



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena · Postfach · D-07737 Jena

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Institut für Soziologie
Politische Soziologie

Carl-Zeiß-Straße 3
D-07743 Jena
Postanschrift: FSU Jena, 07737 Jena
Tel.: 0 36 41 94 55 74
Fax: 0 36 41 94 55 52

Dr. Tine Haubner

tine.haubner@uni-jena.de

Jena, den 03. Sep. 2020

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)199(9)
zur öAnh. am 9.9.2020 - Pflege

04.09.2020

Pflegende Angehörige in der (Corona-)Krise: Unterstützung oder Fortschreibung bestehender Problemlagen?

Stellungnahme der Einzelsachverständigen zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Pflegende Angehörige unterstützen – Nicht nur in der Corona-Krise“ (BT-Drucksache 19/18957)

3. September 2020

Inhalt:

Vorbemerkungen zu informell-häuslicher Pflege durch Angehörige

- 1. Pflegende Angehörige als größter Pflegedienst der Nation.....2
- 2. Häusliche Pflege und soziale Ungleichheit.....3
- 3. Häusliche Pflege und Vereinbarkeitsproblematik.....5

Bemerkungen zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

- 4. Angehörigenpflege in Zeiten der Pandemie.....5
- 5. Systemrelevanz und pflegepolitischer status quo.....6
- 6. Informalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit.....7
- Quellen.....9

Vorbemerkungen zu informell-häuslicher Pflege durch Angehörige

1. Pflegende Angehörige als größter Pflegedienst der Nation

Das deutsche Pflegesystem zeichnet sich durch eine, am Subsidiaritätsprinzip ausgerichtete privatistisch-familialistische Pflegekultur aus. Die Familie (und ihr nahestehende informelle Pflegepersonen wie Verwandte, Freunde oder Nachbarn) stellt demnach im deutschen Pflegesystem eine politisch und gesetzlich priorisierte ökonomische und soziale Unterstützungseinheit bei der Übernahme von Pflegeverantwortung dar. Mit dieser gesetzlichen und politischen Priorisierung häuslich-informeller und ambulanter Pflege rangiert das deutsche „explizit familialistische“ Pflegeregime im Mittelfeld europäischer Länder. „Optional familialistische“ Wohlfahrtsstaaten wie Dänemark, Schweden und die Niederlande unterstützen demgegenüber nicht nur familiäre Pflege, sondern erleichtern auch stärker den Zugang zu professioneller Pflege. „Implizit familialistische“ Länder wie Italien, Griechenland und Spanien dagegen, delegieren Pflegeverantwortung an die Familien, ohne diese in nennenswertem Umfang staatlich zu unterstützen (Schmid 2015). Die familialistische Pflegekultur wird nicht nur auf historische Pfadabhängigkeiten des konservativen deutschen Wohlfahrtsregimes, sondern auch auf die Bedürfnisse der steigenden Zahl Pflegebedürftiger zurückgeführt. Dabei gilt es allerdings nicht nur zu berücksichtigen, dass die Mehrheit der Pflegebedürftigen zuhause von Angehörigen gepflegt werden möchte. Es ist gleichermaßen zentral, die Arbeits- und Lebensbedingungen der pflegenden Angehörigen, die Belastungen und sozialen Risiken der häuslich-informellen Pflege unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen ernst zu nehmen. Während nämlich über Qualitätsstandards in der stationären Pflege rege diskutiert wird, ist die Qualität häuslicher Versorgung weder wissenschaftlich noch gesellschaftlich ausreichend geklärt (vgl. ZQP 2013).

Trotz einer vielfach prognostizierten Abnahme familiärer Pflegebereitschaft können die Angehörigen in Deutschland als größter und zugleich kostengünstigster Pflegedienst bezeichnet werden: Von den insgesamt 3,4 Mio. Pflegebedürftigen werden Dreiviertel von Angehörigen, d.h. 51,7 % ausschließlich von Angehörigen und 24,3 % zusätzlich von ambulanten Pflegediensten häuslich versorgt. Die Mehrheit dieser mindestens 3 bis 5 Mio. privaten Pflegepersonen in Deutschland ist weiblich, im jungen Seniorenalter (zwischen 60 bis 64 Jahren) und mit insgesamt 63 Stunden pro Woche und rund sieben Stunden täglich nahezu im Umfang einer Vollzeitbeschäftigung in die Pflege eingebunden (vgl. Hielscher et al. 2017). Die häusliche Pflege durch Angehörige ist in Deutschland mit einem erhöhten Armuts- und Gesund-

heitsrisiko, insbesondere für Frauen, verbunden und reproduziert und verstärkt soziale Ungleichheit.

2. Häusliche Pflege und soziale Ungleichheit

Kein anderes nord- und westeuropäisches Land verfügt über einen so hohen Anteil an pflegenden Angehörigen wie Deutschland (vgl. Klie 2014: 48). Zugleich hat die häuslich-informelle Pflege ihre Schattenseiten sowohl für die Pflegebedürftigen wie auch ihre pflegenden Angehörigen: Jeder zehnte Pflegebedürftige wird, einer Studie der Evangelischen Hochschule Freiburg und dem MDK Bayern zufolge, mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) von 2018 zufolge, berichten etwa 50 % der befragten pflegenden Angehörigen von psychischer Gewalt seitens des Pflegebedürftigen; 11 % der pflegenden Angehörigen haben körperliche Gewalt wie grobes Anfassen oder Schlagen erlebt; 32 % gaben an, selbst psychische Gewalt gegen die pflegebedürftige Person angewendet zu haben und 11 % berichten von Vernachlässigung ihrer Angehörigen (vgl. Eggert et al. 2018a). Dabei tragen soziale Verwundbarkeiten wie zeitliche Belastung und Stressempfinden pflegender Angehöriger zu Gewalterfahrungen in der Pflege bei (ebd.: 4).

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nimmt nicht nur die zeitliche, sondern auch die finanzielle Belastung der Haushalte zu. Auch materielle Faktoren stellen somit Stressquellen dar. Demnach erzeugen und verstärken die limitierten Versicherungsteilleistungen die materielle Verwundbarkeit der Hauptpflegepersonen, verstärken die soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege und lassen Pflegebereitschaft zu einem Armutsrisiko werden. Obgleich etwa die Leistungen für Demenzkranke insbesondere seit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz von 2017 ausgebaut worden sind, erhalten sie im zweiten Pflegegrad 316 Euro Pflegegeld im Monat. Hielscher et al. beziffern demgegenüber die monatlichen Pflegeausgaben mit durchschnittlich 360 Euro. Einkommensstärkere Haushalte können so auch bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit häusliche Pflege besser aufrechterhalten (vgl. Hielscher et al. 2017). Dass sich Überlastung unter Bedingungen materieller Knappheit verstärken kann, zeigt sich auch daran, dass die Bereitschaft, professionelle Dienste in Anspruch zu nehmen, mit dem Haushaltseinkommen steigt. Vor allem einkommensschwache Haushalte mit einer traditionellen Geschlechterordnung übernehmen dagegen die Pflege meist im Alleingang. Bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ist die Wahrscheinlichkeit ebenfalls höher, auf diese Hilfen zu verzichten und durch die Pflege in die Armut zu fallen.

Quer zu diesen sozialen Ungleichheiten liegt außerdem die Qualität ambulanter Versorgung, die ebenfalls unter dem von der Pflegeversicherung angetriebenen Kostendruck leidet. Insgesamt nehmen viele pflegende Angehörige externe Unterstützungsangebote nur eingeschränkt in Anspruch. Die Mehrheit gibt dem Pflegegeldbezug Vorrang, in zwei Drittel der deutschen Pflegehaushalte kommt kein ambulanter Pflegedienst und jede fünfte Pflegeperson übernimmt die Pflege ohne zusätzliche Hilfe. Bezogen auf alle Pflegehaushalte in Deutschland werden so rund 90 % des Zeitaufwands durch Hauptpflegepersonen und weitere informelle Helfer*innen und nur rund 10 % von professionellen Diensten abgedeckt (Hielscher et al. 2017). Dies ist aus mindestens zwei Gründen nachvollziehbar: Die Pflegeversicherung hat mit der Budgetierung der Leistungen einen Unterbietungswettbewerb in Gang gesetzt, der auch auf Kosten der Leistungsqualität geht. In Anbetracht des Stakkatos in der ambulanten Minutenpflege und begrenzten Sachleistungen entscheidet sich die Mehrheit der Angehörigen, insbesondere aus einkommensschwächeren Haushalten, bei hohem Pflegeaufwand häufig notgedrungen dafür, die Pflege selbst in die Hand zu nehmen. Dabei spielt auch Geschlechterungleichheit eine zentrale Rolle. Steigender Pflegeaufwand, geringe Einkommen und Transferleistungen können sich derart verstärken, dass häusliche Pflege insbesondere für Frauen zu materiellen Einbußen und sozialer Isolation führt, die die Wahrscheinlichkeit von Altersarmut und Gesundheitsrisiken signifikant erhöht. In der häuslichen Pflege, das zeigen die Befunde, sind einkommensschwache, bildungsarme oder migrantische Haushalte und darin weibliche Angehörige am stärksten benachteiligt.

Häusliche Pflege fordert zudem einen hohen gesundheitlichen Preis: Pflegende Angehörige weisen zu 50% mehr körperliche Beschwerden auf als die Durchschnittsbevölkerung (vgl. Fringer 2011: 13). Und 40 bis 70 Prozent von ihnen leiden 2013 im Zusammenhang mit dem subjektiven Stresserleben der Pflege unter depressiven Symptomen (vgl. Deufert 2013: 521). Frauen fühlen sich dabei deutlich stärker durch die Pflege belastet als Männer (vgl. Nowosadeck et al. 2016). Die häuslich-informelle Pflege Demenzkranker stellt hierbei eine besondere Belastungsquelle dar. In einer Infratest-Studie von 2002 gaben 90% der befragten Angehörigen an, „stark“ oder „sehr stark“ belastet zu sein (zit. n: Knauf 2004). Und das ist nicht verwunderlich, denn im Schnitt werden Demenzkranke von ihren Angehörigen mindestens acht Jahre lang (mehr als die Hälfte sogar länger als zehn Jahre) und dabei täglich mehr als neun Stunden (und 80 Prozent auch nachts) gepflegt (vgl. Catulli 2007).

3. Häusliche Pflege und Vereinbarkeitsproblematik

Die Teilleistungen der Pflegeversicherung verstärken nicht nur die soziale, sondern auch die geschlechtsspezifische Ungleichheit in der häuslichen Pflege. Das Eintreten eines Pflegefalls erhöht die Erwerbsunterbrechungsrate von Frauen um 146 %. 34% aller Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter schränken ihre Erwerbstätigkeit ein, 15% geben sie ganz auf (vgl. Hiel-scher et al. 2017). Das häufige Dilemma pflegender Angehöriger, die aufgrund der Pflegebe-lastung die Erwerbsbeteiligung zurückstellen und auf diese gleichzeitig aufgrund der unzu-reichenden sozialen Absicherung nicht verzichten können, führt mitunter zu einem Kreislauf aus Überlastung, gesteigerten Armutsrisiken, sozialer Isolation und einer verstärkten Ange-wiesenheit auf Versicherungsleistungen. Vor dem Hintergrund, dass die durchschnittliche Pflegedauer zwischen fünf und acht Jahren beträgt (vgl. Klie 2014), stellt die Unterstützung durch die staatliche (Familien-)Pflegezeitregelung, mit ihrem Anspruch auf sechsmonatige Freistellungen bzw. der teilweisen Freistellung bis zu zwei Jahren, keine ausreichende Entlas-tung dar. Ebenso wenig Unterstützung kommt von Seiten der Arbeitgeber: Einer Umfrage des Zentrums für Qualität in der Pflege von 2018 zufolge, sind in 58% der befragten Unterneh-men betriebliche Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege weder etabliert noch geplant. In 59% der befragten Unternehmen haben Mitarbeiter*innen keines der gesetz-lichen Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege genutzt. 43% der befragten Unternehmen sind der Ansicht, die Umsetzung betriebsinterner Angebote sei zu aufwendig und im Vergleich zu anderen Fragen weniger wichtig; 34% ist die Umsetzung zu teuer. Mit 63% wird außerdem mangelndes Wissen darüber, welche Angebote den Betroffenen helfen würden und welche Mitarbeiter*innen überhaupt Unterstützungsbedarf haben (62%) als Problem bei der Umsetzung betriebsinterner Angebote zur Vereinbarkeit von Pflege und Be-ruf genannt (Eggert et al. 2018b: 5).

Bemerkungen zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflegerische Angehörige unterstützen – Nicht nur in der Corona-Krise“ (BT-Drucksache 19/18957)

4. Angehörigenpflege in Zeiten der Pandemie

Die Unterstützung pflegender Angehöriger wird im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf die besondere Belastung im Kontext der Corona-Pandemie zurückgeführt: pflegende Angehörige hätten nicht nur Sorge, pflegebedürftige Angehörige zu infizieren, sie sind auch durch das Wegbrechen zusätzlicher Unterstützungsangebote besonders stark belas-tet. Die Corona-Pandemie hat die soziale Verwundbarkeit pflegender Angehöriger besonders

deutlich sichtbar gemacht. Durch die Schließung vieler Einrichtungen und ambulanter Dienste waren pflegende Angehörige (die altersbedingt zudem meist selbst zu den sog. „Risiko-
gruppen“ zählen) in noch stärkerem Ausmaß auf die alleinige Pflege ihrer Angehörigen zurückgeworfen und zugleich überproportional von beruflichen Existenzsorgen betroffen. Dabei wurden sie zudem nicht ausreichend mit Schutzmasken und Desinfektionsmitteln unterstützt. Den Forderungen 1. a) und b) des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist daher zuzustimmen. Dass nun im Rahmen des Bevölkerungsschutzgesetzes das Pflegeunterstützungsgeld für erwerbstätige Pflegepersonen von zehn auf zwanzig Tage (wie auch im Antrag der der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN unter 4) gefordert) ausgeweitet wurde, ist begrüßenswert aber gemessen an den Bedarfen – nicht nur im Rahmen der pandemiebedingten monatelang eingeschränkten ambulanten Versorgung – unzureichend. Die gesetzliche Möglichkeit einer sechsmonatigen Bezugsdauer des Pflegeunterstützungsgeldes auf der Grundlage der Inanspruchnahmen eines zinslosen Darlehens ist außerdem für einkommensschwache Pflegehaushalte keine bedarfsadäquate Unterstützung. Ähnliches trifft auf die Forderungen 2) a) und b) für eine verbesserte Erreichbarkeit von Notbetreuungsangeboten zu. Der Forderung ist vor dem Hintergrund zusätzlich erschwerter Pflegebedingungen in der eigenen Häuslichkeit zuzustimmen. Sie darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Versorgung mit ambulanten Angeboten bereits lange vor Ausbruch der Pandemie unzureichend war. Nicht nur betrug bereits vor der Pandemie die Wartedauer auf einen Tagespflegeplatz meist mehrere Monate. Insbesondere in peripheren ländlichen Räumen, finden sich häufig gar keine ambulanten Versorgungsangebote, weil die Fahrtdauer die finanziellen Budgets aufzehrt und eine Versorgung für die privaten Dienstleister unrentabel ist. Im Unterschied zum gesetzlichen Recht auf Kita-Betreuung, steht pflegenden Angehörigen zudem ein vergleichbares Recht auf Tages- oder Kurzzeitpflege nicht zu. Eine vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Studie etwa zeigt, dass einem Kurzzeitpflegeplatz in NRW im Durchschnitt 31 häuslich versorgte pflegebedürftige Interessenten gegenüberstehen (Braeseke et al. 2017: 129).

5. Systemrelevanz und pflegepolitischer Status Quo

Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird die „Systemrelevanz“ pflegender Angehöriger nicht nur anhand des quantitativen Umfangs ihrer Pflegeübernahme, sondern auch mit Verweis darauf begründet, dass sie zur Aufrechterhaltung eines Pflegesystems beitragen, dass ambulante-häusliche Versorgung priorisiert. „Systemrelevanz“ wird so mit dem

Beitrag pflegender Angehöriger zur Aufrechterhaltung eines Pflegeregimes identifiziert, dass die negativen Folgen häuslicher Pflege für pflegende und pflegebedürftige Angehörige bislang nicht ausreichend abgebaut hat. Der affirmative Bezug auf „Systemrelevanz“ ist daher problematisch, weil er grundlegende Fragen zu Struktur und Aufbau des Pflegesystems nicht zulässt und tendenziell Gefahr läuft, den für die häusliche Pflege auch bereits vor der Pandemie unbefriedigenden status quo zu konsolidieren. Die Forderung 7) nach einem Recht auf home office für pflegende Angehörige ist in diesem Zusammenhang zwar in Bezug auf Vereinbarkeit durchaus begrüßenswert. Vor dem Hintergrund entgrenzter Arbeitsverhältnisse und der enormen Belastung erwerbstätiger pflegender Angehöriger, etwa im Zusammenhang mit der häuslichen Versorgung von Demenzpatient*innen, stellt sich hier aber die Frage, ob dies den Beanspruchungen pflegender Angehöriger wirklich entgegenwirkt oder ob pflegende Angehörige nicht umgekehrt mit der individuellen Lösung des Vereinbarkeitsproblems tendenziell alleingelassen werden. Umso wichtiger wäre es daher, die in Forderung 7) angedeuteten „klaren Regeln“ in Bezug auf home office vereinbarkeits- und beschäftigungspolitisch zu konkretisieren.

6. Informalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit

Forderungen nach einer Flexibilisierung der Leistungserbringung im Kontext des pandemisch verschärften Pflegenotstands bergen das Risiko einer Ausweitung informeller und prekärer Beschäftigungssegmente, die auch die Professionalisierungsbestrebungen der Fachpflege gefährden und eine Zunahme der Polarisierung gering- und hochqualifizierter Tätigkeitsbereiche in der Pflege verschärfen können. Der Forderung 5) im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zufolge, soll das Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz für mehr Zeitsouveränität ausgebaut werden. Darin soll in b) der Kreis der Anspruchsberechtigten einer dreimonatigen „PflegeZeitPlus“ auf Freunde und Nachbarn erweitert werden. Gemäß Forderung 10) sollen zudem die Entlastungsbeträge nach §45b SGB XI erhöht und von der Bindung an zugelassene Leistungserbringer befreit werden. Eine zu Forderung 5) b) ähnliche Forderung findet sich auch im Kontext der Corona-Pandemie in den Empfehlungen des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen zur Vermeidung pandemisch bedingter Versorgungsengpässe in der häuslichen Pflege. Gemäß dem darin formulierten Credo „je größer die Versorgungsprobleme werden, desto unbürokratischer soll die Versorgung möglich sein“ (GKV 2020, S. 3), ist der Kreis der Leistungserbringer um freiwillige Entlastungsangebote, zusätzliche Betreuungskräfte und (wenn auch diese fehlen) Nachbarn erweitert worden. Be-

reits vor der Pandemie hat die Pflegepolitik auf steigende Versorgungslücken im Bereich der Fachpflege mit dem Ausbau geringqualifizierter, prekärer und informeller Versorgungsangebote reagiert. Das freiwillige Engagement wird, etwa im Rahmen des §45b SGB XI, seit der Jahrtausendwende zu einem Standbein im pflegerischen Wohlfahrtsmix ausgebaut. Insbesondere in strukturschwachen ländlich geprägten Räumen dienen die sog. Entlastungsbeträge häufig als benötigter Zuverdienst. Dabei wandelt das von älteren Frauen dominierte soziale Engagement in der Pflege mitunter auf einem schmalen Grat zwischen Sinnstiftung im Ruhestand und Niedriglohn für Armutsrentner*innen. Arbeitslose und Geringqualifizierte werden zudem seit 2008 in steigendem Umfang nach §87b SGB XI als „zusätzliche Betreuungskräfte“ in die Pflege vermittelt und oftmals informell und rechtswidrig in der Grund- und Behandlungspflege eingesetzt (vgl. Haubner 2019). Der Ausbau geringqualifizierter Beschäftigungssegmente wird mittels Assistenz- und Hilfsberufsschöpfungen, der Aufstockung bei Hilfskräften, Ausweitung von Teilzeitarbeit, der Aktivierung von Randgruppen des Arbeitsmarktes sowie der staatlichen Förderung freiwilligen Engagements in der Pflege politisch vorangetrieben. Dabei findet eine Polarisierung zwischen gut und hoch qualifizierten auf der einen und gering qualifizierten Beschäftigungssegmenten auf der anderen Seite sowie eine Expansion von Grauzonen und ein Ausfransen der Ränder unterhalb des Mittelfeldes gut und auch akademisch ausgebildeter Fachkräfte statt. In den Grauzonen des Pflegemarktes entsteht so ein Regime prekärer, informeller und meist feminisierter Schattenarbeit mit staatlich subventionierten Beschäftigungs- und Tätigkeitsformaten für Geringqualifizierte und Laien, die sich durch qualifikatorische Grenzüberschreitungen und rechtswidrigen Arbeitskräfteeinsatz auszeichnen. Die Expansion informeller und geringqualifizierter Beschäftigungssegmente droht dabei die berufsfachlichen Aspirationen der um mehr Attraktivität ringenden Fachpflege mit „gedeckelter“ Professionsentwicklung (Kuhlmann/Larsen 2014) zu unterminieren. Ob die Attraktivität des Pflegeberufes mit dem Ausbau geringqualifizierter Beschäftigungssegmente gesteigert werden kann, um dem Fachkräftemangel angemessen zu begegnen, ist fraglich. Die Forderung des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die Entlastungsbeträge zu erhöhen und zu flexibilisieren, erleichtert zwar den Zugang zu niedrigschwelliger Unterstützung. Sie stellt jedoch keine adäquate Antwort auf unzureichende professionelle Unterstützungsangebote dar und birgt das Risiko einer Informalisierung pflegerischer Unterstützungsstrukturen.

Quellen:

- Braeseke, Grit et al. (2017): Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW. Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Berlin.
- Catulli, Tanja (2007): Lebenswelt pflegender Angehöriger von Demenzkranken. Anforderungen an das professionelle Gesundheits- und Hilfesystem. Dissertationsschrift der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Deufert, Daniela (2013): Genderaspekte in der Angehörigenpflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. (46). S. 520-525.
- Eggert, Simon et al. (2018a): Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. Eine Analyse des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP). https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Gewalt_informelle_Pflege.pdf (Zugriff am 02.09.2020).
- Eggert, Simon et al. (2018b): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – 2018. ZQP-Analyse. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_BerufPflegeDemenz_vf.pdf (Zugriff am 02.09.2020)
- Fringer, André (2011): Pflegenden Angehörigen ehrenamtlich helfen. Bürgerschaftliches Engagement im Spannungsfeld öffentlicher Interessen. Marburg: Tectum.
- GKV-Spitzenverband (2020): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenerstattung zur Vermeidung von durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen in der häuslichen Versorgung nach § 150 Abs. 5 Satz 3 SGB XI vom 27.03.2020.
- Haubner, Tine (2019): Grauzonen der Sorgearbeit: Informelle Pflegearbeit im Kontext des Pflegenotstands. In: Sorgearbeit und Industrielle Beziehungen. Schwerpunktheft der Industriellen Beziehungen. 4/26. Hrsg. Artus, Ingrid/Birke, Peter/Kerber-Clasen, Stefan/Menz, Wolfgang. S. 425–444.
- Haubner, Tine (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Hielscher, Volker et al. (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Studie Nr. 363 der Hans-Böckler-Stiftung. Stuttgart.
- Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Pattloch.
- Knauf, Antje Franziska (2004): Demenz und pflegende Angehörige. Eine Intervention zur Steigerung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen. Dissertationsschrift Universität Köln.
- Kuhlmann, Ellen/Larsen, Christa (2014): Care, Governance und Professionsentwicklung im europäischen Vergleich. In B. Aulenbacher, B. Riegraf, & H. Theobald (Hrsg.), Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime (Soziale Welt, Sonderband 20, S. 235–251). Baden-Baden: Nomos.
- Nowossadeck, Sonja et al. (2016): Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Report Altersdaten des Deutschen Zentrums für Altersfragen. Berlin.
- Schmid, Tina (2015): Sozialpolitik und Geschlechterungleichheit in der intergenerationalen Pflege. Ein europäischer Vergleich. In: Nadai, Eva/Nollert, Michael (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse im Post-Wohlfahrtsstaat. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2013): Bessere Unterstützung der häuslichen Pflege erforderlich. ZQP Presseinformation.

https://www.zqp.de/wpcontent/uploads/2013_10_07_PI_Bessere_Unterstuetzung_der_haeuslichen_Pflege_erforderlich.pdf (Zugriff am 01.09.2020)