



MIGRANTS *take Care*



LEITFADEN ZUR EINFACHEREN BESCHÄFTIGUNG VON MIGRANT*INNEN IN DER PFLEGE

Vergleichender Analysebericht im
Baskenland (Spanien), Deutschland,
Griechenland, Italien und Nordirland (UK)

DIE UNTERSTÜTZUNG DER EUROPÄISCHEN KOMMISSION FÜR DIE ERSTELLUNG DIESER VERÖFFENTLICHUNG STELLT KEINE BILLIGUNG DES INHALTS DAR, DER AUSSCHLIESSLICH DIE ANSICHTEN DER AUTOREN WIEDERGIBT, UND DIE KOMMISSION KANN NICHT FÜR DIE VERWENDUNG DER DARIN ENTHALTENEN INFORMATIONEN VERANTWORTLICH GEMACHT WERDEN.



A. Das Baskenland (Spanien)

A.1. Hintergrund

Um das System der Pflege oder der Aufmerksamkeit für die sogenannten "abhängigen Erwachsenen" in Spanien und dem Baskenland besser zu verstehen, ist es wichtig zu wissen, dass es sich im Allgemeinen um Systeme handelt, "in denen die Familie die zentrale Rolle der Pflege beibehält und in denen die öffentlichen Pflegedienste rar sind " (Domínguez / Hernández, 2015).

Da sich die traditionelle Struktur der Familie und die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung verändert haben - in der Vergangenheit waren die Männer der Produktion und die Frauen der Reproduktion gewidmet -, wurde ab dem Jahr 2000 die vierte Säule des Wohlfahrtsstaates in die politischen Programme aufgenommen. Diese vierte Säule repräsentierte die öffentlichen Ressourcen, die für die Pflege von abhängigen Personen bestimmt waren, "mit dem Ziel, die öffentliche Beteiligung an der Pflege derjenigen Personen zu garantieren, deren Abhängigkeitsgrad sie daran hindert, Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen" (idem, 77).

Im Rahmen dieses Gesetzes wurde das System für Autonomie und Pflege bei Pflegebedürftigkeit (SAAD) geschaffen, das die Deckung des Pflegebedarfs für Menschen ohne eine solche Autonomie gewährleisten soll und das sich durch verschiedene Dienstleistungen der direkten Pflege und wirtschaftliche Leistungen artikuliert. "Bei der Anwendung und Finanzierung der Dienstleistungen der SAAD sind die Verwaltungen der Autonomen Gemeinschaften (z. B. des Baskenlandes) für die Erfüllung der Rolle des Staates verantwortlich. Die Darbietungen und Sozialleistungen, auf die die

abhängige Person Anspruch hat, werden nach dem Grad ihrer Abhängigkeit definiert, der von einem niedrigen Grad der Abhängigkeit (Stufe 1) bis zu einem hohen Grad der Abhängigkeit (Stufe III) reicht" (Idem).

Es ist anzumerken, dass aufgrund der kulturellen Normen, die im Land vorhanden sind, "seitens der Familien eine Präferenz besteht, die Pflege für pflegebedürftige Familienmitglieder in den eigenen vier Wänden zu organisieren, anstatt extern, wie z. B. in Wohnheimen und Tagesstätten. Dies trägt zur Beschäftigung von Pflegekräften bei, die bei pflegebedürftigen Menschen aus Familien mit vollen Terminkalendern zu Hause bleiben, sowie zur möglichen Bevorzugung der Inanspruchnahme finanzieller Leistungen anstelle der Gewährung von Mitteln, die vom 'Netzwerk sozialer Dienste' für die Pflege von Angehörigen bereitgestellt werden, das auch häusliche Dienste wie den Hauspflagedienst (SAD) umfasst" (idem, 84).

Da im Dezember 2017 die aktualisierte Version des Gesetzes über die Abhängigkeit (Gesetz 39/2006, Artikel 34) verabschiedet wurde, kann eine Familie, die eine Pflegekraft einstellt, ab 2022 nur dann wirtschaftliche Leistungen erhalten, wenn die eingestellte Kraft ein Zertifikat über die Qualifikation in der Gesundheitspflege auf EQR-Niveau II vorweisen kann.

Es existiert ein umfangreicher Katalog von Leistungen und Diensten des baskischen Systems der sozialen Dienste, aber in der folgenden Analyse wird der Vergleich zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor sowie zwischen stationären und individuellen Pflegediensten vorgenommen.

A.2. Der Sektor der häuslichen Pflege - ein öffentlich-privater Dienst

"Der Katalog der sozialen Dienstleistungen bietet die Möglichkeit, die häusliche Pflege durch professionelle **Pflegekräfte zu** finanzieren, die zu Pflegedienstleistern gehören, die von der Gemeinde unter Vertrag genommen werden. Die Pflegekräfte gehen in das Haus und erfüllen die täglichen Pflegebedürfnisse der pflegebedürftigen Person und führen andere häusliche Dienstleistungen während einer begrenzten Anzahl von Stunden pro Tag aus." (Idem, 85).

Somit, Durch die Untervergabe von Pflegedienstleistungen an einen privaten Pflegedienstleister ist die Gemeinde (die eine öffentliche Einrichtung ist) gleichzeitig ein privater und öffentlicher Pflegedienstleister. Die Dienstleistung ist jedoch mit einigen Einschränkungen für die Pflegebedürftigen verbunden, wie z. B. die begrenzte Dauer der erbrachten Dienstleistung, die Unmöglichkeit, die Pflegekraft zu wählen, die der pflegebedürftigen Person zugewiesen wird, und die Tatsache, dass der Benutzer oder die Familie einen Prozentsatz der erbrachten Dienstleistung bezahlen muss. All diese Faktoren haben zur Folge, dass viele Familien es vorziehen, wirtschaftliche Vorteile für die Unterstützung der älteren Person zu erhalten, anstatt Pflegedienstleistungen durch die Kommune zu beziehen. Auf diese Weise können die Familien wählen, ob sie direkt eine selbstständige häusliche Pflegekraft einstellen oder die Dienste eines privaten Pflegedienstleiters in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus umfassen die Dienstleistungen:

- *Kindertagesstätten*

"Dieser Dienst befindet sich außerhalb der Wohnung der pflegebedürftigen Personen und bietet einen Service während der Nacht oder des Tages mit dem Ziel, das bestmögliche Maß an persönlicher Autonomie zu verbessern oder zu erhalten und die Familien oder Betreuer zu



unterstützen" (idem, 87). Aufgrund des Zeitplans, des Mangels an Plätzen, der Mitfinanzierung durch die Nutzer des Pflegedienstes ziehen es jedoch viele Familien nicht vor, diesen Dienst in Anspruch zu nehmen.

Es gibt öffentliche und private Day Care Centres. Die meisten Menschen würden es vorziehen, die öffentlichen Betreuungszentren zu nutzen, da dieser Service weniger teuer ist und die Zuzahlung auf der Grundlage der Rente berechnet wird - allerdings ist die Warteliste sehr lang und es kann Monate dauern, bis ein Platz frei wird.

- *Pflegedienstleistungen*

Die Erbringung dieser Dienstleistung kann dauerhaft sein, wenn das Wohnzentrum zum gewöhnlichen Wohnsitz der Person wird, oder vorübergehend, wenn es sich um zeitlich begrenzte Erholungsaufenthalte oder während Urlauben, Wochenenden, Krankheiten oder Ruhezeiten von nicht-professionellen Pflegekräften, wie Familienmitgliedern, handelt." "Der Dienst der stationären Pflege wird von den öffentlichen Verwaltungen in ihren eigenen und angeschlossenen Zentren erbracht" (Artikel 25 LAPAD). Dieser Dienst ist in erster Linie für Pflegebedürftige der Stufe II oder III vorgesehen.

Wie bereits erwähnt, gibt es sowohl private als auch öffentliche Pflegedienste, letztere mit einer langen Warteliste.

B. Deutschland

B.1. Hintergrund

Der deutsche Pflegesektor wächst seit 2005 mit einer Rate von fast fünf Prozent pro Jahr. Zudem ist er das drittgrößte Segment im deutschen Gesundheitssystem. Der "Markt" für Pflegedienstleistungen wird in den kommenden Jahren in Deutschland weiter wachsen. Das deutsche Pflege-Ökosystem ist stark reguliert und steht in einem zunehmenden Wettbewerb.^[1] Um der zunehmenden Knappheit in diesem Sektor zu begegnen, haben verschiedene Ministerien Programme aufgelegt und mehr Finanzmittel für den Pflegesektor angekündigt. Doch eine Mitte Januar veröffentlichte Umfrage ergab jedoch, dass 74 Prozent der Pflegekräfte, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Ärzte der Meinung sind, dass die Pflegearbeit in der deutschen Politik nur eine geringe Bedeutung hat.

Verknappung & Reaktion

Der Pflegekräftemangel in Deutschland hat nicht nur zu einer Unterbesetzung in Altenheimen geführt, sondern auch dazu, dass Patienten keine häusliche Pflege erhalten können, ohne sich in einem Sektor zurechtzufinden, der von "rechtlichen Grauzonen" geplagt ist - wie einem Mangel an standardisierten Verträgen, die Arbeitszeiten, Löhne und Arbeitsbedingungen regeln - die von Schwarzarbeit abhalten.

Seit den 2000er Jahren hat die transnationale Migration von Fachkräften im Gesundheitswesen in die westeuropäischen EU-Mitgliedstaaten erheblich dazu beigetragen, den Mangel an Fachkräften in diesem Sektor zu lindern. Angesichts der Bedeutung der Migration für die Nachhaltigkeit der formalen Gesundheitsversorgung wurden in Deutschland mehrere institutionelle Maßnahmen zur Anwerbung ausländischer Fachkräfte im Gesundheitswesen ergriffen. Zum Beispiel plant Deutschland ein Abkommen mit Mexiko zur Anwerbung von Pflegekräften ^[2].

Dennoch ist die Rekrutierung von im Ausland ausgebildeten Fachkräften des Gesundheitswesens aus anderen EU-Mitgliedstaaten eine große Herausforderung. Es ist gängige Praxis, dass Unternehmen ausgebildete Arbeitskräfte in anderen EU-Ländern rekrutieren. Dies erfordert jedoch Ressourcen, die kleineren Unternehmen oder Einrichtungen des Gesundheitswesens oft nicht zur Verfügung stehen.----

Nur eine kleine Minderheit der älteren Menschen ist pflegebedürftig. Doch die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und wird aufgrund der Bevölkerungsalterung weiter zunehmen. Die 71 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause betreut, rund zwei Drittel davon ausschließlich von Angehörigen. Der Rest erhält Unterstützung durch ambulante Dienste (Statistisches Bundesamt 2015). -

Aktueller Status

In Deutschland gibt es nach dem Pflegeversicherungsgesetz rund 2,86 Millionen pflegebedürftige Menschen. Mehr als drei Viertel von ihnen werden zu Hause betreut. Die meisten der hilfebedürftigen Menschen (über 80 Prozent) werden von Familienangehörigen gepflegt. Auch wenn die Bereitschaft der Menschen, ihren Angehörigen zu helfen, nach wie vor sehr hoch ist, führen die Trends zu kleineren Familien und immer größerer Mobilität dazu, dass diese



Unterstützungsleistungen in Zukunft nicht mehr in gleichem Maße zur Verfügung stehen werden (Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015).

Wenn jemand nach den Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes als pflegebedürftig eingestuft ist, werden die Kosten für die Leistungen eines häuslichen Pflegedienstes teilweise von der Pflegekasse übernommen. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist ein Antrag bei Ihrer Kranken- oder Pflegekasse zu stellen.

Anstelle der Pflegesachleistung können Pflegebedürftige ein Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem beantragen. Sie können selbst über die Verwendung des Pflegegeldes entscheiden und es regelmäßig als Zeichen der Wertschätzung für die Leistungen derjenigen weitergeben, die sie pflegen und unterstützen.

Mehr als zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden zu Hause gepflegt. Es ist der Wunsch der meisten Menschen, zu Hause und von Angehörigen versorgt zu werden, wenn sie auf Hilfe und Pflege angewiesen sind.

Die Pflege eines Angehörigen ist für Pflegenden oft physisch und psychisch belastend. Unbezahlte Pflege wird meist von Frauen geleistet, was zur Folge hat, dass Frauen seltener in Vollzeit arbeiten und eher in Teilzeit und/oder in unsicheren Beschäftigungsverhältnissen sind. Infolgedessen sind Frauen im Durchschnitt materiell weniger gut situiert als Männer. Die ungleiche Aufteilung der Betreuungsaufgaben perpetuiert somit die soziale Ungleichheit. Eine ähnlich ungleiche Aufteilung der Verantwortung für die Pflege gibt es zwischen verschiedenen sozialen Schichten: Menschen mit höherem sozioökonomischen Status pflegen seltener Angehörige als Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status.

B.2. Der Sektor der häuslichen Pflege - ein öffentlich-privater Dienst

Einige der vorhandenen Dienste sind:

- *Mobile Pflegedienste*

Nicht immer ist es möglich, dass die Angehörigen von Pflegebedürftigen vor Ort sind und helfen. Hier kommen mobile Pflegedienste ins Spiel, die die familiäre Pflege ergänzen und die weitere Versorgung im häuslichen Umfeld organisieren. Sie erbringen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Bewegung und Sport) und der Behandlungspflege (ärztlich verordnete Pflege aufgrund von Krankheit). Darüber hinaus bieten diese Dienste häufig auch hauswirtschaftliche Unterstützung an (Essen auf Rädern, Hausnotruf etc.) und können auch in Fragen der häuslichen Pflege beraten. Pflegedienste werden von gemeinnützigen Organisationen (z. B. den Wohlfahrtsverbänden) und auch von kommerziellen Anbietern angeboten.

- *Stationäre Pflegedienste*

Die Alternative zur Pflege zu Hause ist die Pflege in einem Pflegeheim. Der Aufenthalt kann stationär oder nur tagsüber sein. In diesen Pflegeheimen kümmern sich professionelle Pflegekräfte um die Menschen. Sie erbringen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Bewegung und Bewegung) und der Behandlungspflege (ärztlich verordnete Pflege aufgrund einer Erkrankung).

- *Stationäre Pflege im Krankenhaus*

Die Aufnahme von Pflegeleistungen in einem Krankenhaus ist keine Dauerlösung und nicht auf eine dauerhafte Versorgung in der Altenpflege ausgerichtet.

C. Italien

C.1. Hintergrund

In Italien sieht das nationale Gesundheitssystem eine Reihe von verschiedenen Dienstleistungen für den Bereich der Altenpflege vor. Dennoch ist das Niveau und die Kapazität dieser Dienste recht niedrig. Wie in einem von der Internationalen Arbeitsorganisation veröffentlichten Bericht festgestellt wird "Die öffentliche Unterstützung für die Pflege älterer Menschen besteht hauptsächlich aus Geldtransfers, Steuervergünstigungen und Geldleistungen für bedürftige Personen und ihre Familien. Die gebräuchlichste dieser Geldleistungen ist die "indennità di accompagnamento" (IA), ein Zuschuss, der allen bedürftigen älteren Menschen (d.h. denjenigen, die nicht mehr arbeiten können und ständige Betreuung bei alltäglichen Aktivitäten benötigen) gewährt wird, um nach ihrer Wahl Pflegedienstleistungen direkt auf dem Markt einzukaufen oder Pflegekräfte zu beschäftigen. Das Pflegegeld ist nicht reguliert und es gibt keine Kontrolle darüber, wie es von den Empfängern ausgegeben wird. Das Pflegegeld wurde für die Zunahme von Pflegekräften mit Migrationshintergrund gutgeschrieben, die eine konstante Pflege zu niedrigeren Kosten als in Heimen oder häuslichen Pflegeeinrichtungen bieten können" (King-Dejardin, 2019).

Aufgrund der bestehenden Kultur und der wichtigen Rolle, die die Familie hat, würden Familienmitglieder (hauptsächlich die Frauen) die Pflegeverantwortung für abhängige Familienmitglieder übernehmen. Die vom Staat bereitgestellte Fürsorge spielt im Vergleich zur Familie eine untergeordnete Rolle. Das Betreuungsmodell der "Frau-in-der-Familie" hat sich im Laufe der Jahre zur "Migrantin-in-der-Familie" entwickelt (King-Dejardin, 2019). Im Routledge Handbook of the Politics of Migration in Europe heißt es: "Diese migrantischen Pflegekräfte, im Italienischen 'badanti' genannt, leben oft mit älteren Menschen zusammen und bieten ihnen eine kontinuierliche Pflege. Das Modell des 'Migranten in der Familie' in der Pflege wurde durch Arbeitsgenehmigungen und Regularisierungen von Zuwanderern erleichtert, die Nicht-EU-Bürgern einige Möglichkeiten boten, einen legalen Status als privat angestellte Pflegekräfte zu erlangen" (van Hooren et al., 2019).

Wie in dem Papier Promoting integration for migrant domestic workers in Italy (Förderung der Integration von zugewanderten Hausangestellten in Italien) festgestellt wird, sind "angestellte Pflegekräfte - Badanti genannt -, die oft als Live-in beschäftigt sind, heutzutage das Rückgrat des Altenpflegesystems in Italien, in einem Wohlfahrtsmix, der die von Verwandten geleistete Hilfe mit den wenigen Möglichkeiten kombiniert, die von öffentlichen und privaten Pflegediensten auf lokaler Ebene angeboten werden" (Castagnone et al, 2013). Die meisten dieser Arbeitskräfte sind Migranten ohne vorherige Berufserfahrung in diesem Sektor und ohne reguläre Aufenthaltsgenehmigung. Ihre Dienste werden jedoch als wesentlich für die italienischen Familien angesehen.

Während des letzten Jahrzehnts registrierten italienische Institutionen in diesem Sektor einen Anstieg von irregulären Arbeitskräften aus der Ukraine, Rumänien und Polen sowie aus Nicht-EU-

Ländern wie Ecuador und Perú. Gleichzeitig ist das Land mit einem Personalmangel in diesem Sektor konfrontiert. In der Tat hat die italienische Regierung 2017 eine neue Art von Verordnung (L.104/92) zur Verbesserung der häuslichen Pflegedienste verabschiedet und einen speziellen Fonds zur Unterstützung italienischer Familien und Arbeitnehmer in diesem Sektor geschaffen, um die tatsächliche Lücke der nationalen Situation zu schließen. Um die Kompetenzen von Migranten mit regulärer Aufenthaltserlaubnis zu verbessern und illegale Beschäftigung zu bekämpfen, hat der italienische Minister für Praktikanten damit begonnen, jährliche Berufsausbildungskurse für OSS - Operatore Socio Sanitario, die italienische Berufsfigur, die für die Erbringung von häuslichen Pflegediensten erforderlich ist, anzubieten.

C.2. Der Sektor der häuslichen Pflege - ein öffentlich-privater Dienst

1. Pflege zu Hause

Residenzen für soziale und gesundheitliche Betreuung / Residenze Socio-Sanitarie: Diese Strukturen richten sich an abhängige ältere Menschen und sind mit spezialisiertem medizinischem und pflegerischem Personal ausgestattet. Die angebotenen Dienstleistungen zeichnen sich durch ein hohes Maß an sozialer und gesundheitlicher Kombination aus, mit dem Ziel, die größtmögliche Erholungsrate der psycho-motorischen Fähigkeiten der Nutzer zu unterstützen.

Residenzen zur medizinischen Versorgung / RSA (Residenze sanitarie assistenziali): Sie nehmen für einen Zeitraum, der von einigen Wochen bis zu einem unbestimmten Zeitraum variiert, Menschen auf, die sich nicht selbst versorgen können, denen zu Hause nicht geholfen werden kann und die eine spezielle medizinische Versorgung durch mehrere Spezialisten und eine umfassende Gesundheitsversorgung benötigen. Die RSA werden entweder von öffentlichen oder privaten Einrichtungen verwaltet, die Gastfreundschaft, Gesundheits- und Fürsorgedienstleistungen, Hilfe für die funktionelle Wiederherstellung und soziale Eingliederung sowie die Vorbeugung von schweren chronischen Krankheiten anbieten. Die Kapazität der Nutzer ist in jeder der Einrichtungen unterschiedlich. Die RSA bieten medizinische und pflegerische Versorgung sowie Rehabilitationsbehandlungen an, um den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Nutzer zu verbessern, während die Kapazität der Nutzer die maximale Anzahl von 120 Nutzern erreichen kann, die in kleinere Gruppen von jeweils ca. 20-30 Nutzern aufgeteilt werden. Die RSA werden normalerweise vom italienischen Staat verwaltet und betrieben. Die Kosten, die von den Einrichtungen, die die Residenzen in Absprache mit der Gemeinde verwalten, festgelegt werden, werden zum Teil vom staatlichen Gesundheitsdienst, zum Teil von der Gemeinde und zum Teil von den Nutzern selbst getragen.

Geschützte Heime/ Fallprotette: Es handelt sich um Wohneinrichtungen mit einem hohen Maß an sozialer und medizinischer Unterstützung, die für die vorübergehende oder dauerhafte Unterbringung von abhängigen Nutzern vorgesehen sind. Die Nutzer sind zu Hause nicht behandelbar, benötigen aber gleichzeitig keine komplexe medizinische Unterstützung. Diese Heime bieten Aktivitäten an, die darauf abzielen, die Fähigkeiten der Nutzer zu erhalten und zu aktivieren, während sie auch darauf abzielen, ein durchschnittliches Niveau an medizinischer, pflegerischer und rehabilitativer Hilfe sicherzustellen. Sie bieten auch die Möglichkeit für das Gemeinschaftsleben, Freizeitaktivitäten und Dienstleistungen für die Hilfe bei täglichen Aktivitäten.

Assistenz-Residenzen / Residenze Assistenziali: Diese richten sich hauptsächlich an Nutzer, die entweder unabhängig sind oder einen geringen Grad an Abhängigkeit haben. Die älteren Menschen als Gäste der Residenzen profitieren von den Dienstleistungen, da sie umfassende Unterstützung erhalten und zur Teilnahme an Freizeit- und Kulturaktivitäten ermutigt werden. Zu dieser Kategorie gehören die Pflegeheime (case di riposo), Hotels für ältere Menschen (casa albergo per anziani), Wohnheime (casa soggiorno) und Ferienhäuser für ältere Menschen (casa vacanza per anziani), die Gastfreundschaft und Hilfe anbieten. Sie garantieren die Verteilung von Mahlzeiten, Freizeit- und Aggregationsaktivitäten, Hilfe bei den täglichen Aktivitäten, pflegerische Unterstützung und die Verabreichung von Medikamenten, falls erforderlich. Ausführlich über einige der Themen dieser Liste:

Altenheime / Case di Riposo: Das ideale Modell eines Altenheims ist, dass jede Person oder jedes Paar im Haus ein möbliertes Zimmer oder eine Suite hat. Innerhalb des Gebäudes werden zusätzliche Dienstleistungen angeboten. Dazu gehören oft Einrichtungen für Mahlzeiten, eine Begegnungsstätte, Erholungsmöglichkeiten und eine Form der Gesundheitsfürsorge oder ein Hospiz. Das Niveau der Dienstleistungen und die Kapazität der Nutzer (kann bis zu 120 Nutzer erreichen) variiert zwischen den öffentlichen und privaten Strukturen.

In einer öffentlichen Struktur durchläuft der Nutzer ein Bewerbungsverfahren, das mit der Bewertung eines Arztes/Geriaters abgeschlossen wird, um den klinischen Zustand des zukünftigen Gastes zu beurteilen, der den Nutzer auf die Warteliste setzt, bis ein Platz für ihn gefunden wird. In öffentlichen oder angegliederten Einrichtungen zahlt der Gast die Gebühr in Abhängigkeit von seinem Einkommen.

Bei privaten Einrichtungen reicht es aus, sich mit ihnen in Verbindung zu setzen, um Zugang zu erhalten, und der Benutzer zahlt entsprechend der von der Einrichtung festgelegten Gebühr.

Wohngemeinschaften / Comunità Alloggio: Sie richten sich an Benutzer mit einem geringen Grad an Abhängigkeit und dem Bedürfnis nach gegenseitiger Solidarität und Gesellschaft. Sie unterscheiden sich von den Seniorenheimen durch die Anzahl der Gäste, da in diesem Fall weniger Personen untergebracht werden können (maximal 12 Benutzer).

- **2. Semi-Residentale Pflege**

Tagesbetreuungscentren/ Centri Diurni Assistenziali: Sie werden als teilstationäre Pflegeeinrichtungen betrachtet, da sie sozialmedizinische Strukturen sind, die ihre Dienste tagsüber anbieten und sich an ältere Menschen mit unterschiedlichen Abhängigkeitsgraden richten. Ihr Ziel ist es, den Familien eine Hilfe anzubieten, mehr als die Stärkung und Kompensation von Kompetenzen und Fähigkeiten, die mit der Autonomie und der Identität verbunden sind. Es handelt sich hauptsächlich um öffentliche Einrichtungen, die zwischen 5 und 25 Nutzer aufnehmen können, aber es gibt auch private Strukturen, die die gleichen Dienstleistungen anbieten

- **3. Häusliche Pflege**

Integrierte häusliche Pflege / ADI Assistenza Domiciliare Integrata: Die ADI ist eine Reihe von sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen und Interventionen, die dem Patienten in seinem



Zuhause zur Verfügung gestellt werden. Sie wird durch Dienstleistungen verschiedener Fachleute (Ärzte, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Apotheker, Psychologen usw.) erbracht. Ihr Ziel ist es, soweit wie möglich den Krankenhausaufenthalt des Patienten oder seine Unterbringung in einer stationären Einrichtung über die unbedingt notwendige Zeit hinaus zu vermeiden. Die Gemeinde, in der der Patient wohnt, unterstützt in der Regel den ADI-Dienst. Der wirtschaftliche Beitrag der Familie oder des Nutzers, hängt von den Einkommensverhältnissen ab. Er wird auch aufgeteilt zwischen:

Einfache integrierte häusliche Pflege/ Assistenza Domiciliare Integrata Semplice: Hierbei handelt es sich um einfache Dienstleistungen wie Verbände, Blutentnahmen oder Katheterwechsel, die Personen betreffen, die sich nicht vollständig selbst versorgen können.

Komplexe Integrierte Häusliche Pflege/ Assistenza Domiciliare Integrata Complessa: Es handelt sich um eine Kombination aus medizinischer, pflegerischer, rehabilitativer und sozialer Betreuung, die schwer abhängigen Patienten gewährt wird. Die komplexe ADI muss vom Gesundheitsbezirk des Wohnorts oder vom Hausarzt, vom Patienten selbst, von seinen Familienangehörigen oder von den Sozialarbeitern der Gemeinde beantragt werden.

Andere private häusliche Pflegedienste: Viele Vereine und Agenturen bieten auch Pflegekräfte an, die mit verschiedenen Optionen (Morgen-/Nachtrunden) beschäftigt sind. Die Betreuungsperson pflegt eine Beziehung des Zuhörens und des gegenseitigen Vertrauens mit den älteren Menschen und ihren Familien und respektiert dabei den Lebensstil und die Regeln, die der Bezugskontext selbst einhält. Sie arbeiten hauptsächlich allein und autonom, wobei sie auch mit anderen Diensten, die in die Pflege des Nutzers eingreifen, zusammenarbeiten.

D. Griechenland

D.1. Hintergrund

Die Langzeitpflege für ältere Menschen in Griechenland wird aufgrund der kulturellen Werte im Land hauptsächlich vom Staat, von privaten gemeinnützigen Organisationen, von privaten gewinnbringenden Organisationen, lokalen Behörden und der Familie selbst geleistet. Daher besteht das Gesundheitssystem in Griechenland aus einer Mischung von Dienstleistungen.

Die Mehrheit der älteren Menschen lebt allein in ihrem Haus oder mit ihren Kindern. Wenn sie besondere Bedürfnisse und gesundheitliche Probleme haben, werden sie hauptsächlich von der Familie, Freunden und Nachbarn betreut, da die Familie nach wie vor eine Schlüsselrolle bei der Pflege älterer Menschen spielt. Darüber hinaus ist der Anteil der älteren Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, traditionell sehr gering. Einer der Hauptgründe dafür ist die Unzulänglichkeit und die geringe Qualität der institutionellen Pflege, aber auch die Geringschätzung vieler Menschen gegenüber dieser Art der Pflege (Koumanakos, 2015).

Aufgrund der kulturellen Normen ist die institutionalisierte Pflege im Land gesellschaftlich nicht akzeptiert oder gelobt. Darüber hinaus ist die Beschäftigung von migrantischen Pflegekräften ein wichtiger Bestandteil der Pflege im Land, da die billigeren Arbeitskräfte schon vor der Austeritätskrise ab 2009 bevorzugt wurden. Beide Faktoren führen dazu, dass griechische Familien privat migrantische Pflegekräfte einstellen, die aufgrund der fehlenden Ausbildung, die sie erhalten haben, Schwierigkeiten haben können, viele der Aufgaben zu erfüllen.

Auf diese Weise spielen Migrantinnen eine entscheidende Rolle bei der Pflege älterer Familienmitglieder. In einigen besonderen Fällen können Paare beide im informellen Pflegedienstsektor in griechischen Familien arbeiten, während sie undokumentiert sind. Sie bieten billige Dienstleistungen an und passen ihr tägliches Leben in der Regel an die Bedürfnisse der griechischen Familie an.

Obwohl, häusliche Pflegedienste werden von der neuen Akkreditierungsstelle Griechenlands - EKEPIS - akkreditiert. Häusliche Pflegedienste bleiben eine Spezialität, die jemand durch informelle Berufsausbildung erwerben kann. Die überwältigende Mehrheit der Pflegekräfte in Griechenland sind Familienangehörige oder Migranten, die unqualifiziert sein können. Die Folgen davon können sowohl aus ergonomischer Sicht als auch aufgrund des erheblichen Verletzungsrisikos mehr als gravierend sein.

D.1.1. Behörden, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

Laut einer Erhebung des Nationalen Statistischen Dienstes von 2009 waren in Griechenland 229.400 Menschen im Bereich Gesundheits- und Pflegedienstleistungen beschäftigt. Es gibt keine Schätzung der Anzahl der informellen Pflegekräfte, die ab 2019 in Griechenland tätig sind.

Im öffentlichen Sektor wird das Budget für das Gesundheitswesen jährlich vom Finanzministerium festgelegt. 70 % der Finanzierung des nationalen Gesundheitssystems erfolgt durch Steuern, der andere Teil durch die Sozialversicherung und Zuzahlungen.

Der private Pflegesektor wird von den Individuen, ihren Familien oder einer privaten Krankenversicherung, die sie möglicherweise haben, finanziert. Die Kosten sind abhängig von den gesundheitlichen Problemen, die bei jedem Einzelnen auftreten.

D.2. Der Sektor der häuslichen Pflege - ein öffentlich-privater Dienst

D.2.1. Öffentliche Dienste

In Griechenland stellt das öffentliche System Pflegesachleistungen und -dienste in Einrichtungen zur Verfügung, aber es gibt nur begrenzte formale Regelungen für die häusliche Pflege. Theoretisch hat jede alte Person Zugang zu Langzeitpflegedienstleistungen in Einrichtungen, unabhängig davon, ob sie im sozialen Krankenversicherungssystem versichert ist oder nicht.

Es gibt keine institutionelle Diskriminierung oder Zugangsbeschränkungen, solange die älteren Menschen rechtmäßige Einwohner des Landes sind. In der Praxis gibt es jedoch einige Abweichungen von diesem universellen Modell, meist aufgrund der ungleichmäßigen Konzentration von Anbietern in verschiedenen geografischen Gebieten und auch aufgrund eines Mangels an speziellen Einrichtungen (z. B. Rehabilitationszentren). In diesen Fällen befriedigt das familiäre Netzwerk weitgehend die Bedürfnisse der älteren Menschen.

Die Sozialversicherungsfonds zahlen für Langzeitpflegedienste sowie für spezifische medizinische Kosten für die Behandlung und Rehabilitation von Erwachsenen und Kindern mit entweder eingeschränkter körperlicher Mobilität oder geistigen Mangelerscheinungen. Medikamente für chronische Krankheiten, einschließlich Alzheimer, werden ebenfalls kostenlos von den Dispensarien der öffentlichen Krankenhäuser zur Verfügung gestellt. Die Sozialversicherungsfonds gewähren auch Geldleistungen.

Öffentliche Dienste umfassen: *Hilfe zu Hause, KAPI, KIFI, . Städtische Pflegeheime*

Jede Struktur besteht aus einer Krankenschwester als Haushaltshilfe und einem Sozialarbeiter, während es in vielen Strukturen Ärzte und Mediziner gibt. In den letzten Jahren werden aufgrund der Krise diese Arten von Strukturen massiv geschlossen. Analyse einiger der Altenpflegeprogramme:

- Der Dienst "**Hilfe zu Hause**" wurde 2002 ins Leben gerufen und unterstützt behinderte und ältere Menschen zwei- bis dreimal pro Woche in ihrem Zuhause. Der angebotene Service ersetzt nicht die Pflege der Familien, sondern ergänzt und unterstützt diese nur, da die Besuche auf wöchentlicher Basis reduziert werden. Durch den Service sind etwa 3.600 Mitarbeiter beschäftigt, die etwa 110.000 Begünstigte.

Wie bereits erwähnt, sieht das Programm die Grundversorgung älterer und behinderter Menschen vor und bietet ihnen und ihren Familien eine Reihe von Dienstleistungen an. Dazu gehören: Beratung, psycho-emotionale Unterstützung, Bereitstellung von Altenpflegediensten und sozialen Schutzmaßnahmen, Pflege und Sicherheitspflege, Überwachung der Vitalfunktionen, Schulung von Familienmitgliedern für die Hilfe älterer Menschen, Haushaltsführung und, falls erforderlich, Begleitung von Personen im Krankenhaus oder Erleichterung ihrer Kommunikationsbedürfnisse durch Bereitstellung eines Raums für Begleitung und Gespräche.



- **Rentnerprogramm für häusliche Pflege**

Zu den Begünstigten gehören Rentner aufgrund von Alter, Invalidität sowie nicht versicherte ältere Menschen der ehemaligen OGA ("Agricultural Insurance Organisation"), die vorübergehende oder dauerhafte Gesundheits- oder Behinderungsprobleme haben

- **KAPI (Senioren-Unterhaltungszentren) und KIFI (Seniorentagesstätten)** sind offene Strukturen für die tägliche Unterbringung älterer Menschen, die sich nicht selbst versorgen können oder mit ernststen finanziellen und/oder gesundheitlichen Problemen konfrontiert sind. Diese Strukturen sind in der Regel in verschiedenen Stadtvierteln Griechenlands zu finden und dementsprechend können die dort registrierten Bürger von ihren Dienstleistungen profitieren.

- **KAPI** richtet sich an alle Bewohner über 60 Jahre in dem Gebiet, in dem das Zentrum tätig ist, unabhängig von ihrer wirtschaftlichen und sozialen Situation, und versucht, sie zu befähigen, im sozialen Umfeld aktiv zu bleiben, soziale Ausgrenzung zu vermeiden, ihre Autonomie zu erhalten und das tägliche Leben für die übrigen Familienmitglieder zu erleichtern und zu harmonisieren.

- **KIFI** sind Tagesbetreuungseinheiten für ältere Menschen, die sich nicht vollständig selbst versorgen können (aufgrund von Mobilitätsproblemen, Demenz usw.), während ihre Familienangehörigen nicht in der Lage sind, die Betreuung zu übernehmen, weil sie entweder berufstätig sind oder weil sie mit ernststen sozialen, wirtschaftlichen oder gesundheitlichen Problemen konfrontiert sind. Die Strukturen bieten eine Vielzahl von Dienstleistungen an, wie z.B. Pflege, praktische Lebensbedürfnisse, persönliche Hygiene, kreative Programme und das Personal besteht aus Krankenschwestern, Sozialarbeitern, Psychologen, Erziehern.

E. Nordirland (UK)

E.1. Hintergrund

Das Vereinigte Königreich (UK) hat eine alternde Bevölkerung, was darauf zurückzuführen ist, dass die Menschen länger leben, was größtenteils auf die Leistungen des nationalen Gesundheitssystems (NHS) zurückzuführen ist. Es gibt fast 12 Millionen (11.989.322) Menschen im Alter von 65 Jahren und älter in Großbritannien, von denen 5,4 Millionen Menschen 75 Jahre und älter sind, 1,6 Millionen sind 85 Jahre und älter. Über 500.000 Menschen sind 90 plus (Office for National Statistics, 2018). Daraus ergeben sich erhebliche Herausforderungen für die Sozialfürsorge aufgrund der zunehmenden altersbedingten Morbidität.

In Nordirland ist in den letzten zehn Jahren (2008-2018) die Bevölkerung im Alter von 85 Jahren und älter um 30 % gestiegen. Diese Bevölkerung, die als älteste Alte bezeichnet wird, ist fünfmal so schnell gewachsen wie die Bevölkerung Nordirlands insgesamt. Frauen machen zwei Drittel (66 %) der ältesten Alten aus. Im Juni 2018 stieg die Zahl der in Nordirland lebenden Menschen im Alter von 85 Jahren und älter auf 37.700 Personen an. Dies ist ein Anstieg um 1,5 % bzw. 600 Personen gegenüber der Statistik von Mitte 2017 (Northern Ireland Statistics & Research Agency (NISRA), September 2019).

In den nächsten 20 Jahren wird die Zahl der Menschen mit komplexem Pflegebedarf voraussichtlich steigen, da mehr Menschen das Alter von 85 Jahren und älter erreichen und diese Menschen ein höheres Maß an Abhängigkeit, Demenz und Komorbidität aufweisen (Kingston, Comas-Herrera, & Jagger, 2018). Da die Bevölkerung altert und die Pflegebedürfnisse der Menschen komplexer werden, steigt der Bedarf an sozialen Pflegediensten (formell und informell) (Kelly & Kenny, 2018).

E.2. Der Sektor der häuslichen Pflege - ein öffentlich-privater Dienst

Im Jahr 2017 gab es im britischen Sektor der sozialen Erwachsenenpflege rund 21.200 Organisationen mit 41.000 Pflegeeinrichtungen (Skills for Care, 2018). 400.000 ältere Menschen leben in Pflegeheimen in Großbritannien (Laing-Busson, 2018).

Die Gesundheits- und Sozialfürsorge in Nordirland wird von einer Reihe gesetzlicher (staatlich finanzierter), privater und wohltätiger Organisationen bereitgestellt. Die Pflege älterer Menschen wird in erster Linie, wenn möglich, in ihrem eigenen Zuhause geleistet, und normalerweise wird diese Pflege informell von einem Familienmitglied übernommen. Mit zunehmenden Bedürfnissen, die mit dem Älterwerden einhergehen, kann jedoch ein Pflegeunterstützungspaket erforderlich sein. Dies beginnt in der Regel mit einer formellen Pflegekraft, die die Pflege in der eigenen Wohnung übernimmt. Diese formelle Pflege wird von der Regierung, privaten Organisationen für häusliche Pflege oder Wohltätigkeitsorganisationen bereitgestellt und kann grundlegende Pflegebedürfnisse umfassen. Darüber hinaus können ältere Menschen ein Tageszentrum besuchen, in dem soziale Aktivitäten angeboten werden und einige grundlegende Pflegebedürfnisse erfüllt werden. Diese Einrichtungen werden größtenteils von der Regierung oder gemeinnützigen Organisationen finanziert.

Mit zunehmendem Pflegebedarf kann eine Person in ein Wohnheim umziehen, wo sie einigermaßen unabhängig bleibt; mit zunehmendem Pflegebedarf kann eine Person in ein Pflegeheim umziehen. Zum 30. Juni 2019 waren 12.154 Pflegepakete für Wohn- und Pflegeheime in Kraft. Von den 12.154 gültigen Pflegepaketen waren über zwei Drittel (70 %) Pflegeheimpflegepakete und weniger als ein Drittel (30 %) Wohnpflegepakete (Department of Health, 2019).

E.2.1. Regulierung des Gesundheits- und Sozialwesens

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist im Vereinigten Königreich stark reguliert, mit einer Reihe von verbindlichen Konventionen wie Gesetzen, Inspektionsstellen und Regulierungsbehörden. In Nordirland müssen sich alle Sozialbetreuer beim Northern Ireland Social Care Council (NISCC) registrieren lassen. Diese Organisation hat Codes of Practice erstellt, die die erforderlichen Verfahren und Verhaltensweisen beschreiben, die befolgt werden müssen. Die Nichteinhaltung dieser Vorschriften kann zu disziplinarischen Maßnahmen oder zur Streichung aus dem Sozialpflegeregister führen und somit dazu, dass sie nicht mehr im Gesundheits- und Sozialpflegesektor arbeiten können.

Darüber hinaus ist die Regulierungs- und Qualitätsverbesserungsbehörde (RQIA) für die Inspektion der Qualität von Gesundheits- und Sozialdiensten in Nordirland zuständig. Die RQIA wurde durch die Health and Personal Social Services (Quality, Improvement and Regulation) (Northern Ireland) Order 2003 gegründet. Sie arbeitet daran, sicherzustellen, dass die Gesundheits- und Sozialfürsorgedienste in Nordirland zugänglich sind, gut verwaltet werden und die erforderlichen Standards erfüllen (veröffentlichte Anforderungen für alle Einrichtungen, einschließlich Gemeindepflege, Wohn- und Pflegeheime).

E.2.2. Überlegungen zur Belegschaft

"Skills for Care" schätzt, dass es 1,62 Millionen Arbeitsplätze in der sozialen Erwachsenenbetreuung gibt. Insgesamt gab es rund 250.000 Arbeitsplätze in der Erwachsenensozialpflege, die von Menschen mit einer nicht-britischen Staatsangehörigkeit besetzt waren (115.000 EU; 134.000 Nicht-EU). Der Anteil der Beschäftigten in der Erwachsenensozialpflege mit britischer Staatsangehörigkeit ist in den letzten sechs Jahren (von 2012/13 bis 2018/19) konstant geblieben und in diesem Zeitraum um einen Prozentpunkt gestiegen. Der Anteil der EU-Beschäftigten (nicht britisch) ist in diesem Zeitraum um drei Prozentpunkte gestiegen und der Anteil der Nicht-EU-Beschäftigten ist um drei Prozentpunkte gesunken (Skills for Care, 2019).

Wenn die Zahl der Beschäftigten in der Erwachsenenpflege proportional zur prognostizierten Zahl der über 65-Jährigen in der Bevölkerung wächst, wird die Zahl der Arbeitsplätze in der Erwachsenenpflege bis 2035 um 36 % (580.000 Arbeitsplätze) auf etwa 2,2 Millionen Arbeitsplätze steigen (Skills for Care, 2019). Derzeit gibt es im Vereinigten Königreich eine Arbeitskräftekrise, bei der sich nicht genügend Menschen für Jobs im Gesundheits- und Sozialwesen bewerben, und wenn sie einmal angestellt sind, ist der Verbleib in diesen Jobrollen problematisch. Dies bietet einzigartige Beschäftigungsmöglichkeiten für Arbeitsmigranten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Bibliographie

- Altroconsumo. 2017. Assistenza domiciliare: cos'è e chi ne ha diritto Access:
<https://www.altroconsumo.it/salute/diritti-in-salute/speciali/assistenza-domiciliare>
- Atti, R.; Morosini, I. 2017. L'Osservatorio sulle residenze per gli anziani in Italia Access:
<http://www.grusol.it/informazioni/27-10-17.PDF>
- Castagnone, E.; Salis, E.; Premazzi, V. 2013. Promoting integration for migrant domestic workers in Italy, International Migration Papers No. 115 (Geneva, ILO).
- Comune di Palermo. 2018. Servizio di Assistenza Domiciliare. Access:
<https://www.comune.palermo.it/noticext.php?cat=4&id=17534>
- Comunità Alta Valsugana e Bersntol. Chi è l'Assistente Familiare, meglio nota come Badante?
Access: <https://www.comunita.altavalsugana.tn.it/Aree-Tematiche/Serenamente-Anziani/2.-Chi-e-l-Assistente-Familiare-meglio-nota-come-Badante>
- Cooperativa Incontro. 2018. ADI: COS'È L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA. Access:
<https://www.coopincontro.it/adi-assistenza-domiciliare-integrata/>
- Domínguez/Hernández: "La discriminación múltiple de las mujeres inmigrantes trabajadoras en servicios domésticos y de cuidado en la Comunidad Autónoma de Euskadi", 2015, Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer
- Kelly, A., & Kenny, C. (2018). Unpaid Care. Access:
<https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/POST-PN-0582>
- King-Dejardin, A. 2019. The social construction of migrant care work. At the intersection of care, migration and gender, (Geneva, ILO).
- Kingston, A., Comas-Herrera, A., & Jagger, C. (2018). Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. The Lancet. Public Health, 3(9), e447–e455.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30118-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30118-X)
- Koumanakos, G., 2015, Trends and challenges in Home Care in Greece, Access:
<http://ergocarebank.com/wp-content/uploads/2015/11/6-d-Workshop-Trends-and-Challenges-in-Home-Care-or-Nursing-Care-in-Greece.pdf>
- Laing-Busson. (2018). Care homes for older people – Market Report.
- Lethbridge, J. 2011. Assistenza agli anziani in Europa - Sfide per i lavoratori. Access:
https://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/Care_Services_Older_People_Exec_Sum_IT.pdf



Luppi, M., 2016. Le riforme nel settore dell'assistenza agli anziani: l'Italia nel contesto europeo, Access: <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/innovazione-sociale/le-riforme-nel-settore-dellassistenza-agli-anziani-litalia-nel-contesto-europeo.html>

Maschio, P., 2017. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E ASSISTENZA DOMICILIARE: Presente e Futuro. Access: https://www.unive.it/pag/fileadmin/user_upload/comunicazione/sostenibile/doc/PROGETTI/UniV olontariato/terza edizione aa2016-2017/tesina Maschio Paolo def.pdf

Mertens, J. 2013. Promoting integration for migrant domestic workers in Europe: A synthesis of Belgium, France, Italy and Spain, International Migration Papers No. 118 (Geneva, ILO).

Morosini, I.; Montemurro, F.; Petrella, A. 2016. Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane. Access: http://www.sossanita.it/doc/2016_10_Rapporto-SPI-NA-rsa.pdf

Moukanou, E., 2009. Social Care Services for the Elderly in Greece: Shifting the Boundaries?. Access: http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/4th_%20Symposium/PAPERS_PPS/WELFARE_STATE/MOUKANOU.pdf

Pastore, F.; Villosio, C. 2011. Nevertheless attracting... Italy and immigration in times of crisis, FIERI/LABOR Working Paper no. 106.

Tediosi, F.; Gabriele, S. 2010. THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN ITALY. Access: <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20 ANCIEN %20RR%20No%2080%20Italy%20edited %20final.pdf>

Van Hooren, F., Apitzsch, B., Ledoux, C., Weinar, S. B., & Zhyznomirska, L. 2019. The politics of care work and migration. The Routledge Handbook of the Politics of Migration in Europe.

Xpatathens, 2016. Healthcare in Greece. Access: <https://www.xpatathens.com/living-in-athens/survival-guide/practical-information/item/424-healthcare-in-greece>

More information online in the links below:

- <https://www.rolandberger.com/en/Publications/The-care-industry-in-Germany.htm>
- <https://www.dw.com/en/germany-aims-to-revamp-crisis-hit-care-industry-amid-worker-shortage/a-47268886>
- <https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/915ef8f93d.pdf>
- https://www.dza.de/fileadmin/dza/publications/Fact_Sheet_Lebenssituation_%C3%84lter_DZA_05-2015_EN.pdf
- <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/meta/en/publications-en/care-and-shared-responsibility-in-the-municipal-community/120958>
- <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/meta/en/publications-en/older-people-in-germany-and-the-eu/113954>
- <http://www.oecd.org/greece/47877676.pdf>
- <https://healthmanagement.org/c/imaging/issuearticle/an-overview-of-the-healthcare-system-in-greece-1>
- <http://ergocarebank.com/wp-content/uploads/2015/11/6-d-Workshop-Trends-and-Challenges-in-Home-Care-or-Nursing-Care-in-Greece.pdf>
- <http://ergocarebank.com/wp-content/uploads/2015/11/6-d-Workshop-Trends-and-Challenges-in-Home-Care-or-Nursing-Care-in-Greece.pdf>
- <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-presentation-Future-of-healthcare-in-Greece-March2018.pdf>
- http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/4th_%20Symposium/PAPERS_PPS/WELFARE_STATE/MOUKANOU.pdf
- <http://www.oecd.org/greece/47877676.pdf>
- <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/bulletins/estimatesoftheveryoldincludingcentenarians/2002to2017>
- <https://www.nisra.gov.uk/publications/estimates-population-aged-85-and-over-northern-ireland-2018-and-2001-2017-revised>
- <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/The-size-and-structure-of-the-adult-social-care-sector-and-workforce-in-England.aspx>
- <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/Topics/Workforce-nationality.aspx>