzuziehen und soweit wie möglich über wichtige nationale Maßnahmen abstimmen lassen werde, bevor diese in Kraft treten.

COVID-19 UND TODESFÄLLE IM PFLEGESEKTOR

Zwischen Januar und September 2020 wurden in England 49.104 Todesfälle gemeldet, die laut Sterbeurkunden auf Covid-19 zurückzuführen waren (ONS 2020d). Ende Mai 2020 wies England in einer Studie von 15 europäischen Ländern die höchste relative Gesamtübersterblichkeit auf (ONS 2020c).⁵ Die Mehrheit der Todesfälle im Zusammenhang mit

⁵ Für mehr Informationen zur Übersterblichkeit in England lesen Sie bitte Anhang 1.

Covid-19 zwischen Januar und September waren Menschen im Alter von 65 Jahren und älter (47.200 von 52.856 in England und Wales) (ONS 2020d). Bei den Menschen, bei denen Covid-19 diagnostiziert wurde, war die Sterbewahrscheinlichkeit bei den 80- und über 80-Jährigen 70-mal so hoch wie bei den unter 40-Jährigen (Public Health England 2020a). Auf zehn Todesfälle unter den bestätigten Fällen bei Frauen kommen 14 bei Männern (Globalhealth5050 2021). In den am stärksten benachteiligten Gebieten des Landes war das Alter der standardisierten Sterblichkeitsrate (ASMR) im Zusammenhang mit Covid-19 zwischen März und Juli mehr als doppelt so hoch wie in den am wenigsten benachteiligten Gebieten (Public Health England 2020a).

Die Zahlen für das Vereinigte Königreich zu Covid-19- und Todesfällen wurden anfangs nicht weiter danach aufgeschlüsselt, ob die Betroffenen Pflegeleistungen erhielten, sei es in Pflegeheimen oder in der Kommune (Hodgson et al. 2020). Die Zahl der Covid-19-Ausbrüche in Pflegeheimen wurde Ende März 2020 zum ersten Mal publik gemacht. Das Ausmaß der Sterblichkeit wurde erst deutlich, als das Office for National Statistics (ONS) im April anfang, darüber zu berichten, wo sich die Todesfälle ereigneten. Bis dahin hatten nur die in dem Sektor Beschäftigten Alarm geschlagen. Im Oktober 2020 stellten Comas-Herrera et al. fest, dass 46 Prozent aller Covid-19-Todesfälle unter Pflegeheimbewohner_innen stattfanden und dass das Vereinigte Königreich im Vergleich zu 15 Ländern mit ähnlichen Daten den höchsten Anteil aufwies (Comas-Herrera et al. 2020). Zwischen 17.3.2020 und 16.4.2020 wurden 25.000 Patient_innen aus Krankenhäusern in Pflegeheime entlassen, von denen viele keinen Covid-19-Test verlangten (Bodkin 2020). Bis Ende Mai hatten 40 Prozent der Pflegeheime einen Covid-19-Ausbruch gemeldet (Dunn et al. 2020a). Laut ONS zeigt die Analyse im Jahresvergleich bis zur Woche, die am 13.11.2020 endet, dass 65,5 Prozent der mit Covid-19 verbundenen Todesfälle im Krankenhaus auftraten (40.062), die übrigen in Pflegeheimen (16.849),⁶ privaten Wohnungen (2.927), Hospizen (833), anderen kommunalen Einrichtungen (242) und an anderen Orten (223) (ONS 2020d). Während die Todesfälle in Krankenhäusern und Pflegeheimen seit dem ersten Höhepunkt der Pandemie (Stand Dezember 2020) nun unter den Fünf-Jahreszeitraum gesunken sind, berichtet das ONS, dass die Zahl der Todesfälle in privaten Haushalten weit über dem Fünf-Jahresdurchschnitt liegt, auch wenn der Großteil der Sterbefälle nicht mit Covid-19 in Verbindung steht (ONS 2020e). Die Care Quality Commission (CQC) veröffentlichte explorative Daten zur Sterblichkeit unter Pflegeheimbewohner_innen hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit und stellte fest, dass mit bestätigter oder vermuteter Covid-19-Erkrankung als Todesursache auf den Sterbebenachrichtigungen Bewohner_innen mit dunkler Hautfarbe eine erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit haben (CQC 2020b).

Schätzungsweise 56 Prozent der Pflegeheime haben zwischen Mai und Juni 2020 mindestens einen bestätigten Coronavirus-Fall gemeldet (Personal oder Bewohner_in) (ONS

2020b). Im Mai traten 16 Prozent aller Covid-19-Todesfälle in Pflegeheimen auf. Man geht jedoch davon aus, dass die Zahl höher liegt, da aufgrund fehlender Tests Covid-19 oftmals nicht als Todesursache angegeben wurde und ein signifikanter Anteil der verbleibenden zusätzlichen Todesfälle direkt oder indirekt darauf zurückzuführen sein könnte (Edwards/Curry 2020). Bis Ende Juni waren mehr als 19.000 Menschen in Pflegeheimen an Covid-19 gestorben (Herrera et al. 2020), die Daten zur Übersterblichkeit lassen jedoch vermuten, dass die Zahl viel höher war (Herrera et al. 2020), wobei Pflegeheimbewohner_innen 39 Prozent aller Covid-19-bezogenen Todesfälle ausmachen (Bell et al. 2020).

Es bleibt unklar, wie viele weitere Todesfälle durch die indirekten Folgen der Pandemie verursacht oder nicht diagnostizierte Fälle waren. Hinter diesem nationalen Wert verbergen sich große regionale Unterschiede. Mit einer Ausbreitung in der gesamten Bevölkerung war London anfangs das am stärksten betroffene Gebiet, die Ausbrüche breiteten sich aber schnell weiter aus. Im Juni 2020 war der höchste Anteil an betroffenen Pflegeheimen mit 54,2 Prozent im Nordosten Englands zu finden. Die Daten von Public Health England verzeichnen die Zahl der neuen Pflegeheime, die einen Ausbruch melden, aber nicht die genaue Zahl der Neuinfektionen in jedem Pflegeheim im Laufe der Zeit. Obwohl genauere Information gesammelt werden, zeigen die öffentlich verfügbaren Daten nicht, ob es zuvor betroffene Pflegeheime derzeit mit anhaltenden oder neuen Ausbrüchen zu tun haben oder ob Infektionen erfolgreich bekämpft wurden.

URSACHEN FÜR COVID-19-AUSBRÜCHE IN PFLEGEHEIMEN

Zu den Faktoren, die Covid-19-Ausbrüche in Pflegeheimen verursachen, gehören Übertragungen innerhalb der Einrichtung und Infektionen, die während Krankenhausaufenthalten erfolgten. Zwischen März und Ende April 2020 sanken in England die Einweisungen aus Krankenhäusern in Pflegeheime auf 86 Prozent des historischen Durchschnitts. Es ist jedoch aufgrund fehlender verfügbarer Daten nicht bekannt, ob diese Entlassungen zu nachfolgenden Ausbrüchen in Pflegeheimen führten. Während Entlassungen aus Krankenhäusern und Einweisungen in Altersheime bei 75 Prozent lagen, stiegen die Entlassungen und Einweisungen in Pflegeheime auf 120 Prozent des historischen Durchschnitts. Weitere Nachforschungen sind vonnöten, um diese Zahlen zu erklären (Hodgson et al. 2020). Es gab auch einen erheblichen Rückgang an Krankenhausaufnahmen unter Pflegeheimbewohner_innen. Elektive Aufnahmen gingen in diesem Zeitraum auf 58 Prozent und Notfallaufnahmen auf 85 Prozent des fünfjährigen historischen Durchschnitts zurück. Bei 14 Prozent der Aufnahmen war zu diesem Zeitpunkt Covid-19 der primäre Grund. Durch Verringerung der Aufnahmen haben die Pflegeheime und NHS-Teams möglicherweise das Übertragungsrisiko gesenkt. Vielleicht gab es auch mehr gesundheitliche Bedürfnisse, die nicht erfüllt waren. Anhand der verfügbaren Daten lässt sich jedoch nicht beurteilen, ob dies der Fall war. So lässt sich der Schluss ziehen, dass »[d]iese schwierigen Entscheidungen über das

⁶ Siehe Anhang 1 für eine weitere Erörterung der gemeldeten Todesfälle in Pflegeheimen.

Entlassen von Patient_innen in dringenden und ungewissen Kontexten getroffen wurden, möglicherweise aber beim Risikotransfer an ein schwach gestütztes Pflegesystem eine Rolle gespielt haben« (Hodgson et al. 2020).

HÖCHSTES COVID-19-STERBERISIKO UNTER PFLEGEKRÄFTEN DER HÄUSLICHEN PFLEGE

Pflegekräfte gehören zu den Berufsgruppen mit dem höchsten Risiko, an Covid-19 zu sterben, wobei Beschäftigte in Pflegeheimen und häuslicher Pflege den höchsten Anteil (76 Prozent) der Covid-19-Todesfälle innerhalb dieser Gruppe ausmachen. Im Hinblick auf Alter und Geschlecht war während des Höhepunkts der Pandemie im April und Mai 2020 die Sterberate aufgrund von Covid-19 bei Pflegekräften doppelt so hoch wie die der allgemeinen Bevölkerung, wobei die Sterberate in der Erwachsenenpflege besonders hoch war (The Health Foundation 2020). Ende Juli lag das Vereinigte Königreich im Hinblick auf die Zahl der Todesfälle der im Gesundheitswesen Beschäftigten an zweiter Stelle nach Russland, wobei mindestens 540 Beschäftigte in Gesundheit und Pflege allein in England und Wales an Covid-19 starben (Amnesty International 2020). Die verfügbaren Daten des ONS zur Sterberate von Pflegekräften (ohne Unterscheidung zwischen Beschäftigten in Pflegeheimen und häuslicher Pflege) zwischen 9.3.2020 und 25.5.2020 meldet 97 Todesfälle von Männern und 171 Todesfälle von Frauen, wobei keine weitere Differenzierung vorgenommen wurde, wie beispielsweise Alter und ethnische Zugehörigkeit (ONS 2020a).

Todesfälle unter denen, die häusliche Pflegeleistungen erhalten, haben seit März 2020 wesentlich und weit über das normale Maß hinaus zugenommen (The Health Foundation 2020). Bis Juli wurde innerhalb dieser Gruppe eine Übersterblichkeit von 4.500 Todesfällen gemeldet. Prozentual ausgedrückt, war der Anstieg der Todesfälle in der häuslichen Pflege höher als in Pflegeheimen (225 Prozent verglichen mit 208 Prozent). Einige dieser Todesfälle könnten durch den fehlenden Zugang zu Behandlung erklärt werden, wenn man berücksichtigt, dass die Zahl der Notaufnahmen im April 2020 um 57 Prozent niedriger war als im April 2019 und weit unter dem normalen Niveau in England lag. Die Daten reichen nicht aus, um erkennen zu können, ob sich die Pandemie in der häuslichen Pflege ähnlich entwickelt hat (Hodgson et al. 2020).

WEIBLICHE UND BAME-PFLEGEKRÄFTE BEI COVID-19-BEZOGENEN TODESFÄLLEN ÜBERREPRÄSENTIERT

Der Pflegesektor ist nach Berufsgruppen getrennt, mit einem hohen Anteil von Frauen, Menschen, die sich als schwarz, asiatisch oder einer ethnischen Minderheit zugehörig fühlen (BAME), sowie Arbeitsmigrant_innen. BAME-Beschäftigte sind wohl auch »bei der Gesamtzahl der mit Covid-19 verbundenen Todesfälle von Gesundheitsbeschäftigten stark überrepräsentiert, wobei einige Berichte zeigen, dass mehr als 60 Prozent der Gesundheitsbeschäftigten, die starben, sich als BAME identifizierten« (Amnesty International 2020: 18). Die Pandemie forderte ihren Tribut unter den BAME-Bevölkerungsgruppen, mit einem erhöhten Sterberisiko für Bangladeschi, Afrokariben, Chines_innen, Inder_innen, Pakistani und andere asiatische und schwarze Ethnien (Public Health England 2020b). Die Pflegekräfte, die starben, waren überwiegend weiblich. Frauen sind sowohl bei den Berufen, bei denen man einem erhöhten Risiko (hinsichtlich der Exposition gegenüber Covid-19) ausgesetzt ist, als auch bei den Berufen, bei denen man nur einen Hungerlohn (weniger als 2/3 des Durchschnittslohns) verdient, überproportional vertreten (Kikuchi/Khurana 2020). Mehr als eine Million Hochrisikoberufe zahlen Hungerlöhne, und 98 Prozent der Beschäftigten in diesen Berufen sind Frauen.

6 FAKTOREN, DIE ZU DEN CORONAVIRUS-AUSWIRKUNGEN AUF DEN PFLEGESEKTOR BEITRAGEN

Dieses Kapitel fasst einige der Hauptfaktoren zusammen, die die Auswirkungen von Covid-19 auf den Pflegesektor betreffen. Dazu gehören der Status des Sektors als »Stiefkind« des NHS, die fehlende Koordination am Anfang der Pandemie aufgrund der fehlenden Partnerschaft zwischen der Zentralregierung und dem Sektor, unzureichende PSA, Probleme mit Tests und die fehlende finanzielle Unterstützung für den Sektor und seine Beschäftigten. Dieser Teil des Berichts betrachtet auch, wie sich die Krise auf die physische und psychische Gesundheit der Pflegekräfte ausgewirkt hat.

DER VERGESSENE SEKTOR

Erwachsenenpflege wurde zu Beginn der Pandemie zu wenig priorisiert. Während die Finanzierung der Regierung dem NHS zugesichert wurde, gab es keine derartigen Zusicherungen für den Pflegesektor, der erst relativ spät Gegenstand des öffentlichen Diskurses wurde. Schulen waren einen Monat geschlossen, bevor Maßnahmen für die Pflege überhaupt bekannt gegeben wurden. Pflegeheime mussten frisch entlassene Patient_innen aus Krankenhäusern aufnehmen, die Betten freimachten. Einige von ihnen waren positiv auf Covid-19 getestet worden, einige warteten noch auf ihre Testergebnisse. Beide Gruppen erforderten strikte Isolation, was zusätzlich Druck auf Pflegeheime ausübte. Obwohl Beweise dafür auftauchten, dass möglicherweise die Hälfte der Todesfälle in Pflegeheimen auftrat, spielte die Regierung die Bedeutung für die Pflege herunter. Während die Todesfälle in Krankenhäusern abnahmen, stiegen diese in Pflegeheimen, wo »die vergessene Front« der Pflegekräfte sich aufgrund von unzureichenden Standards in puncto Räumlichkeiten, Verfahren und Koordination der Dienstleistungen mit einer ganzen Palette von Versäumnissen konfrontiert sah (Unison 2020b). Sie arbeiteten in einem Sektor, der mit seinen Arbeits- und Beschäftigungspraktiken – beispielsweise ein fehlendes einheitliches nationales Beschaffungssystem – in keinsten Weise auf die Pandemie vorbereitet war. Guy Collis, ein Unison Policy Officer, der für diesen

Bericht interviewt wurde, drückte es so aus: »Der Pflegesektor wurde von der Pandemie so ziemlich im schlecht möglichsten Zustand getroffen.«

Es wurde deutlich, wie schwierig die Koordination war. Auf Ministerebene sah die Regierung nicht ein, warum sie die Verantwortung für einen weitgehend privatisierten Sektor übernehmen sollte. Die Regierung, der das Verständnis für die Funktionsweise des Sektors fehlte, tat sich schwer, die notwendigen Veränderungen voranzubringen. Im NHS war es viel einfacher, Informationen innerhalb der Hierarchien nach unten und oben weiterzugeben, da dieser über eine zentralisierte Struktur und ein Sozialpartnerschaftsforum verfügte. Wenn die Regierung in der Pflege eine Richtlinie vorgeben würde, würde dies zu einer lähmenden Diskussion zwischen den lokalen Behörden, den Anbieter_innen und der Zentralregierung darüber führen, wer dafür verantwortlich ist, diese tatsächlich umzusetzen.

MANGEL AN PSA UND TESTS

In der Zwischenzeit mussten die Anbieter_innen sehr schwierige Entscheidungen darüber treffen, ob sie für Aufnahmen geöffnet bleiben würden oder nicht, da sie die Bewohner_innen und Beschäftigten nicht gefährden wollten. Sie mussten PSA-Lieferketten aufbauen, bevor irgendwelche Hilfen von der Regierung angeboten wurden (BBC 2020). Der Mangel an ausreichender Versorgung für Altersheime wurde als ein »signifikantes« Versäumnis beschrieben (Thomas/Quilter-Pinner 2020: 15). Da einige Anbieter_innen erfuhren, dass ihre PSA-Bestellungen an den NHS umgeleitet worden waren und sie die Kosten für privat beschaffte PSA tragen mussten, führte dies dazu, dass sie keine ausreichenden Mengen für ihre Beschäftigten beschaffen konnten und die enorm überhöhten Preise ihre finanzielle Überlebensfähigkeit bedrohten. Pflegekräfte sahen sich bei ihrer täglichen Arbeit mit enormen Herausforderungen konfrontiert. Der Mangel an PSA ist für schwarze Beschäftigte ein größeres Problem, da sie einem höheren Todesrisiko ausgesetzt sind als ihre weißen Kolleg_innen (Unison 2020b). Obwohl sich die PSA-Versorgung seit dem Höhepunkt der ersten Pandemiewelle verbessert hat und Mittel aus dem Infection Control Fund geflossen sind, schwankt die Versorgung landesweit, wobei – zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts – beim Pflegepersonal weiterhin Besorgnis besteht, wie man sich auf den verbleibenden Winter 2020/21 vorbereiten kann.

Fehlende Tests waren ebenfalls ein entscheidendes Problem. Die uneinheitliche Natur der Pflegedienste, insbesondere der häuslichen Pflege, und der enorm fragmentierte Pflegemarkt führten dazu, dass es für die Regierung sehr schwierig war, alle Pflegekräfte zu erreichen. Bis Mitte April 2020 war die Zahl der positiven wichtigen Schlüsselkräfte auf 16,2 Prozent angestiegen. Dies erhöhte die Arbeitsbelastung und den Stress der Pflegekräfte an der Corona-Front enorm und schwächte damit die Kapazität des Gesundheitswesens mit wiederum schwerwiegenden Auswirkungen auf den anhaltenden Anstieg der Zahl der

in Gesundheit und Pflege an vorderster Front tätigen infizierten Beschäftigten (Nyashanu et al. 2020). Die Umfragen der Gewerkschaften GMB und Unite ergaben, dass sich Pflegekräfte bei der Arbeit ohne (ausreichende) PSA und ohne Testmöglichkeiten nicht sicher fühlen. 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 Covid-19 anstecken könnte. Pflegekräfte wussten nicht, wo sie getestet werden können, und berichteten, dass ihre Arbeitgeber_innen keine Vorgehensweise zur Hand hatten, falls Pflegekräfte oder Pflegebedürftige Covid-19-Symptome zeigten. Aufgrund fehlender Testkapazitäten mussten manche Pflegekräfte Hunderte von Meilen fahren, um sich testen zu lassen.

FEHLENDES KRANKENGELD

Beschäftigte sahen sich bei der Frage, ob sie zur Arbeit gehen sollten, selbst wenn dies gegen die Empfehlung der öffentlichen Gesundheit verstieß, einem enormen Druck ausgesetzt und hatten keinerlei Gewissheit, ob sie im Falle einer Selbstisolation oder eines positiven Tests Krankengeld erhalten würden. Belege zeigen, dass die Infektionsraten in Pflegeheimen, die ihrem Personal Krankengeld zahlten, niedriger waren (ONS 2020b). Eine im Juli 2020 durchgeführte Unison-Umfrage unter Pflegekräften ergab, dass immer noch viel zu wenige Beschäftigte angemessenes Krankengeld erhalten, wobei 52 Prozent weniger als 100 Britische Pfund pro Woche erhielten (und in manchen Fällen gar keine Zahlung), wenn sie sich schützen oder in Selbstisolation gehen mussten (Unison 2020d). Es gab in dieser Zeit Lockdowns innerhalb von Pflegeheimen und es gab Berichte darüber, dass Pflegekräfte in Zelten schlafen mussten, weil ihre Arbeitgeber_innen keine Unterkünfte für sie bereitgestellt hatten (Peart 2020).

DER VERGESSENE COUSIN: BESCHÄFTIGTE IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE

Anbieter_innen häuslicher Pflegedienstleistungen sind innerhalb des Pflegesektors am stärksten verwundbar. 97 Prozent der häuslichen Pflegedienstleistungen im Vereinigten Königreich werden von privaten Anbieter_innen erbracht, die täglich ebenso verwundbaren Menschen mehr als eine Million Besuche zu Hause abstatten. Die häusliche Pflege wurde beschrieben als »der vergessene Cousin des ohnehin schon benachteiligten Pflegesektors, dies im Hinblick auf den Mangel an Aufmerksamkeit und Verständnis seitens der Regierung« (Hill 2020). Es gibt keine zentralen Aufzeichnungen über die Zahl derer, die auf diese Form der Unterstützung angewiesen sind, und nur sehr wenig Überblick über die finanzielle Stabilität der Anbieter_innen. Im April 2020 wurde berichtet, dass viele von ihnen an ihrer Belastungsgrenze angelangt waren und bald aufhören könnten zu arbeiten, sodass hilfsbedürftige Menschen zu Hause alleine sterben müssten (Hill 2020) – und es bestand Klarheit bei der Frage, wie viele bereits gestorben waren.

Die Erfahrungen derjenigen, die Pflege von PAs erhalten, waren besonders problematisch, da es keinen Ersatzdienst gab, wenn PAs nicht zur Arbeit gehen konnten (Unison 2020b) – ein Versagen der Pflege aufgrund von Lockerungen des Care Act und dem »Zeit und Aufgabe«-Charakter der Pflegedienstleistung, einem Billigansatz für die häusliche Pflege im Vereinigten Königreich, bei dem von den Beschäftigten erwartet wird, die Pflegedienstleistung in 15 Minuten oder weniger zu erbringen. PAs sind weitgehend nicht reglementiert und nur sehr wenige gehören einer Gewerkschaft an. Kommunen verfügen über keine Angaben zu ihnen. Sie erhielten nur sehr begrenzte allgemeine Richtlinien von der Regierung und waren auf Eigeninitiative angewiesen, wenn es darum ging, sich testen zu lassen, PSA zu beschaffen und sichere Praktiken zu erlernen (z. B. in Bezug auf das Testen ihrer Kund_innen und Arbeitskolleg_innen). Die meisten hörten während der Krise auf zu arbeiten oder wurden von ihren Arbeitgeber_innen dazu aufgefordert und erlitten in der Folge einen plötzlichen und drastischen Einkommensverlust (Woolham et al. 2020: 21). Nicht alle hatten Anspruch auf Urlaub oder Zahlungen aufgrund selbstständiger Tätigkeit und nur sehr wenige hatten eine Krankenversicherung.

NEGATIVE AUSWIRKUNGEN AUF DAS KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE WOHLBEFINDEN

Covid-19 hatte einen enormen Einfluss auf das körperliche und psychische Wohlbefinden der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich (Enback 2020; Thomas 2020). Jede_r zweite Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich im Vereinigten Königreich hatte das Gefühl, dass sich seine psychische Gesundheit während der Krise verschlechtert hatte. 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). Jede_r Zweite gab an, eine Verschlechterung bei der Sicherheit seiner/ihrer Familie erlebt zu haben. Zwar wurden von einer Reihe staatlicher und freiwilliger Quellen Leitlinien für die Unterstützung und das Wohlbefinden von Beschäftigten herausgegeben (DHSC 2020a; Skills for Care/The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust 2020). Es ist jedoch schwierig zu beurteilen, wie hilfreich diese während der Pandemie in der Realität waren. Pflegekräfte hatten während der Pandemie auch mit einer Reihe von sozialen Problemen zu kämpfen, darunter Kinderbetreuung, Unterbringung und zusätzlichen Kosten. In der gleichen Umfrage gab eine_r von 20 Beschäftigten im Gesundheitswesen an, dass seine/ihre Wohnsicherheit beeinträchtigt wurde. Eine_r von drei Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich war der Auffassung, dass ein größeres Angebot an Hotelunterkünften in der Nähe ihres Arbeitsplatzes eine unmittelbare Priorität der Regierung und die Regierung ein breiteres Spektrum an Gründen anerkennen sollte, warum Beschäftigte eine Unterkunft benötigten. Dazu gehörten längere Anfahrtszeiten, erhebliche Angst um die Sicherheit der Familie sowie erhöhte Arbeitszeiten (zum Beispiel mehr als 14 Stunden innerhalb von 24 Stunden).

UNVOLLSTÄNDIGE DATEN UND FEHLENDE STIMMEN

Probleme der Fragmentierung, mangelnde Partnerschaft zwischen Regierung, Gewerkschaften und Anbieter_innen, leichtfertige Regulierung und fehlende standardisierte Berichtsmethoden haben dazu geführt, dass selbst die wichtigsten Daten – wie viele Menschen sterben und wo – nicht vollständig erfasst wurden und kein einheitliches Bild entstanden ist. Die Datenerfassung ist nicht vollständig. Viele der in diesem Bericht zitierten Daten umfassen sowohl Gesundheits- als auch Pflegepersonal in einer Form, die nicht weiter differenziert werden kann. Außerdem scheinen die Pflegekräfte noch weitgehend nicht vertreten zu sein. Ihre Stimmen fehlen zum Teil aufgrund der Verwundbarkeit der Pflegenden und der Gepflegten und des geringen gewerkschaftlichen Organisationsgrades.

7 GEWERKSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN

Pflegekräfte in England werden von Unison, GMB, dem RCN und dem Dachverband der britischen Gewerkschaften, dem Trade Union Congress (TUC), vertreten.⁷ Vor der Pandemie forderten diese Gewerkschaften eine neue langfristige finanzielle Regelung für den Sektor, die dem gewinnorientierten Modell in diesem grundlegenden gesellschaftlichen Bereich ein Ende setzen und mehr Stabilität für die Verantwortlichen, die Beschäftigten und die betreuten Menschen, ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis für die Allgemeinheit, mehr Verantwortlichkeit, Transparenz und Standards sowie eine Beschränkung der Beteiligung der Privatwirtschaft zunächst durch die Einführung gesetzlicher und regulatorischer Maßnahmen, um die finanzielle Ausbeutung in diesem Sektor zu beenden, gewährleisten würde. Sie kämpften dafür, die Wiedereinlagerung der Erwachsenenpflege durch eine »Insourcing first«-Politik für alle Dienstleistungen, eine Überprüfung aller ausgelagerten, von den Kommunen finanzierten Dienstleistungen, die Kündigung von Verträgen nichtfunktionierender Dienstleistungen und die Einsicht in Geschäftsbücher zu erreichen. Sie forderten auch Änderungen am lokalen Beschaffungswesen, um Kommunen vom Kostendruck zu befreien und die hohe Fluktuationsrate in Angriff zu nehmen, um endlich die Grenzen der Förderfähigkeit zu erweitern und von unbezahlten Pflegekräften den Druck zu nehmen.

Gewerkschaften haben auch die Einrichtung eines nationalen Pflegeorgans gefordert, wie das Social Partnership Forum im NHS, um angemessene Tarifverhandlungen im Sektor zu ermöglichen. Das würde die effektivste Möglichkeit darstellen, einen Mindeststundenlohn von 10 Britischen Pfund (11 Euro), das Ende der Null-Stunden-Verträge, bessere Krankengelder, Renten, Arbeitsklauseln und Arbeitspraktiken zu verhandeln. Die Gewerkschaften führen ebenfalls Kampagnen für Investitionen in die Arbeitskräfte und für deren berufliche Weiterentwicklung – einschließlich eines

⁷ Ein Verband der Gewerkschaften in England und Wales (vgl. <https://www.tuc.org.uk/national/about-tuc>).

Qualifikations- und Akkreditierungsrahmens, der mit einer transparenten Lohn- und Einstufungsstruktur verbunden ist, was eine ernsthafte berufliche Entwicklung, entsprechende Anerkennung und faire Entlohnung sicherstellt. Sie kämpfen für die Entwicklung einer Personalstrategie, die dann für Verhandlungen, die Organisation von sektorspezifischen Interessen, die Befriedigung der wachsenden Nachfrage und die Verbesserung der Löhne und Bedingungen in der Branche genutzt werden soll.

Die Gewerkschaftskampagnen zur Verbesserung der Löhne im Sektor, insbesondere die Festlegung einer Lohnuntergrenze, die ausreicht, um Beschäftigte anzuwerben und gerecht zu entlohnen, unterstrichen aber auch, dass eine Anhebung der Löhne allein nicht ausreicht, um die allgemeinen Herausforderungen zu bewältigen, mit denen die Belegschaft konfrontiert ist. Aufbauend auf der Unison Ethical Care Charter haben sich die Gewerkschaften für eine Reihe von Verpflichtungen zur Festlegung von Mindeststandards eingesetzt, um die Würde und die Lebensqualität verwundbarer Menschen und der Beschäftigten, die sie pflegen, zu schützen (Unison 2012). Dazu gehören Ausbildung, Arbeitsplatzsicherheit, faire Bezahlung, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Betriebsrente und Wohlbefinden. Ein Branchentarifvertrag müsste auch die Entlohnung für definierte Aufgaben und Lohntabellen umfassen, die Steigerungen beinhalten (die die zunehmende Erfahrung und Fachkenntnis anerkennen, um den Beschäftigten bessere Möglichkeiten für eine Lohnerrhöhung und größere Anreize zum Verbleib im Beruf zu geben).

ORGANISATORISCHE HERAUSFORDERUNGEN

Zu den Herausforderungen, die der gewerkschaftlichen Organisation der Pflegekräfte entgegenstehen, gehören die Schwierigkeit, potenzielle Mitglieder in einem uneinheitlichen Markt zu erreichen (besonders in der häuslichen Pflege), eine hohe Fluktuationsrate der Beschäftigten und das fehlende Verständnis der Arbeitgeber_innen für Gewerkschaften. Ungeachtet dessen erringen die Gewerkschaften weiterhin bedeutende Siege bei Verbesserungen für das Arbeitsleben von Pflegekräften. Durch ein Gerichtsurteil wurde neulich in einem langwierigen Fall, der bis ins Jahr 2016 zurückreicht, entschieden, dass die Zeit, die häusliche Pflegekräfte mit Fahrten und Wartezeiten von bis zu 60 Minuten zwischen Terminen verbringen, als Arbeitszeit zu behandeln und mit dem Mindestlohn zu vergüten ist. Zudem entschied das Gericht, dass Arbeitgeber_innen ihren Beschäftigten eine klare Methode zur Berechnung des geschuldeten Betrags zur Verfügung stellen müssen (Matheou 2020). Unison hat auch dafür gekämpft, dass die Schichten von Pflegekräften mit Übernachtung bei Pflegebedürftigen als Arbeitszeit gezählt und entsprechend bezahlt werden (Unison 2019).

Die Pandemie hat den Wert von Schlüsselarbeitkräften aufgezeigt und damit deren Möglichkeit erhöht, eine gewisse Kontrolle über ihre Arbeitsbedingungen ausüben zu können. Die Zahl der Gewerkschaftsmitglieder ist stark gestiegen, wobei überwiegend Frauen beigetreten sind (TUC

2020f). Dennoch ist die Mitgliedschaft immer noch zu sehr auf den öffentlichen Sektor fokussiert, während die meisten Beschäftigten, insbesondere in der Pflege, im privaten Sektor beschäftigt sind. Nur eine von fünf Pflegekräften (einschließlich Altenpflegekräften) ist Mitglied einer Gewerkschaft oder Berufsgenossenschaft, wohingegen vier von fünf NHS-Krankenpfleger_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 unwahrscheinlichsten 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 (TUC 2020f).

Während die Mehrheit der Beschäftigten in den Kommunalverwaltungen durch Tarifverhandlungen abgedeckt ist, sind es im privaten Sektor nur sehr wenige. Dies führt dazu, dass die Löhne von den Arbeitgeber_innen auf einem vom Markt diktierten Niveau festgelegt werden, was wiederum im Gegensatz zum NHS steht, bei dem die Löhne und Arbeitsbedingungen auf nationaler Ebene kollektiv vereinbart werden. Obwohl es im Vereinigten Königreich einen verbindlichen Mindestlohn für Beschäftigte im Alter von 25 und älter gibt, wurde dieser im Pflegesektor nicht geltend gemacht, sodass sich rechtliche Schritte auf kleine lokale Unternehmen beschränkten und oftmals nur ein Beschäftigter als unrechtmäßig unterbezahlt identifiziert wurde.⁸ Auf Null-Stunden-Verträgen Beschäftigte, die Bedenken äußern, einer Gewerkschaft beitreten oder eine Lohnerrhöhung fordern, sind der Gefahr ausgesetzt, dass ihre Arbeitszeiten reduziert werden (Dromey/Hochlaf 2018). Es gibt kein Vertretungsorgan für Beschäftigte in der Pflege. Aus diesem Grund ist es hier schwieriger, Partnerschaften zu etablieren und Verhandlungen zu führen, wie sie im NHS gang und gäbe sind. Das NHS Social Partnership Forum arbeitet an Themen, die für das Personal wichtig sind (z. B. Arbeitsbedingungen und Wohlbefinden), und ermöglichte dem System in der Pandemie eine schnelle Reaktion und Bereitstellung von Leitlinien für die NHS-Arbeitgeber_innen (Unison 2020b).

GEWERKSCHAFTSKAMPAGNEN WÄHREND DER PANDEMIE

Gewerkschaften haben weiter für eine Strukturreform gekämpft. Die Kampagne von Unison »5 Forderungen für einen nationalen Pflegedienst« kämpft für einen nationalen Pflegedienst, der zumindest einen realen existenzsichernden Lohn zahlt, für eine staatliche Notfinanzierung des Sektors, für die Bereitstellung von Standardarbeitsverträgen für die Pflegearbeit und für Berufsstandards. Letztere beinhalten eine Verbesserung und Erweiterung des Care Certificate und eine Standardisierung der Berufsregistrierung im gesamten Vereinigten Königreich. Die fünfte For-

⁸ Eine Erklärung des nationalen Mindestlohns, des nationalen existenzsichernden Lohns und des existenzsichernden Lohns finden Sie hier: <https://www.thelegalpartners.com/national-minimum-wage-national-living-wage-rates-for-2020-explained/>.

derung verlangt eine Partnerschaft/Arbeitsgruppe aus Beauftragten, Anbieter_innen, Regierung und Gewerkschaften zur Umsetzung von Lösungen in der Krise. Unite forderte sichere Arbeitsplätze, gerechte Bezahlung, gerechte Behandlung, nachhaltige Finanzierung und auch einen nationalen Pflegedienst.

Die Gewerkschaften unterstützten ihre Mitglieder auch unmittelbar, indem sie mit der Regierung über den Anwendungsbereich und die Bedingungen des anfänglichen Arbeitsplatzerhaltungsprogramms (TUC 2020c), die Einkommensunterstützung für Selbstständige (SEISS) und die Verlängerung des Arbeitsplatzerhaltungsprogramms bis zum Herbst 2020 (TUC 2020g) verhandelten. Sie engagierten sich für die Beschäftigten in Gesundheit und Pflege, indem sie das Bewusstsein dafür schärften, was es heißt, an vorderster Front zu arbeiten. Umfragen von Unison und GMB machten deutlich, dass sich Pflegekräfte bei der Arbeit nicht sicher fühlten, ihr Leben ohne angemessene PSA gefährdet war, fast keine Pflegekraft getestet wurde und sie die Sorge hatten, Covid-19 an ihre Familien weiterzugeben. Vier von fünf Pflegekräften gingen davon aus, dass Kolleg_innen zum Zeitpunkt der Umfrage ihre Arbeit kündigen werden (GMB 2020). Gewerkschaften kämpften auch für weitere Klarheit bei den Richtlinien der Regierung zum Gebrauch von PSA im Pflegesektor. GMB berichtete, dass Beschäftigten mit Disziplinarverfahren gedroht wurde, falls sie Masken tragen würden, und sie gebeten wurden, keine Masken zu tragen, weil diese die Bewohner_innen verängstigen würden. Ungeachtet dessen kaufte das Personal seine eigene PSA. Zur gleichen Zeit richtete Unison eine engagierte Hotline für Mitglieder ein, damit sie ihre Probleme melden konnten, bei denen es vorwiegend um den Mangel an PSA ging. Gewerkschaften kämpften auch für ein zentralisiertes System für PSA und für eine eigene PSA-Herstellung im Vereinigten Königreich (BMA 2020).

Im Sommer 2020 berichtete Unison über ernsthafte Probleme bei den Tests im Erwachsenenpflegesektor. Dazu zählte ebenso das schlichte Fehlen von Tests wie auch Tests, die zwar vorhanden waren, sich aber auf Pflegeheime und nicht auf die häusliche Pflege fokussierten, und die Tatsache, dass das Personal in diesem Sektor nicht wiederholt getestet wurde. Die Gewerkschaft hob den Mangel an Kapazitäten vor Ort hervor, der durch Kürzungen, die einen Großteil der lokalen Kapazitäten im Gesundheitswesen des Landes dezimierten, verursacht wurde. Zentralisierte »Super-Labore« waren nicht in der Lage, die Testvorgaben zu erfüllen, und Gewerkschaften stellten berechnete Fragen zu den Kapazitäten und den künftigen Plänen für Massentests und Impfungen. Viele Beschäftigte in Gesundheit und Pflege mussten sich selbst isolieren, anstatt die weiten Strecken zu den Testzentren zu fahren (oftmals weit von ihrem Wohn- und Arbeitsort entfernt), und einige wurden dann bei ihrer Ankunft abgewiesen. Beschäftigte berichteten auch über fehlende Flexibilität bezüglich des Zeitpunkts, wann sie bei der Arbeit getestet werden konnten (Unison 2020a).

Schon früh wies GMB darauf hin, wie Beschäftigte gebeten wurden, bei der Arbeit zu bleiben, und einige Pflegeheime ihre eigenen Lockdowns einführten. Die Gewerk-

schaft forderte die Regierung dazu auf, die Unterkünfte auf derselben Grundlage, die für die Beschäftigten im Gesundheitswesen gilt, direkt zu finanzieren. Unison setzte sich für eine Bezahlung für aktive Dienste und eine Erhöhung des gesetzlichen Krankengeldes ein (in Höhe des nationalen existenzsichernden Lohns) und erinnerte die Regierung daran, dass Pflegekräfte bereits schlecht bezahlt werden, finanziell keinen Puffer haben und daher nicht zwei Wochen lang von dem gesetzlichen Krankengeld (95 Britische Pfund oder 106 Euro pro Woche) leben können (McLaughlin 2020). Unison warnte davor, dass ansonsten die Beschäftigten in die Verschuldung getrieben würden und das Test- und Nachverfolgungssystem völlig untergraben würde. Sie wiesen darauf hin, dass der Fonds der Zentralregierung zur Infektionskontrolle, der zur Deckung der zusätzlichen Kosten der Pflegekräfte eingerichtet wurde, um diesen die Selbstisolierung bzw. die Deckung der Kosten für eine alternative Unterbringung finanziell zu ermöglichen, nicht zu den Pflegekräften selbst durchdringt (Unison 2020e).⁹ Nur 40 Prozent der Pflegekräfte gaben an, dass sie bei Covid-19-bedingter Abwesenheit ihren vollen Lohn weiter ausbezahlt bekämen, bei den Beschäftigten in Pflegeheimen waren es nur 25 Prozent. Nur 44 Prozent aller Pflegekräfte – und 56 Prozent der Beschäftigten in Pflegeheimen –, die von der Arbeit freigestellt werden mussten, erhielten das gesetzliche Krankengeld, während acht bzw. zehn Prozent gar nichts erhielten (Unison 2020d).

Die Gewerkschaften wiesen darauf hin, dass Beschäftigte, die nicht finanziell unterstützt wurden, vor einer krassen Wahl stünden – entweder zur Arbeit zu gehen und zu riskieren, Pflegebedürftige zu infizieren, oder zu Hause zu bleiben und kein Geld für den Lebensunterhalt zu verdienen (Unite 2020). Die Gelder kamen nicht an, teilweise lag das daran, dass Anbieter_innen einen Antrag stellen mussten und die Zentralregierung die Kommunen für die Verwaltung der Gelder nicht bezahlte. Letztere haben für die Verwaltung des Fonds aufgrund ihrer Verluste infolge von Covid-19 (schätzungsweise ca. 11 Milliarden Britische Pfund) keine freien Kapazitäten. Unison hat auch ein geringes Maß an Vertrauen festgestellt, bei dem die Anbieter_innen der Meinung sind, dass es wichtiger sei, dafür zu sorgen, dass die Beschäftigten vor Ort sind, um die Pflege zu leisten, als ihnen zu erlauben, der Arbeit vorsorglich fernzubleiben. Der dezentralisierte Charakter des Sektors macht es schwierig, Daten zur Effektivität des Fonds zu sammeln.

MIT DEN BESCHRÄNKUNGEN ZURECHTKOMMEN

Als die Gewerkschaftsfunktionäre im Oktober 2020 für diesen Bericht befragt wurden, verfassten sie eine Stellungnahme zu dem Plan der Regierung, gegen Pflegekräfte, die sich zwischen mehreren Arbeitsplätzen bewegten, rechtlich vorzugehen. Zu diesem Zeitpunkt gab es keinen Hinweis darauf, dass die Regierung beabsichtigte, die Beschäf-

⁹ Weitere Informationen zum Fonds zur Infektionskontrolle finden Sie hier: <https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-infection-control-fund/about-the-adult-social-care-infection-control-fund>.

tigten für diese Einschränkung zu entschädigen, wenn die Arbeit an mehreren Orten für sie die einzige Möglichkeit darstellt, sich über Wasser zu halten.

Der TUC war maßgeblich daran beteiligt, für eine sichere Rückkehr an den Arbeitsplatz nach den Lockdowns zu sorgen (TUC 2020b), und entwickelte die erforderlichen Verfahren, damit umfassende Risikobewertungen und sichere Arbeitspraktiken auch garantiert eingeführt würden. Dazu gehörte, dass darauf gedrängt wurde, Risikobewertungen an nicht gewerkschaftlich organisierten Arbeitsplätzen durchzuführen und BAME-Beschäftigte besonders zu berücksichtigen. Für diejenigen, die ihren Arbeitsplatz verlieren, plädierte der TUC auch für eine neue Arbeitsplatzgarantie, eine Regelung, die eine mindestens sechsmonatige Beschäftigung mit akkreditierter Ausbildung vorsieht, die mindestens den realen existenzsichernden Lohn oder den von der Gewerkschaft ausgehandelten Tarifsatz für den Arbeitsplatz zahlt (TUC 2020d).

Die ganze Krise hindurch haben die Gewerkschaften die Regierung dazu aufgefordert, den Schlüsselkräften beizustehen und ihren Beitrag zu würdigen. In seinem jüngsten Bericht »Fixing Social Care« legt der TUC seine langfristigen Prioritäten für sektorspezifische Kampagnen dar: eine langfristige Finanzierungsregelung, gerechte Bezahlung und gute Arbeit, Branchentarifverhandlungen und begrenzte Beteiligung des Privatsektors (TUC 2020g). Gekämpft wurde für gerechte Löhne und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte, und die Regierung wurde aufgefordert, einen Mindestlohn von mindestens 10 Britischen Pfund (11 Euro) pro Stunde gesetzlich festzulegen und sicherzustellen, dass keine Pflegekraft weniger als den realen existenzsichernden Lohn erhält, dies mithilfe von rigorosen Mindesteinkommensstandards, die Abschaffung von Null-Stunden-Verträgen und Beendigung schlechter oder nicht vorhandener Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (TUC 2020i). Sie forderten die Regierung auch auf, für 2020/21 allen Beschäftigten in Gesundheit und Pflege einen Covid-19-Bonus von zehn Prozent zu zahlen, um anzuerkennen, wie sie bei ihrer Arbeit über sich selbst hinausgewachsen sind. Als dieser Bericht verfasst wurde, gab die Regierung einen Lohnstopp im öffentlichen Dienst für alle außerhalb des NHS Beschäftigten bekannt – dies nach einem Jahrzehnt der Lohnstagnation. TUC-Generalsekretärin Frances O'Grady sprach von einem »Schlag ins Gesicht« (Inman 2020). Auch wenn nun aufgrund der Überprüfung der Mindestlohn, jetzt »National Living Wage« betitelt, ab April 2021 um 2,2 Prozent auf 8,91 Britische Pfund (9,88 Euro) pro Stunde erhöht wird, ist dies immer noch weit von dem von den Gewerkschaften geforderten existenzsichernden Lohn entfernt.

8 ZUSAMMENFASSUNG

Die Covid-19-Pandemie in der Erwachsenenpflege stellt eine »Krise innerhalb einer Krise« dar (TUC 2020a). Sie hat viele lange bestehende Probleme in dem Sektor sichtbar gemacht und verstärkt, u. a. eine andauernde Unterfinanzierung des Sektors, eine tiefe Personalkrise mit hohen Va-

kanzraten, eine komplexe und fragmentierte Organisationsstruktur und ein problematischer Mangel an Daten. Die Regierung wurde im Januar 2020 gewarnt, dass der Sektor verwundbar sei, hat es allerdings versäumt, die Pflege zu priorisieren. Dies wird als ein großes Versäumnis angesehen (Unison 2020b), das dem Virus ermöglichte, einen hohen Tribut von einigen der verwundbarsten Mitglieder der Gesellschaft zu fordern. Die Pflegekräfte – überproportional viele davon weiblich, schwarz, ethnischen Minderheiten angehörig und mit Migrationshintergrund und seit Langem unterbewertet und unterbezahlt in unsicheren Arbeitsverhältnissen mit niedrigem Status – haben ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihr Leben aufs Spiel gesetzt und standen bei ihrer Arbeit vor enormen Herausforderungen.

Gewerkschaften und ihre Mitglieder waren maßgeblich daran beteiligt, die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften während der Krise zu verbessern und für PSA, Krankengeld und Unterkunft zu kämpfen. Unison hat ein neues parteiübergreifendes Bündnis gebildet, die Future Social Care Coalition, die mehr als 80 Organisationen und Einzelpersonen vereinigt, die einen sofortigen 3,9 Milliarden Britische Pfund schweren Nothilfefonds fordern, um den Pflegesektor durch die zweite Welle der Pandemie zu bringen (Future Social Care Coalition 2020; Unison 2020f). Gleichzeitig weist die Coalition darauf hin, dass und wie diese aktuellen Probleme mit den länger bestehenden systemimmanenten Problemen innerhalb des Sektors im Zusammenhang stehen.

Gewerkschaften und ihre Mitglieder spielten auch eine wichtige Rolle bei dem Wandel, der sich innerhalb der öffentlichen Meinung vollzogen hat. Inzwischen ist eine Mehrheit der Öffentlichkeit der Auffassung, Pflegekräfte seien unterbewertet und sollten besser bezahlt werden (National Care Forum 2020; Quilter-Pinner/Sloggett 2020). Sie kämpfen weiter für ein Ende der schlecht bezahlten und unsicheren Arbeit, bei der viele der im höchsten Maße unverzichtbaren Arbeitskräfte nicht einmal so viel verdienen, dass sie über die Runden kommen (Robertson 2020; siehe auch die Kampagne von Unison »No going back to normal«, Prentis 2020). Es gibt Beweise dafür, dass eine bessere Bezahlung die Qualität der Pflege verbessern kann und die Mitarbeiterbindung erhöht. Die Strukturen und Organisation des Sektors – und im Kern die Bedarfsprüfung – müssen auch in ein einfacheres, gerechteres und transparenteres System verwandelt werden (Cominetti et al. 2020). Ein Pflegesystem, das die Öffentlichkeit, aber auch die Regierung und die Medien besser verstehen können. Erhöhung der staatlichen Förderung durch Offenlegung, wo das Geld hinfließt und was damit gemacht wird, ist entscheidend wichtig, um zu überzeugen und zu erreichen, dass in Zukunft ein größerer Teil der staatlichen Ausgaben in die Pflege fließen wird.

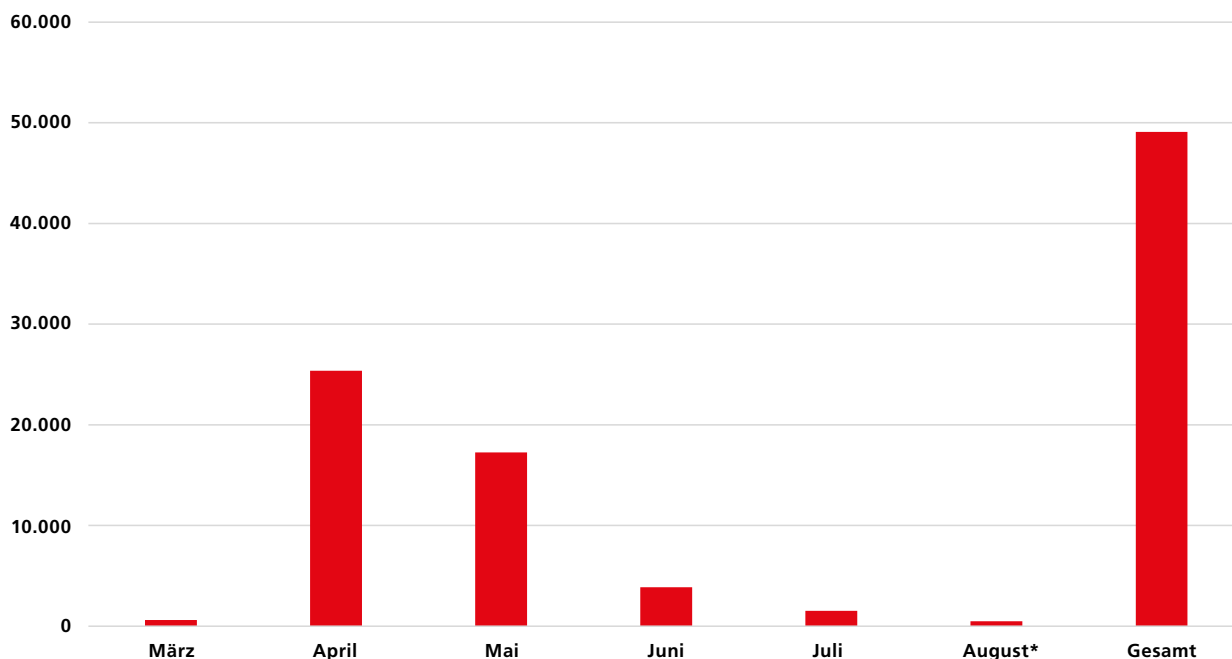
Die Krise offenbarte der breiten Öffentlichkeit die strukturellen Ungleichheiten, die sich auf die Pflegekräfte auswirken. Die Rolle der Gewerkschaften, die kollektive Stimme für die Interessen der Beschäftigten zu sein, war nie so wichtig wie jetzt. England ging mit einem sehr reduzierten

Sicherheitsnetz und von jahrelangen Sparmaßnahmen geschwächten öffentlichen Dienst in diese Krise. Die Gewerkschaftsbewegung plädiert nun für den Aufbau einer gerechteren Gesellschaft mit einer neuen Regelung für die öffentlichen Dienstleistungen:

»Der richtige Weg besteht darin, dass jede_r eine gute Arbeit mit guter Bezahlung und guten Arbeitsbedingungen hat, gemeinsam mit revitalisierten öffentlichen Dienstleistungen und einem stärkeren Sicherheitsnetz. Wir müssen in eine gerechtere Zukunft investieren, wir können es uns nicht leisten, es nicht zu tun« (TUC 2020e).

ANHANG

Abbildung 1
Gesamtzahl der Covid-19-Todesfälle in England, Januar–September 2020†



Quelle: ONS: Zahl der an die Care Quality Commission, England, gemeldeten Todesfälle, abgerufen am 25.11.2020.
† Die ersten Todesfälle in England wurden im März gemeldet. | * Schätzwert + c.30 Todesfälle hier

Abbildung 2 für denselben Zeitraum vergleicht Übersterblichkeit mit und ohne Covid-19. Dies gibt einen Einblick, wie viele überschüssige Todesfälle im Zusammenhang mit Covid-19 und wie viele überschüssige Todesfälle aufgrund einer anderen Todesursache gemeldet werden. Diese Todesfälle könnten falsch klassifizierte Covid-19-Todesfälle darstellen oder möglicherweise indirekt mit der Covid-19-Pandemie in Zusammenhang stehen (z. B. Todesfälle aufgrund anderer, im Kontext von Engpässen in der Pflege oder überlasteten Pflegesystemen stehender Ursachen). Der Anstieg der Übersterblichkeit für April und Mai 2020 in Abbildung 2 kann eindeutig Covid-19 zugeordnet werden. Beachten Sie den Anstieg der Todesfälle aufgrund von Nicht-Covid-19-Ursachen im Mai, gefolgt von Rückgängen im Juni und Juli 2020.

Abbildung 2
Gesamtzahl überschüssiger Todesfälle in England, Januar–September 2020
(Berechnet durch Vergleich der Todesfälle im Jahr 2020 mit dem Fünf-Jahres-Durchschnitt für dieselben Zeiträume)

Monat 2020	Covid-19 zugeschriebene Übersterblichkeit	prozentuale Veränderung zum Fünf-Jahres-durchschnitt	nicht Covid-19 zugeschriebene Übersterblichkeit für 2020	prozentuale Veränderung zum Fünf-Jahres-durchschnitt
März	+ 930	+ 3,1 %		
April	+ 36.045	+ 92,5 %	10.675	+ 27 %
Mai	+ 18.885	+ 42 %	1.627	+ 3,6 %
Juni	+ 862	+ 2,4 %	- 3.001	- 8,4 %
Juli	- 1.018	- 2,4 %	- 2.535	- 6 %
August	+ 1.349	+ 4 %	873	+ 2,5 %

Quelle: ONS: Zahl der an die Care Quality Commission, England, gemeldeten Todesfälle in Pflegeheimen, abgerufen am 25.11.2020.

Anmerkungen:

- (a) Da wir keinen Zugriff auf die Ist-Daten der Todesfälle im Fünf-Jahresdurchschnitt haben (besonders die Standardabweichung), ist es nicht möglich, definitive Aussagen zu der statistischen Bedeutung dieser Zahlen zu machen. Die für fünf Jahre durchschnittliche Zahl der Todesfälle variiert nicht groß von Monat zu Monat (oder sogar von Woche zu Woche) und weist regelmäßige jahreszeitliche Höhe- und Tiefpunkte auf, daher ist es relativ klar, dass die Steigerungen der Todesfälle von 92 Prozent und 42 Prozent für April und Mai 2020 abnormal sind und etwas zu bedeuten haben. Es scheint auch wahrscheinlich zu sein, dass die letzte Märzwoche (+10 Prozent) und die erste Septemberwoche (–16 Prozent) signifikant sind, obwohl es sich bei Letzterem um ein Berichtsartefakt im Zusammenhang mit dem Feiertag handeln könnte.
- (b) Wir haben überschüssige Todesfälle, die Covid-19 nicht zugeordnet werden, mit aufgenommen, da es möglich ist, dass diese nicht diagnostizierte Covid-19-Todesfälle darstellen. Die Daten zeigen jedoch ein anderes Muster bei den Covid-19-Todesfällen. Diese steigen im April 2020 deutlich (+27 Prozent), scheinen dann aber im Juni und Juli (–8 Prozent und –6 Prozent) erheblich zurückzugehen. Dies impliziert, dass es sich bei der Mehrheit tatsächlich um Nicht-Covid-19-Todesfälle handelt, die durch Maßnahmen zur Covid-19-Kontrolle eher »vorverlegt« wurden, als dass es sich um nicht diagnostizierte Covid-19-Fälle handelt. Der Rückgang bei der Zahl der Nicht-Covid-19-Todesfälle später (Juni/Juli 2020) ist geringer (ungefähr 5.5000) als der Anstieg im April 2020 (ungefähr 10.500), daher ist es wahrscheinlich, dass ein paar nicht diagnostizierte Covid-19-Fälle darunter sind.

Todesfälle in Pflegeheimen, England, Januar–September 2020

Das ONS sammelt die von der CQC (Care Quality Commission) übermittelten Meldungen von Todesfällen in Pflegeheimen im Vereinigten Königreich, nach Ländern sortiert.

Gesamtzahl der an die CQC (England) gemeldeten Todesfälle in Pflegeheimen bis 31.8.2020 – 14.341

Das ONS sammelt jedoch auch seine eigenen Daten und gibt eine viel höhere Zahl an, auch wenn der Grund für diesen Unterschied äußerst unklar ist. Während sich die Zahl oben auf Ende August 2020 bezieht, gibt das ONS am 2.7.2020 bekannt: »Die Gesamtzahl der Todesfälle von Pflegeheimbewohner_innen im Zusammenhang mit COVID-19 in England lag bei 18.562 (8.328 Männer und 10.234 Frauen)« (Office for National Statistics 2020). Dies scheinen Todesfälle zu sein, die nach dem 20.6.2020 erfasst wurden. Der wahrscheinlichste Grund für den Unterschied ist wohl, dass die überschüssigen Todesfälle eher in Krankenhäusern auftraten als in Pflegeheimen, diese aber Pflegeheimbewohner_innen waren. Wir können das allerdings nicht bestätigen.

Prozentsatz der Gesamttodesfälle in Pflegeheimen/Krankenhäusern/zu Hause

»Von allen Todesfällen, die im Vereinigten Königreich im Zusammenhang mit COVID-19 erfasst wurden, ereigneten sich 17.127 (31%) in Pflegeheimen und mindestens 21.775 (40%) entfielen auf Pflegeheimbewohner_innen. Es gab Unterschiede innerhalb des Vereinigten Königreichs. In Schottland ereigneten sich 47% der COVID-19 zugeschriebenen Todesfälle in Pflegeheimen. Diese Zahl beträgt in Nordirland 42%, in **England 30%** und in Wales 28%. Im Hinblick der Todesfälle, die auf Pflegeheimbewohner_innen entfallen, gibt es auch wieder Unterschiede zwischen den Ländern. In Nordirland entfielen 51% aller COVID-19-bezogenen Todesfälle auf Pflegeheimbewohner_innen, verglichen mit 51% in Schottland, **39% in England** und 34% in Wales« (Bell et al. 2020).

LITERATUR

- Alderwick, H., Tallack, C. and Watt, T.** (2019): What Should Be Done to Fix the Crisis in Social Care? Five Priorities for Government, The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/what-should-be-done-to-fix-the-crisis-in-social-care> (20.11.2020)
- Age UK** (2019): General Election Manifesto 2019, <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/campaigns/ge-2019/age-uk-general-election-manifesto-2019.pdf> (20.11.2020).
- Age UK** (2020a): Care Home Residents are Being Clobbered with a »Coronavirus Bill«, <https://www.ageuk.org.uk/latest-press/articles/2020/06/care-home-residents-are-being-clobbered-with-a-coronavirus-bill/> (20.11.2020).
- Age UK** (2020b): Behind the Headlines: Time to Bring our Care Workers in from the Cold, London, <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-andpublications/time-to-bring-our-care-workers-in-from-the-cold-2nd-november-2020.pdf> (20.11.2020).
- Amnesty International** (2020): As if Expendable: The UK Government's Failure to Protect Older People in Care Homes during the COVID-19 Pandemic, <https://www.amnesty.org.uk/files/2020-10/Care%20Homes%20Report.pdf> (20.11.2020).
- Barnes, Sophie; Donnelly, Laura** (2020): Care Staff Ordered to Work in One Home Only, Telegraph, <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/10/21/workers-banned-moving-care-homes-bid-halt-covid-spread/> (20.11.2020).
- BBC** (2020): Coronavirus Deaths: How Big Is the Epidemic in Care Homes?, <https://www.bbc.co.uk/news/health-52284281> (20.11.2020).
- Bell, David; Comas-Herrera, Adelina; Henderson, David; Jones, Si  n; Lemmon, Elizabeth; Moro, Mirko; Murphy, Si  bh  n; O'Reilly, Dermot; Patrignani, Pietro** (2020): COVID-19 Mortality and Long-Term Care: A UK Comparison, in: LTCcovid.org, International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE, August 2020, <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/08/COVID-19-mortality-in-long-term-care-final-Sat-29-v1.pdf> (20.11.2020).
- 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).
- BMA** (2020): Health and Manufacturing Unions Join Forces in Call for Mass PPE Manufacturing Effort, <https://www.bma.org.uk/bma-media-centre/health-and-manufacturing-unions-join-forces-in-call-for-mass-ppe-manufacturing-effort> (20.11.2020).
- Bodkin, Henry** (2020): 25,000 Patients Discharged into Care Homes without Coronavirus Tests at Height of Crisis, Telegraph, <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/06/11/25000-patients-discharged-care-homes-without-coronavirus-tests/> (12.6.2020).
- Bottery, Simon; Babalola, Gbemi** (2020): Social Care 360, Kings Fund, <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-care-360> (20.11.2020).
- Bottery, Simon; Varrow, Michael; Thorlby, Ruth; Wellings, Dan** (2018): A Fork in the Road: Next Steps for Social Care Funding Reform: The Costs of Social Care Funding Options, Public Attitudes to Them – and the Implications for Policy Reform, The Health Foundation and King's Fund, London, <https://www.health.org.uk/publications/a-fork-in-the-road-next-steps-for-social-care-funding-reform> (20.11.2020).
- CQC** (2020a): Regulating during COVID-19: Why Raising Concerns about Care Is More Important than Ever, <https://www.cqc.org.uk/news/stories/regulating-during-covid-19-why-raising-concerns-about-care-more-important-ever> (20.11.2020).
- Care Quality Commission** (2020b): Covid-19 Insight 5: Our Data, <https://www.cqc.org.uk/publications/major-reports/covid-19-insight-5-our-data> (20.11.2020).
- Cominetti, Nye; Gardiner, Laura; Kelly, Gewin** (2020): What Happens after the Clapping Finishes? The Pay, Terms and Conditions We Choose for Care Workers, Spotlight, 19.4.2020, Resolution Foundation, <https://www.resolutionfoundation.org/publications/what-happens-after-the-clapping-finishes/> (20.11.2020).
- Comas-Herrera, Adelina; Zalaka  n, Joseba; Lemmon, Elizabeth; Henderson, David; Litwin, Charles; Hsu, Amy T.; Schmidt, Andrea E.; Arling, Greg; Fern  ndez, Jose-Luis** (2020): Mortality Associated with COVID-19 Outbreaks in Care Homes: Early International Evidence, LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/> (20.11.2020).
- Department of Health and Social Care** (2020a): Health and Wellbeing of the Adult Social Care Workforce, <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-health-and-wellbeing-of-the-adult-social-care-workforce/health-and-wellbeing-of-the-adult-social-care-workforce> (20.11.2020).
- Department of Health and Social Care** (2020b): Proposal to Regulate to Stop Movement of Staff between Care Settings, <https://www.gov.uk/government/consultations/stopping-movement-of-staff-between-care-settings/proposal-to-regulate-to-stop-movement-of-staff-between-care-settings> (20.11.2020).
- Dorling, Danny** (2017): Austerity and Mortality, in: Cooper, V.; Whyte, D. (Hrsg.): The Violence of Austerity, London, S. 44–50.
- Dromey, Joe; Hochlaf, Deam** (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).
- Dunn, Phoebe; Allen, Lucinda; Cameron, Genevieve; Alderwick, Hugh; Malhotra, Akanksha M.** (2020a): Covid-19 Policy Tracker: A Timeline of National Policy and Health System Responses to COVID-19 in England, <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/covid-19-policy-tracker> (20.11.2020).
- Dunn, Phoebe; Allen, Lucinda; Cameron, Genevieve; Alderwick, Hugh; Malhotra, Akanksha M.** (2020b): Briefing: Adult Social Care and COVID-19: Assessing the Policy Response in England so far, Health Foundation, <https://doi.org/10.37829/HF-2020-P06> (20.11.2020).
- Edwards, Nigel; Curry, Natasha** (2020): Deaths in Care Homes: What Do the Numbers Tell Us? Nuffield Trust Comment, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/deaths-in-care-homes-what-do-the-numbers-tell-us> (20.11.2020).
- Eastwood, Neil** (2020): Practical Steps for Recruiting during Coronavirus, Care Management Matters, <https://www.caremanagementmatters.co.uk/feature/practical-steps-for-recruiting-during-coronavirus/> (20.11.2020).
- Enback, Sabina** (2020): Covid-19 Insights: Impact on Staff and Priorities for Recovery, Skills for Health, <https://www.skillsforhealth.org.uk/images/pdf/Covid-19-Workforce-Insights-Impact-on-staff-and-organisational-priorities.pdf> (20.11.2020).
- Future Social Care Coalition** (2020): Who We Are, <https://futuresocialcarecoalition.org/about/> (20.11.2020).
- Globalhealth5050** (2021): The Sex, Gender and Covid-19 Project, <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/#1586248980572-3839d9fe-3b88>
- 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> (20.11.2020).
- Harris, Tom; Hodge, Louis; Philips, David** (2019): English Local Government Funding: Trends and Challenges in 2019 and Beyond, Institute for Fiscal Studies, London, <https://www.ifs.org.uk/uploads/English-local-government-funding-trends-and-challenges-in-2019-and-beyond-IFS-Report-166.pdf> (20.11.2020).
- Hill, Amelia** (2020): Coronavirus: Vulnerable People May Die Alone Due to Impact on UK Home Care, <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/17/coronavirus-crisis-home-care-providers-uk-abandon-vulnerable> (20.11.2020).
- Hodgson, Karen; Grimm, Fiona; Vestesson, Emma; Brine, Richard; Deeny, Sarah** (2020): Briefing: Adult Social Care and Covid-19: Assessing the Impact on Social Care Users and Staff in England so far, Health Foundation 2020, <https://doi.org/10.37829/HF-2020-Q16> (20.11.2020).

House of Lords Economic Affairs Committee (2019): 7th Report of Session 2017–19 Social Care Funding: Time to End a National Scandal, HL Paper 392, Parliament, London, <https://publications.parliament.uk/pa/ld201719/ldselect/ldeconaf/392/392.pdf> (20.11.2020).

Idriss, Omar; Tallack, Charles; Shembavnekar, Nihar (2020): Social Care Funding Gap, The Health Foundation, <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/REAL-social-care-funding-gap> (20.11.2020).

Inman, Phillip (2020): Pay Freeze for Millions of UK Workers »A Kick in the Teeth«, Say Unions, in: The Guardian, <https://www.theguardian.com/politics/2020/nov/25/pay-freeze-for-millions-of-workers-a-kick-in-the-teeth-say-unions> (20.11.2020).

IPPR (2018): Better Health and Care for All: A 10-Point Plan for the 2020s, IPPR, London, <https://www.ippr.org/files/2018-06/better-health-and-care-for-all-june2018.pdf> (20.11.2020).

Kikuchi, Lukas; Khurana, Ishan (2020): The Jobs at Risk Index (JARI): Which Occupations Expose Workers to COVID-19 Most?, London.

Matheou, Demetrios (2020): The Best of Trade Union Empowerment: The Story behind a Decisive Homecare Legal Victory, <https://magazine.unison.org.uk/2020/09/29/the-best-of-trade-union-empowerment-the-story-behind-a-decisive-homecare-legal-victory/> (20.11.2020).

McLaughlin, Chris (2020): Sick Carers Forced to Survive on £15 a Day if They are too Unwell to Go to Work, in: Mirror, <https://www.mirror.co.uk/news/politics/sick-carers-forced-survive-15-22491502> (20.11.2020).

NAO (2020): Readyng the NHS and Adult Social Care in England for COVID-19, Department of Health and Social Care, <https://www.nao.org.uk/report/readying-the-nhs-and-adult-social-care-in-england-for-covid-19/> (20.11.2020).

National Care Forum (2020): Care Workers are Undervalued and Underpaid, According to New Research to Mark Professional Care Workers' Week, <https://www.nationalcareforum.org.uk/ncf-press-releases/care-workers-are-undervalued-and-underpaid-according-to-new-research-to-mark-professional-care-workers-week/> (20.11.2020).

Nyashanu, Mathew; Pfende, Farai; Ekpenyong, Mandu (2020): Exploring the Challenges Faced by Frontline Workers in Health and Social Care amid the COVID-19 Pandemic: Experiences of Frontline Workers in the English Midlands Region, UK, *Journal of Interprofessional Care* 34 (5), pp. 655–61, DOI: 10.1080/13561820.2020.1792425 (20.11.2020).

ONS (2020a): Coronavirus (Covid-19) Related Deaths by Occupation, England and Wales: Deaths Registered between 9 March and 25 May 2020, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween-9marchand25may2020> (20.11.2020).

ONS (2020b): Impact of Coronavirus in Care Homes in England: 26 May to 19 June 2020, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/impactofcoronavirusincarehomesinenglandivaldi/26mayto19june2020> (20.11.2020).

ONS (2020c): Comparison of All-Cause Mortality between European Countries and Regions: January to June 2020, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/comparisonsofallcaus mortalitybetween europeancountriesandregions/januarytojune2020> (20.11.2020).

ONS (2020d): Number of Deaths »Due to« and »Involving« Coronavirus (COVID-19), by Cause of Death, Deaths Registered between 1 January and 4 September 2020, England and Wales, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/adhocs/12273numberofdeathsduetoandinvolvingcoronaviruscovid19bycauseofdeathdeathsregisteredbetween1januaryand4september2020englandandwales> (20.11.2020).

ONS (2020e): Deaths in Private Homes: England and Wales (provisional): Deaths Registered from 28 December 2019 to 11 September 2020, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/deathsinprivatehomesenglandandwalesprovisional/deathsregisteredfrom28december2019to11september2020> (20.11.2020).

Parliament (2020): House of Commons Health and Social Care Committee, Social Care: Funding and Workforce, Third Report of Session 2019–21, House of Commons, <https://committees.parliament.uk/publications/3120/documents/29193/default/> (20.11.2020).

Peart, Lee (2020): Care Heroes: Carers Live in Tents at Care Home to Shield Residents during Pandemic, Care Home Professional, <https://www.carehomeprofessional.com/care-heroes-carers-live-in-tents-at-care-home-to-shield-residents-during-pandemic/> (20.11.2020).

Pegg, David (2020): What Was Exercise Cygnus and What Did It Find?, Guardian, <https://www.theguardian.com/world/2020/may/07/what-was-exercise-cygnus-and-what-did-it-find> (20.11.2020).

Prentis, Dave (2020): No Going Back to Normal, Unison, <https://www.unison.org.uk/news/2020/09/blog-no-going-back-normal/> (20.11.2020).

Public Health England (2016): Exercise Cygnus Report Tier One Command Post Exercise Pandemic Influenza 18 to 20 October 2016, https://www.scribd.com/document/460161101/Cygnus-Redacted-Annex-01scribd-Redactedv3#download&from_embed (20.11.2020).

Public Health England (2020a): Disparities in the Risk and Outcomes of Covid-19, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf (20.11.2020).

Public Health England (2020b): Beyond the Data: Understanding the Impact of COVID-19 on BAME Groups, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892376/COVID_stakeholder_engagement_synthesis_beyond_the_data.pdf (20.11.2020).

Quilter-Pinner, Harry; Sloggett, Richard (2020): Care after Coronavirus: An Emerging Consensus, <https://www.ippr.org/blog/ippr-policy-exchange-social-care-polling> (20.11.2020).

Rayner, Vic (2020): Do It to Protect Social Care, National Care Forum, <https://www.nationalcareforum.org.uk/draft/do-it-to-protect-social-care/> (20.11.2020).

Robertson, Mary (2020): The Public Sector Pay Rise is Long Overdue: But many Workers are Still Left Out, TUC, <https://www.tuc.org.uk/blogs/public-sector-pay-rise-long-overdue-many-workers-are-still-left-out> (20.11.2020).

Rowland, David (2019): Corporate Care Home Collapse and »Light Touch« Regulation: A Repeating Cycle of Failure, LSE Blog, <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/corporate-care-homes/> (20.11.2020).

RCN (2017): Safe and Effective Staffing: Nursing Against the Odds, UK Policy Report, Royal College of Nursing, London, <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-006415> (20.11.2020).

RCN (2018): Royal College of Nursing Response to the House of Lords Economic Affairs Committee Inquiry into Social Care Funding in England, <https://www.rcn.org.uk/about-us/our-influencing-work/policy-briefings/CONR-6618#tab1> (20.11.2020).

Science and Technology Committee (2020): COVID-19 Pandemic: Some Lessons Learned so far, House of Commons, <https://publications.parliament.uk/pa/cm5801/cmselect/cmsctech/correspondence/200518-Chair-to-Prime-Minister-re-COVID-19-pandemic-some-lessons-learned-so-far.pdf> (20.11.2020).

Skills for Care (2019): The State of the Adult Social Care Sector and Workforce in England, Leeds, www.skillsforcare.org.uk/stateof (20.11.2020).

Skills for Care (2020a): The State of the Adult Social Care Sector and Workforce in England, Leeds, www.skillsforcare.org.uk/stateof (20.11.2020).

Skills for Care (2020b): The Impact of COVID-19 on the Adult Social Care Workforce (summary), <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/Topics/COVID-19/COVID-19-survey.aspx> (20.11.2020).

Skills for Care; The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (2020): Covid-19 Guidance for the Support and Wellbeing of Adult Social Workers and Social Care Professionals in a Pandemic Crisis, NHS, <https://www.skillsforcare.org.uk/Documents/Learning-and-development/social-work/psw/COVID-19-Guidance-for-Adult-Social-Care-Professionals-CSW.pdf> (20.11.2020).

Slasberg, Colin; Beresford, Peter (2020): Toward a New Start and Sustainable Future for Adult Social Care, Research, Policy and Planning 33 (3–4), <https://www.shapingourlives.org.uk/wp-content/uploads/2020/07/Toward-a-new-start-and-a-sustainable-future-for-adult-social-care.pdf> (20.11.2020).

The Health Foundation (2020): What Has Been the Impact of Covid-19 on Care Homes and the Social Care Workforce, Covid-19 Chart Series, <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/what-has-been-the-impact-of-covid-19-on-care-homes-and-social-care-workforce> (20.11.2020).

The King's Fund (2018): The Health and Care Workforce in England: Make or Break? The King's Fund, London, <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-11/The%20health%20care%20workforce%20in%20England.pdf> (20.11.2020).

Thomas, Chris (2020): #CareFitForCarers: Parity for Social Care, IPPR, <https://www.ippr.org/blog/parity-for-social-care> (20.11.2020).

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).

Thorlby, Ruth; Starling, Anna; Broadbent, Catherine; Watt, Toby (2019): What's the Problem with Social Care, and Why Do We Need to Do Better? The Health Foundation, The Institute for Fiscal Studies and The King's Fund, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-06/nhs-at-70-what-s-the-problem-with-social-care-and-why-do-we-need-to-do-better.pdf> (20.11.2020).

TUC (2020a): Lack of PPE for Health and Social Care Staff Is a »Crisis within a Crisis«, Unions Warn Ministers, <https://www.tuc.org.uk/news/lack-ppe-health-and-social-care-staff-crisis-within-crisis-unions-warn-ministers> (20.11.2020).

TUC (2020b): Preparing for the Return to Work outside the Home: A Trade Union Approach, <https://www.tuc.org.uk/research-analysis/reports/preparing-return-work-outside-home-trade-union-approach> (20.11.2020).

TUC (2020c): Job Guarantee Scheme Is Essential for the UK Recovery Plan, Says TUC, <https://www.tuc.org.uk/news/job-guarantee-scheme-essential-uk-recovery-plan-says-tuc> (20.11.2020).

TUC (2020d): A New Plan for Jobs: Why We Need a New Jobs Guarantee, <https://www.tuc.org.uk/sites/default/files/2020-06/Jobsguaranteereport2.pdf> (20.11.2020).

TUC (2020e): A Better Recovery: Learning the Lessons of the Corona Crisis to Create a Stronger, Fairer Economy, <https://www.tuc.org.uk/ABetterRecovery> (20.11.2020).

TUC (2020f): Union Membership Rises for Third Year Running to 6.4 Million, <https://www.tuc.org.uk/blogs/union-membership-rises-third-year-running-64-million> (20.11.2020).

TUC (2020g): Ministers Must Extend Job Retention Scheme to Save Jobs, Says TUC, <https://www.tuc.org.uk/news/ministers-must-extend-job-retention-scheme-save-jobs-says-tuc#:~:text=Ministers%20must%20extend%20job%20retention%20scheme%20to%20save%20jobs%2C%20says%20TUC,-Issue%20date&text=%E2%80%9CThat%20means%20extending%20the%20job,and%20across%20the%20public%20sector> (20.11.2020).

TUC (2020h): Fixing Social Care: Better Quality Services and Jobs, <https://www.tuc.org.uk/research-analysis/reports/fixing-social-care> (20.11.2020).

TUC (2020i): Key Workers: Decent Pay and Secure Work for Key Workers through Coronavirus and Beyond, <https://www.tuc.org.uk/campaigns/we-need-decent-pay-and-secure-work-key-workers> (20.11.2020).

Unison (2012): Unison's Ethical Care Charter, <https://www.unison.org.uk/content/uploads/2016/08/22014.pdf> (20.11.2020).

Unison (2020a): Delivering Core Services During the Pandemic and Beyond (DEL0046), April 2020, <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/2671/html/> (20.11.2020).

Unison (2020b): Care after Covid: A UNISON Vision for Social Care, Juni 2020, London, <https://www.unison.org.uk/content/uploads/2020/06/A-UNISON-Vision-for-Social-Care-June-2020.pdf> (20.11.2020).

Unison (2020c): Social Care Funding and Workforce (SCF0030), Juni 2020, <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/6289/html/> (20.11.2020).

Unison (2020d): 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/> (20.11.2020).

Unison (2020e): Care Funding Must Get Through to Those Who Need It, Says Unison, <https://www.unison.org.uk/news/2020/09/care-funding-must-get-need-says-unison/> (20.11.2020).

Unison (2020f): »Time for Fair Wage for Social Care Workers on Forgotten Frontline«, Says new Coalition, <https://www.unison.org.uk/news/press-release/2020/11/time-fair-wage-social-care-workers-forgotten-frontline-says-new-coalition/> (20.11.2020).

Unite (2020): Social Care in Crisis: Time to Insource Social Care Services, Unite, <https://uniteforoursociety.org/assets/91871Social1care1in1crisis-1booklet.pdf> (20.11.2020).

Ward, Deborah (2019): Average Pay for Care Workers: Is it a Supermarket Sweep?, The King's Fund, <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2019/08/average-pay-for-care-workers> (20.11.2020).

Woodcock, Andrew (2020): Coronavirus: Bereaved Families of Migrant NHS Cleaners and Porters Locked Out of Leave-to-Remain Scheme: Exclusion of Low-Paid Workers by Home Office Branded »Outrageous Scandal« by Union, Independent, <https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/coronavirus-nhs-cleaners-leave-remain-scheme-home-office-a9523111.html> (20.11.2020).

Woolham, John; Samsi, Kritika; Norrie, Caroline; Manthorpe, Jill (2020): The Impact of the Coronavirus (Covid-19) on People Who Work as Social Care Personal Assistants, London, NIHR Policy Research Unit in Health and Social Care Workforce, The Policy Institute, King's College London, <https://doi.org/10.18742/pub01-036> (20.11.2020).

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.

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