

A close-up portrait of a healthcare worker, likely a nurse, wearing extensive personal protective equipment (PPE). They are wearing a blue surgical cap, a clear face shield, a pink surgical mask, and a clear plastic apron over blue scrubs. A name tag is visible on the apron. The background is slightly blurred, showing what appears to be a window with blinds.

Jorge Hernández-Moreno und Manuel Pereira-Puga

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in Spanien

EUROPA

EUROPA

Europa braucht Soziale Demokratie!

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

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

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

Über diese Publikation

In Spanien haben sich während der Pandemie die harten Arbeitsbedingungen im unterfinanzierten Altenpflegesektor, mit seinen niedrigen Löhnen in praktisch allen Berufsgruppen sowie dem hohen Anteil an Zeit- und Teilzeitarbeitsverträgen, noch weiter verschlechtert. Der Mangel an Ausbildung, Testmöglichkeiten und persönlicher Schutzausrüstung führte in Kombination mit langen anstrengenden Arbeits- und gestrichenen Urlaubstagen zu körperlicher und psychischer Erschöpfung. Während des Analysezeitraums setzten sich die Gewerkschaften für bessere Arbeitsbedingungen ein, fanden es aber schwierig, ihre Forderungen bei den verschiedenen Institutionen (zentral und regional) durchzusetzen.

Über die Autoren

Jorge Hernández-Moreno forscht aktuell als Doktorand am Institut für öffentliche Güter und Politik (IPP-CSIC). Er ist an zwei kompetitiv finanzierten Forschungsprojekten zu territorialer Governance von Sozialpolitik beteiligt und hat mehrere Artikel und Buchbeiträge zu diesem Thema veröffentlicht. jorgejose.hernandez-moreno@cchs.csic.es

Manuel Pereira-Puga erhielt seinen Dokortitel in Soziologie von der Universität von Coruna (Spanien). Er arbeitet am Institut für öffentliche Güter und Politik (IPP-CSIC) und lehrt Soziologie an der Universität Carlos III in Madrid. Seine Forschungsinteressen beinhalten Themen im Bereich Forschung und Entwicklung, Hochschulbildung und Politik sowie Gesundheits- und Sozialpolitik. manuel.pereira@csic.es

Danksagung

Die Autoren danken den Interviewpartner_innen, mit ihrer Gesprächsbereitschaft einen Beitrag zu diesem Bericht zu leisten, sowie der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Fundación Alternativas, dass sie die Kontakte zu den Befragten hergestellt haben. Sie möchten sich ebenso bei Eloise del Pino für ihre Kommentare, Kritiken und Vorschläge zu einer früheren Version dieser Arbeit bedanken und bei Francisco Javier Moreno Fuentes für dessen Ratschläge. Die Verantwortung für eventuelle Fehler liegt allein bei den Autoren.

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

Jorge Hernández-Moreno und Manuel Pereira-Puga

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in Spanien

1	EINLEITUNG	2
2	ALTENPFLEGE IN SPANIEN	2
	2.1 Verwaltung des Pflegesystems	2
	2.2 Häusliche Altenpflege und Altenpflegeheime	3
	2.3 Arbeitsbedingungen	4
3	DIE AUSWIRKUNGEN DES CORONAVIRUS AUF ÄLTERE IN SPANIEN	5
4	ALTENPFLEGEKRÄFTE WÄHREND DER ERSTEN COVID-19-WELLE	6
	4.1 Reaktionen der Regierung auf mehreren Ebenen	6
	4.2 Altenpflegepersonal	7
	4.3 Ausbildung und Qualifikationen	8
5	GEWERKSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN	9
	5.1 Zahl der Beschäftigten in Altenpflegeheimen und häuslicher Altenpflege erhöhen	10
	5.2 Arbeitsbedingungen verbessern und Löhne erhöhen	10
	5.3 Qualifizierte Ausbildung für Beschäftigte garantieren	10
	5.4 Arbeits- und Gesundheitsschutz	10
	5.5 SAAD-Finanzierung verbessern	11
	5.6 Covid-19 und der Kampf der Gewerkschaften	11
6	ZUSAMMENFASSUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	12
	Literatur	13
	Abkürzungen	15

1 EINLEITUNG

Im Rahmen des Projekts »An der Corona-Front: Altenpflegekräfte in neun europäischen Ländern und Regionen« analysiert dieser Bericht, wie der Altenpflegesektor in Spanien von der Corona-Krise getroffen wurde, und benennt die wichtigsten Probleme und Herausforderungen der Beschäftigten in Altenpflegeheimen und der häuslichen Altenpflege vom Beginn der Pandemie bis 1.9.2020. Gleichzeitig setzt dieser Bericht die Arbeitsbedingungen in Relation zu der Servicequalität des Sektors und stellt die arbeitsbezogenen Forderungen der spanischen Gewerkschaftsorganisationen zusammen. Zu diesem Zweck wurden elf halbstrukturierte Interviews mit Expert_innen, Gewerkschaftsvertreter_innen, früheren politischen Entscheidungsträger_innen und dem Präsidenten der Arbeitgeberorganisation des Pflegeheimsektors geführt.¹ Außerdem wurden Rechtsdokumente, Richtlinien, Protokolle, nationale und internationale Berichte und andere Dokumente analysiert.

Im Rahmen der ersten Pandemiewelle förderten alle institutionellen Interessenvertreter_innen (zentrale und regionale öffentliche Verwaltungen) und der private Sektor eine Reihe von Initiativen, um den Personalmangel in den verschiedenen Altenpflegebereichen in den Griff zu bekommen. Diese Bemühungen reichten jedoch aufgrund des bereits bestehenden Personalmangels in dem Sektor und den massiven Auswirkungen des Virus besonders auf Altenpflegeheime nicht aus. Ebenso wie in anderen Ländern hieß das, dass Sondermaßnahmen getroffen werden mussten, wie z. B. der Einsatz von Militärpersonal oder anderen Rettungsdiensten, um die Erbringung der Dienstleistungen zu gewährleisten.

In Spanien verschlechterten sich die Probleme aufgrund der Ausbildung und Qualifikation der in Altenpflegeheimen und in der häuslichen Altenpflege Beschäftigten während der ersten Welle der Pandemie. Dies lag an der Umsetzung der neuen »Sonder- und Übergangsregelung«, die erlaubte, Personal einzustellen, das über keinen Ausbildungsnachweis oder keine Erfahrungen im Altenpflegebereich verfügte. Zudem empfanden es die nichtmedizinischen Arbeitskräfte als schwierig, mit einer Infektionskrankheit umzugehen, da sie über keine ausreichende Ausbildung im Gesundheitswesen verfügten.

Die bereits mangelhafte Arbeitsplatzqualität mit geringen Lohnniveaus in praktisch allen Berufsgruppen sowie der hohe Anteil von Zeitarbeits- und Teilzeitverträgen verschlechterten die Situation während der Pandemie. Das Altenpflegepersonal musste in Doppelschichten arbeiten, Einsätze in unterschiedlichen Altenpflegediensten aneinanderreihen oder Ruhetage und Urlaube streichen. Außer an diagnostischen Tests mangelte es den Beschäftigten in dem Sektor generell an Mitteln sowie wichtiger medizinischer Versorgung und ausreichend geeigneter Schutzaus-

rüstung, wodurch sie ihre eigene Gesundheit und die der Pflegebedürftigen gefährdeten.

Im Zeitraum der Analyse fokussierten sich die gewerkschaftlichen Forderungen auf folgende Punkte: (1) Zahl der Beschäftigten in den Altenpflegediensten steigern, (2) Löhne erhöhen und Arbeitsbedingungen verbessern, (3) geeignete Ausbildung garantieren, (4) Gesundheit und Sicherheit gewährleisten und (5) das Finanzierungssystem stärken. Die Gewerkschaften stellten jedoch fest, dass es schwierig war, ihre Forderungen bei den verschiedenen Einrichtungen (sowohl zentral als auch regional) durchzusetzen.

2 ALTENPFLEGE IN SPANIEN

2.1 Verwaltung des Pflegesystems

Die spanische Verfassung und die Autonomiestatuten von 1978 für die 17 autonomen Regionen (1979 bis 1983 eingerichtet) anerkannten und ermöglichten einen umfassenden Dezentralisierungsprozess (Colino 2020). Diesbezüglich hat sich der Wohlfahrtsstaat im Einklang mit dem Regionalstaat in Richtung eines dezentralisierten Systems entwickelt, bei dem subnationale Regierungen (regional und lokal) erhebliche legislative, exekutive und Verwaltungskompetenzen in wesentlichen Bereichen wie Gesundheit, Bildung und soziale Dienste besitzen (Gallego/Subirats 2012).

Der Meilenstein in Spanien für die Politik zur Betreuung pflegebedürftiger Personen, die auch die Betreuung pflegebedürftiger älterer Personen einschließt, wurde mit dem Gesetz zur Förderung der persönlichen Autonomie und der Betreuung für Personen mit speziellen Bedürfnissen (LAPAD) eingeführt, das die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit als subjektives Recht festlegte. Dieses Gesetz trat am 1.1.2007 in Kraft und setzte das System für Autonomie und Pflege bei Pflegebedürftigkeit (SAAD) um.

Das LAPAD richtete auch den SAAD Territorial Council als multilaterales Kooperationsorgan ein, das Zentralregierung, Regionen und in manchen Fällen Regionalregierungen zusammenbrachte. Dieses Organ ist verantwortlich für Entscheidungen über die Kriterien für die Mittelverteilung und Entscheidungen zu verschiedenen Aspekten, die sich auf die Umsetzung des LAPAD beziehen.

UMSETZUNG, VERWALTUNG UND FINANZIERUNG

In Spanien sind die Regionen für die Umsetzung und Verwaltung des Systems zuständig. Der potenzielle Begünstigte oder seine Familie können einen Antrag auf Zugang zum SAAD stellen, während die Sozialdienste in den Regionen den Grad der Pflegebedürftigkeit jedes und jeder Einzelnen anhand einer Skala bewerten, wobei die Bewertung dann den oder die Begünstigte_n zu bestimmten Sach- und Geldleistungen berechtigt. Die regionalen Verwaltungen, die mit den Bedürftigen oder deren Familien arbeiten, ent-

¹ Eine erweiterte Version dieses Dokuments auf Spanisch wurde von der Fundación Alternativas veröffentlicht, verfügbar unter: http://bit.ly/DOC_Cuidados.

scheiden über Art und Grad der Dienstleistungen, die bereitgestellt werden sollten. Die Rolle der lokalen Behörden schwankt zwischen den Regionen erheblich, je nach regionalen Gesetzen. Generell stellen sie Dienstleistungen zur Verfügung, die mit eigenen Ressourcen finanziert werden, beispielsweise spezielle Dienste wie häusliche Altenpflege.

Die SAAD-Finanzierung ist in drei Stufen eingeteilt (Sánchez Maldonado et al. 2010). Der Zentralstaat deckt die Kosten der garantierten Mindestversorgung, während die Region für deren Verwaltung zuständig ist. Darüber hinaus wird das Schutzniveau zwischen dem Zentralstaat und den Regionen vereinbart, wobei die Mittel aus der Region den Mitteln der Zentralregierung entsprechen oder diese übersteigen. Des Weiteren gibt es eine zusätzliche, von jeder Region festgelegte Förderhöhe, die aus dem eigenen Budget finanziert wird (Del Pino/Ramos 2017: 139), und dies führt zu starken territorialen Ungleichgewichten bei der Quantität und Qualität der Dienstleistungen (Marbán 2020).

Das LAPAD stellt eine Reihe von Sach- und Geldleistungen für pflegebedürftige Personen bereit.² Die Sachleistungen umfassen: (1) Dienstleistungen zur Vorbeugung von Betreuungssituationen und zur Förderung der persönlichen Autonomie, (2) Teleassistenz, (3) ambulante Pflegedienste, (4) Tag- und Nachtzentren und (5) stationäre Pflege. Es gibt drei Arten von Geldleistungen: (1) für die Pflege durch eine Familienangehörige_n, (2) für die Beauftragung einer Assistenzperson oder (3) für die Inanspruchnahme einer Dienstleistung.

Laut Gesetz sollten die Sachleistungen Vorrang vor Geldleistungen haben. Die Idee dahinter ist, dass das Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen am besten durch die Einrichtung eines qualitativ hochwertigen öffentlichen Sozialdienstleistungssystems und die Professionalisierung der Pflege gewährleistet werden kann, was in Spanien traditionell an die Familie gebunden war, insbesondere an Frauen und in jüngerer Zeit an ausländische Hausangestellte (Moreno Fuentes 2015: 67). Dieses Ziel ist jedoch bis dato nicht ganz erreicht worden, da Geldleistungen immer noch einen bedeutenden Teil ausmachen. Zum 31.8.2020 entfielen von den 1.410.049 Geld- und Sachleistungen für pflegebedürftige Personen (aller Altersgruppen)³ nur 57,1 Prozent auf Sachleistungen, verglichen mit 42,9 Prozent für Geldleistungen (IMSERSO 2020a). Es stimmt zwar, dass die Sachleistungen in den vergangenen Jahren zugenommen haben

(Anstieg um drei Prozent in den vergangenen fünf Jahren (IMSERSO 2015)), aber der Anstieg ist vor allem bei den billigsten Leistungen zu sehen, insbesondere bei der Teleassistenz (die ihren Anteil von 12,4 Prozent im Jahr 2015 auf 17,7 Prozent im Jahr 2020 ausweitete).

Nach Ansicht der meisten an dieser Studie Beteiligten liegt die recht mangelhafte Umsetzung eines auf öffentlichen Sachleistungen basierenden SAAD daran, dass den ehrgeizigen Zielen des LAPAD eine schlechte Finanzierung des SAAD gegenübersteht, was die Umsetzung erschwerte. Aufgrund dieser mangelhaften Umsetzung des SAAD versuchen viele pflegebedürftige Personen und ihre Familien, sich Zugang zu Langzeitpflegeleistungen über den Markt zu verschaffen, um Pflege zu erhalten, wenn sie keine Leistungsempfänger_innen des SAAD-Systems sind, oder um damit die zuvor genannten Sachleistungen zu ergänzen. Wie einer der Experten, die interviewt wurden, es ausdrückte:

»Die Kombination von Leistungen, die von den Familien genutzt werden [...], (besteht) darin, das öffentliche System zu nutzen, soweit es einem etwas bietet; es mit Pflegeassistenzen, mit Pflegedienstleistungen für pflegebedürftige Personen auf dem privaten Markt, sagen wir, dem reglementierten Markt, zu unterstützen, und das dann mit dem wunderbaren Sicherheitsnetz zu ergänzen, das wir in Spanien haben, nämlich mit Hausangestellten, die sich um Menschen im Pflegefall kümmern« (IN: 4).

2.2 Häusliche Altenpflege und Altenpflegeheime

Im Rahmen dieser Forschungsstudie haben wir zwei Sozialdienste für Ältere untersucht: häusliche Altenpflege und Altenpflegeheime. Die häusliche Altenpflege wird von einer Pflegeassistentperson geleistet, die der pflegebedürftigen Person bei hauswirtschaftlichen Aufgaben und der persönlichen Pflege, wie Hygiene oder Medikamentenkontrolle, hilft (Del Pino/Catalá Pérez 2016: 180). Die häusliche Altenpflege für pflegebedürftige Ältere wird von der entsprechenden regionalen Einrichtung verwaltet (Franco Rebollar/Ruiz 2018: 49). Nach Angaben des Instituts für ältere Personen und Sozialdienste (IMSERSO 2019) erhalten 451.507 ältere Personen häusliche Hilfsdienste, was einer Versorgungsquote von fünf Prozent⁴ entspricht, wobei es große Unterschiede zwischen den Regionen gibt, die von 1,3 Prozent in der Extremadura bis zu 9,2 Prozent in der Region Madrid reichen. Demografisch gesehen sind 68,9 Prozent der Leistungsempfänger_innen 80 Jahre alt oder älter, und 72,3 Prozent sind Frauen.

In Spanien leben mehr als 300.000 Personen in Altenpflegeheimen.⁵ Schätzungen, die auf Daten aus dem Jahr 2019 basieren, beziffern die Zahl der in Pflegeheimen unterge-

² Das LAPAD definiert Pflegebedürftigkeit wie folgt: »Der dauerhafte Zustand von Personen, die aufgrund ihres Alters, einer Krankheit oder Behinderung und des Fehlens oder des Verlustes ihrer körperlichen, psychischen, geistigen oder sensorischen Unabhängigkeit der Betreuung durch andere Personen oder erheblicher Hilfe bei der Verrichtung grundlegender täglicher Aktivitäten oder, im Falle von Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung, anderer Unterstützung für ihre persönliche Unabhängigkeit bedürfen« (Art. 2).

³ Beachten Sie, dass die Summe der Geldleistungen und Sachleistungen größer ist als die Anzahl der Leistungsempfänger_innen. Am 31.8.2020 wuchs die Gesamtzahl der Leistungsempfänger_innen auf 1.111.792. Das Verhältnis von Bereitstellung/Sachleistung pro Leistungsempfänger_in betrug somit 1,27. Diese Daten beziehen sich auf alle pflegebedürftigen Personen, nicht nur auf Senior_innen.

⁴ Prozentualer Anteil der Nutzer_innen an der Gesamtbevölkerung der 65-Jährigen und über 65-Jährigen.

⁵ Beachten Sie, dass nur ein Teil der Menschen, die in Altersheimen leben, tatsächlich pflegebedürftig ist.

brachten Personen auf 322.180 (Abellán García et al. 2020a) bis 333.920 (Abellán García et al. 2020b). Obwohl es keine Daten zu der Zahl der Altenpflegeheime gibt, bietet die Website »Envejecimiento en Red« (Altersnetzwerk) des spanischen Nationalen Forschungsrates (CSIC) inoffizielle Statistiken.⁶ Demnach gab es 5.417 Altenpflegeheime im Jahr 2019, die 372.985 Plätze zur Verfügung stellten. Das heißt, dass 4,1 Plätze auf 100 Personen im Alter von 65 Jahren und älter kommen. 1.573 Altenpflegeheime sind in öffentlicher Hand (29 Prozent) und 3.844 in privater (71 Prozent). 72,8 Prozent (271.696) der Gesamtplätze befinden sich in privaten Altenpflegeheimen, verglichen mit 27,2 Prozent (101.289) in öffentlichen Heimen.⁷

Altenpflegeheime unterscheiden sich beträchtlich in der Größe. 51,4 Prozent der Plätze befinden sich in Altenpflegeheimen mit 100 Betten oder mehr, 29,1 Prozent in Heimen mit 50 bis 99 Betten, 14,4 Prozent in Heimen mit 25 bis 49 Plätzen und die restlichen fünf Prozent in Heimen mit weniger als 25 Plätzen. Es gibt bei allen Punkten erhebliche Unterschiede zwischen den Regionen und sogar zwischen Provinzen in einer Region (Abellán García et al. 2019).

ÖFFENTLICH UND PRIVAT – EIGENTÜMER-SCHAFT UND SERVICEMANAGEMENT

Hier ist zwischen Eigentümerschaft des Altenpflegeheims und dem Servicemanagement zu unterscheiden. Altenpflegeheime in öffentlicher Hand können öffentlich oder privat verwaltet werden. Altenpflegeheime in privater Hand können wiederum staatlich geförderte Plätze anbieten. 2018 waren nur neun Prozent der Plätze in staatlichen Altenpflegeheimen, die öffentlich verwaltet wurden. 16 Prozent befanden sich in staatlichen Altenpflegeheimen, die von privaten Unternehmen verwaltet werden. 26 Prozent waren staatlich geförderte Plätze in Altenpflegeheimen in Privatbesitz und 49 Prozent waren rein private Plätze (PWC 2020: 25).

Wie man sieht, entfällt der Großteil der zur Verfügung gestellten Dienste in Altersheimen auf den privaten Sektor. Große Unternehmen sind maßgeblich beteiligt. 2019 hielten die wichtigsten fünf Unternehmen in dem Sektor einen Marktanteil von 24,8 Prozent (DBK INFORMA Observatorio sectorial 2020). Im Allgemeinen entspricht dieser Trend dem anderer europäischer Länder, die sich in den vergangenen Jahrzehnten ebenfalls dem privaten Sektor zugewandt haben, und zwar im Wesentlichen durch die Untervergabe von mit öffentlichen Geldern finanzierten Pflegedienstleistungen (Europäische Kommission 1999; z.B. Armstrong/Armstrong 2020).

⁶ Die CSIC-Pflegeheimstatistik definiert ein Altenpflegeheim als kollektive Unterkunft für ältere Personen in einer der folgenden Einrichtungen: Wohnheime, einschließlich Mini-Residenzen; betreutes Wohnen; gerontopsychiatrische Zentren (oder Abteilungen innerhalb dieser Zentren); öffentliche Gesundheitszentren (Abteilung für Senior_innen, falls genauer festgelegt); Wohnblöcke (Wohnungen usw. mit gemeinsamen Dienstleistungen, in öffentlichem Besitz); andere kollektive Einrichtungen (Abellán García et al. 2019: 6).

⁷ Es gibt jedoch erhebliche Unterschiede zwischen ACs und sogar zwischen Provinzen (Abellán García et al. 2019).

2.3 Arbeitsbedingungen

Die mangelhafte Qualität der Beschäftigungsbedingungen gilt als ein grundlegendes Problem für die Personalrekrutierung und -bindung in einem Sektor, in dem der Personalbedarf erwartungsgemäß in den kommenden Jahren steigen wird (OECD 2020: 10).

BEZAHLUNG

Erstens ist die Bezahlung allgemein für Beschäftigte im Pflegesektor, in dem die große Mehrheit Frauen sind, auf allen Ebenen auf einem erheblich niedrigeren Niveau als für entsprechende Stellen im Spanischen Nationalen Gesundheitssystem (SNS) (Martín Serrano 2014). Mehrere Befragte äußerten dazu: »Wenn ich im SNS 2.000 Euro verdiene und bessere Arbeitsbedingungen habe, werde ich bestimmt nicht in einem Pflegeheim für nicht viel mehr als 1.000 Euro arbeiten« (IN: 5). Die Bezahlung ist besonders niedrig bei Stellen, die mit einer schlechteren Schulbildung assoziiert werden (wie z. B. geriatrische und ambulante Assistenzpersonen), hier wird oftmals weniger als 1.000 Euro pro Monat für eine Vollzeitstelle gezahlt.⁸

TEILZEITARBEIT

Im Pflegesektor ist Zeit- und Teilzeitarbeit sehr stark verbreitet (Jiménez-Martín/Viola 2017; CCOO 2018). Laut den Sozialversicherungsdaten für das dritte Quartal 2020 waren weniger als die Hälfte der Verträge in Pflegeheimen unbefristet und Vollzeitverträge (47,8 Prozent), 22,6 Prozent waren befristet und Vollzeitverträge, 15,6 Prozent waren unbefristet und Teilzeitverträge, 11,6 Prozent befristet und Teilzeitverträge, 0,2 Prozent waren unbefristete Saisonverträge und 2,2 Prozent waren von unbestimmter Dauer (IMSERSO 2020b: 17).⁹ Teilzeitarbeit führt oftmals dazu, dass Beschäftigte meist gezwungenermaßen mehrere Arbeitsstellen annehmen, die auch zusammen nicht eine Vollzeitstelle garantieren. Zeitarbeit, Teilzeitarbeit und mehrere Arbeitsstellen sind mit einer geringeren sozialen Sicherheit verbunden (hinsichtlich z. B. Arbeitslosengeld und Rente).

KÖRPERLICH UND PSYCHISCH HARTE ARBEIT

Außerdem können sich die harten Arbeitsbedingungen im Pflegesektor negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit auswirken (Aragón et al. 2008). Einige der grundlegenden Aufgaben, wie z.B. Pflegebedürftige beim Aufstehen, Anziehen und Bewegen helfen, erfordern große körperliche Anstrengungen und können zu Verletzungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen führen. Im Bereich der ambulanten Pflege gibt es noch zusätzliche berufliche und

⁸ Bezahlung für Beschäftigte in privaten Pflegeheimen und ambulante Pflegekräfte wird durch den VII Tarifvertrag geregelt (BOE, Nr. 229, 21.9.2018).

⁹ Diese Daten beziehen sich nicht nur auf Pflegeheime, sondern auch auf andere Gemeinschaftswohnungen wie Heime für Behinderte.

psychosoziale Risiken. Außerdem kann die Tatsache, dass die Pflegekraft im Haus alleine ist, zu schwierigen Situationen führen, wie beispielsweise Schikane durch die Familie des Pflegebedürftigen, wie Teilnehmer_innen der Studie angaben. Stress, Druck und Arbeitsbedingungen haben potenzielle Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden vieler Pflegekräfte: »Es ist eine sehr stressige Arbeit, sie führt zu einem Burnout« (IN: 8).

SCHWERE ARBEIT WIRD WÄHREND DER PANDEMIE NOCH SCHWERER

Diese Arbeitssituation, in seinen unterschiedlichen Aspekten, hat sich durch die Pandemie noch weiter verschlechtert. Die starke Arbeitsbelastung, einhergehend mit Personalmangel und Rekrutierungsproblemen (wie oben beschrieben), führte dazu, dass die Beschäftigten zermürenden Arbeitstagen gegenüberstanden, Ruhetage und Urlaub strichen und Überstunden machen mussten: »Schichten dauerten 12 oder 14 Stunden. Das war zu viel. Man gab den Beschäftigten Münzen, um sich bei den Automaten Frühstück zu holen« (IN: 5).

Mehrere Arbeitsstellen und Zeitarbeit schufen Covid-19-Übertragungsrisiken. Ein Experte sagte dazu:

»Wenn Sie ein System haben, das auf der permanenten Rotation von Beschäftigten und auf sehr kurzfristigen Verträgen beruht [...], mit Schichtarbeit, Wochenendarbeit [...], stehen Sie vor einer Pandemie, bei der die wichtigste Voraussetzung für eine Eindämmung die Reduzierung der Anzahl der Kontakte ist, und es stellt sich dann heraus, dass Sie wechselndes Personal haben, das vielleicht auf zwei oder drei verschiedenen Verträgen arbeitet, in zwei oder drei Pflegeheimen oder in einem Tageszentrum am Morgen und einem Pflegeheim am Nachmittag. Dann sind das nicht die besten Bedingungen, um diese Krise zu bewältigen, nicht wahr?« (IN: 4).

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass nicht nur die Gesundheit der Bewohner_innen, sondern auch die der Beschäftigten gefährdet wurde, da es während der ersten Wochen der Krise nicht genug Tests für das Personal und die Pflegeheimbewohner_innen gab und ebenso wenig ausreichende PSA (Amnesty International 2020). In einigen Fällen führten die Forderungen der Beschäftigten nach Schutzausrüstung zu Entlassungen (Sindicato Asambleario de Sanidad 2020). Der Mangel an PSA, wenn auch unterschiedlich nach Zentren und Regionen, wurde auch als ein Hauptproblem in der Pflege benannt.

3 DIE AUSWIRKUNGEN DES CORONAVIRUS AUF ÄLTERE IN SPANIEN

Das Health Alert and Emergency Coordination Centre (CCAES) meldete insgesamt 470.973 bestätigte Fälle (CCAES 2020) bis 1.9.2020. Zu diesem Zeitpunkt war das die höchste Zahl in Europa, höher als im Vereinigten Königreich (335.873), in Frankreich (281.025) und Italien (269.214).

Bis zu diesem Datum waren in Spanien 29.152 Todesfälle aufgrund des Coronavirus gemeldet worden,¹⁰ das hieß, dass die Sterblichkeitsrate zu der Zeit bei 6,2 Prozent lag. Gemäß verschiedener Studien und Indikatoren liegt diese Zahl jedoch noch erheblich unter der realen Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Coronavirus im Land, da diese nur auf Fällen basiert, die durch einen PCR-Test oder einen Antikörpertest bestätigt wurden.

Wie wir wissen, sind die Auswirkungen von Covid-19 bei älteren Personen schwerwiegender. Gemäß dem Bericht des Nationalen Epidemiologischen Überwachungsnetzes (RENAVE) vom 3.9.2020 steigt der Anteil der mit dem Coronavirus infizierten Personen, die ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen und die sterben, mit dem Alter an. Diese Indikatoren erreichen 22,8 Prozent bzw. 5,7 Prozent bei Personen im Alter von über 79 Jahren, verglichen mit 4,8 Prozent bzw. 0,4 Prozent in der allgemeinen Bevölkerung im Analysezeitraum (RENAVE 2020). Das Institut für Ältere und Sozialdienste IM-SERSO analysierte die Übersterblichkeit bei mit dem SAAD verbundenen Personen zwischen März und Juli. Dessen Berechnung schätzt die Übersterblichkeit während dieses Zeitraums auf 29.687 innerhalb der Gruppe mit SAAD-Geld- und Sachleistungen, was 2,65 Prozent der gesamten individuellen Pflegeempfänger_innen (IMSERSO 2020c: 4), von denen die Mehrheit Senior_innen waren, entsprechen würde.

Ein großer Teil, der Personen, die in Spanien während der ersten Welle an Covid-19 starben, waren Altenpflegeheimbewohner_innen.¹¹ Während des Alarmzustandes waren die Regionen durch eine Anordnung des Gesundheitsministeriums angewiesen, bis zum 8.4.2020 eine Reihe von Indikatoren zu übermitteln und von dem Zeitpunkt an dann an jeden Dienstag und Freitag vor 21:00 Uhr – je nach Entwicklung der Pandemie in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen (für Ältere, Personen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung). Diese Indikatoren umfassen die Gesamtzahl der Personen, die in stationären Einrichtungen an Covid-19 oder vergleichbaren Symptomen starben. Einem Bericht des Ministeriums für soziale Rechte und der Agenda 2030 (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2020a) zufolge beläuft sich die Zahl der Menschen, die in stationären Einrichtungen (alle Typen) bis zum 23.6.2020 starben, auf 20.268. Der Bericht schätzt, dass die Todesfäl-

¹⁰ Das CCAES warnt, dass die Definition eines Todesfalls aufgrund von Covid-19 zwischen den Ländern variiert, und Daten zu Sterblichkeit und Letalität daher nicht direkt miteinander vergleichbar sind. Aufgrund dessen vergleicht dieser Abschnitt Spanien nicht mit anderen Ländern bei diesen zwei Indikatoren.

¹¹ Es ist nicht möglich, eine absolut verlässliche Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Covid-19 in Altenpflegeheimen zu nennen oder den spezifischen Anteil, den diese im Verhältnis zu den gesamten Todesfällen im Zusammenhang mit dem Virus in Spanien ausmachen. Erstens machte der Mangel an Tests, besonders in den ersten Wochen der Pandemie, es sehr schwierig, die Gesamtzahl der Todesfälle im Land zu schätzen. Allerdings sind die Daten der ersten Welle, speziell im Bereich der Altenpflegeheime, teilweise fehlerhaft und schwer miteinander zu vergleichen. Gemäß Zalakaín et al. (2020: 2–3) unterschieden einige Regionen zwischen Todesfällen in bestätigten Fällen und Fällen mit vergleichbaren Symptomen, während andere eine einzige Zahl angaben, ohne genauer anzugeben, ob es sich um bestätigte Fälle oder bestätigte plus vermutete Fälle handelte. Außerdem zeichneten einige Regionen die Gesamtzahl der Todesfälle in Heimen auf, ohne die Informationen nach Art des Heims (Senior_innen, Behinderung) zu trennen.

le in diesen Einrichtungen bis zu diesem Datum zwischen 47 Prozent und 50 Prozent der Gesamttodesfälle im Zusammenhang mit Covid-19 in Spanien darstellen. Demnach liegt Spanien im Vergleich zu anderen Ländern, für die Daten vorliegen, in einem Mittelfeld. Darüber hinaus schätzt die Studie, dass die Gesamtzahl der Älteren, die während der ersten Welle in Altenpflegeheimen an dem Coronavirus oder an vergleichbaren Symptomen gestorben sind, etwa sechs Prozent der spanischen Bevölkerung in Altenpflegeheimen vor Ausbruch der Pandemie entspricht (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 2020a: 13).

DIE AUSWIRKUNGEN DES CORONAVIRUS AUF DAS ALTENPFLEGEHEIMPERSONAL

Neben den Auswirkungen von Covid-19 auf die Altenpflegeheimbewohner_innen sollte auch das Schicksal des Personals, das die Pflegeleistungen erbringt, nicht außer Acht gelassen werden. In Spanien gab es keine systematische Datenerhebung zu Infektionen und Todesfällen des Pflegepersonals (Zalakain et al. 2020: 2). Jüngste serologische Studien geben Aufschluss über die hohe Bedeutung von Covid-19 in Pflegeheimen. Eine in 69 Pflegeheimen in der Region Barcelona durchgeführte Studie ergab, dass 15,2 Prozent der Tests bei Pflegekräften positiv, und 55,8 Prozent der infizierten Pflegekräfte ohne Symptome waren. Der Anteil der positiven Bewohner_innen lag bei 23,9 Prozent (69,7 Prozent ohne Symptome) (Borrás-Bermejo et al. 2020). Die Region Madrid, eine der in der ersten Welle am stärksten von Covid-19 betroffenen Regionen, führte ihrerseits eine serologische Studie unter Bewohner_innen und Beschäftigten von Wohnzentren (für Senior_innen und behinderte Menschen) in der Region durch. Die vorläufigen Ergebnisse der zwischen Juli und September durchgeführten Studie zeigen, dass 37 Prozent der 27.437 Beschäftigten, die sich dem Test unterzogen, Langzeit-Antikörper (IgG) aufwiesen. Bei den Bewohner_innen lag der Anteil bei 53 Prozent (Valdés 2020).

Infektionen und Todesfälle sind nicht die einzigen Probleme, die mit Covid-19 in Altenpflegeheimen verbunden sind. Die Krise hat sich auch auf andere Aspekte der Lebens- und Gesundheitsqualität (körperliche und psychologische Bedingungen) von Senior_innen in Einrichtungen ausgewirkt (MDT 2020: 1). Insbesondere können Einschränkungen sozialer Kontakte und die Isolation älterer Personen in Einrichtungen mit dem Auftreten emotionaler Störungen, der Verschlimmerung einiger früherer Pathologien, dem Auftreten anderer neuer Pathologien (wie Sarkopenie, die mit einer sitzenden Lebensweise verbunden ist) und negativen Auswirkungen in emotionaler und motivationaler Hinsicht in Zusammenhang gebracht werden (SEGG 2020: 1).

4 ALTENPFLEGEKRÄFTE WÄHREND DER ERSTEN COVID-19-WELLE

Langzeitpflegesysteme (inklusive derjenigen für Ältere) verfügen über eine große Kapazität, Arbeitsplätze zu schaffen

und die Nachfrage nach Arbeit anzukurbeln (Rodríguez/Jiménez 2010; CCOO 2017, 2018). Seit einiger Zeit ist es jedoch in Spanien offensichtlich schwierig, qualifiziertes Personal zu finden (Jiménez-Martín/Viola 2017; AEDGSS 2020). Die unvollständige Umsetzung des LAPAD kurz vor Beginn der Finanzkrise, dessen Fehler beim institutionellen Aufbau, die Kürzungen und Mittelknappheit, die sich zwischen 2011 und 2015 sowohl auf die Pflege als auch auf den sozialen Dienstleistungssektor auswirkten, und der soziodemografische Druck einer alternden Gesellschaft haben die zuvor bestehenden strukturellen Probleme nur noch verschlimmert (Aguilar-Hendrickson 2020). Die Pandemie hat die bereits vorhandenen Probleme, wie beispielsweise Personalbesetzungen, Arbeitsbedingungen, Ausbildung und Qualifikation, deutlich gemacht.

4.1 Reaktionen der Regierung auf mehreren Ebenen

Alle Regierungsebenen haben versucht, Einfluss auf die Verwaltung und Organisation der Beschäftigten im Sektor auszuüben. Die wichtigsten Maßnahmen hinsichtlich Personal wurden zwischen der Zentralregierung und den Regionen innerhalb des SAAD Territorial Council vereinbart. Obwohl dieses Forum ein relativ geringes Maß an Aktivitäten (hinsichtlich der Zahl an Versammlungen) verzeichnete, war es beim Erreichen von Vereinbarungen erfolgreich (Ministerio de Política Territorial y Función Pública 2020). Das erste Beispiel dafür ist die Vereinbarung vom 20.3.2020,¹² mit der eine »Sonder- und Übergangsregelung« eingerichtet wurde, um die Verwaltung und Rekrutierung von Beschäftigten in dem Sektor als Notfallmaßnahme für einen anfänglichen Zeitraum von drei Monaten flexibler zu machen. Außerdem machte es dieser behördliche Rahmen möglich, auch Menschen mit geringeren Qualifikationen einzustellen. Diese neue Regelung zwang ebenfalls Menschen, die aufgrund ihrer gewerkschaftlichen Tätigkeit beurlaubt waren, vorübergehend ihre Stellen zu besetzen.¹³

Die Zentralregierung förderte auch eine Reihe von Initiativen. Das Gesundheitsministerium, als zuständige Behörde seit dem Ausrufen des Alarmzustandes am 14.3.2020, erarbeitete Gesetzes- und Regelungsentwürfe für die Dienstleistungen für Senior_innen. Besonders die Ministerialverordnung SND/295/2020 vom 26.3.2020 betraf die Beschäftigten in diesem Sektor. Diese Verordnung, die auf alle Pflegezentren anzuwenden ist, egal in welcher Trägerschaft (ob in privater oder öffentlicher Hand), erlaubt der Zentralregierung und den Regionen, Beschäftigte zu zwingen, Stellen anzunehmen, die von ihrer eigentlichen Arbeit

¹² Beschluss vom 23.3.2020 durch den Minister für soziale Rechte und Agenda 2030.

¹³ Führende Gewerkschafter_innen, die befragt wurden, gaben an, dass eine große Zahl von Gewerkschafter_innen, die als Ärzt_innen, Krankenpfleger_innen oder in anderen medizinischen Berufen tätig sind, aufgefordert wurden, ein breites Spektrum an Altenpflegedienstleistungen in Regionen wie Valencia, Castilla y León, Andalusia, Madrid und Catalonia zu erbringen. Gleichzeitig mussten diese Fachkräfte ihre gewerkschaftliche Tätigkeit weiter ausüben.

und Qualifikation abweichen können. Sie erlaubt die Versetzung von Beschäftigten sowie Änderungen der Arbeitszeiten und Pausen. Das Ministerium für soziale Rechte und die Agenda 2030 brachten über das IMSERSO eine Reihe grundlegend technischer Maßnahmen heraus.

Wie in anderen Mehrebenensystemen (im Falle von Kanada siehe z. B. Béland/Marier 2020) setzten die Regionalregierungen alle diese Initiativen um. Die offiziellen Dokumente, von IMSERSO zentral verwaltet, besagen, dass die Regionen Maßnahmen hinsichtlich der Verwaltung und Organisation des Personals in den unterschiedlichen Altenpflegediensten trafen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Intensität (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 2020b).

4.2 Altenpflegepersonal

Generell weist der Pflegesektor (alle Bereiche, nicht nur für Ältere) strukturelle Probleme bei den vom System benötigten fachlichen Ressourcen auf (ILO 2019; Eurostat 2020). Eines der größten Probleme, um die Bedürfnisse dieses Sektors in Spanien zu verstehen, ist, dass es kein offizielles Register der im Altenpflegesektor Beschäftigten gibt. Dies hat, neben anderen Ursachen, seinen Grund in der regionalen Verteilung der Informationsquellen und fehlenden Maßnahmen der zuständigen zentralen Einrichtungen.¹⁴ Eine befragte Person wies darauf hin, dass »wir eine Million Meilen von allen Statistiken entfernt sind, die aufgrund des Gesetzes [zur Pflegebedürftigkeit] erforderlich sind, wir brauchen eine proaktive Einstellung zur Zusammenarbeit mit den verschiedenen Verwaltungen« (IN: 2).

Im Fall von Pflegeheimen war ein anderes Problem, dass die regionale Gesetzgebung bei den Personalquoten auseinanderklafft (Ordoki 2019). Die regionale Gesetzgebung ist generell sehr alt, oftmals vor dem LAPAD entstanden, was es unmöglich macht, die aktuellen Bedürfnisse des Sektors zu decken. Zum Zeitpunkt des Erstellens dieses Berichtes werden außerdem die Pflegequoten, die 2009 von der Zentralregierung und den Regionen festgelegt wurden,¹⁵ nicht immer erfüllt. Dies liegt gemäß den Auffassungen einiger Befragten, sowohl von Gewerkschafts- als auch Unternehmensseite, an verschiedenen Faktoren, z. B. der unzureichenden Finanzierung des Sektors, dem Mangel an verfügbaren Beschäftigten angesichts der derzeitigen Arbeitsbedingungen und an Mängeln bei den regionalen Kontrollsystemen und Sanktionen (IN: 2, 5–6).

¹⁴ Das SAAD Informationssystem (SISAAD), das 2014 umgesetzt wurde, um die Erhebung, Verarbeitung und Verfügbarkeit von Personaldaten zu zentralisieren, hat bisher diesbezüglich keine Statistiken generiert.

¹⁵ Beschluss vom 4.11.2009 vom Ministerium für Sozialpolitik und Verbrauch, das die Vereinbarung des Territorial Council für das System für Autonomie und Pflege bei Pflegebedürftigkeit veröffentlicht, zu gemeinsamen Zertifizierungskriterien hinsichtlich Ausbildung und Daten zu nichtprofessionellen Pflegekräften.

PERSONALMANGEL

Als Ergebnis der oben dargelegten Situation war das Hauptproblem im Bereich der Altenpflege während der ersten Covid-19-Welle eben genau der herrschende Personalmangel. Dieses Problem bestand infolge der Auswirkungen der Pandemie auf das Personal besonders in Altenpflegeheimen. Die Hauptursachen für diesen Personalmangel waren: (1) die hohe Infektionsrate, (2) die Isolationspflicht nach Kontakt mit einer infizierten Person (Quarantäne), (3) eine Vorerkrankung oder ein Risikofaktor, (4) psychologische Probleme angesichts der schwierigen Situation und (5) Fragen zum sozialen oder familiären Umfeld (Del Pino et al. 2020: 67).

Der Mangel betraf nicht alle Berufe gleichermaßen. Wie bereits im Zeitraum vor der Krise war der Personalmangel in den höher qualifizierten Berufen wie Arzt/Ärztin, Krankenschwester_in oder Physiotherapeut_in stärker zu spüren.

»Ganze Teams verschwanden, wie z. B. das Team der Krankenschwester_innen. Es gab in vielen Pflegeheimen keine Krankenschwester_innen. In Spanien verfügt kein Pflegeheim über einen Arzt mit 24-Stunden-Dienst. Keins. Außerdem sieht die Gesetzgebung für Heime mit weniger als 50 Plätzen keine Notwendigkeit, eine_n Krankenschwester_in zu haben, daher haben sie auch keine. Es gab nur ein paar Krankenpflege-Assistenzpersonen (geriatrische Assistenz), die kaum über eine medizinische Ausbildung verfügten« (IN: 1).

Unter diesem Aspekt scheint es eine strukturelle Ursache für die Präferenzen und (Selbst-)Wahrnehmung dieser Beschäftigten zu geben. Laut Meinung der befragten Personen ziehen es Fachkräfte im Gesundheitswesen (Ärzt_innen, Krankenschwester_innen und Psycholog_innen u. a.) vor, in Krankenhäusern und Gesundheitszentren zu arbeiten, wo die Arbeitsbelastung geringer ist, das soziale Prestige und die Bezahlung höher sind und die Arbeit als attraktiver angesehen wird (IN: 1–3, 5–6, 10–11). Diese Situation erschwerte den Personalmangel während der ersten Welle der Pandemie.

Personalmangel und Probleme bei der Personalbindung waren je nach Region und Art des Altenpflegeheims unterschiedlich. Altenpflegeheime in städtischen Gebieten mit besserer Infrastruktur und einem breiteren Spektrum an Funktionen und Aktivitäten (wie Tageszentren) hatten bessere Chancen bei der Rekrutierung und Versetzung von Personal. Altenpflegeheime in ländlichen Gegenden hatten weit größere Schwierigkeiten. Eine befragte Person drückte es folgendermaßen aus: »Wir konnten niemanden finden, der hier arbeitet, daher [...]. In einigen Städten musste der Bürgermeister die Wäsche im Altenpflegeheim selbst waschen« (IN: 1).

BEMÜHUNGEN, AUSREICHEND PERSONAL EINZUSTELLEN

Während der ersten Covid-19-Welle in Spanien wurden mehrere Strategien von öffentlichen Verwaltungen und

privaten Firmen eingesetzt, um das Problem des Personal- mangels in Angriff zu nehmen:

- (Neu-)Zuweisung von Beamt_innen aus anderen regio- nalen Ministerien zu sozialen Diensten, wie dies in An- dalusien und Asturien der Fall war. So stellte der Astu- rias Health Service (SESPA) den Altenpflegeheimen (öffentlichen und privaten) Krankenpfleger_innen und Reinigungspersonal zur Verfügung.
- Bei der Suche und Rekrutierung von Fachkräften pro- bierten viele Regionen neue Möglichkeiten aus, frühe- re Gesundheitsbeschäftigte einzustellen. In Cantabria schuf das Sozialamt eine Plattform, um frühere Ge- sundheitsbeschäftigte oder Pflegefachkräfte ausfindig zu machen und sie wieder in Altenpflegeheimdiensten einzustellen (Regierung von Cantabria 2020).
- In anderen Regionen zentralisierten die regionalen So- zialministerien die Verwaltung der Arbeitsvermittlungs- programme, um den Altenpflegeheimchefs die Einstel- lung von Personal zu erleichtern, oder sie nahmen direkten Kontakt mit Einrichtungen und Verbänden auf, die über eine eigene Liste von Arbeitssuchenden verfügen (Einrichtungen des dritten Sektors, Universi- täten, Ausbildungszentren, Berufsschulen usw.), wie dies in Kastilien-La Mancha der Fall war (El Digital de CLM 2020).
- Einige Regionalregierungen setzten Pläne zur Rekru- tierung von Personal um (Ausbau von Personal und Schaffung neuer Stellen) oder entwickelten Rechtsvor- schriften, um Kündigungen in diesem Sektor zu ver- hindern, wie z.B. in Aragón (El Justicia de Aragón 2020) oder Castilla-La Mancha (INJUVE 2020).
- Leiter_innen und Direktor_innen privater Altenpflege- dienste nutzten auch eigene Stellenvermittlungspro- gramme, Stellenvermittlungsprogramme von Unter- nehmen oder entwickelten während der Krise sogar neue Instrumente. Sie nutzten auch informelle Kanäle, beispielsweise Kleinanzeigen im Internet oder religiöse Gemeinschaften (wie z.B. Gemeinden), um Beschäf- tigte zu finden (IN: 6).

Diese institutionellen und organisatorischen Bemühun- gen, sowohl öffentlich als auch privat, reichten allerdings nicht aus, um die Krisensituation in der stationären Pflege zu bewältigen. Zwei Befragte berichteten, dass ihre Bemü- hungen, die Arbeitsvermittlungsprogramme zu kontak- tierten, insofern vergeblich waren, dass »kein Personal vorhanden war«, dass »niemand verfügbar war, als man jemanden durch die Arbeitsvermittlungsprogramme ein- stellen wollte« (IN: 1, 6). Diese Personalprobleme führten zu extremen Maßnahmen, beispielsweise zum Einsatz der Emergency Military Unit (UME) (Ministerio de Defensa 2020) oder anderer Rettungsdiensten, etwa SUMMA 112 (Region Madrid 2020) in der Madrid Region, um grundle- gende Funktionen und Aufgaben in diesen Zentren durch- zuführen.

4.3 Ausbildung und Qualifikationen

International gesehen besteht ein Qualifikations- und Ausbildungsproblem für viele Beschäftigte im Pflegesek- tor, einschließlich der Altenpflege (Spasova et al. 2018). Das Pflegepersonal muss oftmals komplexe Aufgaben er- füllen, die über tägliche Aktivitäten hinausgehen, etwa die Überwachung des Gesundheitszustandes von Senior_ innen (OECD 2020: 24). Infolgedessen und angesichts der Verwundbarkeit vieler Senior_innen wäre es wünschens- wert, eine angemessene Ausbildung für Altenpflegekräf- te zu gewährleisten. Manche Länder, z. B. Kanada, Däne- mark, Deutschland, Österreich und Belgien, entwickelten eine spezialisierte und institutionalisierte Ausbildungs- struktur für das Pflegepersonal, das eine Lizenz oder ein Zertifikat zum Nachweis grundlegender Kenntnisse vorle- gen muss, um in den Pflegediensten für Senior_innen ar- beiten zu können (OECD 2020: 66–91). In den meisten Ländern sind die Einstellungsvoraussetzungen jedoch nicht streng.

Das trifft auch auf Spanien zu, wo niedrige formale Quali- fikationen und eine unzureichende Ausbildung und Berufs- zertifizierung¹⁶ für all die Berufskategorien (u. a. geriatri- sche Assistenzpersonen, Pflegekräfte und ambulante As- sistenzpersonen) charakteristisch sind, die die große Mehr- heit der Beschäftigten in Altenpflegeheimen und der häus- lichen Altenpflege ausmachen (CCOO 2018; Marbán 2019). Hier bestand die wichtigste politische Reaktion in der Ver- einbarung gemeinsamer Kriterien für die Akkreditierung von Ausbildungen und Daten über nichtprofessionelle Pfl- egekräfte aus dem Jahr 2009 zwischen der Zentralregierung und den Regionen. Ihr Ziel bestand darin, die Professiona- lität von Beschäftigten in diesem Sektor, die nicht im Besitz eines Berufsausbildungsabschlusses waren, zu zertifizie- ren. Eine neue Vereinbarung muss noch fertiggestellt und die Vereinbarung von 2009¹⁷ daher verschiedentlich erwei- tert werden (zuletzt am 1.1.2018).

»Obwohl die Zustimmung vorlag, bestand nicht in allen Regionen derselbe Grad an Entwicklung und Einsatz. Es fehlten die Investitionsbemühungen von [den Mini- sterien für] Beschäftigung, Bildung und Soziale Dienste. [...] Weder hat die spanische Regierung genug getan, um die Regionen zu zwingen. Noch hat sie Mittel aus den Zentralministerien vorgeschlagen« (IN: 8).

¹⁶ In Spanien legt das LAPAD fest, dass die Professionalisierung der Be- schäftigten (grundsätzlich Pflegekräfte und geriatriische Assistenzper- sonen) in Altenpflegeheimen durch eine Zertifizierung zum Nachweis ihrer Ausbildung garantiert sein sollte. Im Rahmen der Gesetzgebung, die jede Region für die Personaleinstellung festgelegt hat, wird, wenn der/die potenzielle Beschäftigte die Ausbildungsanforderungen für diese zwischenzeitlichen Positionen (wie z. B. geriatriische Assistenzper- son) nicht erfüllt, die berufliche Zertifizierung auf der Grundlage von (1) Arbeitsstunden in dem Sektor (durchschnittlich 2.000 Stunden) und (2) einer spezifischen, nach Modulen organisierten Ausbildung (durch- schnittlich 300 Stunden) erteilt.

¹⁷ Beschluss vom Ministerium für Sozialpolitik und Verbrauch vom 4.11.2009 zur Veröffentlichung der Vereinbarung des Territorial Coun- cil für das System für Autonomie und Pflege bei Pflegebedürftigkeit über gemeinsame Zertifizierungskriterien hinsichtlich Ausbildung und Daten zu nichtprofessionellen Pflegekräfte.

Auch wenn es keine offiziellen Daten gibt, berichteten die Befragten, dass in den vergangenen Jahren große Fortschritte bei der Zertifizierung von Pflegepersonal in Altenpflegeheimen gemacht wurden, wenn auch für häusliche Altenpflegedienste nicht so viel getan wurde. Als Antwort auf die Covid-19-Krise und den Personalmangel hat die von der Zentralregierung und den Regionen entwickelte Regelung (die oben erwähnt und durch eine neue Vereinbarung im Territorial Council der Sozialdienste und des SAAD am 2.10.2020¹⁸ um weitere drei Monate verlängert wurde) jedoch die Einstellung von Arbeitskräften ohne Ausbildungsnachweis oder Erfahrung erlaubt, wodurch es schwierig wird, die angestrebten Verbesserungen zu erzielen.

Zusätzlich zu diesen Problemen besteht ein weiterer Bedarf, nichtmedizinisches Personal im Hinblick auf Infektionskrankheiten und deren Handhabung (Gebrauch von persönlicher Schutzausrüstung – PSA, Protokolle zur Vermeidung der Virusübertragung etc.) zu schulen. Ohne konkrete Pläne oder Schulungen haben verschiedene internationale Organisationen, z.B. WHO und EU, diesbezüglich über das European Centre for Disease Prevention and Control viele Berichte mit Anweisungen und Empfehlungen formuliert, die über das Umfeld von Gesundheitsinfrastrukturen hinausgehen (ECDC 2020).

Auf nationaler Ebene verfassten die verschiedenen Verwaltungen über die zentralen Gesundheits- und Sozialministerien und die sektoralen Regionalabteilungen technische Dokumentationen (hauptsächlich in Form von Aktionsprotokollen und Notfallplänen) für medizinisches und nichtmedizinisches Personal. Trotz fehlender Koordination zwischen -Altenpflegeheimen und dem Gesundheitssystem (Del Pino et al. 2020: 85–88) haben Dienste des Letzteren auch versucht, die fehlende medizinische Schulung für eine große Zahl an Beschäftigten in den ersten Wochen der Pandemie auszugleichen.

WISSEN WEITERGEBEN – AM ARBEITSPLATZ UND DIGITAL

Die Altenpflegeheime selbst spielten eine wichtige Rolle bei der Schulung des Personals, indem sie Maßnahmen und Schulungsprogramme konstant umsetzten – dies gemäß der von den verschiedenen Behörden und interdisziplinären Arbeitsgruppen, die unter diesen besonderen Umständen innerhalb der Pflegezentren eingerichtet wurden, bereitgestellten Materialien. Die Schulung konzentrierte sich auf die Organisation von Räumlichkeiten (Schilder und Unterteilung von Zonen), die Verwendung von Schutzausrüstung, Essensverteilung, persönliche Hygiene und Abfallentsorgung.

»Wir haben alle Schulungen in der Pandemie selber durchgeführt. Die Ärzte schulten die Krankenpfleger, die Physiotherapeuten [schulten] die geriatrischen Assistenzpersonen [...]. Wir haben uns im Laufe der Zeit gegenseitig geschult. Wie man eine Maske aufsetzt, wie man den Schutzanzug anzieht, wo man ihn aufbewahrt, ob man ihn wieder verwenden kann, Hände waschen ... Wenn wir mehr wussten, zeigten wir es den anderen. Wir haben alle im Laufe der Zeit dazugelernt« (IN: 6).

Im Kontext der Pandemie hat Technologie in puncto Schulung eine wichtige Rolle gespielt, besonders wenn es darum ging, das Wissen, das von den verschiedenen institutionellen Akteuren und von den Altenpflegekräften selbst erzeugt wurde, weiterzugeben, zu veröffentlichen und ständig zu aktualisieren. Audiovisuelle Materialien (Infografik, Informationsvideos, digitale Präsentationen usw.), Videoanrufe und Instant-Messaging sind breit genutzt worden. Intensität und Regelmäßigkeit dieser Schulungsarbeit wurden von vielen Geschäftsführer_innen, Direktor_innen und ärztlichen Leiter_innen von Altenpflegeheimdiensten erwähnt (Del Pino et al. 2020: 69).

Im Falle anderer Altenpflegedienstleistungen, wie z. B. ambulanter Pflege, gab es sehr wenige Maßnahmen und Richtlinien seitens zuständiger Behörden zu Schulungen Beschäftigter (regionale und lokale Regierungen). Das Ministerium für soziale Rechte und Agenda 2030 verfasste ein fachspezifisches Dokument (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 2020c), das allgemeine Empfehlungen für die Verwalter_innen dieser Dienstleistungen enthielt, jedoch nicht für das Fachpersonal oder das Personal, das direkt in der häuslichen Altenpflege arbeitet (Assistenzpersonen beispielsweise).

5 GEWERKSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN

Wie in den vorigen Abschnitten beschrieben, verschärfte die Pandemie eine Reihe struktureller Probleme bei den fachlichen Ressourcen im Pflegesystem, von denen viele bereits Jahre zuvor von den Gewerkschaften erkannt und in mehreren Beschwerden an den Ombudsmann formuliert worden waren (z. B. CCOO 2017; Defensor del Pueblo 2019).¹⁹ Während der ersten Welle konzentrierte sich die Antwort der Gewerkschaften im Wesentlichen auf die Bereitstellung von organisatorischer Unterstützung für Beschäftigte in dem Sektor und die Forderung nach arbeitsbezogenen Verbesserungen. Die Gewerkschaften brachten diese vor die verschiedenen Institutionen (national und regional) und später an den Verhandlungstisch mit den wichtigsten Unternehmensorganisationen im Sektor. Dieser Abschnitt stellt insbesondere die Forderungen der zwei größten spanischen Gewerkschaften zusammen: CCOO und UGT.²⁰

¹⁸ Beschluss vom 27.10.2020 durch den Minister für soziale Rechte, der zu der Veröffentlichung der Vereinbarung des Territorial Council für soziale Dienste und des Systems für Autonomie und Pflege bei Pflegebedürftigkeit führte, die teilweise die Vereinbarung vom 27.11.2008 zu gemeinsamen Zertifizierungskriterien modifiziert, um die Qualität der Zentren und Dienstleistungen des Systems für Autonomie und Pflege bei Pflegebedürftigkeit zu garantieren.

¹⁹ Dies ist eine nationale parlamentarische Institution, die mit der Aufgabe betraut ist, die bürgerlichen Grundrechte und öffentlichen Freiheiten durch eine Überwachung der Aktivitäten der spanischen öffentlichen Verwaltungen zu verteidigen.

²⁰ Andere Gewerkschaftsorganisationen, wie z. B. die Confederación Intersindical Galega (CIG), die Confederación General del Trabajo (CGT) und die Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) organisierten auch und verteidigte die Rechte dieser Beschäftigten in der Pandemie.

5.1 Zahl der Beschäftigten in Altenpflegeheimen und häuslicher Altenpflege erhöhen

Eine der Hauptforderungen drehte sich um die Notwendigkeit, die personellen Ressourcen angesichts des sektoralen Personalmangels, der sich während der Pandemie noch einmal verstärkt hatte, aufzustocken. Gefordert wird insbesondere, die Personaldecken nach Berufsgruppen festzulegen, nicht einfach nur insgesamt für alle. Auf diese Weise soll der Bedarf jeder einzelnen Berufsgruppe abgedeckt und je nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit der Bewohner_innen angepasst werden. Außerdem beklagen die Gewerkschaften, dass besonders während der Pandemie die Zahlen für die Personaldecken in vielen Altenpflegeheimen systematisch nicht eingehalten wurden. Diesbezüglich lautet ihr Vorschlag, dass die Mindestbesetzungen durchzusetzen und die Vereinbarung von 2009 (in Abschnitt 4.3 erwähnt) über eine Regelung auf staatlicher Ebene von allen Behörden einzuhalten sind.

Direkt im Zusammenhang mit dieser Forderung haben die Gewerkschaften auch eine Verstärkung der Kontrollen seitens der Behörden (vorwiegend regional) in Altenpflegeheimen (öffentlich und privat) und regelmäßige Audits gefordert (UGT 2020a). Hieraus würde sich die Forderung ergeben, Unternehmen, die aufgrund von Arbeitsplatzkontrollen wiederholt sanktioniert werden, von öffentlichen Aufträgen auszuschließen.

5.2 Arbeitsbedingungen verbessern und Löhne erhöhen

Die größten Gewerkschaften fordern auch Sanktionen für Unternehmen, die gegen das sektorale staatliche Abkommen verstoßen.²¹ Sie fordern Verbesserungen bei der Bezahlung, die Beschränkung von Teilzeitverträgen und Reduzierung befristeter Verträge. Sie hoben auch hervor, dass die schlechte Qualität der Arbeitsbedingungen viele Beschäftigte davon abhielte, ein gutes Leben führen zu können und diese in manchen Fällen trotz ihrer Arbeit sogar in Armut lebten. Hier schafft die weit verbreitete Existenz von Firmenvereinbarungen, die Geschäftsinhaber_innen die Zahlung des Mindestlohns erlauben, eine Situation, die nur schwer zu ändern ist: »Diese sind fast lebenslang fest verankert, da es sehr schwierig ist, sie zu ändern und in staatliche Verträge zu integrieren« (IN: 9).

CCOO besteht auf eine Regulierung von Teilzeitverträgen, die bei mindestens 60 Prozent der vollen wöchentlichen Arbeitszeit liegen sollten. Für Gewerkschaftsorganisationen besteht eine Arbeitswoche aus 37,5 Stunden, mit einem Maximum von 1.696 Stunden im Jahr. Bei der Bezahlung drehen sich die Forderungen der Gewerkschaften um die Festlegung eines jährlichen Mindestlohns von 14.000 Euro

für die niedrigsten Lohngruppen. Sie benennen und fordern Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, die direkt mit der Pandemie in Verbindung stehen (IN: 10–11).

5.3 Qualifizierte Ausbildung für Beschäftigte garantieren

Im Kontext der Pandemie steht eine der wichtigsten gewerkschaftlichen Kampagnen für die verbesserte Ausbildung aller Berufsgruppen unter dem Motto »Kontinuierliche berufliche und persönliche Entwicklung«. Sowohl die UGT als auch die CCOO haben wiederholt berichtet, dass geriatrische Assistenzpersonen mit Aufgaben betraut werden, für die sie nicht über die notwendige Ausbildung verfügen. Die Gewerkschaften beklagen, dass in einigen Altenpflegeheimen ein Teil des Unterstützungspersonals Aufgaben erledigen muss, die von medizinischem Personal erledigt werden sollten, was für die Beschäftigten zu rechtlichen Konsequenzen führen könnte.

Das Ungleichgewicht zwischen der Ausbildung für diese Beschäftigten und der Komplexität der Aufgaben, welche die Pflege für verwundbare Personen umfasst, verstärkte sich infolge des von der Zentralregierung und der Regionen genehmigten Systems. Die Gewerkschaften sprachen sich gegen diese Rekrutierungsrahmenbedingungen aus (die bis Juni für den öffentlichen Gesundheitssektor in Kraft waren), da es keine Belege dafür gab, dass zu diesem Zeitpunkt die Stellenvermittlungsprogramme erschöpft waren, und die Rekrutierungsrahmenbedingungen daher zu einem Verlust der Professionalisierung im Sektor führten. »Dies ist nicht der Ausweg, sondern genau das Gegenteil« (IN: 9).

Im Zusammenhang mit Covid-19 forderten die Gewerkschaften, dass die verschiedenen Behörden und der private Sektor für Beschäftigte spezielle Schulungen anbieten müssten, besonders für jede Altenpflegekraft, die in engem Kontakt zu Älteren in Altenpflegeheimdiensten steht (UGT 2020b).

5.4 Arbeits- und Gesundheitsschutz

In der Covid-19-Krise kämpften die Gewerkschaften erfolglos für eine gemeinsame staatliche Regelung der für die Durchführung der Arbeit in Pflegeheimen aufgestellten Richtlinien, um Verstöße bei der Verteilung der PSA (und der Sicherstellung eines ausreichenden Vorrats) und diagnostischen Tests für alle Beschäftigten, unabhängig von der Position, zu verhindern. Zusätzlich forderten die Gewerkschaften eine verbesserte Schulung des Personals bei dem Gebrauch von PSA und den Richtlinien zum Infektionsschutz.

Im Kontext der Pandemie war eine der wichtigsten Forderungen der großen Gewerkschaften, die mehrmals an das Ministerium für Integration, soziale Sicherheit und Migration herangetragen wurde, Covid-19 als Berufskrankheit anzuerkennen, wie dies in anderen Ländern (wie Deutschland oder Italien), die gemäß der Richtlinie 2020/739 der Euro-

²¹ Die Arbeitsmarktreform, die 2012 von der Zentralregierung der konservativen Partido Popular (PP) verabschiedet wurde, verringert die Bedeutung sektoraler staatlicher Abkommen.

päischen Kommission arbeiten, der Fall ist.²² Das königliche Gesetzesdekret 19/2020,²³ das am 26.5.2020 von der Zentralregierung verabschiedet wurde, kommt dieser Forderung (wenn auch nur teilweise) nach. Es erkennt einen »Arbeitsunfall« bei Personen an, die im Gesundheitswesen und staatlichen Gesundheitszentren arbeiten und sich mit der Krankheit infiziert haben. Auch wenn dieses Gesetz einen gewissen Fortschritt darstellt, ist es für die Gewerkschaften im Hinblick auf mögliche körperliche und psychische Konsequenzen von Covid-19 für die Gesundheit des betroffenen Personals nicht ausreichend. Die Anerkennung als Berufskrankheit ist verbunden mit einer finanziell und gesundheitlich besseren Versorgung durch das Nationale Institut für soziale Sicherheit (CCOO 2020a).

5.5 SAAD-Finanzierung verbessern

Um eine Verbesserung all dieser Bereiche zu erreichen, ist eine bessere Finanzierung notwendig. Das gaben alle für diesen Bericht befragten Personen an. Die Gewerkschaftsvertreter_innen machen darauf aufmerksam, dass für Verbesserungen bei der Qualität der Dienste und Beschäftigung im Pflegesektor eine beträchtliche Steigerung der SAAD-Finanzierung notwendig sei. Konkret schlägt CCOO eine Drei-Jahres-Vereinbarung zur Erhöhung des Budgets um 3,1 Milliarden Euro vor, wodurch die staatliche Finanzierung des SAAD auf 40 Prozent (derzeit 16 Prozent) plus 60 Prozent Finanzierung durch die Regionen steigen würde.

Gefordert werden eine Erhöhung der vereinbarten Pflegevergütung, ebenso wie eine Erhöhung der zuvor eingefrorenen für die von der Verwaltung für Pflegedienstleistungen gezahlten Preise und darüber hinaus die Festlegung eines Preises pro Platz und eines Preises pro Stunde für Mindestleistungen im ganzen Land sowie eine Garantie, dass sich die Verbesserung der Finanzierung in den Löhnen und Bedingungen widerspiegeln werden.

Im Kontext der Pandemie haben die Gewerkschaften Vorschläge zur Verwendung des EU-Wiederaufbaufonds gemacht. Ein Vorschlag lautet, einen Teil der Mittel zur Stärkung des Gesundheits- und Pflegesystems und zur Verbesserung der Qualität der Beschäftigung in diesem und anderen Sektoren zu verwenden, wobei der Kampf gegen übermäßige Zeitarbeit im Vordergrund stehen sollte.

Die Gewerkschaften fordern die Zentral- und Regionalregierungen auf, sich für die Einhaltung des VII. Staatlichen Rahmenabkommens für den Sektor einzusetzen. Zum Zeit-

punkt der Erstellung dieses Berichts sind alle Interessenvertreter_innen (Wirtschaftsverbände und Gewerkschaften) an den Verhandlungstisch zurückgekehrt. Beide Gewerkschaftsverbände sehen die Zukunft diesbezüglich jedoch düster: »Die Verhandlungskommission ist in eine Sackgasse geraten. Wir haben die Wirtschaftsverbände um gemeinsame Strategien und verstärkte Finanzierung [im Gesamthaushalt] gebeten, um die Arbeitsbedingungen und Löhne für die Beschäftigten zu verbessern [...]. Die Antwort war Nein« (IN: 9). Angesichts dieser Sackgasse forderten die Gewerkschaften von der Zentralregierung, Verhandlungen mit den Wirtschaftsverbänden im Sektor voranzubringen.

5.6 Covid-19 und der Kampf der Gewerkschaften

Wenige Forderungen der Gewerkschaften sind bisher erfüllt worden. Alle oben erwähnten Punkte wurden in offiziellen und inoffiziellen bilateralen Treffen mit der Zentralregierung (und den Gesundheits- und Sozialministerien), mehreren parlamentarischen Gruppen im spanischen Parlament und regionalen sektorbezogenen Institutionen und Abteilungen vorgelegt (IN: 5, 9). Ungeachtet des Willens zur Kooperation stieß man auf Schwierigkeiten, und man bat wiederholt um Aufnahme in die wichtigsten politischen und multilateralen nationalen Foren wie die Kommission für Wirtschaftlichen und Sozialen Wiederaufbau.²⁴

Die wichtigsten Gewerkschaften (UGT und CCOO) beklagen sich, dass die Zentralregierung und die meisten parlamentarischen Gruppen im nationalen Parlament den Beschäftigten im Pflegesystem nicht so viel Aufmerksamkeit schenken wie den Wirtschaftsverbänden (CCOO 2020b). Ende August 2020 schlugen sie vor, das Ministerium für soziale Rechte und die Agenda 2030 solle eine Plenarsitzung des SAAD-Beratungskomitees (in dem Wirtschaftsverbände und Gewerkschaften vertreten sind) einberufen, um die im Fachkomitee »Pflegeheime und Covid-19« eingegangenen Versprechungen zu optimalen Vorgehensweisen im Personalmanagement weiter zu entwickeln.

Im Rahmen des runden Tisches zum sozialen Dialog über Pflegebedürftigkeit (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 2020d) haben die Interessenvertreter_innen (Gewerkschaften und Wirtschaftsverbände) eine Reihe von Dokumenten für eine gemeinsame Strategie unter Einbeziehung des SAAD erarbeitet, die in einigen Fällen Aspekte, die die Beschäftigten betreffen, behandeln. Über dieses Forum schlugen sie die Ausarbeitung eines »Plans« zu Sozial- und Gesundheitsressourcen vor, bei dem Personaldecken nach Berufsgruppen in Pflegeheimen und nach der Zahl der angestellten Beschäftigten und eingesetzter Arbeitskapazität (Anteil der Arbeitsstunden) in ambulanten Pflegediensten aufgeschlüsselt sind. Sie fordern auch, einen Fonds zur Ver-

²² Richtlinie (EU) 2020/739 vom 3.6.2020, zur Änderung des Anhangs III der Richtlinie 2000/54/EG des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf die Aufnahme von SARS-CoV-2 in die Liste der biologischen Arbeitsstoffe, die bekanntermaßen Infektionskrankheiten beim Menschen hervorrufen, und zur Änderung der Richtlinie (EU) 2019/1833 der Kommission (vgl. <https://www.boe.es/doue/2020/175/L00011-00014.pdf>).

²³ Gemeint ist hier das königliche Gesetzesdekret 19/2020, vom 26.5.2020, das ergänzende Maßnahmen in den Bereichen Landwirtschaft, Wissenschaft, Wirtschaft, Beschäftigung und soziale Sicherheit und Steuern zur Linderung der Auswirkungen von Covid-19 verabschiedet hat.

²⁴ Am 21.5.2020 ins Leben gerufen, ist der Zweck der Kommission für Wirtschaftlichen und Sozialen Wiederaufbau, bezüglich der für die soziale und wirtschaftliche Erholung von der Covid-19-Krise zu verabschiedenden Maßnahmen Vorschläge entgegenzunehmen, Diskussionen zu führen und Schlussfolgerungen zu ziehen.

besserung des Festpreises einzurichten, der direkt an die Erfüllung der Pflege- und Beschäftigungsqualitätsstandards gekoppelt ist, die in der Zertifizierungsvereinbarung (im vorherigen Abschnitt erwähnt) und im Branchentarifvertrag festgelegt sind. Beim Abschluss dieses Berichts wurden diese Vorschläge von der Zentralregierung und den Interessenvertreter_innen immer noch diskutiert.

6 ZUSAMMENFASSUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Aufgrund der Ergebnisse dieses Berichts können wir eine Reihe von Schlussfolgerungen ziehen und einige Empfehlungen abgeben. Wie im gesamten Bericht gezeigt werden konnte, hat der Altenpflegesektor Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung und -bindung. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse und begrenzte Perspektiven für die berufliche Entwicklung führen dazu, dass viele Beschäftigte mit Qualifikationen im Gesundheitsbereich (besonders Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen) ihre Arbeit in Altenpflegeheimen nur als ein Sprungbrett ansehen, um sich einen festen Arbeitsplatz in einem Krankenhaus oder Gesundheitszentrum zu sichern. Das Pflegepersonal, das vorwiegend aus Frauen (u. a. Assistenzpersonen und geriatrischen Assistenzpersonen) besteht, muss aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen wiederum den Sektor verlassen. Die Situation muss mithilfe von besserer Bezahlung und fester Vollzeitverträge grundlegend geändert werden. In den Unternehmen sollte die körperlich und psychisch anstrengende Arbeit in der Altenpflege bei der Einteilung der Schichten, Urlaube und freien Tage berücksichtigt werden.

Ausbildung ist ein weiteres wichtiges Problem. Menschen, die in stationärer und ambulanter Altenpflege arbeiten, stehen aufgrund der Verwundbarkeit der Senior_innen in ihrer Obhut vor komplexen Aufgaben. Hier sind Qualifikationen vonnöten, die zukünftigen Fachkräften die entsprechenden Fertigkeiten an die Hand geben. Außerdem sollten diese Qualifikationen attraktiv sein, und zukünftige Auszubildende sollten Altenpflege als einen Sektor mit Zukunftschancen wahrnehmen. Für die Gestaltung und Umsetzung der Ausbildungsprogramme ist ein erhebliches Maß an Koordination zwischen den Ministerien für Bildung, Arbeit, Gesundheits- und Sozialdiensten, ebenso wie zwischen den Zentral- und Regionalregierungen erforderlich. In Spanien ist ebenfalls notwendig, das Verfahren zur Zertifizierungsentwicklung für alle Beschäftigten in der Altenpflege (stationäre und ambulante Altenpflege) abzuschließen und zu garantieren, dass jede_r, der/die in der Altenpflege tätig ist, über die entsprechende Ausbildung verfügt.

Während der ersten Covid-19-Welle waren Beschäftigte gezwungen, viele anstrengende Überstunden zu machen und in Doppelschichten zu arbeiten, sie mussten Urlaube und freie Tage streichen, wodurch eine körperliche und psychische Erschöpfung vorprogrammiert war. Es war die Folge davon, dass sie für krankgeschriebene Kolleg_innen einspringen und die Schwierigkeiten der Altenpflegeheime bei der Personalrekrutierung ausbaden mussten. Sie leisteten bemerkenswerte Arbeit, oftmals ohne entsprechende

PSA, ohne Zugang zu diagnostischen Tests und mit ungenügenden und verwirrenden Informationen, die oft auf das Fehlen von Richtlinien und Notfallplänen zu Beginn der Pandemie zurückzuführen waren sowie auf die mangelnde Koordination zwischen öffentlichem Sektor und Regierungsbehörden. Manche Beschäftigte (wie z. B. Assistenzpersonen und geriatrische Assistenzpersonen) verfügten nicht über die geeignete Schulung, wie sie sich selbst und andere vor einer ansteckenden Krankheit wie Covid-19 schützen konnten (wie zieht man Handschuhe, Masken und Einmalschutzkittel an und aus, wie vermeidet man eine Kontamination der Kleidung und persönlicher Gegenstände usw.). Bis zum Ende der Pandemie wird es entscheidend wichtig sein, geeignete Ausrüstung und externe Unterstützung (besonders vom Gesundheitssystem) für Menschen zu garantieren, die Senior_innen – sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch zu Hause in ihren eigenen vier Wänden – pflegen.

Ebenfalls wichtig ist es anzuerkennen, dass die Arbeitsbedingungen im Altenpflegesektor mit dem wirksamen Kampf gegen SARS-CoV-2 in Zusammenhang stehen. Unter diesem Aspekt könnte die Wirksamkeit einiger Maßnahmen, die die Übertragung des Coronavirus in Altenpflegeheimen verhindern sollen, durch das Modell der Arbeitsbeziehungen eingeschränkt werden. Sehr kurze Verträge, Teilzeitstellen und mehrere Arbeitsplätze steigern die Rotation und führen dazu, dass ein_e Beschäftigte_r wahrscheinlich zwischen verschiedenen Beschäftigungsstellen pendelt. Diese Arbeitssituation scheint mit optimalen Praktiken wie Abstand halten oder Kontakte reduzieren nicht kompatibel zu sein.

Schließlich muss über den geringen sozialen Status der Berufe, die das Wohlbefinden von verwundbaren Menschen in deren letzten Lebensjahren sicherstellen, nachgedacht werden. Alle an dieser Studie Beteiligten stimmen darin überein, dass die Arbeit, die von Altenpflegekräften im Altenpflegesektor geleistet wird, von der Gesellschaft nicht gebührend gewürdigt wird. Im Kontext der Krise kämpften die Altenpflegekräfte in Altenpflegeheimen und in der häuslichen Altenpflege an vorderster Front – mit prekären Mitteln und wenig äußerer Unterstützung –, um die Leben unserer älteren Mitbürger_innen zu schützen, während sie gleichzeitig nur wenig Anerkennung von der Gesellschaft erhalten.

LITERATUR

Abellán García, Antonio; Aceituno Nieto, María del Pilar; Ramiro Fariñas, Diego (2019): Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincial, Informes Envejecimiento en red, 24, Madrid, <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf> (15.1.2021).

Abellán García, Antonio; Aceituno Nieto, María del Pilar; Fernández Morales, Isabel; Ramiro Fariñas, Diego; Pujol Rodríguez, Rogelio (2020a): Una estimación de la población que vive en residencias de mayores, Envejecimiento en red, <http://envejecimiento-en-red.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/> (4.1.2021).

Abellán García, Antonio; Aceituno Nieto, María del Pilar; Fernández Morales, Isabel; Ramiro Fariñas, Diego; Belén, Castillo; Pujol Rodríguez, Rogelio (2020b): Una nueva estimación de población en residencias de mayores, Envejecimiento en red, <http://envejecimiento-en-red.es/una-nueva-estimacion-de-poblacion-en-residencias-de-mayores/> (4.1.2021).

Aguilar-Hendrickson, Manuel (2020): Long-Term Care in Spain: A Reform Failure or the Regulation of a Development Path?, in: *International Journal of Sociology and Social Policy* 11/12 (40), S. 1.301–1.317.

Amnesty International (2020): Abandonadas a su suerte: La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID-19 en España, https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=*%&fo=and&fq=mssearch_fld13&fv=EUR41800020&fo=and&fq=mssearch_mlt98&fv=gseg01&fo=and (4.1.2021).

Aragón, Jorge; Cruces, Jesús; Rocha, Fernando (2008): Las condiciones laborales en el sector de atención a la dependencia: una aproximación a la calidad en el empleo, Fundación Primero de Mayo, Documento de Trabajo, 3, Madrid.

Armstrong, Pat; Armstrong, Hugh (Hrsg.) (2020): *The Privatization of Care: The Case of Nursing Homes*, New York.

AEDGSS (2020): XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia, Febrero de 2020, https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/01/INFO-GLOBAL-XX-DICTAMEN-3-3-20_compressed.pdf (10.12.2020).

Béland, Daniel; Marier, Patrik (2020): COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada, in: *Journal of Aging & Social Policy* 34(4-5), S. 358–364, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08959420.2020.1764319?needAccess=true> (10.12.2020).

Borrás-Bermejo, Blanca; Martínez-Gómez, Xavier; San Miguel, María; Espectralba, Juliana; Antón, Andrés Martín, Elisabet; Almirante, Benito (2020): Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, in: *Emerging Infectious Diseases* 26 (9), S. 2.281–2.283.

CCAES (2020): Actualización nº 197: Enfermedad por el coronavirus (COVID-19), https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_197_COVID-19.pdf (15.1.2021).

Colino, César (2020): Decentralization in Spain: Federal Evolution and Performance of the Estado Autonómico, in: Muro, Diego; Lago, Ignacio (Hrsg.): *The Oxford Handbook of Spanish Politics*, Oxford, S. 62–81.

CCOO (2017): El sistema de atención a la dependencia: El sistema de protección social en España 2017, Cuadernos de Información Sindical, 56, Madrid.

CCOO (2018): El sistema de atención a la dependencia: El sistema de protección social en España 2018, Cuadernos de Información Sindical, 58, Madrid.

CCOO (2020a): Reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad profesional o accidente de trabajo según proceda, https://sanidad.ccoo.es/noticia:513397--Reconocimiento_de_la_COVID_19_como_enfermedad_profesional_o_accidente_de_trabajo_segun_proceda&opc_id=cf1c4d090b2cc3f07c6017fa7ec0ce2d (10.12.2020).

CCOO (2020b): La FSS-CCOO denuncia su exclusión de la Comisión para la reconstrucción del país y de su grupo de Sanidad y Sectores Sociosanitarios, <https://www.ccoo.es/noticia:511212> (10.12.2020).

Comunidad de Madrid (2020, 20 de abril): El SUMMA realiza más de 4.200 traslados de residentes a hospitales: Comunidad de Madrid: <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/04/20/sanidad-interviene-144-residencias-57-equipos-presenciales-sanitarios-summa-realiza-4200-traslados-residentes-hospitales> (10.12.2020).

DBK Informa Observatorio sectorial (2020): Estudios Sectores DBK: Residencias para la Tercera Edad (Julio 2020 – 22ª edición): Sumario, <https://www.dbk.es/es/estudios/15678/summary> (10.12.2020).

Defensor del Pueblo (2019): Atención a personas mayores: Centros residenciales, Separata del Informe anual de 2019, https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf (15.1.2021).

Del Pino, Eloísa del; Catalá Pérez, Daniel (2016): El welfare-mix español durante la crisis y la privatización del riesgo social: los casos de la sanidad, los servicios sociales y la atención a la dependencia, in: *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 2016 (66), S. 163–194.

Del Pino, Eloísa del; Ramos, Juan A. (2017): La Gran Recesión y los sistemas autonómicos de protección social, in: Kolling, Mario; Marí-Klose, Pau (Hrsg.): *Los retos del Estado de Bienestar ante las nuevas desigualdades*, Colección actas, Fundación Manuel Giménez Abad, S. 123–150.

Del Pino, Eloísa; Moreno Fuentes, Francisco Javier; Cruz-Martínez, Gibrán; Hernández-Moreno, Jorge; Moreno, Luis; Pereira-Puga, Manuel; Perna, Roberta (2020): Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes, Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC), Madrid, <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636> (10.12.2020).

El Digital de CLM (2020): Castilla-La Mancha busca trabajadores para las residencias de ancianos, <https://www.eldigitalcastillalamancha.es/actualidad/955783442/Castilla-La-Mancha-busca-trabajadores-para-las-residencias-de-ancianos-de-la-region.html> (10.12.2020).

El Justicia de Aragón (2020): Informe del Justicia sobre las Residencias de Personas Mayores en Aragón durante el Estado de Alarma por el covid-19, <https://eljusticiadearagon.es/el-justicia-ha-presentado-el-informe-sobre-las-residencias-de-personas-mayores-en-aragon-durante-el-estado-de-alarma-por-el-covid-19-2/> (7.1.2021).

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2020): Surveillance of COVID-19 at Long-Term Care Facilities in the EU/EEA, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA> (15.1.2021).

Eurostat (2020): Ageing Europe: Looking at the Lives of Older People in the EU, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000> (15.1.2021).

Franco Rebollar, Pepa; Ruiz, Blanca (2018): El trabajo de ayuda a domicilio en España, Madrid, Vicesecretaría General de UGT y la FESP UGT, https://www.ugt.es/sites/default/files/el_trabajo_de_ayuda_a_domicilio_ugt_fesp_sep_2018_def_0.pdf (7.1.2021).

Gallego, Raquel; Subirats, Joan (2012): Spanish and Regional Welfare Systems: Policy Innovation and Multi-level Governance, in: *Regional & Federal Studies* 22 (3), S. 269–288.

Gobierno de Cantabria (2020, 28 de marzo): Empleo busca personal para las residencias de mayores entre los demandantes que tienen titulación para poder ejercer. Gobierno de Cantabria. Disponible en: https://www.cantabria.es/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/9272473 (15.1.2021).

GTM (2020): Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias, Madrid, Ministerio de Ciencia e Innovación, https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf (7.1.2021).

IMSERO (2015): Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: Situación a 31 de agosto de 2015, <https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/estsisaad20150831.pdf> (7.1.2021).

IMSERO (2019): Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España Datos a 31/12/2018, Madrid, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/datos_ssppmmesp2018.pdf (7.1.2021).

IMSERO (2020a): Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de agosto de 2020, <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/estsisaad20200831.pdf> (2.1.2021).

IMSERO (2020b): Informe de Empleo en Sector Servicios Sociales (Datos del 3º trimestre 2020), https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/inf_empleo_ss_3trim_2020.pdf (2.1.2021).

IMSERO (2020c): MoMo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD): Datos a 31 de agosto de 2020, Madrid, https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/inf_momo_dep_20200831.pdf (2.1.2021).

INJUVE (2020): Castilla-La Mancha lanza una oferta de trabajo en centros asistenciales, <http://www.injuve.es/convocatorias/becas/castilla-la-mancha-lanza-una-oferta-de-trabajo-en-centros-asistenciales> (15.1.2021).

Jiménez-Martín, Sergi; Viola, Analía (2017): Observatorio de dependencia, segundo informe, Estudios sobre la Economía Española 2017/22, FEDEA.

Marbán, Vicente (2019): El sistema español de atención a la dependencia: Entre la regresión y las reformas. Documento de trabajo 4.9, Madrid, <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/06/paper-4.9.pdf> (15.1.2021).

Marbán, Vicente (2020): Los (Des)cuidados de larga duración en España: ¿Reforma o Perfeccionamiento del SAAD?, in: Moreno Fuentes, Francisco Javier; Del Pino, Eloísa (eds.): Las Transformaciones Territoriales y Sociales del Estado en la Edad Digital, Madrid, S. 331–354.

Martín Serrano, Enrique (2014): ¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?, Revista Actas de la dependencia 11, S. 1–29, https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/emartin_empleoysaad.pdf (2.1.2021).

Ministerio de Defensa (2020): Intervención de la UME en las residencias de mayores, mucho más que una desinfección, https://www.defensa.gob.es/ume/noticias/2020/04/Noticias/covid19_06_abril.html (15.1.2021).

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020a): Informe del Grupo de Trabajo COVID 19 y Residencias, Madrid, https://www.msbs.gob.es/ssi/imsero/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf (15.1.2021).

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020b): Información sobre los mecanismos de coordinación adoptados en cada territorio entre los servicios sociales y el sistema sanitario para asegurar la atención médica en los centros sociales residenciales en casos de covid-19, https://www.msbs.gob.es/ssi/imsero/docs/Coordinacion_sociosanitaria_CC_AA..pdf (15.1.2021).

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020c): Documento técnico de recomendaciones de actuación desde los servicios sociales de atención domiciliaria ante la crisis por covid-19, https://www.imsero.es/imsero_01/mas_informacion/covid19/serv_soc/index.htm (15.1.2021).

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020d): Propuestas para la puesta en marcha de un «Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia», <https://dependencia.info/imagenes/plan-choque-residencias.pdf> (15.1.2021).

Ministerio de Política Territorial y Función Pública (2020): Reuniones de Conferencias Sectoriales, https://www.mptfp.gob.es/dam/es/portal/politica-territorial/autonomica/coop_autonomica/Conf_Sectoriales/Documentacion/Conf_Sect_Reuniones/parrafo/2020/conferencias_sectoriales_2020.pdf#page=1 (15.1.2021).

Moreno Fuentes, Francisco Javier (2015): Retos y reformas de las políticas de cuidado de larga duración en España, in: Moreno Fuentes, Francisco J; Del Pino, Eloísa (Hrsg.): Desafíos del Estado del Bienestar en Noruega y España. Nuevas políticas para atender a nuevos riesgos sociales, S. 55–80.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2020): Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, Paris, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/92c0ef68-en.pdf?expires=1616582527&id=id&ac_cname=guest&checksum=5B82091A4ED6C4939D557029D19EEDC1 (2.1.2021).

Ordoki, Alejandro Gómez (2019): Contraste teórico de ratios en residencias de mayores desde la asociación entre el índice Barthel y el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), in: Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, Revista de servicios sociales, 2019 (69), S. 121–140.

PWC (2020): Radiografía del sector de las residencias para la tercera edad en España, <https://dependencia.info/noticia/3853/actualidad/la-fed-presenta-la-radiografia-del-sector-de-las-residencias-motor-de-la-economia-y-el-empleo.html> (15.1.2021).

RENAVE (2020): Informe nº 42. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo: Informe COVID-19. 03 de septiembre de 2020, https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%c2%ba%2042_03%20de%20septiembre%20de%202020.pdf (2.1.2021).

Rodríguez, Ángel; Jiménez, Antonio (2010): Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Fundación Alternativas, Documentos de Trabajo, 159.

Sánchez Maldonado, José; Molina Garrido, Carmen; Rivas Sánchez, Carlos (2010): La Ley de Dependencia: especial consideración de los aspectos financieros, Fundación Democracia y Gobierno Local, Barcelona, http://repositorio.gobiernolocal.es/xmlui/bitstream/handle/10873/688/Sanchez_Maldonado_p_53_90.pdf?sequence=1 (2.1.2021).

Sindicato Asambleario de Sanidad (2020): Trabajadores de residencias de ancianos denuncian despidos por exigir los equipos de protección adecuados, <https://sasmadrid.org/index.php/noticias/sanidad/1855-trabajadores-de-residencias-de-ancianos-denuncian-despidos-por-exigir-los-equipos-de-proteccion-adecuados-30-04-2020> (2.1.2021).

SEGG (2020): Comunicado de la SEGG respecto a las restricciones de contacto social en las residencias de mayores, <https://www.segg.es/media/descargas/Manifiesto-SEGG-salir-de-residencias.pdf> (2.1.2021).

Spasova, Slavina; Baeten, Rita; Coster, Stéphanie Ghailani, Dalila; Peña-Casas, Ramón; Vanherke, Bart (2018): Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies 2018, European Social Policy Network (ESPN), Brüssel.

UGT (2020a): UGT reclama una auditoría de las residencias de mayores, <https://www.ugt.es/ugt-reclama-una-auditoria-de-las-residencias-de-mayores> (15.1.2021).

UGT (2020b): Las trabajadoras de ayuda a domicilio, desprotegidas, <https://www.fespugt.es/sectores/salud-sociosanitario-dependencia/noticias/26822-las-trabajadoras-de-ayuda-a-domicilio-desprotegidas> (2.1.2021).

Valdés, Isabel (2020): El 53% de los residentes de centros sociosanitarios en Madrid presentan anticuerpos frente a la Covid, El País, <https://elpais.com/espana/madrid/2020-11-06/el-53-de-los-residentes-de-centros-sociosanitarios-en-madrid-presentan-anticuerpos-frente-a-la-covid.html?prn> (23.12.2021).

Zalakain, Joseba; Davey, Vanessa Suárez-González, Aida (2020): The COVID-19 [sic] on Users of Long-Term Care Services in Spain, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf> (23.12.2021).

ABKÜRZUNGEN

AEDGSS	Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (Staatlicher Verband der Direktor_innen und Führungskräfte im Sozialdienst)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BOE	Boletín Oficial del Estado (Staatliches Amtsbulletin)
CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (Koordinierungszentrum für Gesundheitsalarm und Notfälle)
CCOO	Comisiones Obreras (Gewerkschaft)
CGT	Confederación General del Trabajo (Gewerkschaft)
CIG	Confederación Intersindical Galega (Gewerkschaft)
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Nationaler Spanischer Forschungsrat)
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten
EU	Europäische Union
IASS	Instituto Aragonés de Servicios Sociales (Aragonesisches Institut der Sozialdienste)
IgG	Immunglobulin G
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Institut für Ältere und Sozialdienste)
INE	Instituto Nacional de Estadística (Nationales Statistikinstitut)
INJUVE	Instituto de la Juventud
LAPAD	Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Gesetz zur Förderung der persönlichen Autonomie und der Betreuung von Personen mit speziellen Bedürfnissen)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
PP	Partido Popular (konservative politische Partei)
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PWC	PriceWaterhouseCoopers
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Nationales Netz zur epidemiologischen Überwachung)
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (System für Autonomie und Betreuung von Pflegebedürftigen)
SEGG	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Spanische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie)
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias (Gesundheitsdienst von Asturias)
SISAAD	Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Informationssystem für das System für Autonomie und Betreuung von Pflegebedürftigen)
SNS	Sistema Nacional de Salud (Nationales Gesundheitssystem)
SUMMA	Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (Medizinischer Notdienst von Madrid)
UGT	Unión General de Trabajadores (Gewerkschaft)
UME	Unidad Militar de Emergencias (Militärische Rettungseinheit)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

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