

► Sektor-Kurzdossier der IAO

Datum: 11. April 2020

COVID-19 und der Gesundheitssektor

Mit dem Ausbruch der neuartigen Coronavirus-Krankheit (COVID-19) rücken die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme und die Notfallvorsorge und Notfallmaßnahmen der Länder ins Rampenlicht. Die rasche Ausbreitung von COVID-19 macht den dringenden Bedarf an einem stabilen Personalangebot deutlich, das integraler Bestandteil aller widerstandsfähigen Gesundheitssysteme ist.¹

Das Gesundheitspersonal² bildet das Rückgrat des Gesundheitssystems. Aufgrund der Natur ihres Berufs riskieren Millionen dieser Beschäftigten bei ihrer täglichen Arbeit ihre eigene Gesundheit. Wer also schützt das Gesundheitspersonal, das für die Eindämmung der COVID-19-Pandemie so wichtig ist? Die Achtung der Arbeitsrechte und menschenwürdige Arbeitsbedingungen sind unerlässlich dafür, diesen an vorderster Front stehenden Beschäftigten den Schutz zu bieten, den sie für den bevorstehenden langen Kampf zur Rettung von Leben benötigen.

Dieses Kurzdossier soll Aufschluss über die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Gesundheitspersonal und die Gesundheitssysteme sowie über frühzeitig getroffene Gegenmaßnahmen bieten. In Anbetracht der sich so rasch

verändernden Lage wird lediglich ein vorläufiger Überblick gegeben, der in den kommenden Wochen aktualisiert und ergänzt wird.



© Plegnathan

Tamil Nadu, Indien: Erhebung von Daten über den Gesundheitsstatus der Bevölkerung während der wegen des Coronavirus verhängten Ausgangssperre.

¹ Li L et al.: „COVID-19: the need for continuous medical education and training“, in The Lancet (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

² In diesem Text bezieht sich der Begriff „Gesundheitspersonal“ auf: a) das in Gesundheitsberufen ausgebildete Personal, das in Gesundheitseinrichtungen klinische Aufgaben wahrnimmt, b) alle im Gesundheitssektor (öffentliche und private Träger) beschäftigten Personen ungeachtet ihres Berufs und c) alle Personen, die mit ihrer Arbeit die Erbringung von Gesundheitsleistungen unterstützen, selbst wenn sie in anderen Sektoren oder Branchen beschäftigt sind, etwa ausgelagerte Dienstleister, beispielsweise Reinigungs-, Catering-, Sicherheits- oder Zeitarbeitskräfte. Siehe IAA: Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Zur Erörterung auf der Dreigliedrigen Tagung über die Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen vorgelegter Bericht (Genf, 2017).

► 1. Auswirkungen von COVID-19 auf das Gesundheitspersonal

Mit Stand vom 10. April 2020 meldete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mehr als 1,4 Millionen bestätigte Fälle von COVID-19 und über 87.000 Todesfälle, die mehr als 200 Länder, Gebiete und Territorien betrafen.³

Bis zum 8. April 2020 wurden der WHO aus 52 Ländern 22.073 Fälle von COVID-19 bei Beschäftigten im Gesundheitswesen gemeldet. Da es keine systematische Berichterstattung gibt, so die WHO, wird damit die Zahl der Infektionen beim Gesundheitspersonal weltweit allerdings wahrscheinlich unterschätzt.⁴ Seit dem Auftreten der Krankheit kommt es häufig zu Infektionen beim Gesundheitspersonal. Einer Studie aus China zufolge wurden bis Februar 2020 3.019 Fälle von COVID-19 bei Beschäftigten im Gesundheitsbereich festgestellt, von denen 1.716 bestätigte Fälle waren (3,8 Prozent aller bestätigten Fälle, davon 63 Prozent in Wuhan). Von den Fällen in dieser Berufsgruppe wurden 14,8 Prozent als schwer oder lebensbedrohlich eingestuft, und fünf Todesfälle wurden gemeldet.⁵ Italien verzeichnete mit Stand vom 9. April 2020 14.066 bestätigte Fälle von COVID-19 beim Gesundheitspersonal, was einer Infektionsrate von über 10 Prozent entspricht.⁶ Nach Angaben Irlands handelt es sich bei jedem fünften COVID-19-Fall in dem Land um Arbeitskräfte im Gesundheitswesen.⁷ Aus Togo wurden fünf infizierte Beschäftigte des Gesundheitswesens gemeldet, was einer Infektionsrate von 8,6 Prozent entspricht.⁸

Robuste Daten über die Zahl der infizierten Beschäftigten des Gesundheitswesens werden derzeit jedoch nicht systematisch erhoben, da es in vielen Ländern keine angemessenen Mechanismen der Berichterstattung gibt. Zudem wird in vielen Berichten nicht nach allgemeiner und berufsbedingter Exposition des Gesundheitspersonals

unterschieden, sondern auf sämtliche Infektionsquellen Bezug genommen.

Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsaspekte

Jede Infektion beim Gesundheitspersonal bedeutet eine weitere Lücke im Kampf gegen die Pandemie. Die Gewährleistung der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten des Gesundheitswesens hat daher hohe Priorität. Der Arbeitsplatz im Gesundheitswesen ist besonders anfällig für das Risiko der Exposition gegenüber COVID-19. Nach derzeitigem Kenntnisstand bestehen die beiden wichtigsten Übertragungswege in der direkten Interaktion mit Patienten und dem Kontakt mit Atemtröpfchen in der unmittelbaren Umgebung einer infizierten Person. Wie lange das Virus auf Oberflächen überleben kann, ist bislang nicht bekannt.⁹ Dadurch steigt das Infektionsrisiko durch Kontaktübertragung auch bei Beschäftigten weiter an, die Unterstützungsdienste leisten, wie Wäsche, Reinigung und Beseitigung klinischer Abfälle.

Beim Schutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen geht es in erster Linie darum, die Ansteckung mit COVID-19 und seine Weiterverbreitung zu verhindern. Entscheidend ist in dieser Hinsicht die transparente und rechtzeitige Verbreitung von Informationen über die Übertragung der Krankheit. Ebenso wichtig sind die Verfügbarkeit von persönlicher Schutzausrüstung sowie Aufklärung und Schulung zu ihrem ordnungsgemäßen Gebrauch. Konkrete Infektionsschutzmaßnahmen, wie etwa visuelle Warnhinweise, Atemhygiene und Husten-Etikette, Bereitstellung von Schutzmasken für Personen mit Atemwegsbeschwerden und ihre räumliche Trennung sowie Vorkehrungen in

3 [Coronavirus \(Covid-19\)](#), WHO [eingesehen am 10. April 2020].

4 [WHO Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) Situation Report – 82](#) (Genf, 11. April 2020).

5 Z. Wu and J.M. McGoogan: [Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) outbreak in China - Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention](#), JAMA Network (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

6 Epicentro. [Daily infographic](#) [eingesehen am 10. April 2020]. Bezieht sich auf die Berufsgruppe, nicht auf den Ort der Exposition.

7 [Statement from the National Public Health Emergency – Wednesday 18 March](#), Irische Regierung [eingesehen am 9. April 2020].

8 Präsentation des Leiters der Abteilung Arbeitsmedizin beim Gesundheitsministerium Togos auf dem Webinar des EPI-WIN der WHO zum Thema nationale Arbeitsmedizinprogramme für Beschäftigte im Gesundheitswesen, 7. April 2020.

9 [COVID-19 transmission questions](#), WHO [eingesehen am 9. April 2020].

Bezug auf Tröpfchenübertragung, können helfen, berufsbedingte Atemwegsinfektionen bei Personal und Patienten im Gesundheitswesen zu verhindern.¹⁰

In einer vor Kurzem veröffentlichten Umfrage von *National Nurses United* in den Vereinigten Staaten von Amerika gaben lediglich 30 Prozent der Befragten an, dass ihr Arbeitgeber über einen ausreichenden Bestand an persönlicher Schutzausrüstung verfügt, um die Beschäftigten im Falle eines sprunghaften Anstiegs der Zahl potenzieller COVID-19-Patienten zu schützen. Nur 65 Prozent hatten nach eigenen Angaben im Jahr zuvor eine Schulung zum sicheren An- und Ablegen von Schutzausrüstung erhalten.¹¹ Darüber hinaus deuten Beobachtungen aus den Vereinigten Staaten darauf hin, dass es bislang kaum Anleitungen dazu gibt, wann und wo Masken zu verwenden sind. An einigen Arbeitsorten mussten Beschäftigte des Gesundheitswesens, die Schutzmasken trugen, mit disziplinarischen Konsequenzen rechnen, weil sie die Patienten stark verunsicherten,¹² während ihnen an anderen mit Entlassung gedroht wurde, wenn sie sich zum Mangel an Schutzausrüstung und zu ihren Arbeitsbedingungen während der Pandemie äußerten.¹³

Der *International Council of Nurses* und der italienische Verband der Pflegekräfte warnten vor den gravierenden Folgen eines Mangels an persönlicher Schutzausrüstung für das Gesundheitspersonal. Ist keine Schutzkleidung verfügbar oder die bereitgestellte Schutzausrüstung unzureichend, trägt das an COVID-19-Patienten tätige Gesundheitspersonal ein hohes Infektionsrisiko.¹⁴ Hohe Infektionsraten bei den Beschäftigten des Gesundheitswesens haben zur Folge, dass das Gesundheitssystem stärker unter Druck gerät und die Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die für ihre mindestens 14 Tage unter Quarantäne gestellten Kollegen einspringen müssen, steigt.

Die Verwendung von Schutzausrüstung wie Masken und Augenschutz während einer ganzen Schicht kann Unbehagen aufgrund von Hitze, Hautreizungen und Atembeschwerden verursachen. Vorläufige Daten aus Wuhan (China), die während des COVID-19-Ausbruchs erhoben wurden, deuten auf eine hohe Prävalenz (bis zu 97 Prozent)¹⁵ von Hautirritationen und -schäden im Zusammenhang mit dem Gebrauch von persönlicher Schutzausrüstung hin, die mit der Dauer des Gebrauchs zunahm.¹⁶

Eine im Zhongnan-Krankenhaus der Universität Wuhan durchgeführte Studie legt nahe, dass auch lange Dienstzeiten und eine suboptimale Handhygiene das Risiko der Ansteckung mit COVID-19 bei Beschäftigten des Gesundheitswesens erhöhen.¹⁷

Das unterstreicht die Bedeutung eines nachhaltigen Ansatzes, Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz als integrale Komponente des Managements des Gesundheitssektors insgesamt zu betrachten. Mehrere IAO-Instrumente enthalten detaillierte Leitlinien zum Schutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen (siehe Abschnitt 3).

Äußerst wichtig ist auch, dass Beschäftigte wie Arbeitgeber rechtzeitig auf Informationen zugreifen können und einen transparenten Dialog führen. Beschäftigte und Arbeitgeber im Gesundheitswesen sollten die aktuellsten Informationen über klinische Protokolle, Leitlinien, Maßnahmen und Entscheidungen, die eine wirksame Umsetzung gewährleisten, teilen sowie sich über Situationen austauschen, in denen die Beschäftigten am Arbeitsplatz Risiken ausgesetzt sind.

Psychische und psychosoziale Unterstützung

Die COVID-19-Pandemie stellt außerordentlich hohe Anforderungen an das Gesundheitspersonal. Neben einer

10 IAO und WHO: [Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders](#) (Genf, 2018) [eingesehen am 9. April 2020].

11 [Survey of Nation's Frontline Registered Nurses Shows Hospitals Unprepared For COVID-19](#), National Nurses United [eingesehen am 9. April 2020].

12 [Why Would Hospitals Forbid Physicians and Nurses from Wearing Masks?](#), Scientific American [eingesehen am 9. April 2020].

13 [Hospitals Tell Doctors They'll Be Fired If They Speak Out About Lack of Gear](#), Bloomberg [eingesehen am 9. April 2020].

14 [High proportion of healthcare workers with COVID-19 in Italy is a stark warning to the world: protecting nurses and their colleagues must be the number one priority](#), International Council of Nurses [eingesehen am 9. April 2020].

15 J. Lan et al.: „[Skin damage among healthcare workers managing coronavirus disease – 2019](#)“, Journal of the American Academy of Dermatology (2020), [eingesehen am 9. April 2020].

16 J. Kantor: „[Pre-proof behavioral considerations and impact on personal protective equipment \(PPE\) use: Early lessons from the coronavirus \(COVID-19\) outbreak](#)“, Journal of the American Academy of Dermatology. 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

17 R. Li et al.: „[Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China](#)“, Infectious Diseases Society of America, (2020), [eingesehen am 9. April 2020].

hohen Arbeitsbelastung muss es auch mit der Angst umgehen, sich anzustecken und die Krankheit auf ihre Verwandten und Bekannten zu übertragen. Darüber hinaus hat auch das allgemeine Klima der Angst in der Bevölkerung Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal und seine psychische Gesundheit.

Eine Umfrage zur psychischen Gesundheit bei 230 medizinischen Beschäftigten einer zur tertiären Versorgung gehörenden Infektionsklinik für COVID-19 in China ergab für die Beschäftigten, die gegen COVID-19 im Einsatz waren, eine Inzidenz von 23 Prozent für Angst- und von 27 Prozent für Belastungsstörungen. Die Inzidenz von Angststörungen war bei Pflegekräften höher als bei Ärztinnen und Ärzten.¹⁸

In stark ausgelasteten Krankenhäusern fordern Leitung wie Beschäftigte psychologische Betreuung, um das Personal beim Umgang mit überlangen Arbeitszeiten, hoher Arbeitsintensität und Erfahrungen mit Todesraten ungekannten Ausmaßes zu unterstützen.¹⁹

Da in vielen Ländern die Schulen geschlossen sind und das öffentliche Leben still steht, ist das Personal des Gesundheitswesens, in vielen Fällen Frauen, beruflich stark gefordert, müssen aber auch ihr häusliches Leben organisieren und ihre Angehörigen betreuen, insbesondere wenn sie Kinder oder kranke oder behinderte Familienmitglieder haben.

In Gebieten mit einer hohen Zahl gemeldeter COVID-19-Fälle ergibt sich für diese Beschäftigten zudem ein Zielkonflikt zwischen den Prioritäten der öffentlichen Gesundheit und den Behandlungswünschen der Patienten und ihrer Angehörigen.²⁰ Die Folgen des Umgangs mit schwierigen Entscheidungen können von Angstzuständen bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen reichen.²¹

Aus Erkenntnissen bei anderen Ausbrüchen, etwa der Ebola-Epidemie in Westafrika 2014, geht hervor, dass das Gesundheitspersonal aufgrund der Angst vor einer mög-

lichen Ansteckung Gewalt, Diskriminierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft und in seinem unmittelbaren Umfeld erfahren kann.²²

In einigen Ländern ziehen Beschäftigte des Gesundheitswesens und anderer öffentlicher Dienste während des Ausbruchs eine alternative Unterkunft, etwa preisgünstige Hotelzimmer, in Betracht, um ihre Familien vor der Gefährdung durch COVID-19 zu schützen.²³

Unterstützung in den Gesundheitsteams und im Familien- und Freundeskreis, Aufklärung und Anleitung des Gesundheitspersonals zum Umgang mit Stress und Beratung zum Umgang mit posttraumatischem Stress müssen fest in die Bekämpfung von COVID-19 integriert sein. In den [Leitlinien der IAO für menschenwürdige Arbeit in öffentlichen Notfalldiensten](#) werden Maßnahmen zur Prävention von Stressfaktoren und zur Bewältigung ihrer Konsequenzen dargelegt.

Arbeitszeit

Im Zusammenhang mit der Reaktion auf den COVID-19-Ausbruch müssen zahlreiche Beschäftigte des Gesundheitswesens eine hohe zusätzliche Arbeitsbelastung, lange Arbeitszeiten und fehlende Ruhezeiten hinnehmen. In vielen Ländern, die eine wachsende Zahl von Fällen bewältigen müssen, die eine stationäre Behandlung erfordern,²⁴ resultiert daraus eine übermäßige Nutzung von Überstunden. In einigen Ländern wird der Urlaub des Gesundheitspersonals beschränkt, damit jederzeit genügend Personal für den Einsatz gegen COVID-19 zur Verfügung steht.

Menschenwürdige Arbeitszeitregelungen tragen dazu bei, das Wohlbefinden des Gesundheitspersonals mit den Erfordernissen des Gesundheitswesens in Einklang zu bringen. In Notlagen ist das Gesundheitspersonal jedoch gezwungen, unter unregelmäßigen und mitunter atypischen Bedingungen zu arbeiten. Die [Leitlinien der IAO für menschenwürdige Arbeit in öffentlichen Notfalldiensten](#)

18 J. Z. Huang et al.: [Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19](#), (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

19 [Corona-Pandemie: Wie lange muss sich die Schweiz abschnitten?](#), in SRF, 23. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

20 J. Cabrita: [„COVID-19 intensifies emotional demands on healthcare workers“](#) (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

21 [PTSD: National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs](#), 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

22 [Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak](#), WHO, 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

23 Zielinski S.: [Essential services workers consider alternate accommodations to protect their families](#), in Red Deer Advocate, 31. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

24 Internationale der Öffentlichen Dienste: [„French health workers face rapid escalation of cases“](#) (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

(2018) enthalten Grundsätze für die Regelung der Arbeitszeit während der Notlage.

Im [Übereinkommen \(Nr. 149\) über das Krankenpflegepersonal, 1977](#) und in der dazugehörigen [Empfehlung Nr. 157](#) werden Standards für menschenwürdige Arbeitszeitregelungen speziell für das Pflegepersonal aufgestellt.²⁵ Nach dem Übereinkommen sind dem Krankenpflegepersonal Bedingungen zu gewähren, die denjenigen der anderen Arbeitnehmer in dem betreffenden Land mindestens gleichwertig sind. Zu den für die Pandemie besonders relevanten Bedingungen zählen: Arbeitszeit, einschließlich der Regelung und Vergütung von Überstunden, unbequemen oder beschwerlichen Arbeitszeiten und Schichtarbeit; wöchentliche Ruhezeit; Mutterschaftsurlaub; krankheitsbedingte Abwesenheit; und soziale Sicherheit. Der Empfehlung zufolge sollten vorübergehende Abweichungen von den Bestimmungen zur Normalarbeitszeit nur in Fällen besonderer Dringlichkeit zugelassen werden. Darüber hinaus heißt es im Anhang der Empfehlung wie folgt: „Überstunden sollten freiwillig geleistet werden, außer in den Fällen, in denen sie für die Patientenbetreuung unerlässlich sind und nicht genügend Freiwillige zur Verfügung stehen.“

Schutz von Freiwilligen und kurzfristig eingestelltem Personal

Um sicherzustellen, dass genügend Gesundheitspersonal für die Reaktion auf den COVID-19-Ausbruch verfügbar ist, haben sich mehrere Länder um professionelle Unterstützung durch Freiwillige, andere Sektoren wie das Militär, Ärzte im Ruhestand oder Medizinstudenten und Krankenpflegeschüler bemüht. Die irische Gesundheitsbehörde HSE (Health Service Executive) etwa appellierte an Gesundheitsfachkräfte aller Fachgebiete, die derzeit nicht im öffentlichen Gesundheitssektor tätig sind, sich registrieren zu lassen und für Irland auf Abruf bereit zu halten.²⁶ Nach

diesem Vorbild verbreiteten kenianische Gesundheitsbeschäftigte über soziale Medien „On call for Kenya“, einen Aufruf zum Zusammenschluss gegen COVID-19.²⁷ In Deutschland wurde eine rasche Arbeitserlaubnis für ausländisches Gesundheitspersonal gefordert, das sich bereits in der Bundesrepublik befindet und auf seine Zulassung wartet.²⁸ Medizinische Ausbildungsstätten im Vereinigten Königreich Großbritannien wurden nachdrücklich aufgefordert, Medizinstudenten und Krankenpflegeschüler im letzten Ausbildungsjahr schneller zum Abschluss zu führen und die Anforderungen für klinische Prüfungen auszusetzen, damit Ärzte möglichst rasch zugelassen werden.^{29 30} Zudem holt das Vereinigte Königreich Ärzte aus dem Ruhestand zurück in seinen Nationalen Gesundheitsdienst.³¹ Viele andere Länder, darunter Kenia³² und Südafrika³³ beschreiten diesen Weg ebenfalls und haben Kampagnen zur Anwerbung von zusätzlichem Gesundheitspersonal ins Leben gerufen.

Angesichts der wachsenden Arbeitslosigkeit in vielen Ländern und der ungleichen Verteilung des Gesundheitspersonals wird die Idee, die örtliche Bevölkerung zu Gemeinde-Gesundheits Helfern auszubilden, die die Bewältigung der Pandemie unterstützen können, zunehmend attraktiver.³⁴ In Ländern mit Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wird die Ausbildung von Gemeinde-Gesundheits Helfern zur Sicherung der Erbringung von Versorgungsleistungen seit Langem praktiziert. Bei den jüngsten Ausbrüchen, etwa der Ebola-Epidemie in der Demokratischen Republik Kongo und in Westafrika, wurden in den betroffenen Ländern Tausende von Gemeinde-Gesundheits Helfern als Teil interdisziplinärer Teams ausgebildet, um die Prävention, Erkennung und Bewältigung von Ausbrüchen in den von Ebola heimgesuchten und gefährdeten Gemeinden zu unterstützen.³⁵ Diese gemeindenähe Strategie zur Umsetzung von Präventions- und Kontrollmaß-

25 Grundsatzdossier der IAO zum Gesundheitswesen: [Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care](#), Genf, 2018.

26 [Be on call for Ireland](#), irische Regierung, 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

27 [COVID-19 response](#) [eingesehen am 9. April 2020].

28 [Ausländische Pflegekräfte schnell zulassen](#), deutsche Bundesregierung, 18. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

29 G. Iacobucci: „[Covid-19: medical schools are urged to fast-track final year students](#)“, BMJ (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

30 E. Mahase: „[Covid-19 medical students to be employed by NHS as part of epidemic response](#)“, BMJ (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

31 C. Dyer: „[Covid-19: 15 000 deregistered doctors are told 'your NHS needs you'](#)“, BMJ (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

32 E. Kivuva: „[Covid-19: Kenya begins hiring of 6.000 more health workers](#)“, in Business Daily, 2. April 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

33 Citizen reporter: „[Health department embarks on massive recruitment drive](#)“, in the Citizen COVID-19, 28. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

34 R. Panjabi: „[The job description for a COVID-19 community health worker - and how this could fight US unemployment](#)“, in WEF, 31. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

35 S. O. Wiah et al.: [Prevent, Detect, Respond: Rapidly expanding healthcare teams through community health workers in the fight against COVID-19](#). BMJ Opinion (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

nahmen kristallisiert sich für die Länder als Möglichkeit heraus, ihre Maßnahmen gegen COVID-19 zu verstärken.

Die genannten Maßnahmen erscheinen im Hinblick auf die Sicherung der benötigten Versorgung vielversprechend, erfordern jedoch eine sorgfältige Umsetzung, damit diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter denselben Schutz wie andere Beschäftigte genießen. Nachhaltige Gesundheitssysteme stützen sich auf eine vorausschauende Personalplanung. Bei kurzfristigen Einstellungen sollten logistische, ethische und finanzielle Aspekte berücksichtigt werden.

Neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutz müssen auch andere Beschäftigungsbedingungen angesprochen werden, darunter soziale Absicherung, Vergütung, Ruhezeiten und Arbeitszeitregelungen. Die Regierungen sollten solche kurzfristigen Einstellungen während der Krise je nach Bedarf und in Beratung mit den Sozialpartnern überwachen und regulieren. Neu eingestellte, unerfahrene Beschäftigte und ältere, aus dem Ruhestand zurückkehrende Beschäftigte sind besonders anfällig für Infektionen, weshalb ein angemessener Schutz unerlässlich ist.

Zudem müssen die Regierungen durch angemessene Aufsichts- und Managementprozesse für das Gesundheitspersonal und neue Beschäftigte sicherstellen, dass alle Beschäftigten geschult werden und in Bezug auf die zur Bewältigung der Pandemie erforderlichen Qualifikationen auf dem neuesten Stand sind.

Im Länderbeispiel in Kasten 1 wird ein umfassender Ansatz zur kurzfristigen Einstellung mit Aspekten menschenwürdiger Arbeit dargestellt.

Geschlechtsspezifische Aspekte

Frauen stehen während dieser Pandemie vor besonderen Herausforderungen. Sie stellen weltweit mehr als 70 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen.³⁶ Eine zusätzliche Belastung entsteht ihnen aus unbezahlter Pflegearbeit wie der Betreuung von Kindern oder älteren Familienmitgliedern.³⁷ Schätzungen zufolge macht der Beitrag von Frauen zur Gesundheitsversorgung nahezu 5 Prozent des globalen BIP aus, tatsächlich ist jedoch die Hälfte dieses Beitrags weder vergütet noch anerkannt. Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen üben in der Regel eine weniger qualifizierte Tätigkeit mit geringerer Bezahlung und in

Kasten 1. Kurzfristige Einstellungen zur Deckung des kurzfristigen Bedarfs an Gesundheitspersonal: „Sei auf Abruf für Irland“¹

Bei der Vorbereitung des Gesundheitssystems auf COVID-19 appellierte die irische Gesundheitsbehörde HSE an Gesundheitsfachkräfte aller Fachgebiete, die derzeit nicht im öffentlichen Gesundheitssektor tätig sind, sich registrieren zu lassen und für Irland auf Abruf bereit zu halten, falls im Gesundheitssystem Bedarf an zusätzlicher Hilfe besteht. Dazu gehören auch Freiwillige oder andere Personen mit Qualifikationen, die während der Pandemie möglicherweise benötigt werden.

Die HSE stellte eine Seite „Häufig gestellte Fragen“ (FAQ) ins Netz, die transparente Informationen über den Prozess, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie die Beschäftigungsbedingungen im Zusammenhang mit dem Aufruf enthält. Die FAQ betreffen folgende Themen:

- Informationen zum Anmeldeprozess
- Ausfüllen des Online-Formulars
- Aufgaben
- Wann und wie werden die Bewerber kontaktiert
- Arbeitszeiten
- Feiertage & Jahresurlaub
- Gehalt
- Arbeitnehmer im Ruhestand
- Leiharbeitnehmer
- Qualifizierte Fachkräfte ohne Registrierung bei der zuständigen irischen Behörde
- Als Student arbeiten
- Außerhalb des Fachgebiets arbeiten
- Art des Arbeitsvertrags
- Als Freiwilliger arbeiten
- Information zu Stellen beim HSE
- Auswahlverfahren
- Kinderbetreuung/Betreuungsregelungen
- Sozialhilfeszahlungen
- Informationen zu COVID-19

¹ [Be on call for Ireland](#), Irische Regierung, 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

³⁶ IAA: [ILO Monitor, 2. Ausgabe: COVID and the world of work](#). Genf: IAA, 7. April 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

³⁷ IAA: [A quantum leap for gender equality: for a better future of work for all](#), Genf, 2019.

niedrigen beruflichen Positionen aus, was zu einem geschlechtsspezifischen Lohngefälle von durchschnittlich 26 Prozent in Ländern mit hohem Einkommen und 29 Prozent in Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen beiträgt.³⁸

Während dieser Pandemie sind insbesondere Frauen vor die Herausforderung gestellt, eine erhöhte Arbeitsbelastung, die Angst vor der Übertragung des Virus an Angehörige und die Bewältigung ihrer häuslichen Betreuungsaufgaben miteinander zu vereinbaren. Einige Gesundheitseinrichtungen bieten zur Entlastung ihres Personals kostenlose Kinderbetreuung an. Die Regierungen sollten sicherstellen, dass Maßnahmen zur Unterstützung der Beschäftigten im Gesundheitswesen getroffen werden, insbesondere wenn diese zu Hause zusätzliche Betreuungsaufgaben wahrnehmen müssen.

Frühere Ausbrüche haben gezeigt, wie wichtig die Integration einer geschlechtsspezifischen Analyse in die Vorsorge für gesundheitliche Notlagen und deren Bewältigung ist, da Frauen eine beherrschende Stellung als informelle Betreuungspersonen und an vorderster Linie tätige Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens einnehmen.³⁹ Die dringenden Anforderungen an Gesundheitspersonal mit familiären Pflichten, in den meisten Fällen Frauen, machen deutlich, wie groß der Bedarf an flexiblen Arbeitszeitregelungen ist, die planbar und geschlechtergerecht angelegt sind und eine bessere Vereinbarkeit der beruflichen und familiären Pflichten von Männern und Frauen ermöglichen und fördern. In diesem Kontext bietet die [Empfehlung \(Nr. 157\) betreffend das Krankenpflegepersonal, 1977](#), in ihrem Anhang folgende Orientierungshilfe: „Vorbehaltlich der Erfordernisse des Dienstes sollten die Dienstpläne so gestaltet sein, dass Schichtarbeit, Überstunden und unbequeme oder beschwerliche Arbeitszeiten in angemessener Weise zwischen allen Angehörigen des Krankenpflegepersonals aufgeteilt werden, insbesondere zwischen ständig und zeitweilig beschäftigtem Personal sowie zwischen vollzeitig und teilzeitig beschäftigtem Personal, und dass individuelle Wünsche sowie besondere Faktoren im

Zusammenhang mit klimatischen Verhältnissen, Transportmitteln, Familienpflichten oder anderen soweit wie möglich berücksichtigt werden“.

Reisebeschränkungen und die Angst vor Infektionen stellen zusätzliche Hindernisse für die häusliche Pflege älterer und kranker Menschen dar. Diese Art der Betreuung wird überwiegend von Frauen geleistet, auf die 88 Prozent aller häuslichen und Heim-Pflegekräfte entfallen.⁴⁰ In Deutschland etwa ist man bei der häuslichen Pflege in hohem Maß auf ausländische Betreuungspersonen angewiesen. Infolge des derzeitigen Ausbruchs von COVID-19 ist die Zahl der Pflegekräfte aus osteuropäischen Ländern, die für eine Betreuungstätigkeit nach Deutschland kommen, stark rückläufig. Der deutsche Verband für häusliche Betreuung und Pflege (VHBP) rechnet damit, dass ab Mitte April 100.000 bis 200.000 Menschen nicht mehr häuslich versorgt sind. Er fordert dazu auf, Betreuungspersonen durch Anreize zum Verbleib in Deutschland zu motivieren, entsprechend dem Beispiel von Österreich, wo ein Bonus von 500 Euro im Monat gezahlt wird, um ausländische Pflegekräfte zu halten.^{41 42}

Sozialer Dialog in Krisenzeiten

In der [Empfehlung \(Nr. 205\) betreffend Beschäftigung und menschenwürdige Arbeit für Frieden und Resilienz, 2017](#), wird betont, wie wichtig der soziale Dialog bei Krisenreaktionen ist und welche entscheidende Rolle Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden in dieser Hinsicht zukommt.

Mitsprache und Teilhabe sind eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass Beschäftigte, Arbeitgeber und andere Akteure des Gesundheitssystems sich aktiv in die Reaktion auf den COVID-19-Ausbruch einbringen können. Die Freiheit, Bedenken zu äußern, etwa in Bezug auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz, oder eine Tätigkeit zu verweigern, die nach Ansicht der Beschäftigten eine Gefährdung für sie selbst oder andere darstellt, sowie ihr Vereinigungsrecht und ihr Recht auf uneingeschränkte Teilnahme am Dialog sind wichtige Grundsätze, die auch in Notlagen wie der COVID-19-Pandemie gewahrt werden müssen.

38 IAA: Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Zur Erörterung auf der Dreigliedrigen Tagung über die Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen vorgelegter Bericht (Genf, 2017).

39 C. Wenham, J. Smith and R. Morgan: „COVID-19: the gendered impacts of the outbreak“, The Lancet, (14. März 2020, Bd. 395) [eingesehen am 9. April 2020].

40 ILOSTAT: „These occupations are dominated by women“, (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

41 [Versorgungsnotstand wegen Corona](#), 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

42 [Pressemitteilung, Berlin](#), 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

Zahlreiche Gewerkschaften in aller Welt sind aktiv an der Reaktion auf COVID-19 beteiligt, indem sie ihre Mitglieder beraten und ihnen regelmäßig aktuelle Informationen bereitstellen, einen Dialog mit Arbeitgeberverbänden und Regierungen führen und ihre Mitglieder zu aktiver Hilfe während der Pandemie mobilisieren.

Die Internationale der Öffentlichen Dienste (PSI) gab einen Informationsvermerk über gewerkschaftliche Aktionen während des Ausbruchs von COVID-19 heraus, der Orientierungshilfe zu zentralen und für die Beschäftigten relevanten Aspekten bietet.⁴³ Darüber hinaus rief die PSI die Kampagne „Public Health Once and for All“ (Öffentliche Gesundheit, ein für alle Mal) ins Leben, die auf grundlegende Maßnahmen zur Bewältigung des COVID-19-Ausbruchs aufmerksam macht, zugleich aber auch einen Wandel in den Gesundheitssystemen propagiert, der den Menschen an die erste Stelle stellt und der die Bedeutung öffentlicher Gesundheitssysteme unterstreicht, die hinreichend finanziert, personell besetzt und materiell ausgestattet sind, um auf künftige Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit reagieren zu können.⁴⁴

Der Krankenpflegeverband des US-Bundesstaats Michigan reichte eine Beschwerde gegen ein Krankenhaus ein, das den Pflegekräften das Tragen eigener Schutzmasken untersagte. Dieses Beispiel veranschaulicht die wichtige Rolle, die Gewerkschaften und Berufsverbände bei der Berücksichtigung der Anliegen des Gesundheitspersonals spielen können.⁴⁵

In Argentinien bietet eine Vereinbarung zwischen dem Verband der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Regierung die Garantie, dass alle Arbeitskräfte im Gesundheitssektor, die unter Quarantäne stehen, weiterhin ihr volles Gehalt beziehen und während der Pandemie Anspruch auf kostenlose, staatliche subventionierte Beförderung haben.⁴⁶

In Italien schlossen Regierung und Sozialpartner einen neuen Kollektivvertrag über Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit für Beschäftigte im Gesundheitswesen.⁴⁷

Der soziale Dialog ist wichtig nicht nur in Bezug auf die Notfallvorsorge, sondern auch im Hinblick auf die Verbesserung der Gegenmaßnahmen und ihrer Koordinierung bei Notlagen. Er ist unabdingbar für den rechtzeitigen Informationsaustausch und für die Behandlung von Themen wie Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, erhöhte Arbeitsbelastung und Verantwortlichkeiten.⁴⁸

Kasten 2. Republik Korea: Dreigliedrige Vereinbarung des Ausschusses für den Gesundheitssektor über Gegenmaßnahmen zu COVID-19¹

In der Republik Korea erzielten die dreigliedrigen Mitglieder des Ausschusses für den Gesundheitssektor, der unter dem Dach des *Economic, Social and Labour Council* (ESLC) tätig ist, eine Vereinbarung über die Überwindung der durch die Ausbreitung von COVID-19 bedingten Krise und den Schutz der Beschäftigten des Gesundheitswesens während der Arbeit. Zu den Kernpunkten der Vereinbarung gehören:

- i) die Schaffung eines Arbeitsumfelds, das die Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung gewährleisten kann;
- ii) die Verbesserung der Arbeitsplatzsicherheit und der Behandlungen für das Gesundheitspersonal;
- iii) die Bewältigung des Mangels an medizinischen Hilfsgütern und der Aufbau eines nachhaltigen Gesundheitssystems; und
- iv) die Stärkung der Kapazitäten des öffentlichen Gesundheitswesens und der Zusammenarbeit mit dem privaten Gesundheitssektor.

¹ Economic, Social and Labour Council: Healthcare Sector Committee Agreed on COVID-19 Countermeasures, ESLC Newsletter, 26. März 2020.

⁴³ Internationale der Öffentlichen Dienste: „[Coronavirus: Guidance Briefing for Union Action – Update](#)“, (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

⁴⁴ Internationale der Öffentlichen Dienste: „[Public Health, Once and for All! - concept note](#)“ (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

⁴⁵ C. Rainey: „[Michigan Nurses Association files complaint against Mercy Health Partners Hackley campus](#)“, in Newschannel 3, 23. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

⁴⁶ [Argentina battles Covid-19 with trade union support](#), Uni Global Union, 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

⁴⁷ [Protocollo per la prevenzione e la sicurezza dei lavoratori della Sanità, dei Servizi Socio Sanitari e Socio Assistenziali in ordine all'emergenza sanitaria da «Covid-19»](#) [eingesehen am 9. April 2020].

⁴⁸ IAO: [Guidelines on decent work in public emergency services](#), Genf, 2018.

► 2. Auswirkungen auf das Gesundheitssystem

Die Fähigkeit der Gesundheitssysteme, durch eine rasche Umstrukturierung und Mobilisierung von Gesundheitspersonal auf die Krise zu reagieren, zugleich aber auch die laufende Erbringung grundlegender Leistungen entlang des Versorgungskontinuums sicherzustellen, ist eine ebenso kritische wie anspruchsvolle Aufgabe. Wesentliche Strategien bestehen unter anderem in der Gewährleistung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, menschenwürdigen Arbeitsbedingungen, psychosozialer Unterstützung für das Gesundheitspersonal und der Bereitstellung von Mechanismen der Aus- und Weiterbildung mit dem Ziel, dem Personal und neu eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern rasch neue Aufgaben entsprechend den Anforderungen des Gesundheitssystems zuzuweisen. Zur Bereitschaft für den Notfall gehört auch die Optimierung von Plattformen für die Leistungserbringung, etwa durch Telemedizin.⁴⁹

Technologische Fortschritte wie Online- und mobile Gesundheitsanwendungen, 3D-Druck und künstliche Intelligenz können eine Verbesserung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und der Arbeitsmethoden während und nach der Pandemie ermöglichen.⁵⁰ Einige Länder haben die Nutzung von Standortdaten von Mobiltelefonen eingeführt, um die Ausbreitung von COVID-19 auf nationaler Ebene zu verfolgen.⁵¹ In den Niederlanden werden Medizinstudenten in einem Callcenter beschäftigt, das Patienten mit schweren Symptomen nutzen können, um der von ihnen benötigten Behandlung zugeführt zu werden. Die Einführung und Ausweitung digitaler Technologien zur Information, Schulung und Anleitung des Gesundheitspersonals, insbesondere in armen und entlegenen Gebieten, kann die Transparenz, die Leistungs-

erbringung und das Krisenmanagement während der Pandemie verbessern.

Beschäftigung und Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen

Der Gesundheitssektor ist eine wichtige Quelle der Beschäftigung: In den meisten Regionen wurde hier ein höherer Beschäftigungszuwachs als in anderen Sektoren verzeichnet. Auf das Gesundheits- und Sozialwesen zusammengekommen entfielen 2013 mehr als 105 Millionen und 2018 130 Millionen Arbeitsplätze weltweit, und für 2020 wird ihre Zahl auf 136 Millionen geschätzt.⁵² Zudem können die Gesundheitssysteme durch ihre wachstumsfördernde Wirkung auf andere Wirtschaftszweige wie die Herstellung von Ausrüstungen und Technologieprodukten potenziell mehr menschenwürdige Arbeitsplätze hervorbringen.⁵³ In den Vereinigten Staaten etwa leistete der Gesundheitssektor einen Beitrag zur Überwindung der Finanzkrise 2007–2008: Zwischen 2006 und 2016 betrug das Beschäftigungswachstum im Gesundheitswesen 20 Prozent, verglichen mit 3 Prozent in der übrigen Wirtschaft.⁵⁴ Dieser Wachstumstrend wird Prognosen zufolge anhalten: 18 der 30 am wachstumsstärksten Berufe sind im Gesundheitswesen und in verwandten Tätigkeiten angesiedelt, und bis 2028 dürften hier zusätzliche 3,4 Millionen Arbeitsplätze entstehen.⁵⁵

Die Hochrangige Kommission der Vereinten Nationen für Beschäftigung im Gesundheitswesen und Wirtschaftswachstum erkannte an, dass der Gesundheitssektor eine wirtschaftliche Schlüsselstellung einnimmt und dass

49 WHO-Regionalbüro für Europa: [Strengthening the Health Systems Response to COVID-19 Technical guidance #1](#), (Kopenhagen, 2020) [eingesehen am 9. April 2020].

50 IAA: [The future of work in the health sector. Working Paper Nr. 325](#), Genf, 2019.

51 A. Hutchinson: [„More Nations Are Looking to Use Cell Phone Data to Track the COVID-19 Outbreak, Raising Privacy Concerns“](#), in Social Media Today, 24. März 2020 [eingesehen am 10. April 2020].

52 Quellen: IAA-Datenbank WESO 2015; IAA-Berechnungen 2018 auf der Grundlage von Mikrodaten aus Arbeitskräfte- und Haushaltserhebungen; ILOSTAT-Berechnungen 2020 (Genf, erscheinen demnächst).

53 IAA: Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Zur Erörterung auf der Dreigliedrigen Tagung über die Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen vorgelegter Bericht (Genf, 2017).

54 E. Salsberg and R. Martiniano: [„Health Care Jobs Projected To Continue To Grow Far Faster Than Jobs In The General Economy“](#), in Health Affairs, 9. Mai 2018.

55 U.S. Bureau of Labour Statistics. [Employment projections 2018-2028](#). Economic news release, 9. September 2019 [eingesehen am 9. April 2020].

Investitionen in das Gesundheitspersonal erforderlich sind, um bei der Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung voranzuschreiten.⁵⁶ Allerdings lassen die Daten erkennen, dass nahezu alle Gesundheitssysteme vor Herausforderungen stehen, was die Anwerbung, den Einsatz und die langfristige Bindung von gut ausgebildetem, unterstütztem und motiviertem Personal in ausreichender Zahl betrifft. Insgesamt werden bis 2030 schätzungsweise 18 Millionen Arbeitskräfte fehlen, wovon in erster Linie Länder mit niedrigem und niedrigem mittleren Einkommen betroffen sein dürften. Die ungleiche Verteilung des Gesundheitspersonals sowohl zwischen als auch innerhalb von Ländern stellt ein Hindernis für die gesundheitliche Chancengleichheit dar: Die Lücken im Arbeitskräfteangebot wirken sich vor allem auf die ärmsten Bevölkerungsgruppen aus, insbesondere in ländlichen Gebieten. 2014 betrug der Anteil der Bevölkerung, die aufgrund des Personalmangels im Gesundheitswesen keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung hatte, in Ländern mit niedrigem Einkommen 84 Prozent, in Ländern der mittleren Einkommensgruppe (unterer Bereich) 55 Prozent und in Ländern der mittleren Einkommensgruppe (oberer Bereich) 23 Prozent. In einigen afrikanischen und asiatischen Ländern waren – bedingt durch das äußerst knappe Arbeitskräfteangebot (weniger als drei Fachkräfte je 10.000 Einwohner) – über 90 Prozent der Bevölkerung ohne Zugang zur Gesundheitsversorgung.^{57 58}

Im unlängst erschienenen Bericht zur Lage der Krankenpflege in der Welt (2020) wird unterstrichen, dass bis 2030 mindestens 6 Millionen Stellen für Pflegekräfte geschaffen werden müssen, um den prognostizierten Personalmangel vor allem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu beheben und auf eine gleichmäßigere Verteilung des Pflegepersonals in der Welt hinzuwirken.⁵⁹

Ausgewogenheit zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor

Zwar spielt der Privatsektor in vielen Ländern eine wachsende Rolle bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, doch tritt in Krisenzeiten die führende Rolle des öffentlichen Gesundheitssektors bei der Sicherung eines gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung als Menschenrecht besonders deutlich zutage. Im Laufe der Jahre hat die zunehmende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens bei einigen Akteuren Bedenken hervorgerufen. In den Schlussfolgerungen der gemeinsamen Tagung von 1998 über die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen bei Reformen des Gesundheitssektors heißt es sinngemäß: „Eine Gesundheitsversorgung für alle muss im öffentlichen Interesse liegen. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Gesundheitsversorgung von öffentlichen Diensten organisiert und durchgeführt werden muss, sondern dass sie auch privat erbracht werden kann. Gesundheitsversorgung ist keine Ware und somit kein handelbares Gut.“⁶⁰

In Anbetracht des anhaltenden Ausbruchs von COVID-19 weisen einige Länder, darunter Irland und Spanien, privaten Krankenhäusern nun eine größere Rolle zu, indem sie in das öffentliche Gesundheitssystem für die Dauer des Ausbruchs vorübergehend integriert werden. Nach Angaben staatlicher Vertreter Irlands wird dadurch ein koordiniertes Gesundheitssystem mit etwa 2.000 zusätzlichen Betten sowie Test- und Behandlungsmöglichkeiten gewährleistet, was der Fähigkeit des öffentlichen Gesundheitssystems zur Reaktion auf die Krise einen deutlichen und dringend benötigten Schub geben wird.^{61 62}

Auch über das Gesundheitswesen hinaus kann sich der private Sektor an der Bekämpfung der Covid-19-Pandemie beteiligen. In einigen Ländern haben einzelne Unternehmen aus eigener Initiative ihre Geschäftsmodelle für die

56 WHO: [Working for health and growth: Investing in the health workforce](#), Bericht der Hochrangigen Kommission für Beschäftigung im Gesundheitswesen und Wirtschaftswachstum (Genf, 2016).

57 IAA: Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Zur Erörterung auf der Dreigliedrigen Tagung über die Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen vorgelegter Bericht (Genf, 2017).

58 ILOSTAT: [COVID-19: Are there enough health workers?](#) (eingesehen am 9. April 2020).

59 WHO: [State of the world's nursing 2020](#) (Genf, 2020) [eingesehen am 9. April 2020].

60 IAA: Mitteilung über die Verhandlungen, gemeinsame Tagung über Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen bei Reformen des Gesundheitssektors (Genf, 1999), Schlussfolgerungen, Abs. 2.

61 [„Private hospitals will be made public for duration of coronavirus pandemic“](#), the journal.ie, 24. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

62 A. Payne: [„Spain has nationalized all of its private hospitals as the country goes into coronavirus lockdown“](#), in Business Insider, 16. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

Krisenzeit vorübergehend umgestellt und so dazu beigetragen, dass die Produktion von medizinischen Hilfsgütern, etwa Schutzausrüstung oder Ethanol für Desinfektionsmittel, gesichert ist.⁶³ Um weitere wirksame Optionen dafür zu erkunden, wie sich der Privatsektor in die Bewältigung gesundheitlicher Notlagen einbringen kann, hat die Internationale Arbeitgeber-Organisation Gespräche mit multilateralen Organisationen und der Wirtschaft über Herausforderungen und Chancen der öffentlich-privaten Zusammenarbeit aufgenommen.⁶⁴

Bewältigung von Einkommensverlusten bei Akteuren des Gesundheitssystems

Wenngleich das Hauptaugenmerk auf dem Schutz und der Unterstützung des an vorderster Front stehenden Gesundheitspersonals liegt, hat der Kampf gegen COVID-19 Konsequenzen für alle Akteure im Gesundheitswesen, darunter auch für Selbstständige und Unternehmen der Gesundheitsbranche.⁶⁵

Diesen Kategorien gehören zahlreiche Beschäftigte in der Gesundheitsversorgung und Pflege an, die derzeit bei der Krisenreaktion in vorderster Reihe stehen und ein hohes Infektionsrisiko tragen. Das Fehlen einer allgemeinen Absicherung in Form von Krankengeld wurde daher als eine große Herausforderung für den Erfolg von Strategien zur Eindämmung des Virus benannt: In mehreren Ländern wurden bereits konkrete Abhilfemaßnahmen in dieser Hinsicht getroffen.⁶⁶ Die COVID-19-Krise lässt erhebliche Lücken in der Absicherung zutage treten, nicht nur hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, sondern auch in Bezug auf Krankengeld, sodass Gesundheits- und Pflegekräfte, die in atypischen Beschäftigungsverhältnissen oder als Selbstständige tätig sind, ohne Schutz bleiben. Aufgrund fehlender Einkommenssicherheit bei Krankheit oder bei der Betreuung kranker Familienmitglieder entsteht ein Anreiz, auch bei Erkrankungen zur Arbeit zu gehen, und damit eine höhere Ansteckungsgefahr. Zudem steigt dadurch das Risiko der Verarmung für

die von der Krankheit betroffenen Menschen und ihrer Familien.⁶⁷

Darüber hinaus sollten Beschäftigte des Gesundheitswesens in dem Fall, dass sie sich während ihres Beschäftigungsverhältnisses mit COVID-19 infizieren, Zugang zu medizinischer Versorgung und finanzieller Entschädigung erhalten, entweder im Rahmen einer speziellen Arbeitsunfallversicherung oder, sofern solche Versicherungen nicht angeboten werden, durch eine vom Arbeitgeber geleistete direkte Entschädigung, und zwar im Einklang mit dem [Übereinkommen \(Nr. 121\) der IAO über Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, 1964](#).

Einige Regierungen, so in Deutschland, der Schweiz, Italien und Spanien, haben die Gesundheitssysteme aufgefordert, Patientenkontakte auf essentielle Behandlungen zu beschränken und Vorsorge- sowie routinemäßige Nachsorgeuntersuchungen nach Möglichkeit zu verschieben. Diese Maßnahmen sind zwar dazu gedacht, das Übertragungsrisiko zu mindern und Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems verfügbar zu machen, dürften sich jedoch nachteilig auf die Einnahmen von Arzt- und Zahnarztpraxen auswirken, da deutlich weniger Patienten in die Sprechstunde kommen, während die laufenden Betriebskosten wie Miete und Strom für medizinische Geräte weiterhin fällig sind. In der Schweiz beispielsweise klärt die Ärztesgesellschaft derzeit die Möglichkeit für Kurzarbeitsentschädigungen für betroffene Ärzte ab und will ihre Mitglieder möglichst schnell über Optionen für eine Entschädigung informieren.⁶⁸ Neben den Einkommensverlusten stellen sich diese Ärzte auf eine stärkere Arbeitsbelastung ein, wenn die Regelungen zur physischen Distanzierung aufgehoben werden und die Gesundheitssysteme den Normalbetrieb wieder aufnehmen.

Krankenhäuser, die im Rahmen nationaler Strategien zur Bereitschaftsplanung aufgefordert wurden, durch die Entlassung von Patienten und die Aufschiebung geplanter Routineeingriffe Kapazitäten freizusetzen, müssen erhebliche Einkommensverluste hinnehmen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) schätzt die damit verbundenen

63 Quelle dafür sind verschiedene Medienberichten in Zeitschriften, im Fernsehen und im Rundfunk.

64 IOE: „[Private sector contributions in health emergencies](#)“ (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

65 IAA: „Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations“, Social protection spotlight, IAA-Hauptabteilung Sozialschutz (Genf, erscheint demnächst).

66 IAA: „COVID 19 health crisis: the need for sickness benefit during sick leave and quarantine“, Social protection spotlight, IAA-Hauptabteilung Sozialschutz (Genf, erscheint demnächst).

67 Ebd.

68 [Das Virus macht auch Ärzte arbeitslos – warum ausgerechnet in Corona-Zeiten manche Mediziner wenig zu tun haben](#) [eingesehen am 9. April 2020].

Erlösausfälle auf 3,7 Milliarden Euro und äußerte sich besorgt über die finanzielle Tragfähigkeit mehrerer Kliniken. Die DKG forderte das Bundesgesundheitsministerium auf, die Deckung der durch die Notfallmaßnahmen entstehenden zusätzlichen Kosten, auch für den laufenden und zusätzlichen Personalaufwand, zu prüfen.⁶⁹

Internationale Zusammenarbeit

Aufgrund des weltweiten Mangels an qualifiziertem Gesundheitspersonal und seiner ungleichen Verteilung wird die Reaktion auf den Ausbruch unerwarteter und leicht übertragbarer Krankheiten wie COVID-19 erheblich gehemmt.

Da sich die Krankheit weiter ausbreitet, stoßen selbst Gesundheitssysteme, die mit Ressourcen gut ausgestattet sind, bei der Bekämpfung der Pandemie an ihre Belastungsgrenze. Der rasante Anstieg der Zahl der Fälle in aller Welt macht deutlich, dass die weniger gut ausgestatteten Gesundheitssysteme dringend gestärkt werden müssen, um den Ausbruch von COVID-19 bewältigen zu können. Dazu gehört auch, Personalprobleme im Gesundheitswesen anzugehen sowie Einrichtungen für Labor-diagnostik, Mechanismen für die Krankheitsüberwachung und Strategien für die Risikokommunikation auszubauen.⁷⁰ Viele Länder werden ihre Kapazitäten nicht sofort steigern können. Zur Unterstützung dieser Länder bei der Reaktion auf Krankheitsausbrüche und darüber hinaus ist somit ein globales Vorgehen gefragt.

In Europa stehen mehrere Länder vor enormen Herausforderungen in Bezug auf die Behandlung und Versorgung der beispiellosen Zahl stationär aufgenommener Patienten. Dies löste ein hohes Maß an internationaler Solidarität bei Ländern wie China, Kuba und der Russischen Föderation aus, die schwer betroffene Länder wie Italien bei ihren Gegenmaßnahmen vor Ort durch die Entsendung von Ärzten und die Lieferung medizinischer Ausrüstung unterstützten.⁷¹ Darüber hinaus wird die

grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen den Ländern immer intensiver. So werden zum Beispiel in der Grenzregion zwischen Frankreich und Deutschland Patienten aus überlasteten französischen Krankenhäusern in deutsche Einrichtungen mit entsprechender Kapazität verlegt, und die Schweiz und Deutschland nehmen Intensivpatienten aus Italien auf.

Daran zeigt sich, wie überaus wichtig staatliche Ausgaben in angemessener Höhe für die Schaffung starker, widerstandsfähiger und robuster Gesundheitssysteme sind, die vor allem in der Lage sind, einen chancengleichen Zugang zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu gewähren, und über ausreichende Ressourcen verfügen, um auf unerwartete Krankheitsausbrüche wie die COVID-19-Pandemie reagieren zu können.

Gesundheitsbezogener Sozialschutz und Finanzierung der Gesundheitsversorgung⁷²

Ebenso wichtig wie ein angemessener Sozialschutz für das Gesundheitspersonal ist während der Covid-19-Krise die Sicherung des Zugangs zu einer bezahlbaren Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung. Der Sozialschutz spielt eine zentrale Rolle bei der Linderung und Abwendung der Gesundheitskrise selbst.⁷³ Dazu gehört in erster Linie, die Verarmung von Personen und Haushalten als direkte Folge der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten zu verhindern, aber auch ein Präventionsverhalten zu fördern.

Der Sozialschutz im Bereich Gesundheit ist in einem auf Rechte gegründeten Ansatz zur Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung verankert, der finanziellen Schutz und effektiven Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleistet.⁷⁴ Kollektive Mechanismen zur Finanzierung des gesundheitsbezogenen Sozialschutzes aus Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern oder einer

69 [DKG zur Behauptung des Ministers die Kliniken erhielten 7,8 Milliarden Euro zusätzlich 7,8 Milliarden Euro angebliche Zusatzfinanzierung der Kliniken hält einem Faktencheck nicht stand](#), in DKG Press, 21. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

70 J. Hopmann et al.: [Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries](#), JAMA Network (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

71 [Gemeinsam für Italien](#), in tagesschau.de, 23. März 2020 [eingesehen am 9. April 2020].

72 Dieser Abschnitt ist ein Beitrag der IAA-Hauptabteilung Sozialschutz. Weitere Informationen sind erhältlich unter: IAA: „Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles“, Social protection spotlight, IAA-Hauptabteilung Sozialschutz (Genf, 2020); und IAA: „Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations“, Social protection spotlight, IAA-Hauptabteilung Sozialschutz (Genf, erscheint demnächst).

73 IAA: „Social Protection Monitor: Social protection responses to the COVID-19 crisis around the world“ Social protection spotlight, IAA-Hauptabteilung Sozialschutz (Genf, erscheint demnächst).

74 IAA: „Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles“, Social protection spotlight, IAA-Hauptabteilung Sozialschutz (Genf, 2020).

Kombination aus beidem erzeugen positive Umverteilungseffekte und sorgen dafür, dass die finanziellen und arbeitsmarktbezogenen Risiken nicht auf den Einzelnen abgewälzt werden. Auf diese Weise ist der wirtschaftliche Aspekt der Überlegung, bei Bedarf Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, nicht länger ein Gesichtspunkt, der zum Aufschub der Inanspruchnahme oder zum Verzicht darauf veranlassen würde. Im Kontext einer durch eine übertragbare Krankheit bedingten Gesundheitskrise ist dies besonders relevant.

Als Reaktion auf die COVID-19-Krise haben viele Regierungen durch entsprechende Maßnahmen zusätzliche Finanzmittel aus Steuern in ihr Gesundheitssystem geleitet. Die Regierung des Vereinigten Königreichs etwa stellte im Rahmen ihres größten Konjunkturpakets seit 30 Jahren 6,1 Milliarden US-Dollar zur Unterstützung ihres nationalen Gesundheitsdiensts bereit.⁷⁵ Spanien wies dem Gesundheitsministerium eine Milliarde Euro zu, Italien stellte 3,5 Milliarden Euro für den Kampf gegen die Pandemie zur Verfügung, und Deutschland beschloss eine Reihe finanzieller Maßnahmen, die einen Ausgleich für die COVID-19-bedingte finanzielle Belastung von Krankenhäusern und Einrichtungen der ambulanten Versorgung und Langzeitpflege vorsehen.⁷⁶ In einigen Ländern, in denen die Gesundheitsversorgung privat erbracht wird und die Leistungserbringer daher in der Regel nicht Bestandteil

des Netzes der Systeme für Sozialschutz im Gesundheitsbereich sind, etwa in Spanien, wurden Maßnahmen zu ihrer Einbindung in die Reaktion auf die Pandemie getroffen.⁷⁷ Dies verdeutlicht, wie wichtig ein koordiniertes Gesundheitssystem ist, in dem die öffentliche Versorgung die zentrale Rolle spielt, die durch staatlich regulierte private Leistungserbringer ergänzt werden kann. In Ländern, in denen die finanzielle Last der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei den Haushalten liegt oder durch freiwillige private Versicherungen getragen wird, waren die Regierungen zu breiter angelegten gesundheitspolitischen Maßnahmen gezwungen, um Härtefälle zu vermeiden.

Es wird eine solide und durchdachte Finanzierungsstruktur benötigt, die Leistungserbringern im Gesundheitswesen Anreize dafür bietet, die Kriterien der allgemeinen Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität der Gesundheitsversorgung im Einklang mit Menschenrechtsinstrumenten und internationalen Normen zur sozialen Sicherheit zu erfüllen,⁷⁸ und das gesamte Gesundheitssystem eines Landes stärkt. Dies erfordert eine enge und wirksame Koordinierung der Akteure bei der Finanzierung, Beschaffung und Erbringung von Gesundheitsleistungen.

⁷⁵ P. Russell: [Budget: Extra £5 Billion for the NHS to Combat COVID-19](#) (2020) [eingesehen am 9. April 2020].

⁷⁶ [COVID-19 Response monitor](#) [eingesehen am 6. April 2020].

⁷⁷ IAA: „Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations“, Social protection spotlight, IAA-Hauptabteilung Sozialschutz. (Genf, erscheint demnächst).

⁷⁸ Nach der Empfehlung Nr. 202 sollten die national definierten Basisniveaus für Sozialschutz „Zugang zu einer auf innerstaatlicher Ebene festgelegten Reihe von Gütern und Dienstleistungen als Elemente einer grundlegenden Gesundheitsversorgung, einschließlich Mutterschaftsbetreuung, die den Kriterien Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität genügt“ umfassen (Abs. 5. a)).

Kasten 3. Schrittweiser Aufbau der Fähigkeit zur Reaktion auf Schocks: Chinas Krisenreaktion

Chinas Fähigkeit zur Reaktion auf diese beispiellose Gesundheitskrise beruht auf jahrzehntelangen Investitionen in sein Gesundheitssystem und besonderen Anstrengungen in den vergangenen Jahrzehnten, den Sozialschutz im Gesundheitsbereich auszuweiten, auch aufgrund von Gesundheits- und Wirtschaftskrisen.

Angesichts der COVID-19-Pandemie traf die chinesische Regierung konkrete Sozialschutzmaßnahmen zur Bewältigung der Krise. So senkte oder erließ sie Pflichtbeiträge zur sozialen Krankenversicherung für einen Zeitraum von bis zu fünf Monaten, um die Arbeitgeber in Bezug auf Beitragszahlungen etwas zu entlasten.¹ Zudem verfolgte sie einen sinnvollen Verwaltungsansatz zur Förderung der räumlichen Distanzierung, etwa durch die Möglichkeit, ärztliche Konsultationen für chronische und häufig auftretende Krankheiten im Internet durchzuführen und die elektronische Einreichung von Anträgen auf Rückerstattung medizinischer Leistungen zu erleichtern.²

Welche Erkenntnisse lassen sich daraus ableiten?

Eine Evaluierung der Wirksamkeit von Gegenmaßnahmen des Sozialschutzsystems bereits während der Krise oder unmittelbar danach wäre wohl verfrüht. Klar ist jedoch, dass Chinas schrittweise Ausweitung des gesundheitsbezogenen Sozialschutzes im Laufe der Jahre erhebliche Investitionen in das Gesundheitssystem und seine Infrastruktur ermöglicht und die verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen gefördert hat. Dieses strategische Vorgehen Chinas bietet wichtige Erkenntnisse und lässt sich in gewissem, wenn auch kleinerem Maßstab, replizieren, sogar in Ländern mit niedrigerem Einkommen und begrenzten Ressourcen.

Dank einer koordinierten Reaktion der Gesundheits- und Sozialschutzsysteme gelang es China, die „Infektionskurve abzuflachen“.

¹ Dies entspricht einem Rückgang der Beitragseinnahmen um 71 Milliarden US-Dollar. Siehe: [Link](#) [eingesehen am 9. April 2020].

² [National Medical Insurance Bureau: Online consultation for patients with common or chronic diseases during the epidemic can be reimbursed](#), Volksrepublik China [eingesehen am 9. April 2020].

► 3. Instrumente und Maßnahmen der IAO

Während andere gesundheitliche Notlagen wie die Ausbrüche des Ebola-Virus und des Schweren Akuten Respiratorischen Syndroms die Wirksamkeit einer kurzfristigen Notfallplanung vor Augen geführt haben, macht die COVID-19-Pandemie die Notwendigkeit koordinierter und nachhaltiger Investitionen in den Gesundheitssektor deutlich. In der Pandemie zeigt sich, wie wichtig Gesundheitssysteme für Wirtschaftswachstum und gesellschaftliches Wohlbefinden sind, womit traditionelle Auffassungen vom Gesundheitssystem als einer mit hohem Ressourcenaufwand verbundenen Belastung für die Volkswirtschaft infrage gestellt wird.

Die COVID-19-Krise lenkt die Aufmerksamkeit auf die in vielen Ländern bereits überlasteten öffentlichen Gesundheitssysteme und auf die Herausforderungen bei der Anwerbung, dem Einsatz, der langfristigen Bindung und dem Schutz von gut ausgebildetem, unterstütztem und motiviertem Personal. Sie verdeutlicht die dringende Notwendigkeit nachhaltiger Investitionen in die Gesundheitssysteme, auch in das Gesundheitspersonal, sowie in menschenwürdige Arbeitsbedingungen und Ausrüstung.

Im Nachgang zur Tätigkeit der [Hochrangigen Kommission der UN für Beschäftigung im Gesundheitswesen und Wirtschaftswachstum](#) richtete die IAO 2017 gemeinsam mit der WHO und der OECD das Programm [Working for Health](#) und den damit verbundenen Multi-Partner-Treuhandfonds ein. Über dieses Programm werden die Länder und Mitgliedsgruppen bei der Entwicklung von Strategien zur Erhöhung ihrer Investitionen in das Gesundheitspersonal unterstützt. Grundlage dafür sind verbesserte Daten zum Fachkräftemarkt, die Einbindung einer Vielzahl von Akteuren und der soziale Dialog.

Der soziale Dialog ist für den Aufbau widerstandsfähiger Gesundheitssysteme unerlässlich und spielt daher sowohl bei der Krisenreaktion als auch bei der Notfallvorsorge eine entscheidende Rolle.

In der [Empfehlung \(Nr. 205\) betreffend Beschäftigung und menschenwürdige Arbeit für Frieden und Resilienz, 2017](#), geht es um ähnliche Katastrophensituationen wie die,

denen sich die Länder im Zusammenhang mit COVID-19 gegenüber sehen. Die Empfehlung bietet den Mitgliedsgruppen detaillierte Orientierungshilfe zu Maßnahmen, die im Bereich Beschäftigung und menschenwürdige Arbeit sowohl zur Verhinderung von Krisensituationen als auch beim anschließenden Wiederaufbau und zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit getroffen werden sollten. In der Empfehlung wird betont, wie wichtig der soziale Dialog bei Krisenreaktionen ist und welche entscheidende Rolle Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden in dieser Hinsicht zukommt.⁷⁹

Der Gedanke, dass Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände sich an der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung beteiligen, wurde bereits im [Übereinkommen \(Nr. 149\) über das Krankenpflegepersonal, 1977](#), formuliert, in dem vorgesehen ist, dass: „eine Politik auf dem Gebiet der Krankenpflegedienste und des Krankenpflegepersonals [...] im Rahmen eines [...] allgemeinen Gesundheitsprogramms [...] in Beratung mit den beteiligten Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer [...] auszuarbeiten [ist]“ sowie „die Mitwirkung des Krankenpflegepersonals bei der Planung der Krankenpflegedienste und die Anhörung dieses Personals bei Entscheidungen, die es betreffen“ zu fördern [ist] und „die Festsetzung der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen [...] vorzugsweise durch Verhandlungen zwischen den beteiligten Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer zu erfolgen“ [hat].

Um dem Problem der Abwanderung von Fachkräften aus Entwicklungsländern zu begegnen, müssen Überlegungen zum Gesundheitssektor aus gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Sicht den Kern sämtlicher Vereinbarungen zur Regelung der Arbeitsmigration bilden. Faire Rahmenregelungen zur Migration und ein Dialog über bilaterale Abkommen, die geschlechtergerecht gestaltet sind und sich auf Rechte gründen, können weitere mögliche Wege für Herkunfts- und Zielländer gleichermaßen eröffnen.

Arbeitsrechte und -schutz sowie Maßnahmen der sozialen Sicherheit sind während dieser Pandemie und darüber hinaus entscheidende Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und den Schutz der

⁷⁹ [COVID-19 and R205: what role for workers' organizations?](#) (Genf, 2020).

Beschäftigten des Gesundheitswesens, ihrer Familien und der Bevölkerung insgesamt. Diese Beschäftigten müssen ebenso wie alle anderen Arbeitnehmer durch Regelungen abgesichert sein, die ihre Gesundheit und Sicherheit schützen, bei Einkommensverlusten einen angemessenen finanziellen Ausgleich bieten und bei Krankheit die Kosten der medizinischen Behandlung decken.⁸⁰

Zur Sicherung von Standards, Qualität und Ausrichtung an öffentlichen Zielen über den COVID-19-Ausbruch hinaus sollten die einschlägigen internationalen Arbeitsnormen angewandt werden.

Instrumente der IAO von Relevanz für Beschäftigte im Gesundheitswesen

- [Leitlinien der IAO für menschenwürdige Arbeit in öffentlichen Notfalldiensten \(„ILO Guidelines on decent work in public emergency services“\)](#) (2018)
- [Leitlinien der WHO und der IAO für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in gesundheitlichen Notlagen: Ein Handbuch zum Schutz des Gesundheitspersonals und der Einsatzkräfte in gesundheitlichen Notlagen \(„WHO-ILO Guidelines on occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders“\)](#) (2018)
- [IAO: WASH@Work](#) (2016)
- [IAO/WHO: HealthWISE – Arbeitsverbesserungen im Gesundheitswesen \(„HealthWISE – Work Improvement in Health Services“\)](#) (2014)
- [IAO/ICN/WHO/PSI: Rahmenleitlinien für den Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitssektor \(„ILO-ICN-WHO-PSI Framework guidelines for addressing work-place violence in the health sector“\)](#) (2005)
- [Leitlinien der IAO für Arbeits- und Gesundheitsschutz-managementsysteme \(„ILO Guidelines on occupational safety and health management systems“\)](#) (2001)

⁸⁰ IAA: Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Zur Erörterung auf der Dreigliedrigen Tagung über die Verbesserung der Beschäftigungslage und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen vorgelegter Bericht (Genf, 2017).

Kontaktangaben

Internationale Arbeitsorganisation
Route des Morillons 4
CH-1211 Genf 22
Schweiz

Hauptabteilung Sektorpolitiken
E-Mail: covidresponsesector@ilo.org

► **Anhang: Übereinkommen und Empfehlungen der IAO**

Wichtige Übereinkommen und Empfehlungen der IAO von Relevanz für den Gesundheitssektor

- [Übereinkommen \(Nr. 87\) über die Vereinigungsfreiheit und den Schutz des Vereinigungsrechtes, 1948](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 98\) über das Vereinigungsrecht und das Recht zu Kollektivverhandlungen, 1949](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 100\) über die Gleichheit des Entgelts, 1951](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 111\) über die Diskriminierung \(Beschäftigung und Beruf\), 1958](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 149\) über das Krankenpflegepersonal, 1977](#)
- [Empfehlung \(Nr. 157\) betreffend das Krankenpflegepersonal, 1977](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 151\) über Arbeitsbeziehungen \(öffentlicher Dienst\), 1978](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 155\) über den Arbeitsschutz, 1981](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 187\) über den Förderungsrahmen für den Arbeitsschutz, 2006](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 190\) über Gewalt und Belästigung, 2019](#)
- [Empfehlung \(Nr. 206\) betreffend Gewalt und Belästigung, 2019](#)

Internationale Arbeitsnormen zum Sozialschutz

- [Empfehlung \(Nr. 69\) betreffend ärztliche Betreuung, 1944](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 102\) über Soziale Sicherheit \(Mindestnormen\), 1952](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 121\) über Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, 1964](#)
- [Übereinkommen \(Nr. 130\) über ärztliche Betreuung und Krankengeld, 1969](#)
- [Empfehlung \(Nr. 134\) betreffend ärztliche Betreuung und Krankengeld, 1969](#)